

KVINNLIG OMSKÄRELSE I FINLAND

Rekommendationer för personal inom social- och hälsovården

Förbundet för mänskliga rättigheter

Redaktör
Marja Tiilikainen

Illustrationer
Hanna-Leena Aromaa
och Outi Kaasinen
(Helsingfors yrkeshögskola
Stadia)

Layout
Taru Koskinen

Tryck
Kainuun Sanomat,
Kajana 2007

Översättning
Malin Ahlö

Tilläggsuppgifter:
Förbundet för mänskliga rättigheter
Döbelnsgatan 2
00260 Helsingfors
Finland
Tfn 09-4155 2500
Fax 09-4155 2520

info@ihmisoikeusliitto.fi
www.ihmisoikeusliitto.fi

ISBN 978-952-99667-4-5

© Förbundet för mänskliga rättigheter

KVINNLIG OMSKÄRELSE I FINLAND

Förbundet för mänskliga rättigheter ▪ Projektet KokoNainen, Helsingfors 2007

INNEHÅLL

FÖRORD

1. INLEDNING

2. BAKGRUNDINFORMATION OM KVINNLIG OMSKÄRELSE

2.1 Vad innebär kvinnlig omskärelse?

2.2 Termer

2.3 Varför tillämpas kvinnlig omskärelse?

- Kulturella orsaker
- Religiösa orsaker

2.4 Hur utbredd är traditionen?

2.5 Hur utförs ingreppet?

3. HÄLSORISKER MED KVINNLIG OMSKÄRELSE

4. UTGÅNGSLÄGET I FINLAND

4.1 Utförs kvinnlig omskärelse i Finland?

4.2 Kvinnlig omskärelse kränker mänskliga rättigheter

4.3 Lagstiftningen i Finland

5. FÖREBYGGANDE ARBETE MOT KVINNLIG OMSKÄRELSE

5.1 Fallen utreds och dokumenteras

5.2 Graviditet och förlossning

5.3 Spädbarnsåldern och lekåldern

- Barnrådgivning
- Daghem

5.4 Skolåldern

- Skolhälsovård
- Klass

6. OMSKURNA FLICKOR OCH KVINNOR

6.1 Hur ska man förhålla sig till flickor och kvinnor som utsatts för omskärelse?

6.2 Spädbarnsåldern och lekåldern

6.3 Puberteten

- Skolhälsovård
- Klass

6.4 Sällskapande och äktenskap

6.5 Graviditet och förlossning

- Mödrarrådgivning
- Sjukhus
- Hembesök

6.6 Hur kan man skydda nyfödda flickor mot omskärelse?

6.7 Klimakteriet

7. DEINFIBULATION

8. KVINNLIG OMSKÄRELSE INOM DET SOCIALA ARBETET OCH INOM BARNSKYDDET

8.1 Förebyggande arbete mot kvinnlig omskärelse

8.2 Samarbete

8.3 Hot och misstanke

8.4 När en flicka redan utsatts för kvinnlig omskärelse

9. INSTRUKTIONER I KORTHET

HÄNVISNINGAR

KÄLLOR OCH LITTERATUR

TILLÄGGSINFORMATION OCH MATERIAL

FÖRORD

Kvinnlig omskärelse eller kvinnlig könsstympling är en gammal kulturell tradition som praktiseras i många afrikanska länder, men också i Mellanöstern och Asien. Under de senaste tjugo åren har fenomenet blivit känt i de nordiska länderna p.g.a. den stora rörligheten i dagens värld. Traditionen kränker både barnets och kvinnans mänskliga rättigheter. I dag utförs därför förebyggande arbete mot kvinnlig omskärelse över hela världen för att få traditionen att upphöra.

Rekommendationerna i den här publikationen är utarbetade av projektet KokoNainen vid Förbundet för mänskliga rättigheter i Finland. Riktlinjerna grundar sig på finska förhållanden och situationer, men de kan väl användas på annat håll också. Det är viktigt att sammanföra forskningsresultat och effektiva praktiska åtgärder för att kunna inverka på det förebyggande arbetet. Översättningen till svenska och engelska av de ursprungligen finska rekommendationerna ger projektet KokoNainen möjlighet att aktivt delta i diskussionen om kvinnlig omskärelse internationellt för att belysa tillvägagångssätten i Finland i den här frågan.

Översättningarna av rekommendationerna har förverkligats inför den fjärde FOKO-konferensen– Kvinnlig omskärelse i det förflutna och i nutiden – den 7-8 september 2007, som arrangeras i Esbo i Finland. Konferensen är den fjärde i ordningen och vill få samman det nordiska nätverk som forskar i frågor kring kvinnlig omskärelse (FOKO). Forskare i de nordiska länderna har träffats vartannat år sedan år 2001 för att dela med sig av forskningsresultat som berör ämnet. Konferensen som ordnas för första gången i Finland, arrangeras av projektet KokoNainen i samarbete med Kulturcentret för Sverige – Finland och Stiftelsen Kvinnoforum, Sverige. Finansieringen av översättningsarbetet har Stiftelsen 7de Mars Fonden stått för. Projektet KokoNainen vill speciellt tacka Marja Tiilikainen, som var den första chefen för projektet KokoNainen och redaktör för de ursprungliga rekommendationerna. Hon har stått för värdefulla kommentarer och aktivt deltagande i översättningsprocessen. Ett stort tack riktas också till översättaren Malin Ahlö för ett gott utfört arbete, och till Gunborg Gayer för korrekturläsning och värdefulla kommentarer.

Som James p. Grant (UNICEF, generalsekreterare 1980 – 1995) sade:
”Barnets rättigheter är de vuxnas skyldighet”

Helsingfors 1.8.2007
Janneke Johansson
Projektchef
Projektet KokoNainen

1. INLEDNING

Kvinnlig omskärelse blev ett bekant begrepp för finländarna på 1990-talet, då de första flyktingarna från områden där kvinnlig omskärelse utförs anlände till Finland. Personalen inom social- och hälsovården har varit tvungen att bemöta omskurna kvinnor och flickor utan tillräcklig kunskap i ämnet, eftersom inga enhetliga, praktiska riktlinjer utarbetats i Finland. Dokumenteringen av fallen har inte följt någon utarbetad praxis och ingen systematisk uppföljning av fallen har gjorts. De anställda har även varit osäkra på hur de ska ta upp frågor kring kvinnlig omskärelse med sina klienter. Vem bär ansvar för att ämnet tas upp? Hur ska man gå tillväga om man misstänker att dottern i familjen riskerar att utsättas för omskärelse? Och vad ska man göra om man misstänker att en flicka har blivit omskuren under semestern utomlands?

Rekommendationerna utgör en del av projektet KokoNainen, som förverkligas av Förbundet för mänskliga rättigheter. KokoNainen är det mest omfattande projekt som genomförts i Finland mot kvinnlig omskärelse. Projektet finansieras av Penningautomatföreningen och inleddes i augusti 2002. Rekommendationen har utarbetats utifrån två undersökningar som utförts inom projektet KokoNainen. Målgruppen för en av undersökningarna var invandrare, som kommer från länder där kvinnlig omskärelse praktiseras (Mölsä 2004). Den andra undersökningen riktade sig till hälsovårdare, som arbetade i huvudstadsregionen. När undersökningen utfördes arbetade största delen av hälsovårdarna inom barn- och mödrarådgivningen och inom skolhälsovården (Tiilikainen 2004). Undersökningarna visar att frågor kring kvinnlig omskärelse är aktuella även i Finland.

Svaren på frågeformuläret som skickades ut till hälsovårdarna visar tydligt hur svårt det är att prata om omskärelse och dessutom saknas information, klara direktiv och lämpligt material. Flera hälsovårdare påpekade att de inte haft tillräckligt med tid eller ingen tid alls att sätta sig in i frågor kring kvinnlig omskärelse eller att lära sig tillämpa kunskapen i praktiken p.g.a. brist på tid och personal. Majoriteten av de hälsovårdare som returnerade formuläret (93 procent) påpekade bl.a. att de inte med säkerhet visste om döttrarna i deras klientfamiljer hade utsatts för omskärelse eller inte. 73 procent av hälsovårdarna meddelade att de inte systematiskt följt upp situationen för de flickor som inte utsatts för omskärelse och över hälften (52 procent) hade aldrig diskuterat ämnet i förebyggande syfte med flickornas mammor eller någon annan vårdnadshavare. Den nuvarande situationen medför stora utmaningar för samhället. Kvinnlig omskärelse kan jämföras med familjevåld, som liksom omskärelse är ett känsligt ämne att diskutera med klienterna. Det är dock nödvändigt att ta upp ämnet till diskussion och hantera ärendet på ett professionellt sätt.

Målsättningen med rekommendationerna är att effektivisera det förebyggande arbetet mot kvinnlig omskärelse och främja vården av flickor och kvinnor som utsatts för omskärelse. Rekommendationerna är avsedda som riktlinjer och riktar sig främst till hälsovårdare, barnmorskor, läkare, socialarbetare och anställda inom barnskyddet. Dessutom kan rekommendationerna tillämpas av daghemspersonal och lärare, som i sitt arbete kommer i kontakt med barn och ungdomar med invandrabakgrund. Rekommendationerna har utarbetats för nationellt bruk. Utifrån dessa rekommendationer kan mera detaljerade handlingsplaner utarbetas på kommun- eller regionnivå eller på enskilda arbetsplatser. Det bästa resultat uppnås om utvecklingen av det förebyggande arbetet inleds på varje enskild arbetsplats. Under gemensamma möten bör personalen gå igenom om det tidigare funnits fall av kvinnlig omskärelse i området och hur man då gått tillväga. Dessutom bör en handlingsplan för framtiden utarbetas. Utvecklingen av lokala samarbetsnätverk är av stor betydelse då ett så mångfasetterat problem uppkommer som t.ex. kvinnlig omskärelse är.

Rekommendationerna behandlar uttryckligen kvinnlig omskärelse. Därför hamnar allmänna frågor som berör hälsovård för invandrare och flyktingar, t.ex. användning av tolk, delvis utanför rekommendationerna. Riktlinjerna har beskrivits utifrån både icke omskurna och redan omskurna flickors situation i olika åldrar och olika skeden i livet. Därför går det att bekanta sig med det kapitel som är väsentliga just för det egna arbetet. Av den orsaken upprepas vissa saker och rekommendationer i texten. För att få en helhetsuppfattning lönar det sig dock att läsa hela materialet.

Upphovsmännen poängterar vikten av att kvinnlig omskärelse tas upp både med tanke på socialarbetets och med hälsovårdens personal i samma rekommendationer. Socialarbetare och anställda inom barnskyddet bör veta hur anställda inom hälsovården hanterar situationen. Dessutom är anställda inom hälsovården sällan insatta i barnskyddsmyndigheternas arbete. Gemensamma rekommendationer visar hur viktigt det är att personalen inom social- och hälsovården och myndigheterna samarbetar för att avskaffa kvinnlig omskärelse.

Ledningsgruppen för projektet KokoNainen representeras av Social- och hälsovårdsministeriet, Länsstyrelsen i södra Finlands län, Finlands Kommunförbund, al Huda-moskéer, och kommunerna Helsingfors, Esbo och Vanda. Rekommendationerna sammanställdes av en grupp experter med olika yrken. Gruppen, som sattes ihop enligt principen om öppenhet, började planera och bearbeta materialet i juni 2003. Arbetsgruppen består av personer som har stor erfarenhet av arbete med invandrare och tidigare behandlat frågor kring kvinnlig omskärelse. Dessutom har man dragit nytta av internationella direktiv och råd och tillämpat dem på finländska förhållanden. Gruppens kärna utgörs av följande personer och instanser:

Helena Laasonen (Jorvs sjukhus) och Anna Sariola, (Barnmorskeinstitutets sjukhus), specialister inom kvinnosjukdomar och förlossningar samt Mulki Mölsä (Helsingfors universitet), medicine licentiat och forskare; Synnöve Salonen, barnmorska (Jorv sjukhus) samt Hanna-Leena Aromaa och Outi Kaasinen, barnmorskestuderande (Helsingfors yrkeshögskola Stadia); Iris Johansson (Helsingfors), Marita Kerola (Esbo), Helena Kivelä (Esbo), Raili Peltonen (Helsingfors), Auli Rinne (Esbo), Riitta Savolainen (Esbo), Anne Sujamo (Vanda) och Kaija Virtanen (Vanda), hälsovårdare (från barn- och mödrarådgivningen samt skolhälsovården), Janneke Johansson, konsult (Invandrarenheten, Helsingfors) samt Hannele Rauha, hälsovårdare (Invandrarenhetens medborgarkontor, Vanda); Paula Karjalainen, socialarbetare (Helsingfors), Pihla Salemaa (Helsingfors) och Sarianne Tanjas-Kuustisto (Helsingfors), socialarbetare inom barnskyddet, Pirkko Turpeinen (Helsingfors), ledande socialarbetare, Irma Maikkula (Helsingfors), utvecklingskonsult samt Karri Välimäki (Helsingfors), jurist. Dessutom har Said Aden (Helsingfors), konsult för invandrarärenden samt Pirjo Koski och Sirkka Pietiläinen, lektorer vid Helsingfors yrkeshögskola Stadia, deltagit i arbetsgruppen.

Jag vill rikta ett hjärtligt tack till alla ovannämnda personer och instanser, som delat med sig av sin yrkeskunnsighet och tid och gjort det möjligt att utarbeta rekommendationerna. Jag vill också tacka alla andra personer som under arbetets gång kommit med förslag och synpunkter beträffande innehållet, men som inte särskilt nämns i detta sammanhang. Ett extra stort tack till utvecklingskonsulten Irma Maikkula, som utarbetat materialet om perspektivet inom både socialvården och barnskyddet, samt till Helena Laasonen och Anna Sariola, som med sina läkarkunskaper har kommenterat texten ett flertal gånger. Jag vill också tacka Marja Koivusalo, specialist inom barnneurologi, som har stått till tjänst med värdefulla kommentarer om de avsnitt som behandlar skolhälsovården. Ett stort tack till Helsingfors yrkeshögskola Stadia för givande samarbete: Hanna-Leena Aromaa och Outi Kaasinen, studerande vid Stadia, har gjort illustrationerna i materialet som sitt examensarbete. Dessutom vill jag rikta ett hjärtligt tack till Taru

Koskinen, som förverkligat broschyrens visuella utseende. Projektet har beviljats understöd för kostnader för tryckning och layout från social- och hälsovårdsministeriet genom anslaget för hälsofrämjande verksamhet.

Helsingfors 17.8.2004
Marja Tiilikainen
Projektchef, FD
Projektet KokoNainen

2. BAKGRUNDSINFORMATIN OM KVINNIG OMSKÄRELSE

2.1 Vad innebär kvinnlig omskärelse?

Kvinnlig omskärelse är ursprungligen en afrikansk tradition, som praktiserades redan före kristendomen och islam för över 2000 år sedan. Den historiska bakgrunden är relativt okänd, men det har ofta påståtts att sedvänjan ursprungligen kommer från områden kring Egypten och Sudan. Traditionen har spritt sig till många afrikanska länder och till Arabiska halvön. Dessutom tillämpas kvinnlig omskärelse i en del länder i Asien.

Kvinnlig omskärelse innebär alla ingrepp som utförs av kulturella eller andra icke-medicinska orsaker, där flickans könsorgan delvis eller helt avlägsnas eller skadas på något annat sätt.

Enligt Världshälsoorganisationen (WHO) kan kvinnlig omskärelse indelas i fyra olika huvudgrupper¹:

Typ I: Förhuden på klitoris avlägsnas och/eller hela eller delar av klitoris.

Typ II: Klitoris tas bort och delar av eller hela de inre blygdläpparna (kallas ibland för excision).

Typ III: De yttre delarna av könsorganen skärs bort delvis eller helt, de stympade blygdläpparna sys ihop så att bara en liten öppning lämnas för urin och menstruationsblod (dvs. infibulation eller faraonisk omskärelse).

Typ IV: Olika oklassificerade typer: prickning på klitoris och/eller blygdläpparna, piercing eller skärande; uttjörning av klitoris och/eller blygdläpparna. Andra varianter: klitoris och omgivande vävnad bränns, slidöppningen skrapas (s.k. angurya-snitt), slidan skärs (s.k. gishiri-snitt). Det förekommer också ingrepp, där frätande ämnen eller örter förs in i slidan för att orsaka blödningar eller för att göra öppningen trängre. Dessutom tillämpas andra ingrepp som kan klassificeras som omskärelse.

Typerna I och II är de vanligaste ingreppen (cirka 80 % av alla ingrepp som utförs på flickor). Cirka 15 procent av alla fall utgörs av infibulation (typ III). I praktiken kan det dock vara svårt att avgöra vilket typ av ingrepp som utförts i enskilda fall. Blandformer förekommer ofta och den ovannämnda klassificeringen bör ses som enbart riktgivande. När ingrepp utförs för att öppna en kvinna har det ibland visat sig att hon har haft kvar klitoris, trots att det sett ut som om hon utsatts för infibulation. Å andra sidan är det oklart vad avlägsnandet av förhuden på klitoris egentligen innebär i den första huvudgruppen: ingreppet borde egentligen utföras med ett mikroskop, och den som utför kvinnlig omskärelse har i regel inte tillgång till ett sådant. I praktiken innebär typ I förmodligen att delar av eller hela klitoris skärs bort.

Normal anatomi

Typ I: Förhuden på klitoris och klitoris är avlägsnade

Typ II: Klitoris och en del av de inre blygläpparna är avlägsnade

Typ III: Klitoris och de inre blygläpparna är avlägsnade och de stympade blygläpparna är sydda ihop

2.2 Termer

Inom det förebyggande arbetet mot kvinnlig omskärelse används generellt termen FGM, female genital mutilation (kvinnlig könsstympning) både i Finland och internationellt. Under IAC:s (*Inter-African Committee on Traditional Practices Affecting the Health of Women and Children*) sjätte generalförsamling våren 2005 rekommenderades användningen av termen FMG (6th IAC General Assembly, 4 - 7 April, 2005, Bamako/Mali). Debatten om lämplig terminologi pågår dock fortfarande. I februari 2003 ordnade IAC en internationell konferens kring omskärelse i Addis Abeba. Användningen av termer diskuterades och man kom fram till att den mera neutrala termen FGC, female genital cutting, delvis lämpar sig bättre inom det förebyggande arbetet. I detta material används termen kvinnlig omskärelse, som enligt rekommendationer också används inom projekt mot kvinnlig omskärelse bl.a. i Danmark och Norge. Termen omskärelse ger en bättre beskrivning av ingreppets kulturella betydelse än termen könsstympning, som är emotionellt och politiskt laddad. Användningen av termen kvinnlig omskärelse ger även en bättre utgångspunkt med tanke på förebyggande arbete och när frågan tas upp inom grupper som praktiserar sedvänjan. Det är viktigt att kvinnor och flickor som utsatts för omskärelse godkänner terminologin som används. Att använda ordet ”stympning” är inte ändamålsenligt när mindre ingrepp av omskärelse beskrivs, t.ex. olika former av stick och snitt.²

Grupper som tillämpar omskärelse har egna benämningar på traditionen. På arabiska syftar t.ex. termerna khitaan eller tahara, som betyder ”att rengöra sig”, på såväl manlig som kvinnlig omskärelse. Även det somaliska ordet gudniin betyder omskärelse av både pojkar och flickor. Termen sunna förekommer inom vissa kulturer som tillämpar omskärelse och används främst av muslimer. Sunna beskrivs ofta som en mildrare form av omskärelse, där klitoris tilldelas stick som framkallar några droppar blod, och jämförs med omskärelsetyp I. Termen är dock väldigt diffus. Trots att sunna beskrivs som en mildrare form av omskärelse kan ingreppet i praktiken omfatta infibulation.³

2.3 Varför tillämpas kvinnlig omskärelse?

Kulturella orsaker

Kvinnlig omskärelse motiveras av kulturella, religiösa, moraliska, sociala, ekonomiska, sexuella, estetiska och hygieniska orsaker. Orsaken till ingreppet varierar beroende på land, område och kulturell bakgrund. Kvinnlig omskärelse kan utföras på nyfödda barn eller barn i lekåldern. Dessutom kan ingreppet utföras innan kvinnan gifter sig, under graviditeten eller efter förlossningen. De flesta ingreppen utförs dock på flickor mellan 4 och 10 år. Dessutom kan olika typer av omskärelse tillämpas inom samma område beroende på den lokala traditionen, släktingarnas önskemål, utövarens rutin, familjens utbildning och sociala klass. De som utövar omskärelse ser gärna att traditionen lever vidare så att de också i fortsättningen kan tjäna sitt levebröd på ingreppen. Inom vissa afrikanska program mot kvinnlig omskärelse har man därför försökt hitta alternativa inkomstkällor för utövarna så att de inte längre behöver utföra omskärelser.

Frågorna kring tradition och kulturell kontinuitet är väsentliga. Genom ingreppet förstärks gruppens kulturella och etniska identitet, eftersom gruppens särdrag definieras med hjälp av kroppsliga

tecken och betydelser. Även religiösa motiveringar har framförts, trots att kvinnlig omskärelse inte påbjuds i någon religiös skrift. Omskärelse av flickor förknippas ofta med socialt tryck. Omskärelsen är en handling som markerar att kvinnan är könsmogen och genomgår en förvandling till kvinna. Bl.a. i Kenya är omskärelse en viktig ritual, som innebär att flickan tar steget ut i kvinnornas värld.

När en flicka blir omskuren förvandlas hon till kvinna och samtidigt avlägsnas delar av kvinnans könsorgan, som bland vissa grupper anses vara manliga. Omskärelse är med andra ord en symbol för kvinnlig identitet. En omskuren kvinna anses dessutom vara skötsam, respektabel och redo att gifta sig. Inom vissa grupper är omskärelse ofta en förutsättning för att kvinnan ska kunna gifta sig. På vissa håll, bl.a. i Somalia, har man trott att en flicka som är omskuren är ett bevis på att hon är oskuld och redo att gifta sig. En omskuren flicka är värdefull för sin familj, eftersom familjen erhåller ett rejält brudpris när hon gifter sig.

På vissa håll motiveras kvinnlig omskärelse med att ingreppet skulle minska kvinnans sexlust och samtidigt öka mannens sexuella njutning. Inom många etniska grupper utförs kvinnlig omskärelse som en reningsceremoni, där de orena könsorganen avlägsnas. Dessutom ses omskärelsen av flickor som en åtgärd som ger skydd mot vissa sjukdomar och ökar fertiliteten. Omskärelse utförs också av estetiska orsaker. Inom vissa grupper är man exempelvis rädd för att klitoris ska börja växa obegränsat och börja hänga. Skönhetsbegreppet är kulturellt betingat, och en omskuren kvinna anses såväl normal som vacker.

I vissa samhällen, bl.a. i Sudan, förespråkas även reinfibulation, d.v.s. att kvinnan sys ihop igen när hon fött barn eller gifter om sig. Enligt sudanska kvinnor som Mulki Mölsä (2004) intervjuat är reinfibulation en så viktigt tradition att även kvinnor som bor i Europa ibland reser till Sudan för att genomgå ingreppet. När kvinnan sys ihop blir hon på sätt och vis oskuld igen. Att vara ”uppskuren” medför hälsorisker, eftersom obegränsat med ”smuts” kan komma in i vaginan. Kvinnorna som intervjuades motiverade också sin ståndpunkt med att ingreppet förbättrar såväl mannens som kvinnans sexliv.

Många olika föreställningar bidrar till att traditionen lever vidare. Faraonisk omskärelse är dock ingen garanti för att flickorna förblir oskulder och människans moraliska värde kan inte vara beroende av omskärelse. Generellt sett bidrar nog inte kvinnlig omskärelse till ökad njutning för mannen. Tvärtom försvårar ingreppet ofta det intima förhållandet mellan man och hustru. En kvinna som genomgått faraonisk omskärelse öppnas på traditionellt sätt under de första samlagen och det är en ångestfylld procedur för bägge parterna. Kvinnlig omskärelse främjar inte god hygien, utan kan orsaka allvarliga hälsoproblem. Kvinnor och män är ibland ovetande om varandras åsikter p.g.a. bristfällig kommunikation. Kvinnorna kan tro att männen inte vill gifta sig med en kvinna som inte blivit omskuren, trots att männen i själva verket redan kan ha ändrat uppfattning om kvinnlig omskärelse.

Religiösa orsaker

Kvinnlig omskärelse förknippas ofta med islam, trots att traditionen tillämpades redan före islam. Många av de kvinnor som blivit omskurna är dock muslimer. Å andra sidan finns det många islamiska länder, där kvinnlig omskärelse inte förekommer och en väldigt stor del av de muslimska kvinnorna är inte omskurna. Kvinnlig omskärelse praktiseras inte i bl.a. Algeriet, Marocko och Tunisien. Dessutom förekommer kvinnlig omskärelse också i kristna, judiska och animistiska kretsar i områden, där den är en vanlig sedvänja bland övriga grupper. Kvinnlig omskärelse är i grunden inget religiöst påfund.

Det står ingenting om kvinnlig omskärelse i Koranen. Inom islam finns dock vissa grupper som anser att det finns texter som förespråkar kvinnlig omskärelse och sedvänjan anses därför vara försvarbar. Det här gäller främst den typ av omskärelse som kallas sunna. Inom islam betyder ordet sunna ”korrekt tillvägagångssätt som baseras på profeten Muhammeds ord och handlande”. Sunna syftar även på en handling som bör utföras, men vars försummelse inte är straffbar. Sunna-omskärelse är dock inte ett begrepp som generellt används inom islam och bland muslimer. I Finland är det dock viktigt att diskutera sunna omskärelse med de invandrare som kommer från områden där ingreppet utförs.

Ståndpunkten inom islam är oklar, eftersom kvinnlig omskärelse endast omnämns genom muntlig tradition och de lärda inom islam är oense om huruvida dessa hadither är autentiska och hur de ska tolkas. En av de mest citerade haditherna i detta sammanhang innehåller Profetens ord till en kvinna som utför kvinnlig omskärelse: ”Skär inte bort för mycket. Det är bättre för kvinnan och gör även henne mer attraktiv i mannens ögon”. Det råder oenighet om de lindrigare formerna av kvinnlig omskärelse. Lärda inom islam har påpekat att grövre former av kvinnlig omskärelse strider mot värderingarna inom islam. Dessa uttalande har i hög grad bidragit till att allt färre faraoniska omskärelser har utförts under det senaste årtiondet.⁴

2.4 Hur utbredd är traditionen?

WHO beräknar att 100-140 miljoner kvinnor i världen blivit omskurna och årligen riskerar cirka 3 miljoner flickor att drabbas.⁵ Kvinnlig omskärelse utförs i över 28 afrikanska stater och i vissa länder i Mellanöstern, södra och sydöstra Asien. Kvinnlig omskärelse praktiseras även eller har praktiserats bland vissa urbefolkningar bl.a. i Centralamerika och Sydamerika. Allt färre omskärelser av flickor och kvinnor utförs numera bland invandrare i Europa, Canada, USA, Australien och Nya Zeeland.

Statistik och undersökningar beträffande kvinnlig omskärelse och tillämpningen av olika typer av ingrepp ger bara riktgivande information för olika länder. Det kan förekomma regionala och etniska skillnader också inom samma land: kvinnlig omskärelse kan vara en vanlig företeelse i en del av landet, medan traditionen inte alls tillämpas i en annan del av landet. Därför är kartan på följande sida endast riktgivande.

Flest ingrepp utförs i Somalia, Djibouti, Egypten, Mali, Sierra Leone, Etiopien, Eritrea, Sudan (främst i norra delen av landet), Guinea, Burkina Faso, Tchad, Elfenbenskusten och Gambia. Infibulation är den vanligaste formen av kvinnlig omskärelse i Somalia, Djibouti, östra Tchad, Mali, norra Sudan, södra Egypten nära gränsen till Sudan samt i Eritrea och Etiopien, främst i de områden som gränsar till Sudan, Somalia och Djibouti.

Kvinnlig omskärelse praktiseras också på Arabiska halvön. I Jemen har cirka 23 procent och i vissa områden till och med 96 procent av kvinnorna blivit omskurna. Dessutom tillämpas traditionen i Oman och i Förenade Arabemiraten, där dock utförliga uppgifter om traditionens utbredning saknas. Det påstås ofta att inga flickor blir omskurna i Saudiarabien. Andra källor menar dock att kvinnlig omskärelse praktiseras också där, men att inga undersökningar hittills har gjorts i ämnet. Kvinnlig omskärelse praktiseras också till viss del bland en grupp muslimer (gruppen Daudi Bohra) på Indiska halvön, i Malaysia och i Indonesien, där omskärelse av typerna I och IV sägs tillämpas bl.a. på öar som tillhör Java och Sumatra.⁸

Var utförs kvinnlig omskärelse? ⁶ (Kuvan otsikko Tyttöjen ympärileikkausten levinneisyys)

Procentuell andel omskurna kvinnor

Under 25 %

25-50 %

51-75 %

Över 75 %

Malaysia

Indonesien

Jemen

Oman

Förenade Arabemiraten

Andelen omskurna kvinnor i olika afrikanska stater⁷

Land	Procentuell andel
Benin	50
Burkina Faso	70
Centralafrikanska republiken	50
Demokratiska republiken Kongo (tidigare Zaire)	5
Djibouti	90-98
Egypten	78-97
Elfenbenskusten	45-60
Eritrea	90
Etiopien	73-90
Gambia	60-90
Ghana	9-30
Guinea	70-90
Guinea-Bissau	50
Kamerun	5-20
Kenya	38-50
Liberia	50
Mali	90-94
Mauretanien	25
Niger	5-20
Nigeria	25-50
Senegal	5-20
Sierra Leone	80-90
Somalia	90-98
Sudan (i synnerhet i norra Sudan)	89
Tanzania	10-18
Togo	12
Tchad	60
Uganda	5

2.5 Hur utförs ingreppet?

Vid kvinnlig omskärelse används speciella knivar, saxar, glasbitar eller rakblad. I byar på landsbygden utförs ingreppet ofta av äldre kvinnor eller traditionella barnmorskor. I allmänhet används ingen bedövning och inga sterila redskap när ingreppet utförs på traditionsenligt sätt.

De personer som närvarar vid omskärelsen håller fast flickan under ingreppet, som vanligtvis tar ungefär 15 minuter. Ibland används örtblandningar, gröt eller aska efter ingreppet för att stoppa blödningen. När en infibulation utförts hålls de yttre blygdläpparna ihop med taggar från akacia-trädet eller med kraftig tråd. Flickans ben binds ihop för att såret ska läka snabbare. Flickan får bara lite vätska efter ingreppet för att minska på urinbildningen. I städer har förmögna familjer råd att föra sina döttrar till sjukhus, där ingreppet utförs av utbildad personal.

3. HÄLSORISKER MED KVINNLIG OMSKÄRELSE

Följderna av kvinnlig omskärelse beror på hur omfattande ingreppet är, vilka redskap som används och hur skicklig hon är som utför ingreppet. Dessutom inverkar andra omständigheter under och efter ingreppet. Det finns relativt få undersökningar om komplikationer.

Eventuella följder som nämns i skriftliga källor uppstår i allmänhet under eller efter ingrepp, som utförts på traditionellt sätt under ohygieniska förhållanden. Risken för komplikationer ökar också om kvinnan sys ihop igen efter varje graviditet. Om ingreppet utförs på sjukhus eller under liknande förhållanden minskar sannolikt risken för komplikationer. Faraonisk omskärelse utgör inget hinder för graviditet eller förlossning om deinfibulationen utförts under sakliga förhållanden innan kvinnan blir gravid. När följderna av kvinnlig omskärelse uppskattas är det viktigt att komma ihåg att vården av en infibulerad kvinna som ska föda barn är betydligt mera högklassig i Finland än vården exempelvis på den afrikanska landsbygden. Därför förekommer nödvändigtvis inte alla förlossningsrelaterade problem som finns med på följande lista inom sjukvården i Finland.⁹

I Omedelbara följder

- smärta och psykologiska följder
- blödningar
 - anemi
 - blodtrycksfall
 - blödningschock
 - dödsfall
- infektioner
 - sårinfektion, såret har gått upp
 - blodförgiftning
 - stelkramp
 - virusinfektioner (HIV, hepatit B och C)
 - septisk chock och dödsfall
- urineringsbesvär
 - urinstämna
 - skador på urinröret
 - urinvägsinfektion
- benbrott som orsakas av att flickan hålls fast
- skador på närliggande vävnad

II Långsiktiga följder

- värk
 - menstruationssmärter

- samlagssmärter
- följder av ärrbildning
 - cystor och varhärdar på kvinnans yttre könsorgan
 - neurom
 - oelastisk vävnad
 - stockning av menstruationsblod i vaginan
 - fistelgångar mellan slida, tarm och urinrör
 - gynekologisk undersökning och kateterisering smärtsamma eller omöjliga ingrepp
- urineringsbesvär
 - urinvägsinfektioner
 - inkontinens
 - urinvägsstenar
- inverkan på fertilitet och sexuellt umgänge
 - smärter vid samlag
 - svårt eller omöjligt att utföra vaginalt samlag
 - orgasmproblem
 - sterilitet
- övriga följder
 - psykologiska problem
(posttraumatisk stress, mardrömmar, ångest, depression)
 - kroniska virusinfektioner
(HIV, hepatit B och C)

III Förlossningsrelaterade problem

- förlossningsrädsla
- förlängt utdrivningsskede
- svårigheter att följa med förlossningens gång och fostrets tillstånd
- rupturer
 - blödningar
 - infektioner
 - stelkramp och blodförgiftning (under ohygieniska förhållanden)
- onödiga kejsarsnitt
- kroniska infektioner överförs från mamman till barnet

4. UTGÅNGSLÄGET I FINLAND

4.1 Utförs kvinnlig omskärelse i Finland?

Kvinnlig omskärelse uppmärksammades första gången i Finland i början av 1990-talet, då antalet invandrare snabbt ökade. De första uppgifterna om traditionen kom via asylsökande från Somalia. På kommunnivå blev frågan aktuell först åren 1993-1995, då antalet kvinnor och barn ökade inom den somaliska befolkningen i och med familjeåterförening.

I Finland utgör somalierna den hittills största gruppen som utövar kvinnlig omskärelse, men gruppen är inte den enda. Finland har också tagit emot flyktingar från andra länder, där kvinnlig omskärelse praktiseras åtminstone i vissa delar av landet t.ex. Etiopien, Eritrea, Egypten, Sudan, Kenya, Ghana och Nigeria. Under projektets (KokoNainen) gång har fortbildning ordnats och vissa indikationer tyder på att kvinnlig omskärelse möjligtvis också praktiseras på oväntade platser, t.ex. i

områden bosatta av kurder. Frågor kring kvinnlig omskärelse kan bli aktuella i blandäktenskap, när maken eller maken kommer från ett samhälle, där kvinnlig omskärelse tillämpas. Man bör dock komma ihåg att ingreppet kan förekomma också bland andra klientgrupper än somalier och muslimer.

I Finland har frågor kring kvinnlig omskärelse behandlats i några slutarbeten och främst i studier som riktat sig till somaliska kvinnor.¹⁰ Mulki Mölsä, läkare och själv född i Somalia, har gjort två studier om kvinnlig omskärelse i Finland. Den första studien *Tyttöjen ympärileikkauksen hoito ja ehkäisy Suomessa* (Vård av omskurna flickor och förebyggande arbete i Finland), publicerades av Stakes (Forsknings- och utvecklingscentralen för social- och hälsovården) 1994. Mölsä intervjuade 130 somaliska kvinnor bosatta i Nyland för att få material till studien. Resultaten visade att de somaliska kvinnor som hade barn var relativt ense om att döttrarna skulle omskäras, medan över hälften av de ogifta kvinnorna inte hade någon klar ståndpunkt. Vissa kvinnor som blev intervjuade förespråkade faraonisk omskärelse och omskärelse av typ II, men många kvinnor föredrog lindrigare typer av omskärelse.

Mölsäs andra studie *Ajat ovat muuttuneet: Selvitys tyttöjen ja naisten ympärileikkaukseen liittyvästä asenteista ja aikeista pääkaupunkiseudulla asuvien maahanmuuttajien keskuudessa* (Tiderna har förändrats: Utredning om attityder och föresatser i anslutning till könsstympning av flickor och kvinnor bland invandrare i huvudstadsregionen) (2004), publicerades inom projektet KokoNainen. Mölsä intervjuade 18 kvinnor och 12 män, som ursprungligen kommit från Somalia, Sudan, Etiopien, Eritrea och Nigeria. Männerna och kvinnorna var i åldern 15-60. En klar förändring har skett under de senaste tio åren. Studien visade att ingen av de tillfrågade skulle utsätta sina döttrar för faraonisk omskärelse nu eller i framtiden. Trots detta funderar många föräldrar, och också yngre människor, över om ingreppet trots allt är nödvändigt och hur de ska gå tillväga i framtiden. Det är värt att notera att kvinnlig omskärelse inte enbart utförs utifrån föräldrarnas önskemål, utan att en del flickor i tonåren föredrar att bli omskurna som en del av identitetssökandet. Osäkerheten hade främst att göra med lindrigare former av kvinnlig omskärelse. De tillfrågade somalierna och sudaneserna syftade på dessa ingrepp genom att använda begreppet sunnaomskärelse, som motiverades främst med religiösa orsaker. De tillfrågade kan tänka sig att avstå från traditionen så länge de bor i Europa, men frågan blir troligen aktuell igen om de flyttar tillbaka till sitt hemland. Mammorna som blev intervjuade berättade att de upplevt påtryckningar från släktingar under besök i hemlandet. Ingen av de tillfrågade känner till lagstiftningen i Finland eller anser att lagstiftningen inverkar på deras beslut.

Mölsä konstaterar att det är svårt att diskutera kvinnlig omskärelse både inom den egna gruppen, där kvinnor och män inte är vana att ta upp frågor kring sexualitet, och i det finländska samhället, där kvinnlig omskärelse inte tillämpas och dessutom är olaglig.

Utförda undersökningar, utbildning på gräsrotsnivå och diskussioner under KokoNainen projektets gång visar att man fortfarande inte kan utesluta möjligheten att flickor utsätts för omskärelse. Ingreppen utförs dock med största sannolikhet under en utlandsresa. Ett övergripande och långsiktigt samarbete mellan nyckelpersoner med invandrarbakgrund, personal inom social- och hälsovård, skolväsende och övriga myndigheter krävs för att man helt ska kunna avskaffa kvinnlig omskärelse.

4.2 Kvinnlig omskärelse kränker mänskliga rättigheter

Numera erkänns kvinnlig omskärelse globalt som en kränkning mot de mänskliga rättigheterna. Liksom all form av våld innebär kvinnlig omskärelse ett angrepp på flickornas och kvinnornas

värdighet, jämlikhet och integritet. Traditionen kränker bl.a. rätten till liv och fysisk integritet, rätten till ett liv utan våld, rätten till hälsa, rätten till ett liv utan diskriminering och många andra rättigheter som barn har. Trots att det inte nämns någonting om traditionella och skadliga sedvänjor i de flesta konventioner om mänskliga rättigheter, står det dock klart att kvinnlig omskärelse fördöms.

I fråga om kvinnlig omskärelse är följande konventioner om mänskliga rättigheter viktiga: FN:s konvention om barnets rättigheter, konventionen om avskaffande av all slags diskriminering av kvinnor, konventionen om medborgerliga och politiska rättigheter och konventionen mot tortyr och annan grym, omänsklig eller förnedrande behandling eller bestraffning. Följande konventioner är väsentliga på regional nivå: Europeiska konventionen om skydd för de mänskliga rättigheterna, den afrikanska stadgan om mänskliga och folkens rättigheter, och stadgan om barnets rättigheter och välfärd, som utarbetades av den afrikanska samarbetsorganisationen OAU. Också ett åtgärdsprogram, som godkändes 1995 i Peking, uppmanar stater att vidta åtgärder för att avskaffa i synnerhet stympling av flickors könsorgan. Internationella konventioner om mänskliga rättigheter är en ram som borde tillämpas inom nationella rättssystem och åtgärdsprogram också i fråga om kvinnlig omskärelse. I praktiken följs dock dessa konventioner endast på få platser i världen.¹¹

I artikel 24 i FN:s konvention om barnets rättigheter (The United Nations Convention on the Rights of the Child) stadgas att barnet har rätt till bästa möjliga hälso- och sjukvård. Dessutom konstateras att medlemsländerna skall arbeta för att avskaffa traditionella, hälsofarliga sedvänjor. I artikel 19 fastslås att barnet har rätt att skyddas mot fysiskt eller psykiskt våld och mot vanvård eller utnyttjande av föräldrar eller andra vårdnadshavare. Alla stater som undertecknat konventionen förbinder sig att avskaffa kvinnlig omskärelse och skydda flickor från sedvänjan. De finländska myndigheterna är skyldiga att bedriva förebyggande arbete mot kvinnlig omskärelse.

Ibland utförs kvinnlig omskärelse också på vuxna kvinnor, t.ex. innan kvinnan ska gifta sig. Därför är konventionen om avskaffande av all slags diskriminering av kvinnor (The United Nations Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination Against Women, 1979) även viktig. I konventionens femte artikel konstateras att konventionsstaterna skall vidta åtgärder ”för att ändra mäns och kvinnors sociala och kulturella beteendemönster för att därmed avskaffa fördomar samt seder och bruk som grundar sig på föreställningen om det ena könets underlägsenhet eller överlägsenhet eller på stereotypa mans och kvinnoroller”.

I den handlingsplan som antogs under Förenta Nationernas fjärde kvinnokonferens i Peking 1995 nämns kvinnlig könsstympling skilt för sig som en form av våld mot kvinnor (113a). Dessutom fastslås att ”regeringen bör stifta och verkställa lagar som kriminaliserar våldsamma traditioner och handlingar mot kvinnor, såsom stympling av kvinnors könsorgan... samt stödja medborgarorganisationers och de lokala organisationernas arbete för att avskaffa handlingar av denna typ” (124i).

Kvinnlig omskärelse kränker också sexuella rättigheter, som baseras på IPPF:s (International Planned Parenthood Federation) stadga om sexuella och reproduktiva rättigheter från 1995.¹²

Enligt genevekonventionen, en flyktingkonvention från 1951 om flyktingarnas rättsliga ställning, är en flykting en person som ”riskerar att bli förföljd på grund av sin ras, religion, nationalitet, samhällsklass eller sina politiska åsikter”. Den senaste tiden har man börjat fästa allt större uppmärksamhet vid olägenheter som drabbar enbart kvinnliga flyktingar och konstaterat att sexuellt våld mot kvinnor är en form av förföljelse. Åtminstone USA har beviljat asyl åt några kvinnor som riskerat att utsättas för omskärelse. I Finland har inga liknande precedensfall förekommit, men i

praktiken möjliggör lagstiftningen i Finland skydd av personer som förföljs på grund av sitt kön eller kvinnor som riskerar att bli omskurna.

I vissa västländer förbjuds kvinnlig omskärelse i specifika lagar (åtminstone i Sverige, Storbritannien och Norge). Andra länder tillämpar redan existerande strafflagar för att förbjuda sedvänjan. Många medborgarorganisationer och officiella organ arbetar mot omskärelse av kvinnor och flickor. De senaste åren har flera projekt, som riktar sig till invandrargrupper, inletts runtom i Europa mot kvinnlig omskärelse. Samtidigt har också Europeiska Unionens interna nätverk effektiverats.

Också Afrika kämpar mot kvinnlig omskärelse. I många stater har man strävat efter att utveckla lagstiftning och handlingsprogram om kvinnlig omskärelse. Lagen i Sudan förbjuder dock enbart infibulation, men inte lindrigare former av omskärelse. I Egypten har man i årtal debatterat om landets lagstiftning förbjuder kvinnlig omskärelse under alla förhållanden eller om ingreppet kan godkännas om det utförs av en läkare. Dessutom är de religiösa ledarna i Egypten oense om huruvida kvinnlig omskärelse är en del av islam eller inte. Det har dock visat sig att lagarna inte räcker till för att bryta traditionen.

4.3 Lagstiftningen i Finland

Finland har ingen specifik lag som förbjuder kvinnlig omskärelse. Alla former av kvinnlig omskärelse är dock enligt finländsk lag en straffbar handling. Detta gäller också reinfibulation, som innebär att blygdläpparna återigen sys ihop. I Finland har tre lagmotioner om ett förbud mot kvinnlig omskärelse lämnats in, den första 1992 och den senaste 2003. Hittills har dock Justitieministeriet ställt sig negativt till en särskild lag mot kvinnlig omskärelse.

Inga rättsfall om kvinnlig omskärelse har så vitt man vet förekommit i Finland, men ingreppet skulle förmodligen klassificeras som grov misshandel. Enligt strafflagen räknas misshandeln som grov om offret tillfogats svår kroppsskada eller allvarlig sjukdom eller i övrigt utsatts för särskild hänsynslöshet eller råhet. Åtalsrätten preskriberas efter 20 år.

Den som utför kvinnlig omskärelse eller medverkar till ett ingrepp riskerar upp till tio års fängelse, beroende på hur grovt ingreppet är. Detsamma gäller också när en person som bor i Finland förs utomlands för att bli omskuren. Kvinnlig omskärelse är en straffbar handling när den riktas mot en finländsk medborgare eller en person som varaktigt bor i Finland eller om gärningsmannen är finländsk medborgare. En eventuell anstiftare döms till samma straff som gärningsmannen, också om han eller hon inte deltagit vid ingreppet. En läkare som utför kvinnlig omskärelse kan dessutom förlora rätten att utöva sitt yrke.

Enligt barnskyddslagen har ett barn rätt till en säker och stimulerande uppväxtmiljö och en balanserad och mångsidig utveckling. Enligt 40 § i barnskyddslagen är personer som är anställda eller har förtroendeuppdrag inom social- och hälsovården, skolväsendet, polisväsendet eller en församling skyldiga att genast underrätta socialnämnden om barn som är i uppenbart behov av familje- eller individriktat barnskydd. Åtgärder i enlighet med barnskyddslagen skall vidtas om barnets uppväxtförhållanden utsätter barnet för risker eller inte tryggar barnets hälsa eller utveckling. Omhändertagande kan också komma i fråga om en liten flicka riskerar att utsättas för omskärelse.

Det kan även vara nödvändigt att omhänderta ett barn som redan blivit omskuret om föräldrarna inte förstår att barnet är i behov av vård. Om en flicka blivit omskuren när hon är bosatt i Finland

avgör en socialarbetare inom barnskyddet på samma sätt som vid annan typ av misshandel om polisen ska kontaktas. Det är bra att konsultera en jurist om möjligheten finns. Polisen har rätt till nödvändiga undersökningar och utlåtanden från berörda myndigheter om ett eventuellt brott ska utredas.

En person som får vetskap om beredning av ett grovt brott är skyldig att underrätta myndigheterna eller den som hotas av brotten medan brottet ännu kan förhindras (15 kap. 10 § strafflagen). Angivningsskyldigheten gäller inte närstående till den som planerar brottet. I barnskyddslagens 40 § 1 moment och strafflags 10 § 15 moment avsedda anmälningsskyldigheten upphäver myndigheternas tystnadsplikt.

En hälsovårdare får frånga sin tystnadsplikt och är skyldig att kontakta barnskyddet om en ung flicka avslöjar att hon är rädd för att familjen planerar att utsätta henne för omskärelse. Hälsovårdaren bör dock först kontakta föräldrarna, diskutera med dem och meddela att en anmälan till barnskyddet kommer att göras. Detta underlättar den fortsatta kontakten med familjen.

5. FÖREBYGGANDE ARBETE MOT KVINNLIG OMSKÄRELSE

5.1 Fallen utreds och dokumenteras

Fall som gäller kvinnlig omskärelse utreds genom diskussion och/eller undersökning. Ärendet sköts av en hälsovårdare och/eller läkare beroende på situationen. Fallet dokumenteras på vederbörligen vid invandringskontrollen, barnrådgivningen, mödrarrådgivningen, sjukhuset, hälsocentralen eller inom skolhälsovården. Om man misstänker att ingreppet redan har utförts ska fallet också registreras vid hälsovårdscentralen om tidigare anmärkningar saknas. Ingreppet kan avslöjas när klienten söker läkarvård för t.ex. menstruationssmärter, urinvägsinfektion eller vaginit.

I samband med dokumenteringen är det bra att beskriva ingreppets omfattning. En läkare kan t.ex. använda följande uttryck efter en utförd gynekologisk undersökning: ”helt fastsydd, inre undersökning svår att utföra”, ”urinrörets mynning synlig” och ”inre undersökning inte genomförbar”. Läkaren ska även undersöka om kateterisering kan utföras. Även deinfibulation bör nämnas i rapporten. Om parterna reder ut situationen genom samtal kan t.ex. följande antecknas i journalen: ”enligt flickans berättelse är hon omskuren/inte omskuren, har omskärelse utförts/inte utförts”. Dessutom är det bra att få svar på följande frågor: ”Vid vilken ålder och under vilka förhållanden blev klienten omskuren?”, ”Har övriga kvinnor (mamman, syskon och/eller övriga kvinnliga släktingar) i familjen blivit omskurna?” och ”Hur förhåller sig familjen (mamman, pappan och övriga nära släktingar) numera till kvinnlig omskärelse?”. Det är viktigt att ta reda på och dokumentera dessa uppgifter för att kunna erbjuda bästa möjliga vård till omskurna kvinnor och för att hindra att andra flickor utsätts för kvinnlig omskärelse.

Om en flicka inte blivit omskuren, ska personalen ta reda på hur föräldrarna/vårdnadshavarna förhåller sig till kvinnlig omskärelse. Samtalen kan exempelvis registreras på följande sätt: ”Mamman och pappan på rådgivningen. Jag frågade om deras avsikter beträffande omskärelse. Pappan svarade så här och mamman svarade så här...”. Dessutom måste personalen informera familjen om att kvinnlig omskärelse är förbjuden och om vilka hälsorisker ingreppet kan medföra.

Familjen skall också informeras om att personalen i enlighet med barnskyddslagen är skyldig att göra en anmälan till barnskyddet om ett barn far illa, och att en anmälan kan bli aktuell också i fall

som rör kvinnlig omskärelse. Goda resultat uppnås också genom diskussioner utifrån ett kulturellt och religiöst perspektiv. Vid registreringen används redan existerande fält i registret eller på blanketten, t.ex. ”bör observeras” eller ”särskilda omständigheter”, och fältet för operationer som finns på rådgivningskortet. Eftersom ingen enhetlig blankett används i Finland rekommenderas det att man kommer överens om hur dokumenteringen ska skötas på region- och kommunnivå.

I och med att uppgifterna dokumenteras kan den berörda personalen vid behov friska upp minnet och dessutom kan övrig personal ta del av uppgifterna. Det är onödigt att samma saker tas upp varje gång klienten besöker rådgivningen. En noggrann dokumentering underlättar uppföljningen av fallen och det förebyggande arbetet. Dessutom skall man komma ihåg att polisen i fortsättningen har rätt till dokument som rör klienten för utredningen och rättsprocessen. Därför är det väldigt viktigt att bokföra vad som diskuterades, vilka personer som deltog och om någon tolk anlätades. I och med att samtalen med klienterna dokumenteras får den anställda samtidigt bevis på att hon/han skött sin uppgift på bästa möjliga sätt.

Om det under diskussionens/utredningens gång framgår att flickan/kvinnan blivit omskuren före ankomsten till Finland, dokumenteras detta i journalen och flickans/kvinnans situation och behov följs i fortsättningen upp under olika perioder i livet. En anmälan till barnskyddet görs om flickan/kvinnan blivit omskuren efter ankomsten till Finland, antingen i Finland eller utomlands (se kapitel 8 och 9).

5.2 Graviditet och förlossning

Inom det förebyggande arbetet uppnås bäst resultat om personalen diskuterar kvinnlig omskärelse med sina klienter, trots att ämnet är väldigt känsligt. Dessutom gäller det att hitta en balans för hur ofta man kan prata om sedvänjan. Om personalen tar upp frågan under varje besök vid rådgivningen kan flickan/kvinnan och hennes anhöriga med tiden bli frustrerade och få nog av samtalsämnet. Detta kan dessutom ha en negativ inverkan på övriga klientförhållanden. Före mötet bör man därför kontrollera i journalen om kvinnlig omskärelse tidigare diskuterats med familjen och vilka aspekter som behandlats. Under besöket ska hälsovårdaren/läkaren kontrollera hur kvinnan och/eller hennes anhöriga uppfattat den information som hon/de har fått ta del av.

Det förebyggande arbetet mot omskärelse inleds redan när kvinnan blir gravid. Frågan bör tas upp om åtminstone en av föräldrarna kommer från ett land, där kvinnlig omskärelse tillämpas. Både hälsovårdaren och läkaren bör ta upp frågan när kvinnan besöker mödrarådgivningen.

Under första besöket vid mödrarådgivningen registreras förhandsuppgifter om kvinnan och samtidigt får den blivande mamman frågan om hon blivit omskuren. Man vill få reda på vilken typ av omskärelse som tillämpats, hur gammal kvinnan var vid tidpunkten och under vilka förhållanden ingreppet utförts (t.ex. av utbildad personal på sjukhus eller på gammalt, traditionsenligt sätt). Dessutom är det bra att veta om mammans systrar och tidigare döttrar i familjen blivit omskurna. Vid senare besök fortsätter diskussionen om hur mamman, pappan och resten av familjen förhåller sig till kvinnlig omskärelse. Hälsovårdaren kan exempelvis fråga mamman om hon kan tänka sig att utsätta sin ofödda dotter för kvinnlig omskärelse och om man inom familjen diskuterat traditionen. Samtidigt informeras föräldrarna om lagstiftningen i Finland, de mänskliga rättigheterna och arbetet inom barnskyddet, samt om hälsoriskerna (se kapitel 3, 4.2 och 4.3).

Under det första besöket vid mödrarådgivningen behövs inte alla aspekter kring kvinnlig omskärelse behandlas. Huvudsaken är att ämnet tas upp under besöket. Så småningom kan

hälsovårdaren ställa mera ingående frågor när kvinnan känner sig bekväm och känner förtroende för hälsovårdaren. Informationen bokförs i ett register (se även 5.1).

Kvinnlig omskärelse kan behandlas i samband med den familjeförberedelse som omfattar hälsorådgivning och förlossningsförberedelse. Ämnet kan tas upp t.ex. när förlossningssmärter diskuteras. Efter förlossningen kan personalen under mera informella förhållanden ta reda på hur föräldrarna förhåller sig till kvinnlig omskärelse. Föräldrarna får höra att flickan är perfekt som hon är och att hon skonas från onödigt lidande (bl.a. vid förlossning) om hon inte utsätts för kvinnlig omskärelse. När kvinnan kommit hem från sjukhuset är hembesök ett bra tillfälle att ta upp frågan på och ta reda på föräldrarnas avsikter. Broschyren *Stympning av kvinnans könsorgan*, som finns på Social- och hälsovårdsministeriets webbsida, kan skrivas ut och användas som hjälpmedel. Broschyren finns på finska, svenska, engelska och somaliska (se www.stm.fi).

5.3 Spädbarnsåldern och lekåldern

Barnrådgivning

När flickan blir äldre sker uppföljningen i samband med regelbundna besök vid barnrådgivningen under övervakning av en hälsovårdare och/eller en läkare. Så länge barnet bär blöja (fram till 2-3 års ålder) kan genitalområdet kontrolleras i samband med att blöjan tas bort. Samtidigt är det naturligt att ta upp kvinnlig omskärelse. Personalen bör försäkra sig om att föräldrarna känner till att kvinnlig omskärelse är förbjuden i Finland och att de är medvetna om principerna inom barnskyddet och om hälsoriskerna.

Efter blöjåldern kan flickans genitalområde undersökas i samband med läkargranskningar. Hälsovårdarna skall dock vara medvetna om situationen och ta upp ämnet varje år. I samband med besöken vid barnrådgivningen kan hälsovårdaren öppet och oblygt diskutera kvinnlig omskärelse med båda föräldrarna. Även pappans inställning till kvinnlig omskärelse kartläggs. Till och med föräldrar till samma barn kan ha olika avsikter beträffande sin dotter. Hälsovårdaren kan exempelvis ställa följande frågor till familjen: ”Vad har ni för planer inför sommaren? Ska ni resa utomlands?” Hälsovårdaren kan försätta diskussionen genom att konstatera: ”Jag känner till att många flickor blir omskurna i er kultur/i ert hemland. Vad tänker ni göra? Tänk om era släktingar försöker övertala er att omskära er dotter. Hur förhåller ni er till det? Ni känner väl till att omskärelse är förbjuden i Finland?”. Om familjen berättar att den besökt sitt hemland sedan förra besöket vid barnrådgivningen kan hälsovårdaren fråga om ämnet togs upp under resan.

När hälsovårdaren ska ta reda på vilka avsikter föräldrarna har räcker det inte med att fråga: ”Tänker du låta omskära din dotter?”. Om föräldrarna svarar nekande måste hälsovårdaren ställa ytterligare frågor: ”Tänker du låta någon röra din dotter överhuvudtaget?” ”Tänker du tillåta någon form av ingrepp?”. Man bör komma ihåg att t.ex. i Somalia innebär kvinnlig omskärelse uttryckligen faraonisk omskärelse. Föräldrarna uppfattar nödvändigtvis inte lindrigare ingrepp, t.ex. avlägsnande av klitoris och olika typer av snitt, som kvinnlig omskärelse. Under diskussionens gång bör hälsovårdaren ta upp hälsorisker och smittor som dessa ingrepp kan medföra, t.ex. HIV och hepatit B och C (se kapitel 3). Ett förtroligt klientförhållande mellan hälsovårdaren och familjen möjliggör en öppen diskussion också om svåra saker.

Det är väldigt viktigt att samtalen med föräldrarna eller vårdnadshavarna bokförs exempelvis på följande sätt: ”Mamman och pappan på rådgivningen. Jag frågade om deras avsikter om omskärelse. Pappan svarade så här och mamman svarade så här...”. Dessutom måste personalen komma ihåg att bokföra vad som diskuterades, vilka personer som deltog och om någon tolk

närvarade. Vid registreringen används redan existerande fält i registret eller på blanketten, t.ex. ”bör observeras” eller ”särskilda omständigheter”. Tack vare dokumenteringen kan den berörda personalen vid behov friska upp minnet och dessutom kan övrig personal ta del av uppgifterna (se även 5.1).

Det rekommenderas att man ordnar diskussions grupper skilt för mammor och pappor, för att diskutera kvinnlig omskärelse, och för att försöka inverka på att traditionen upphör. Inom gruppen behandlas kvinnlig omskärelse och personalen försöker övertyga föräldrarna om att avstå från sedvänjan. Ofta lönar det sig dock att ta upp frågor kring kvinnlig omskärelse i samband med andra hälsorelaterade ämnen (t.ex. barnsjukdomar, vaccinationer, reproduktiv hälsa och hälsosam mat) eller i samband med diskussioner om barnuppfostran. I praktiken har man kommit fram till att diskussioner ”enbart” kring kvinnlig omskärelse inte väcker tillräckligt stort intresse bland föräldrarna. Barnrådgivningen kan locka fler deltagare genom att på förhand upplysa föräldrarna om något mera allmänt och intresseväckande ämne som kommer att diskuteras i gruppen. Filmen KokoNainen, som producerats inom projektet KokoNainen, kan exempelvis visas för att få igång diskussionen. Filmen lämpar sig för tittare som behärskar somaliska, finska eller engelska (se www.ihmisoikeusliitto.fi > KokoNainen). Gruppen bör dessutom ledas av en nyckelperson från samma etniska grupp som deltagarna.

Om personalen i samband med besöken vid barnrådgivningen fattar misstanke om att föräldrarna tänker utsätta sin dotter för omskärelse, bör man först diskutera saken med föräldrarna. Om misstankarna kvarstår efter samtalet ska en hälsovårdare eller en läkare vid barnrådgivningen göra en barnskyddsanmälan till en socialarbetare i kommunen eller till socialjouren. Anmälaren måste på förhand informera föräldrarna om att en anmälan till barnskyddet kommer att göras. Enligt 40 § i barnskyddslagen är en anställd inom hälsovården skyldig att göra en anmälan under dessa omständigheter, vilket innebär att personalen inte har någon valmöjlighet. Personalen kan dock konsultera anställda inom barnskyddet och tillsammans överväga om oron är befogad. Tröskeln att göra en anmälan får dock inte vara för hög, det räcker med att man är orolig för barnet. Personalen skall inte på egen hand försöka ta reda på hur allvarlig hotbilden är, utan kontakta barnskyddet så snabbt som möjligt. Även barnskyddsmyndigheterna skall vara redo att omgående vidta åtgärder om hotbilden är uppenbar, t.ex. om familjen planerar att ta med flickan utomlands och utföra ingreppet där.

Om personalen på barnrådgivningen misstänker att dottern i familjen blivit omskuren under tiden hon bott i Finland, bör frågan först tas upp med föräldrarna/vårdnadshavarna. Föräldrarna och barnet ska informeras om misstankarna och om att ärendet kommer att utredas för att man ska kunna utesluta misstankarna. Om flickan och föräldrarna godkänner detta, undersöker en läkare flickans könsorgan för att få klarhet i situationen. Även en hälsovårdare kan utföra undersökningen, om detta ter sig naturligt för familjen. Vägrar flickan/familjen att gå med på en undersökning fortsätter personalen att förhandla och diskutera med dem. Också barnskyddet kan konsulteras. Personalen ska försöka lösa situationen på ett naturligt sätt så långt som det bara är möjligt. Situationen kan även kartläggas under hembesök: klienten känner sig förmodligen mera avslappnad hemma och är mera öppen att diskutera frågan. Under hembesök når hälsovårdaren ofta fram till klienten på ett annat sätt än på barnrådgivningen. Hälsovårdaren kan också ha med sig en socialarbetare från barnskyddet under hembesöket. Viktigt är dock att åtminstone en bekant hälsovårdare eller annan yrkesperson närvarar vid besöket.

Om misstankarna kvarstår, flickan och/eller föräldrarna inte tillåter en fysisk undersökning, eller om situationen fortsättningsvis är oklar, ska hälsovårdaren/läkaren göra en anmälan till barnskyddet.

En socialarbetare eller någon annan anställd inom barnskyddet bedömer om barnskyddsåtgärder bör vidtas och om det utifrån barnets bästa är nödvändigt att be polisen inleda en förundersökning. Polisen har rätt till nödvändiga undersökningar och utlåtanden från social- och hälsovårdsmyndigheterna för att kunna utreda om ett brott begåtts.

Daghem

Personalen på daghem bör känna till sedvänjan och utarbetade rekommendationer. Ett fungerande samarbete med hälsovårdare och läkare på den lokala hälsovårdscentralen är viktigt. Om personalen känner till att familjen ska resa utomlands kan frågor kring kvinnlig omskärelse tas upp med föräldrarna, som informeras om hälsoriskerna (se kapitel 3) och om att kvinnlig omskärelse är förbjuden i Finland. Om daghemspersonalen misstänker att flickan kommer att utsättas för omskärelse skall den först diskutera saken med föräldrarna. Också anställda från barnrådgivningen och barnskyddet kan konsulteras. Daghemmet ska göra en anmälan till barnskyddet om misstankarna kvarstår. Personalen måste dock på förhand informera föräldrarna om att en anmälan kommer att göras (se kapitel 8 och 9).

På daghemmet kan personalen fatta misstankar om att ingreppet redan har utförts om flickans beteende plötsligt förändras. Personalen kanske lägger märke till att flickan har ont, är tystlåten, tillbakadragen, deprimerad, aggressiv, rädd eller gråtmild. Flickan kan också ha koncentrations- och inlärningssvårigheter. Personalen skall alltid först diskutera situationen med föräldrarna. Om misstankarna fortfarande kvarstår efter samtalet med föräldrarna ska en anmälan till barnskyddet göras. Personalen måste dock på förhand informera föräldrarna om att en anmälan kommer att göras. (se kapitel 8 och 9).

5.4 Skolåldern

Skolhälsovård

Skolhälsovårdaren och/eller en läkare ska utifrån diskussioner med flickan ta reda på om hon blivit utsatt för omskärelse eller inte, om inga tidigare noteringar om kvinnlig omskärelse finns i journalen. Hälsovårdaren eller läkaren kan exempelvis anteckna följande: ”flickan berättar att hon blivit/inte blivit omskuren”. Det är också bra att fråga om flickans systrar, mamma eller andra kvinnliga släktingar blivit utsatta för kvinnlig omskärelse och vid vilken ålder. Dessutom ska hälsovårdaren eller läkaren försöka ta reda på hur mamman, pappan och den övriga familjen förhåller sig till kvinnlig omskärelse (se även 5.1).

Både skolhälsovårdaren och läkaren kan ta upp ämnet med flickan. Huvudsaken är att ämnet tas upp till diskussion och behandlas. I fråga om yngre elever bör kvinnlig omskärelse diskuteras med föräldrarna/vårdnadshavarna. Skolhälsovårdaren kan ta upp ämnet direkt med flickor i 11-12-års åldern eller med femteklassister. Det är dock svårt att ge några specifika råd om en lämplig ålder. Skolhälsovårdaren och läkaren behandlar varje fall skilt för sig och beaktar vilket utvecklingsstadium flickan befinner sig i eller övriga förhållanden som kan inverka på situationen. Utifrån detta beslutar personalen om när flickan är redo att diskutera ämnet och hur man då ska gå tillväga.

Ämnet diskuteras under vanliga besök hos skolhälsovårdaren och läkaren och tas upp årligen. Det är naturligt att diskutera kvinnlig omskärelse i samband med diskussioner kring utvecklingen under puberteten, t.ex. den första menstruationen. När läkaren undersöker om puberteten startat tas också kvinnlig omskärelse upp till diskussion. Om flickan lider av t.ex. urineringsbesvär och

menstruationssmärter, kan läkaren på ett naturligt sätt undersöka flickans genitalområde i samförstånd med flickan och vid behov med föräldrarnas/vårdnadshavarnas tillåtelse. Om skolans utrymmen är bristfälliga kan undersökningen vid behov utföras vid hälsovårdsstationen.

Flickan ska informeras om vilka hälsorisker kvinnlig omskärelse medför och om att alla former av kvinnlig omskärelse är förbjudna i Finland. Också de mänskliga rättigheterna och barnskyddsmyndigheternas arbete ska tas upp. Det är också viktigt att upplysa flickan om att ingen religion förespråkar kvinnlig omskärelse och att traditionen inte längre tillämpas på samma sätt som tidigare. Flickan informeras om att det för många unga invandrarmän inte spelar någon roll om deras blivande fru har blivit omskuren eller inte. Om flickan tillhör en grupp, där kvinnlig omskärelse utförs först när kvinnan ska gifta sig eller vid ett senare tillfälle, ska hälsovårdaren uppmuntra henne att avstå från traditionen.

Om det är möjligt tas ämnet upp särskilt före sommarlovet, då många familjer reser utomlands. I samband med besöken frågar hälsovårdaren eller läkaren flickan och/eller hennes föräldrar om familjens semesterplaner. Flickan och/eller hennes föräldrar påminns om och varnas för att släktingar och bekanta i hemlandet kan försöka övertala henne och/eller föräldrarna om att utföra någon form av omskärelse.

Hälsovårdaren eller läkaren tar reda på flickans personliga åsikt om kvinnlig omskärelse, eftersom det i samma skolklass kan finnas ungdomar som förespråkar kvinnlig omskärelse och sådana som motsätter sig sedvänjan. Flickan kan också själv föredra någon form av ingrepp av t.ex. kulturella eller religiösa orsaker. Puberteten är en förvirrande tid för alla ungdomar och invandrarungdomar växer dessutom upp i ett främmande land. I vissa fall blir omskärelse ett steg för flickan i hennes identitetssökande. Skolhälsovården och lärarna skall försöka fostra flickorna till starka och förtröstansfulla vuxna och visa att kvinnlig omskärelse inte längre är nödvändig. Skolhälsovårdarna ska informera lärarna om frågor kring kvinnlig omskärelse och bidra till att utveckla det interna samarbetet i skolan.

Om skolhälsovårdaren/läkaren fattar misstankar om att familjen planerar att utsätta sin dotter för kvinnlig omskärelse, ska personalen först ta upp saken med föräldrarna/vårdnadshavarna för att reda ut situationen. Vid behov kan en tolk anlitas. Om misstankarna fortfarande kvarstår efter samtalet, ska hälsovårdaren eller läkaren göra en anmälan till barnskyddet via en socialarbetare i kommunen eller socialjouren. Anmälaren måste på förhand informera föräldrarna om att en anmälan kommer att göras. Enligt 40 § i barnskyddslagen är en anställd inom hälsovården skyldig att göra en anmälan under dessa omständigheter, vilket innebär att personalen inte har någon valmöjlighet. Personalen kan dock konsultera anställda inom barnskyddet och tillsammans överväga om oron är befogad. Tröskeln att göra en anmälan får dock inte vara för hög, det räcker med att man är orolig för barnet. Det är inte orsak att allt för länge ensam fundera över om hotet är verkligt. Också personalen inom barnskyddet måste få tid att arbeta i ett fall, där man t.ex. planerar att skicka en flicka utomlands för att omskäras. Ju mer uppenbar hotbilden är, desto snabbare åtgärder krävs. (se kapitel 8 och 9).

Om skolhälsovårdaren/läkaren misstänker att en flicka blivit utsatt för omskärelse exempelvis under semestern, ska personalen först ta upp saken med flickans föräldrar. Vid behov kan en fysisk undersökning utföras av skolhälsovårdaren/läkaren. Undersökningen kan också utföras på hälsovårdscentralen om skolans undersökningsutrymmen inte räcker till. Man skall dock komma ihåg att alla könsorgan inte ser exakt likadana ut och det kan vara svårt för en hälsovårdare att känna igen i synnerhet lindrigare former av omskärelse. Vid behov konsulteras en barnläkare.

Undersökningen måste genomföras i samförstånd med flickan om hon är så pass gammal och mogen att hon själv kan besluta om undersökningen. I regel anses en 12-åring vara tillräckligt mogen. I övriga fall måste undersökningen utföras i samförstånd med flickan och hennes vårdnadshavare (lagen om patientens ställning och rättigheter 7 §). Om misstankarna kvarstår efter undersökningen ska skolhälsovårdaren/läkaren göra en anmälan till barnskyddet. Skolhälsovårdaren/läkaren måste i förväg kontakta föräldrarna och berätta att en anmälan kommer att göras. Personalen inom barnskyddet beslutar hur ärendet fortskrider efter att en anmälan har gjorts (se kapitel 8 och 9).

Klass

Det är ofta svårt att prata om kvinnlig omskärelse i en skolklass. Om frågan kommer upp spontant i klassen måste man diskutera den. Då är det skäl för läraren att på förhand sätt sig in i frågan och närma sig problematiken kultur sensitivt. Vid behov kan skolhälsovårdaren och en läkare stå till tjänst med mer information. Läraren skall komma ihåg att det kan finnas både flickor som blivit omskurna och de som inte blivit omskurna i klassen. Dessutom kan vissa flickor som inte blivit omskurna vilja att traditionen lever vidare, medan andra bestämt motsätter sig alla former av ingrepp. Särskilda lektioner i hälsolära hålls för flickor som kommer från samhällen, där kvinnlig omskärelse tillämpas. På lektionerna kan också kvinnlig omskärelse diskuteras. Läraren skall hålla lektionerna tillsammans med skolhälsovårdaren.

Skolpersonalen kan fatta misstankar om att en flicka blivit utsatt för kvinnlig omskärelse om hennes beteende förändrats t.ex. efter sommarlovet. Läraren lägger kanske märke till att eleven har ont, är deprimerad, aggressiv, tystlåten, tillbakadragen, rädd eller gråtmild. Flickan kan även ha koncentrations- och inlärningssvårigheter. I dessa lägen ska läraren kontakta skolhälsovårdaren och/eller en läkare. Sedan stämmer skolan möte med föräldrarna och diskuterar ärendet med dem (vid behov kan en tolk anlitas). Med föräldrarnas och flickans samtycke kan en läkare utföra en fysisk undersökning. Om misstankarna kvarstår ska läraren/hälsovårdaren/läkaren antingen konsultera barnskyddet eller göra en barnskyddsanmälan (se föregående avsnitt om skolhälsovård).

6. OMSKURNA FLICKOR OCH KVINNOR

6.1 Hur ska man förhålla sig till flickor och kvinnor som har utsatts för omskärelse?

Man bör komma ihåg att kvinnlig omskärelse generellt sett är ett normalt och uppskattat ingrepp i kvinnornas hemland, trots att ingreppet ofta ter sig obegripligt för anställda inom social- och hälsovården i Europa. Omskärelse har varit något positivt i kulturell bemärkelse och föräldrarna och familjen har genom ingreppet velat säkra flickans framtid. En omskuren flicka eller kvinna står inför en helt annan situation när hon flyttar till Finland eller något annat land i Europa, där traditionen ifrågasätts på många sätt. Kvinnan hör till minoriteten och är dessutom annorlunda, eftersom hon blivit omskuren. Hon kan därför spänna sig extra mycket inför ett möte med den finländska hälsovårdspersonalen.

Omskurna kvinnor kan undvika t.ex. gynekologiska undersökningar, eftersom de är rädda för hur gynekologen reagerar vid synen av deras könsorgan. Vissa studier visar också att omskurna flickor och kvinnor anser att personalen inom hälsovården i västvärlden ibland har otillräcklig kunskap i ämnet och inte har tillräcklig förståelse för kulturella faktorer och den förlossningsvård som omskurna kvinnor behöver.¹³

Det är väldigt viktigt att personalen tar kulturella skillnader i beaktande och värnar om patientens värdighet och integritet vid behandlingar och undersökningar. De anställda ska gå igenom eventuella känslor som kvinnlig omskärelse väcker (medlidande och förskräckelse) med varandra, inte med klienten. Man ska komma ihåg att en omskuren kvinna i grund och botten lever sin vardag precis som vilken annan kvinna som helst, även om sedvänjan utgör en del av hennes identitet.

6.2 Spädbarnsåldern och lekåldern

Om en flicka redan utsatts för kvinnlig omskärelse ska personalen vid barnrådgivningen uppmuntra föräldrarna att kontakta närmaste hälsovårdscentral eller sjukhus om komplikationer uppstår som beror på ingreppet. En hälsovårdare från barnrådgivningen skall även informera daghemspersonalen om hälsorisker, frågor och direktiv beträffande kvinnlig omskärelse. De anställda på daghemmen kan kontakta hälsovårdaren i alla ärenden som berör kvinnlig omskärelse.

6.3 Puberteten

Skolhälsovård

Om en flicka klagar över magsmärtor, menstruationssmärter eller urineringsbesvär, ska skolhälsovårdaren fråga flickan om hon utsatts för omskärelse. Flickor som utsatts för faraonisk omskärelse ska informeras om möjligheten till deinfibulation och om hur ingreppet utförs. Skolhälsovårdaren bör också diskutera ingreppet med flickans föräldrar/vårdnadshavare och förklara för dem vilka fördelar ingreppet innebär för flickans hälsa (se kapitel 3 och 7). Föräldrarna och flickan kan befara att flickan inte längre anses anständig efter ingreppet och att ingen därför vill gifta sig med henne. Om flickan eller hennes föräldrar inte vill att ingreppet skall utföras ännu i det här skedet, skall de informeras om att ingreppet kan utföras i ett senare skede, t.ex. när flickan ska gifta sig.

Hälsovårdaren kan också ordna speciella tillfällen för omskurna flickor, där flickorna i grupp behandlar allmänna frågor som dyker upp i puberteten: kroppsliga förändringar, humörsvängningar, menstruation och sexualitet. Samtidigt kan skolhälsovårdaren berätta om hur kroppen påverkas av kvinnlig omskärelse och om möjligheten till deinfibulation. Grupper av det här slaget kan vara väldigt givande, om de hålls tillsammans med en kunnig person som har samma etniska bakgrund som flickorna. Flickorna ska känna att de kan vända sig till hälsovårdaren om de börjar fundera över något som tagits upp i gruppen. Vissa flickor kan vara för blyga för att ställa personliga frågor i grupp. En del flickor kan bli chockerade av den information de får ta del av. De har nödvändigtvis inte tidigare förstått vad de utsatts för och att de skiljer sig från finländska flickor. Diskussionerna kan väcka djupa känslor hos flickorna, t.o.m. kriser. Det är viktigt att flickorna får bearbeta dessa känslor under enskilda möten med utbildad hälsovårdspersonal eller i referensgrupper som kallas samman av skolhälsovårdaren.

Av kulturella orsaker uppskattar kanske inte alla föräldrar att skolan behandlar frågor som rör preventivmedel och sexualitet. Föräldrarna kan befara att informationen uppmuntrar ungdomarna att inleda föräktenskapliga relationer. Hälsovårdaren förklarar för flickorna och deras föräldrar att flickorna kan ha nytta av informationen i ett senare skede av livet, trots att dessa frågor inte är aktuella just nu.

Klass

En skolklass kan bestå av flickor som blivit utsatta för omskärelse och flickor som inte blivit omskurna. Man måste komma ihåg att ämnet kvinnlig omskärelse är väldigt känsligt och att omskurna flickor kan känna sig utsatta och dessutom bli tvungna att svara på mycket intima frågor som deras nyfikna kamrater ställer. För ungdomar är det väldigt viktigt att smälta in i gruppen och vara som alla andra. Ifall ämnet kvinnlig omskärelse kommer spontant upp till diskussion i klassen skall man diskutera det på ett kultur sensitivt sätt. Läraren ska dock bekanta sig noggrant med ämnet i förväg. Dessutom är det bra om läraren på förhand diskuterar med de redan omskurna flickorna i klassen och tar reda på hur de vill att ämnet ska tas upp. Om klassen byter lärare skall efterföljaren informeras om de diskussioner som förts i klassen om kvinnlig omskärelse.

Läraren bör känna till att wc-besöken kan ta längre tid än vanligt för flickor som blivit omskurna. Dessa flickor kan också ha högre frånvaro än finländska flickor på grund av smärtsamma menstruationer. Skolan kan underlätta situationen för flickorna genom att förse duschutrymmet med duschdraperier så att flickorna ostört kan duscha efter gymnastiken.

6.4 Sällskapande och äktenskap

Det rekommenderas att deinfibulation (se kapitel 7) utförs innan kvinnan blir gravid. Alla flickor och kvinnor som utsatts för faraonisk omskärelse ska erbjudas möjligheten till ingreppet. Personalen ska på ett begripligt sätt förklara för flickan eller kvinnan varför ingreppet bör utföras. Flickor som blivit utsatta för faraonisk omskärelse lider ofta av smärtor i nedre delen av magen, menstruationssmärter, urineringsbesvär och infektioner. Flickan och hennes föräldrar bör därför känna till vilka fördelar ingreppet innebär för flickans hälsa. Familjerna vill kanske i alla fall skjuta upp ingreppet tills dottern gifter sig p.g.a. kulturella orsaker eller över rädslan för att flickan skall förlora sitt rykte. Också kulturella orsaker inverkar på beslutet. Föräldrarna/vårdnadshavarna bör informeras om att sjukhuset kan förse dem med en skriftlig redogörelse, där det framgår att ingreppet utförs under sjukhusförhållanden.

Det är viktigt att berätta för ett par som ska gifta sig att ingreppet besparar båda parterna från onödigt lidande under de första samlagen. Dessutom minskar riskerna för komplikationer under en eventuell graviditet om kvinnan öppnas innan hon blir gravid. Att låta utföra en deinfibulation före en graviditet är tryggare både för den möjliga graviditeten och för det blivande barnet .

6.5 Graviditet och förlossning

Mödrarådgivningen

Vid mödrarådgivningen kartlägger en hälsovårdare och/eller en läkare situationen genom att diskutera med kvinnan och/eller undersöka henne, om inga tidigare anmärkningar finns i journalen. Med hjälp av samtal och undersökningar får personalen reda på om kvinnan utsatts för omskärelse, vilken typ av ingrepp som utförts och om kvinnan genomgått deinfibulation. Uppgifterna kan registreras exempelvis på rådgivningskortet under ”operationer” (se även 5.1).

Om en inre undersökning inte kan genomföras under en graviditet p.g.a. att kvinnan är omskuren, rekommenderas det att deinfibulation utförs under graviditeten. Detta underlättar uppföljningen av både graviditeten och förlossningen. Mamman skall informeras om att det kan uppstå komplikationer under förlossningen om ingreppet inte utförs. Det är bra att redan på mödrarådgivningen tala om hur ingreppet går till. Personalen ska även tala om för mamman och hennes partner att kvinnans yttre könsorgan ser annorlunda ut och känns annorlunda efter förlossningen och deinfibulationen. Personalen ska samtidigt förklara för kvinnans partner att

reinfibulation inte utförs i Finland, d.v.s. att blygdläpparna sys ihop igen. Endast kanterna på operationssåret snyggas till. Under första besöket vid mödrarådgivningen får kvinnan en remiss till polikliniken på förlossningssjukhuset, där ingreppet utförs. Om kvinnan är gravid rekommenderas det att ingreppet utföras i mitten av graviditeten (se kapitel 7).

Omskurna kvinnor ska liksom övriga föderskor informeras om hur förlossningen går till och om vilka typer av smärtlindring som kan fås. Kvinnor som utsatts för faraonisk omskärelse kan ofta vara väldigt rädda för förlossningen och rädslan bör diskuteras vid mödrarådgivningen. Förstföderskor kan ha hört om sina vänners svåra förlossningsupplevelser. Kvinnor som är rädda för förlossningen kan också försöka hejda fostrets tillväxt genom att äta mindre: de tror att mindre barn gör förlossningen enklare. De blivande mammorna kan också vara rädda för att de måste bli förlösta med kejsarsnitt. Mammorna får liksom övriga förstföderskor och kvinnor som är nyinflyttade i området bekanta sig med förlossningssjukhuset.

Om det bor många omskurna kvinnor i närområdet eller i samma stad, lönar det sig att ordna en särskild grupp med förlossningsförberelse och familjeförberedelse för dem. I gruppen kan kvinnorna få stöd av varandra att genomgå en deinfibulation och att vänja sig vid sin kropp efter ingreppet. Även omskurna kvinnor som inte är gravida vid tillfället kan informeras om gruppen. Ämnet är kanske inte aktuellt just nu, men situationen kan förändras. Inom gruppen kan man också ta upp andra hälsorelaterade frågor, t.ex. barnsjukdomar eller hälsosam kost. Kvinnorna som deltar i gruppen sprider effektivt vidare informationen till andra kvinnor som har samma etniska bakgrund. Om det inte är möjligt att samla ihop en grupp, sker familjeförberedelsen i samband med besöken vid mödrarådgivningen. Vid behov anlitas en tolk.

Sjukhus

På sjukhus kan personalen möta omskurna kvinnor bl.a. på avdelningen för blivande mammor och på förlossningsavdelningen. På avdelningen skall personalen i lugn och ro gå igenom förlossningen med mamman och gärna också med hennes man. Kejsarsnitt kan vara en traumatisk upplevelse för mamman och ingreppet ska därför diskuteras ingående. Personalen berättar vidare för mamman hur hon ska sköta såret efter en normal förlossning och eventuella bristningar (duschning, lösa kläder, luftbad). Mamman och pappan ska informeras om att reinfibulation inte utförs i Finland, vilka förändringar deinfibulation innebär för kvinnan och vilka fördelar ingreppet medför för kvinnans hälsa. Mamman och hennes partner måste stegvis vänjas vid tanken att slidan och mellangården ser annorlunda ut och känns annorlunda efter förlossningen.

Hembesök

Under hembesök påminns mamman om hur viktigt det är att sköta om såret. Dessutom redogör hälsovårdaren för tecken på infektion. Mamman informeras om att såret eventuellt läker långsammare än normalt på grund av ärrvävnaden. Hälsovårdaren skall också diskutera med föräldrarna om de förändringar som sker då vagina lämnas öppen.

Pappan informeras om att mamman måste få vila. Mamman behöver extra omvårdnad om hon genomgått kejsarsnitt och eventuellt också deinfibulation. Om det är möjligt görs två hembesök om mamman verkar ha väldigt ont och har svårt att röra sig.

6.6. Hur kan man skydda en nyfödd dotter mot kvinnlig omskärelse?

Det förebyggande arbetet inleds redan när kvinnan blir gravid. Kvinnlig omskärelse tas upp på mödrarådgivningen, på förlossningssjukhuset och i samband med hembesök (se kapitel 5.2).

6.7 Klimakteriet

Omskurna kvinnor kommer ofta från länder, där man inte brukar fokusera på sexuell och reproduktiv hälsa när kvinnan kommit i klimakteriet. Kvinnorna skall informeras om hur viktigt det är att genomgå regelbundna gynekologiska undersökningar.

Mor- och farmödrarna har traditionellt sett spelat en viktig roll när familjen beslutar om döttrarna ska bli omskurna eller inte. Uppenbarligen minskar dock deras inflytande i den nya kulturella och sociala miljön. Därför är det bra om anställda inom hälsovården vid lämpligt tillfälle tar reda på hur mor- och farmödrarna förhåller sig till kvinnlig omskärelse. De bör känna till att kvinnlig omskärelse är förbjuden i Finland. Dessutom ska den anställda som träffar de äldre kvinnorna framföra en önskan om att kvinnorna skyddar sina barn och barnbarn mot kvinnlig omskärelse.

Med tanke på det förebyggande arbetet är det värdefullt om äldre kvinnor som motsätter sig kvinnlig omskärelse deltar i grupper som ordnas för omskurna kvinnor. Kvinnorna bör tillhöra samma etniska grupp. De yngre kvinnorna lyssnar troligtvis på vad de äldre kvinnorna har att säga och respekterar deras åsikter.

7. DEINFIBULATION

Deinfibulation rekommenderas innan kvinnan blir gravid. Alla flickor och kvinnor som utsatts för faraonisk omskärelse ska erbjudas möjligheten att genomgå ingreppet. Behovet av ingreppet och dess betydelse förklarar för flickan eller kvinnan. Flickorna lider ofta av smärtor i nedre delen av magen, menstruationssmärter, urineringsbesvär och infektioner. Flickan och hennes föräldrar bör därför informeras om vilka fördelar ingreppet medför för flickans hälsa. Det är bra om i synnerhet ogifta flickor och deras föräldrar/vårdnadshavare känner till att sjukhuset kan förse dem med en skriftlig redogörelse över ingreppet. Det här kan minska oron i familjen över att ingen vill gifta sig med flickan när hon genomgått deinfibulation.

I lagen om patientens ställning och rättigheter (9 §) stadgas att en minderårig patient som med beaktande av ålder och utveckling kan fatta beslut om vården har rätt att förbjuda att uppgifter om hennes eller hans hälsotillstånd och vård ges till hennes eller hans vårdnadshavare. I regel anses en 12-åring vara tillräckligt mogen. Om så är fallet får personalen inte informera flickans föräldrar om att flickan planerar att genomgå deinfibulation eller redan har genomgått ingreppet om flickan själv förbjuder det.

Före äktenskapet är det viktigt att personalen berättar för både kvinnan och hennes partner att båda parterna skonas från onödigt lidande under de första samlagen om kvinnan genomgår ingreppet. En gift kvinna, som kanske redan är gravid, ska informeras om att uppföljningen av graviditeten och undersökningar i samband med förlossningen kan vara svåra eller omöjliga att genomföra på en öppnad kvinna. Det är viktigt att den blivande mamman känner till att personalen har svårigheter att följa med hur fostret mår om kvinnan inte genomgår deinfibulation. Om ingreppet utförs före förlossningen kan det också skona den blivande mamman från eventuella minnen av omskärelsen som förlossningen kan väcka till liv.

Om kvinnan redan är gravid utförs ingreppet i mitten av graviditeten. Om ingreppet utförs i början av graviditeten kan kvinnan felaktigt tro att ett eventuellt missfall orsakats av deinfibulationen.

Deinfibulationen utförs polikliniskt på sjukhus. Ingreppet är relativt okomplicerat och tar vanligtvis bara 10-15 minuter. Patienten återhämtar sig på 1-2 dagar. Någon särskild efterkontroll behövs inte. Ingreppet utförs under en kort narkos så att kvinnan slipper traumatiska minnen. Ingreppet kan också utföras under lokalbedövning eller ryggmärgsbedövning. Läkaren sticker in två fingrar under ärrvävnaden eller en rännsond under ärret för att skydda underliggande vävnad. Ärret öppnas nerifrån upp så att mynningen på urinröret blir synlig. De sår som uppstår sys vid behov ihop på båda sidorna med stygn som löser upp sig själva (3-0 eller 4-0 dexon/vicryl.)

Deinfibulation
(under graviditeten)

Efter ingreppet

Deinfibulationen utförs i samband med förlossningen om ingreppet inte tidigare utförts. Vid förlossningen utförs ingreppet vanligtvis av en barnmorska. Ingreppet utförs när förlossningens andra skede kommit igång, före en eventuell episiotomi. Ärret öppnas under lokalbedövning (se föregående kapitel). Ingreppet behöver dock inte utföras om ärrvävnaden är tillräckligt elastisk.

I samband med ingreppet ska kvinnan informeras om vilka kroppliga förändringar det medför. Det kan till en början kännas konstigt att urineringen går mycket snabbare än tidigare och att urinmängderna är mycket större än tidigare. Kvinnan kan uppleva att hon är för öppen. Kvinnan informeras om att hennes man kan gärna närvara under samtalen, eftersom ingreppet med stor sannolikhet inverkar på parets sexuella umgänge på ett eller annat sätt.

8. KVINNLIK OMSKÄRELSE INOM DET SOCIALA ARBETET OCH INOM BARNSKYDDET

8.1 Förebyggande arbete

I Finland är det en straffbar handling att utföra kvinnlig omskärelse eller att medverka till ingreppet. Alla anställda som arbetar med barnfamiljer är skyldiga att ta upp ämnet till diskussion och främja det förebyggande arbetet. Ämnet kan bli aktuellt på mödra- och barnrådgivningen, på daghem, inom barnskyddet och det sociala arbetet med vuxna, i skolor eller på andra ställen, där vuxna kommer i kontakt med invandrabarn/ungdomar och deras föräldrar. Det är viktigt att frågan tas upp under lugna förhållanden och att man undviker att beskylla någon. Dessutom är det viktigt att kvinnlig omskärelse tas upp i tid och inte först när man misstänker att flickan redan blivit omskuren. Unga kvinnor och par som bildar familj, familjer där det föds nya familjemedlemmar eller den unga generationen i allmänhet kan tänkas avstå från traditionen och välja en ny riktning. De nya generationerna är kulturförmedlare för till sina barn.

Personalen inom socialvården skall ta upp kvinnlig omskärelse med familjerna redan när de anländer till Finland. Frågan kan också diskuteras i ett senare skede när ett ömsesidigt förtroende upprättats mellan socialarbetaren och klienterna och man i allmänhet vet mera om familjens liv. Familjen ska informeras om att kvinnlig omskärelse är förbjuden i Finland och om vilka biverkningar ingreppet kan medföra (se kapitel 3). Det är skäl att informera familjen om att det i barnskyddslagen stadgas om personalens skyldigheter att göra en anmälan till barnskyddet om barn far illa, och att en anmälan också kan bli aktuell i situationer som rör kvinnlig omskärelse.

Kvinnlig omskärelse ska tas upp under åtminstone ett tillfälle med klienten. Socialarbetaren kan exempelvis öppna diskussionen genom att fråga om klienten tidigare diskuterat kvinnlig omskärelse

t.ex. med en hälsovårdare och vilken typ av information klienten fått. Samtalen dokumenteras i klienthandlingarna. Ämnet kan också behandlas vid andra naturliga tillfällen, t.ex. i klientgrupper. Det är ändå alltid skäl att för varje enskild situation skilt besluta var frågan kan behandlas.

Personalen skall fortbildas i ämnet kvinnlig omskärelse och lära sig hur ämnet ska diskuteras med klienterna. "Kulturtolkare" som har samma kulturella bakgrund som klienterna kan hjälpa personalen att sätta sig in i ämnet och att behandla frågor kring kvinnlig omskärelse. Socialarbetare i små kommuner arbetar ofta ensamma. Därför rekommenderas att anställda personer som kommer från kulturer, där kvinnlig omskärelse tillämpas eller andra lämpliga nyckelpersoner som socialarbetaren kan samarbeta med.

Broschyrer och annat material underlättar diskussioner kring kvinnlig omskärelse. Broschyren *Stympning av kvinnans könsorgan*, som finns på social- och hälsovårdsministeriets webbsida (www.stm.fi) kan skrivas ut och användas för detta ändamål. Broschyren finns att på finska, svenska, engelska och somaliska. Dessutom kan filmen KokoNainen (på somaliska, engelska och finska) visas för att få igång en gruppdiskussion kring ämnet (www.ihmisoikeusliitto.fi > KokoNainen).

8.2 Samarbete

Det är väldigt viktigt att också övriga samarbetsinstanser diskuterar frågor kring kvinnlig omskärelse med familjerna, eftersom bara en del av familjerna kommer i kontakt med socialväsendets arbete. Dessutom kontaktas barnskyddsmyndigheterna oftast först i ett relativt sent skede. Det är nödvändigt att utveckla det regionala samarbetet och att delta i samarbetsnätverk där de berörda instanserna funderar över hur det förebyggande arbetet kan effektiviseras och hur man på bästa sätt kan lösa eventuella akuta situationer.

Inom dagvården, på barnrådgivningen, i skolan eller på övriga ställen där vuxna arbetar med barn, kan personalen fatta misstankar om att en familj planerar att utsätta dottern för omskärelse eller att ingreppet redan har utförts. Barnskyddsmyndigheterna får oftast kännedom om situationen via ovannämnda personal. En anställd råkar dock sällan eller aldrig ut för problemet p.g.a. det förekommer så få fall. Därför är det skäl för personalen att känna till att barnets beteende kan bero på frågor som berör kvinnlig omskärelse.

Ingen anställd ska lämnas ensam med sina misstankar, utan det lönar sig alltid att söka stöd hos samarbetspartners. Samarbetet är viktigt så väl under det förebyggande stadiet som i fall där ingreppet redan utförts för att man ska kunna erbjuda flickan och familjen det stöd de behöver. Den berörda personalen kan konsultera barnskyddsmyndigheterna för att ta reda på om oron är befogad. Alternativt kan en hälsovårdare och en socialarbetare från barnskyddet göra ett gemensamt hembesök hos familjen för att reda ut misstankarna.

Enligt 40 § i barnskyddslagen är personer som är anställda inom social- och hälsovården, skolväsendet, polisväsendet eller en församling skyldiga att genast underrätta socialnämnden om barn som är i uppenbart behov av familje- eller individriktat barnskydd. Någon annan person får också göra en anmälan. Myndigheterna ska informera föräldrarna om att kvinnlig omskärelse är en allvarlig företeelse som rapporteras till barnskyddsmyndigheterna. Den finländska lagstiftningen kräver att barnskyddsmyndigheterna ingriper om ett barn utsätts för våld. Personalen ska i förväg informera familjen om att en anmälan kommer att göras.

En anmälan till barnskyddet kan gälla misstankar om att någon planerar ett ingrepp, misstänker eller vet att ett ingrepp redan utförts. En anmälan är befogad om anmälaren hyser uppriktig oro över barnets hälsa eller utveckling. En anmälan kan göras per telefon till en socialarbetare inom barnskyddet i kommunen eller till socialjouren. Man kan också göra en skriftlig anmälan. En anmälan som kommer in till barnskyddsmyndigheterna ska alltid bokföras i klienthandlingarna. En socialarbetare inom barnskyddet avgör hur man ska gå vidare med fallet.

8.3 Hot och misstanke

Om en anställd misstänker att en familj planerar att utsätta dottern för omskärelse, skall han/hon först på egen hand bedöma hur allvarlig hotbilden är. Varje fall ska lösas skilt för sig. Tröskeln att göra en anmälan till barnskyddet får dock inte vara för hög.

Åtgärder bör vidtas exempelvis om familjen tänker ta med dottern till hemlandet, där ingreppet utförs, och hotbilden framgår under samtal med flickan själv eller med föräldrarna/vårdnadshavarna exempelvis på rådgivningen. Barnskyddsmyndigheterna kan kontakta polisen och be dem att stoppa barnets resa om det framgår att flickan kommer att utsättas för omskärelse i sitt hemland. I ett fall som detta skall personalen överväga om det är skäl att omedelbart omhänderta barnet och i så fall be om polisens hjälp.

En annan typ av situation kan uppstå exempelvis i skolan om en tonårig flicka avslöjar att hon förespråkar kvinnlig omskärelse. Uttalandet väcker misstanke om att familjen planerar ingreppet. Skolpersonalen skall först diskutera frågan med föräldrarna och vid behov göra en anmälan till barnskyddet.

Personalen ska omgående göra en anmälan till barnskyddet så att barnskyddsåtgärder kan vidtas om hotbilden är uppenbar. När en anmälan kommit in till barnskyddsmyndigheterna tar en socialarbetare upp ärendet med familjen och bedömer vilka åtgärder som bör vidtas. Samarbetet med exempelvis en hälsovårdare som familjen känner väl är väldigt viktigt också i det här skedet. Enligt barnskyddslagen ska stödåtgärder inom öppenvården vidtas om uppväxtförhållandena äventyrar eller inte tryggar ett barns hälsa eller utveckling. Det kan också bli aktuellt att omhänderta en flicka för att skydda henne mot omskärelse.

En anmälan till barnskyddet skall också göras om man misstänker att ingreppet har utförts när flickan varit bosatt i Finland. När myndigheterna tagit emot en anmälan bedömer en socialarbetare inom barnskyddet om barnskyddsåtgärder skall vidtas och om det utifrån barnets bästa är nödvändigt att be polisen göra en förundersökning. Behovet av en förundersökning bedöms på samma sätt som i övriga fall av misshandel. Socialarbetaren kan även konsultera en advokat om möjligheten finns. Polisen har rätt till nödvändiga undersökningar och uttalanden från social- och hälsovårdsmyndigheterna för att kunna reda ut ett eventuellt brott.

Exempelvis ska personalen på ett daghem först diskutera saken med föräldrarna om en flickas beteende plötsligt förändras och man misstänker att hon blivit utsatt för kvinnlig omskärelse. Daghemspersonalen kan också konsultera en socialarbetare inom barnskyddet och tillsammans besluta om barnskyddsåtgärder skall vidtas. Efter en eventuell anmälan till barnskyddet fortsätter socialarbetaren att granska fallet och kontaktar flickans föräldrar för att få klarhet i situationen.

Samma förfarande tillämpas om en lärare märker att exempelvis en tioårig flicka betar sig annorlunda efter sommarlovet. Skolhälsovårdaren och/eller en läkare kan inledningsvis diskutera saken med flickan, men även föräldrarna/vårdnadshavaren kallas till skolan för att diskutera

ärendet. Skolan kan även komma överens om ett hembesök hos familjen. Hälsovårdaren/läkaren kan i det här skedet konsultera barnskyddsmyndigheterna och ett eventuellt hembesök kan göras tillsammans med en socialarbetare. Föräldrarna ska informeras om att en anmälan till barnskyddsmyndigheterna kommer att göras om de vägrar att diskutera med hälsovårdaren/läkaren eller om situationen förblir oklar. När en anmälan kommit in till barnskyddsmyndigheterna kontaktar en socialarbetare föräldrarna för att reda ut vilka åtgärder som vidtas.

8.4 När en flicka redan har utsatts för kvinnlig omskärelse

Inga egentliga barnskyddsåtgärder kan vidtas om det visar sig att ingreppet redan har utförts i flickans hemland före flyttningen till Finland. Familjen bör dock i förebyggande syfte informeras om flickan har syskon. Det är dock inte befogat att vidta barnskyddsåtgärder enbart av den orsaken att exempelvis den äldsta flickan utsatts för kvinnlig omskärelse före flyttningen till Finland och man är orolig för hennes syskon. Familjen bör dock få stöd inom öppenvården och oron berättigar personalen att vid behov aktivt ingripa för att förhindra att yngre flickor i familjen utsätts för omskärelse.

Det är i allmänhet ingen risk att samma barn drabbas en gång till om ingreppet redan utförts före ankomsten till Finland. Det faktum att myndigheterna tar itu med situationen kan dock ha en förebyggande inverkan på en familj och på gruppen i allmänhet. Det är också viktigt att bedöma vilken inverkan händelsen och myndigheternas inblandning kan ha på barnets psykiska och fysiska hälsa.

Anställda inom exempelvis dagvården, rådgivningen och i skolorna ska göra en anmälan till barnskyddet om de får reda på att en flicka som är bosatt i Finland blivit utsatt för kvinnlig omskärelse antingen i Finland eller utomlands. Föräldrarna ska i förväg informeras om att en anmälan kommer att göras. I dessa fall behandlar barnskyddsmyndigheterna en anmälan på samma sätt som övriga anmälningar om misshandel.

När myndigheterna tagit emot en anmälan reder en socialarbetare ut situationen tillsammans med familjen och bedömer om barnskyddsåtgärder bör vidtas. Socialarbetare bedömer hur allvarig situationen är och tar även eventuella yngre syskon i beaktande. Om en noggrannare utredning är nödvändig kan en socialarbetare inom barnskyddet uppmana föräldrarna att låta en läkare undersöka flickan, om hon inte tidigare blivit undersökt. Det kan bli aktuellt att omhänderta flickan för att trygga hennes psykiska och fysiska hälsa om föräldrarna inte förstår att flickan behöver vård eller vägrar att låta undersöka henne. Personalen fattar beslut om fortsättningen på basis av de undersökningar som läkaren utför. Det är viktigt att samarbeta med föräldrarna och i samförstånd fatta beslut om nödvändiga åtgärder.

En socialarbetare inom barnskyddet bedömer på samma sätt som i övriga misshandelsfall om det utifrån barnets bästa är nödvändigt att be polisen göra en förundersökning. Socialarbetaren tar också upp situationen med sin arbetspartner och/eller sitt arbetsteam och med sin förman. En jurist kan också konsulteras om möjligheten finns. Barnskyddsmyndigheterna beslutar inte om brottsrubriceringen, utan bedömer enbart om polisen ska koppas in.

När en anmälan gjorts till polisen fortskrider undersökningen och utredningen i stora drag som processen framställs i handboken (Sirpa Taskinen red. 2003) *Lapsen pahoinpitelyn ja seksuaalisen hyväksikäytön selvittäminen: Asiantuntijaryhmän suositukset sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstölle* (Anvisningar och utredningar i anslutning till misstankar om misshandel och sexuellt utnyttjande av barn)

9. INSTRUKTIONER I KORTHET

Kvinnlig omskäreelse är ett brott

Enligt den finska strafflagen är alla former av kvinnlig omskäreelse förbjudna. Det här gäller också reinfibulation, vilket innebär att blygdläpparna sys ihop igen.

Den som utför kvinnlig omskäreelse eller medverkar till ingreppet riskerar fängelse i upp till 10 år. Detsamma gäller när en person som bor i Finland förs utomlands för att bli omskuren. Kvinnlig omskäreelse är en straffbar handling när den riktas mot en finländsk medborgare eller en person som varaktigt bor i Finland eller om gärningsmannen är finländsk medborgare.

Vad säger barnskyddslagen?

Enligt 40 § i barnskyddslagen har den som är anställd eller innehar ett förtroendeuppdrag inom social- och hälsovården, skolväsendet, polisväsendet eller en församling, vid handhavandet av sin tjänst eller befattning eller sitt uppdrag fått vetskap om att barn är i uppenbart behov av familje- och individinriktat barnskydd, skall han utan dröjsmål anmäla detta till socialnämnden. Eftersom det är fråga om en anmälningsskyldighet kan man inte själv avgöra om det är nödvändigt eller inte.

Enligt barnskyddslagen ska stödåtgärder inom öppenvården vidtas om uppväxtförhållandena äventyrar eller inte tryggar ett barns hälsa eller utveckling. Det kan också bli aktuellt att omhänderta en flicka för att skydda henne mot omskäreelse eller när ingreppet redan utförts för att trygga flickans fysiska och psykiska hälsa.

Hur gör man en anmälan till barnskyddet?

En anmälan till barnskyddet kan gälla misstankar om planering av ett ingrepp eller redan utförda ingrepp. Det räcker med att per telefon kontakta en socialarbetare inom barnskyddet i kommunen eller socialjouren. Anmälaren ska i förväg informera familjen om att en anmälan kommer att göras. Man kan också konsultera barnskyddet och tillsammans fundera över om oron är befogad. Tröskeln att göra en anmälan till barnskyddet får dock inte vara för hög. En anmälan är befogad om anmälaren hyser uppriktig oro för barnets hälsa eller utveckling.

En anmälan som kommer in till barnskyddsmyndigheterna bokförs i klienthandlingarna. En socialarbetare inom barnskyddet börjar reda ut situationen. Socialarbetaren bedömer utifrån barnets bästa om eventuella barnskyddsåtgärder vidtas och om det är nödvändigt att be polisen göra en förundersökning. Fallet behandlas på samma sätt som övriga fall av misshandel. Det är bra att konsultera en advokat om möjligheten finns. Polisen har rätt till nödvändiga undersökningar och uttalanden från social- och hälsovårdsmyndigheterna för att kunna reda ut ett eventuellt brott. Den berörda personalen skall försöka samarbeta med föräldrarna under hela processen.

Vem är ansvarig för det förebyggande arbetet mot kvinnlig omskäreelse?

Kvinnlig omskäreelse är ett ämne man måste ta i beaktande. Ämnet skall tas upp med alla klienter som kommer från områden, där traditionen förekommer.

Omskäreelse ska tas upp i god tid och inte först när misstankar om en eventuell omskäreelse blir aktuella. Alla anställda som arbetar med dessa familjer inom social- och hälsovården är skyldiga att ta upp ämnet med dem. För att lösa problemen angående kvinnlig omskäreelse är det nödvändigt att utveckla lokala och regionala samarbetsnätverk.

Situationer som gäller kvinnlig omskäreelse utreds genom diskussion och/eller undersökning. Ärendet sköts av en hälsovårdare och/eller läkare beroende på situationens art. Informationen bokförs i flickans/kvinnans journal. Om flickan inte blivit omskuren diskuterar personalen ärendet med föräldrarna med jämna mellanrum och följer upp flickans utveckling.

rådgivning,
remiss för
deinfibulation

man konstaterar att flickan blivit omskuren före ankomsten till Finland **Förebyggande arbete mot kvinnlig omskäreelse**

NYFÖDD hälsovårdare, läkare, daghemspersonal, OOMSKUREN VUXEN
lärare, socialarbetare

man konstaterar att flickan inte blivit omskuren

man uppmärksammar hot om ingrepp

man misstänker att ingreppet redan utförts

man får reda på att ingreppet utförts när flickan bott i Finland

förebyggande arbete, uppföljning

diskussion

diskussion eventuell läkarundersökning

diskussion

misstankarna bekräftas

misstankarna bekräftas, oklar situation

kontakt med barnskyddet:
konsultering eller barnskyddsanmälan

situationen bedöms

barnskydds-
åtgärder

förundersökning
till polisen

ytterligare
utredningar

Hur ska man gå tillväga om man misstänker att en flicka kommer att utsättas för omskäreelse eller redan blivit omskuren?

Om personalen misstänker att en klientfamilj planerar att utsätta sin dotter för kvinnlig omskärelse, ska de anställda diskutera saken med föräldrarna/vårdnadshavarna. Vid behov kan en tolk närvara. Dessutom bör tillräckligt mycket tid reserveras så att parterna i lugn och ro kan reda ut situationen. Om misstankarna kvarstår efter samtalet konsulteras personalen en socialarbetare från barnskyddet eller gör en anmälan till barnskyddet. En anmälan kan göras från daghem, skolan, rådgivningen eller från övriga enheter inom hälsovården.

Personalen kan fatta misstanke om att ingreppet redan har utförts om flickans beteende plötsligt förändras. Flickan/tonåringen har kanske ont, är deprimerad, aggressiv, tystlåten, tillbakadragen, rädd eller gråtmild. Koncentrations- och inlärningssvårigheter kan också förekomma.

En hälsovårdare/anställd på daghemmet/läkare reder ut situationen genom att diskutera med familjen och barnet/tonåringen. På barnrådgivningen/daghemmet/inom skolhälsovården kan personalen förklara för föräldrarna att man är orolig över förändringarna i barnets/tonåringens beteende och vill ta reda på vad som orsakat dessa förändringar.

En läkare kan vid behov utföra en fysisk undersökning. Undersökningen måste genomföras i samförstånd med flickan, om hon är så pass gammal och mogen att hon själv kan besluta om undersökningen. I regel anses en 12-åring vara tillräckligt mogen. I övriga fall måste undersökningen genomföras i samförstånd med flickan och hennes vårdnadshavare (lagen om patientens ställning och rättigheter 7 §). Om situationen förblir oklar och misstankarna om att ingreppet redan har utförts kvarstår, gör en lärare/hälsovårdare/daghemsanställd/läkare en anmälan till barnskyddet.

Hur ska man gå till väga om flickan eller kvinnan redan blivit omskuren?

Om flickan/kvinnan blivit omskuren före flyttningen till Finland, bokförs informationen i klienthandlingarna.

Flickan/kvinnan och hennes anhöriga informeras om möjligheten till deinfibulation när ingreppet blir aktuellt.

En anmälan till barnskyddet görs om en flicka utsatts för omskärelse efter flyttningen till Finland, antingen i Finland eller utomlands.

HÄNVISNINGAR

1 World Health Organization 1.8.2004.

2 För mer terminologi se även Chalmers & Hashi 2000, 229; Johndotter et al. 2001, 9.

3 Mölsä 2004; Gruenbaum 2001, 207.

4 Verket Roald (2001, 237–253) ger en bra bild av den interna diskussionen kring omskärelse inom islam.

Om sunna-omskärelsens betydelse bland somaliska och sudanska invandrare bosatta i Finland, se Mölsä 2004.

5 World Health Organization 6.2.2007.

6 Iso Karttakirja 1996; Amnesty International 3.5.2004; World Health Organization 2001.

7 U.S. Department of State 24.4.2003; Gruenbaum 2001, 8–9.

8 T.ex. U.S. Department of State 24.4.2003; Leye et al. 1998.

9 Se t.ex. World Health Organization 2000; Nour 2004 om följderna av kvinnlig omskärelse.

10 Se t.ex. Mustanoja 1993; Nisula et al. 1995;

Hakola 1996; Jokinen 2002; Tiilikainen 2003.
11 För mera detaljerat innehåll i mänskiorättskonventionerna, se Haapea 2002.
12 Alkio & Tuominen 2002.
13 Chalmers & Hashi 2000; Mölsä 2004.

KÄLLOR OCH LITTERATUR

- Alkio, Paula & Jenni Timonen** (red.) (2002).
Seksuaalioikeudet osana ihmisoikeuksia. [Sexualrättigheter som en del av de mänskliga rättigheterna]
Helsinki: Väestöliitto.
- Amnesty International** (3.5.2004).
(www.amnesty.org/ailib/intcam/femgen/fgm9.htm)
- Chalmers, Beverley & Kowser Omer Hashi** (2000).
Somali Women's Birth Experiences in Canada after Earlier Female Genital Mutilation. *Birth* 27(4): 227–234.
- Gruenbaum, Ellen** (2001).
The Female Circumcision Controversy: An Anthropological Perspective.
Philadelphia: University of Pennsylvania Press.
- Haapea, Arto** (red.) (2002).
Ihmisoikeudet 2000-luvulla: Sopimuksia ja asiakirjoja. [De mänskliga rättigheterna på 2000 –talet: Konventioner och dokument]
Helsinki: Ihmisoikeusliitto / Edita.
- Hakola, Päivi** (1996).
Kun sukupuoli on terveysriski: Tutkimus terveyden ja hyvinvoinnin ehdoista Suomessa asuvien somalialaisten pakolaisnaisten keskuudessa. [Då könet är en hälsorisk: en undersökning om villkoren för hälsa och välmående bland de i Finland bosatta somaliska flyktingarna] *Kansanterveystieteen pro gradu –tutkielma*.
Tampereen yliopisto, terveystieteen laitos. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriön monisteita 1996:19.
- Iso Karttakirja** (1996).
[Stora kartboken] Porvoo: WSOY.
- Johnsdotter, Sara & Aje Carlbom & Asha Omar Geesdiir & Ali Elmi** (2001).
Som Gud skapade oss: Förhållningssätt till kvinnlig omskärelse bland somalier i Malmö. Socialstyrelsen.
(www.sos.se/FULLTEXT/123/2001-123-13/2001-123-13.pdf)
- Jokinen, Riitta** (2002).
Ympärileikatun naisen kohtaaminen terveydenhuollossa. Suomalaisien terveydenhoitajien ja kättilöiden asenteiden osatekijöiden tarkastelua. [Att möta de omskurna kvinnorna inom hälsovården. En undersökning om de finska hälsovårdarnas och barnmorskornas attityder]
Uskontotieteen pro gradu –tutkielma.
Helsingin yliopisto, humanistinen tiedekunta.
- Leye, Els & Maria de Bruyn & Stan Meuwese** (1998).
Proceedings of the Expert Meeting on Female Genital Mutilation, Ghent, Belgium, November, 5–7, 1998.
- Mustanoja, Ulla-Marjatta** (1993).
Naisten ympärileikkaus osana kultuuria ja sosiaalista identiteettiä. [Kvinnlig omskärelse som en del av kultur och social identitet] *Sairaalaliitto tiedottaa* 3/93: 20–24.
- Mölsä, Mulki** (1994).
Tytöjen ympärileikkauksen hoito ja ehkäisy Suomessa. [Den förebyggande vården mot kvinnlig omskärelse och vården av redan omskurna kvinnor] Helsinki: Stakes.
- Mölsä, Mulki** (2004).
Ajat ovat muuttuneet. Selvitys tyttöjen ja naisten ympärileikkaukseen liittyvistä asenteista ja oikeista pääkaupunkiseudulla asuvien maahanmuuttajien keskuudessa. [Tiderna har förändrats. En utredning om attityderna mot kvinnlig omskärelse bland invandrare] KokoNainen-projekti, Ihmisoikeusliitto.
(www.ihmisoikeusliitto.fi > KokoNainen)
- Nisula, Tapio & Anna Rastas & Kristiina Kangaspunta** (1995).
Perinteen puhtaus ja somali-identiteetti: Pakolaistytöt kulttuurinsa vaalijoina. [Den renliga traditionen och den somaliska identiteten: Flykting flickor som omhuldar sin kultur] *Nuorisotutkimus* 13(2): 18–29.
- Nour, Nawal M.** (2004).
Female Genital Cutting: Clinical and Cultural Guidelines. *Obstetrical and Gynaecological Survey* 59(4): 272–279.
- Road, Anne Sofie** (2001).
Women in Islam: The Western Experience.
London: Routledge.
- Taskinen, Sirpa** (red.) (2003).
Lapsen seksuaalisen hyväksikäytön ja pahoinpitelyn selvittäminen. Asiantuntijaryhmän suositukset sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstölle. [En utredning om sexuellt utnyttjande och misshandel av barn. Rekommendationer för social- och hälsovården]

Helsinki: Stakes.

Tiilikainen, Marja (2003).

Arjen islam: Somalinaisten elämää Suomessa. [Vardagens islam: Somaliska kvinnors liv i Finland]

Tampere: Vastapaino.

Tiilikainen, Marja (2004).

Tyttöjen ympärileikkaus terveydenhoitajien työssä.

Kyselytutkimus pääkaupunkiseudulla toimivien terveydenhoitajien

kokemuksista ja koulutustarpeista. [Kvinnlig omskärkelse i hälsovårdarens arbete. En undersökning om hälsovårdarnas upplevelser och utbildningsbehov på storstadsområdet]

KokoNainen-projekti, Ihmisoikeusliitto. Julkaisematon tutkimus.

U.S. Department of State (24.4.2003).

(www.state.gov/g/wi/rls/rep/9305.htm)

World Health Organization (2000).

A Systematic Review of the Health Complications of Female Genital Mutilation including Sequelae in Childbirth.

(www.who.int/gender/other_health/systreviewFGM.pdf)

World Health Organisation (2001).

Female Genital Mutilation. Integrating the Prevention and the Management of the Health Complications into the curricula of nursing and midwifery. A Teacher's Guide.

(http://www.who.int/gender/other_health/en/teachersguide.pdf)

World Health Organization (1.8.2004).

(www.who.int/mediacentre/factsheets/fs241/en/)

World Health Organisation (6.2.2007).

(<http://www.who.int/reproductive-health/fgm/>)

TILLÄGGSINFORMATION OCH MATERIAL

Material för förebyggande arbete

Filmen KokoNainen, Förbundet för mänskliga rättigheter och Dream Catcher. Presentationen i huvudsak på somaliska, text på finska och engelska. Förfrågningar: info@ihmisoikeusliitto.fi

Videon Let us talk , The Danish National Board of Health och Heller Film. På somaliska, text på engelska.

Förfrågningar: si@si.dk

Videon Nå snakker vi sammen , PMV – Senter for helse, dialog og utvikling och Heller Film. På somaliska, text på norska. Förfrågningar: postmaster@pmv-senter.org

Broschyren Stympning av kvinnans könsorgan, finns att fås på finska, svenska, engelska och somaliska på social- och hälsovårdsministeriets webbsida, www.stm.fi

Tillägglitteratur

Dorkenoo, Efua (1995).

Cutting the Rose. Female Genital Mutilation: The Practice and Its Prevention. London: Minority Rights Publications.

Essén, Birgitta (2001).

Perinatal Mortality among Immigrants from Africa's Horn: The Importance of Experience, Rationality, and Tradition for Risk Assessment in Pregnancy and Childbirth.

Malmö: Department of Obstetrics and Gynaecology, Malmö University Hospital, Lund University.

Essén, Birgitta ja Charlotte Wilken-Jensen (2003).

How to Deal with Female Circumcision as a Health Issue in the Nordic Countries. Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica 2003; 82: 683–686.

Johansen, R. Elise B. (2002).

Pain as a Counterpart to Culture: Toward an Analysis of Pain Associated with Infibulation among Somali Immigrants in Norway. Medical Anthropology Quarterly 16(3): 312–340.

Johansen, R. Elise B. (2006).

Experiences and Perceptions of Pain, Sexuality and Childbirth - A Study of Female Genital Cutting among Somalis in Norwegian Exile, and their Health Care Providers. Oslo: Faculty of Medicine, University of Oslo.

Johnsdotter, Sara (2002).

Created by God: How Somalis in Swedish Exile Reassess the Practice of Female Circumcision.

Lund: Department of Sociology, Lund University.

Lightfoot-Klein, Hanny (1989).

Prisoners of Ritual: An Odyssey into Female Genital Circumcision in Africa.
New York: The Haworth Press.
Prevention of Female Circumcision (2000).
Danish National Board of Health.
Tiedustelut: sundhed@schultz.dk
al-Sabbagh, Muhammad Lutfi (1996).
Islamic Ruling on Male and Female Circumcision.
The Right Path to Health, Health Education through Religion. Alexandria: World Health Organization.

Organisationer och nätverk som arbetar mot omskärelse

Amnesty International

(www.amnesty.org/ailib/intcam/femgen/fgm1.htm)

FORWARD – Foundation for Women's Health, Research and Development

(www.forwarduk.org.uk/)

Förbundet för mänskliga rättigheter

(www.ihmisoikeusliitto.fi > KokoNainen)

IAC – The Inter-African Committee on Traditional Practices Affecting the Health of Women and Children

(www.iac-ciaf.com/)

RAINBO – Research, Action and Information Network for the Bodily Integrity of Women

(www.rainbo.org/)

Stop FGM – International Campaign for the Eradication of Female Genital Mutilation (www.stopfgm.org/)

World Health Organization (www.who.int/gender/en/ > Gender and other health topics)

World Vision Finland

(www.worldvision.fi/fgm/)

Broschyren *Kvinnlig omskärelse i Finland* har utarbetats av en expertgrupp och riktar sig till personal inom social- och hälsovården. Broschyren tar upp traditionens bakgrund samt rättsliga och hälsorelaterade uppgifter. Med rekommendationernas hjälp kan personalen inom social- och hälsovården vidta nödvändiga åtgärder för att hindra att flickor utsätts för omskärelse och bemöta omskurna flickor och kvinnor i olika skeden av livet.

Rekommendationerna finns i elektronisk form på Förbundet för mänskliga rättigheters webbsidor (www.ihmisoikeusliitto.fi > KokoNainen)

