Rätt till hälsa

Om behoven hos äldre kvinnor som lever med kvinnlig könsstympning och äldreomsorgens möjligheter att möta dem

EXISTERA

RI.SE

Jämställd Utveckling Skåne

JÄMSTÄLLDHETS MYNDIGHETEN

INNEHÅLL

Förord **1**
Sammanfattning **3**
Några slutsatser 5
Inledning **6**
Definition 6
Könsstympning globalt 8
Demografi och geografi i Sverige 9
Syfte och mål 10
Metod och datakällor 10
Avgränsningar 13
Intervjuerna - resultat och analys **14**
Vad kvinnorna säger 15
Vad omsorgsorganisationerna säger 23
Identifierade behov 32
Forskning och existerande information och stöd **34**
Existerande information och stöd i Sverige 35
Tidigare forskning - personalens situation 39
Tidigare forskning - kvinnornas behov 43
Rekommendationer och förbättringsförslag **47**
Kunskap och kompetens 48
Jämlik och rättvis tillgång till omsorg med kvalitet 50
Referenser och litteratur **52**

FÖRORD

1982 införde Sverige, som första västlandet, ett förbud mot kvinnlig könsstympning genom lagen om förbud mot könsstympning av kvinnor och oskuldsingrepp på kvinnor (1982:316).

Sedan dess har arbetet kring kvinnlig könsstympning i Sverige framförallt handlat om hur väldfärdsorganisationer kan ge stöd till flickor och kvinnor som utsatts för könsstympning, och hur samhället kan arbeta för att förhindra könsstympning.

Det har utvecklats riktlinjer, utbildningsmaterial, utbildning för yrkesverksamma och informationsinsatser som riktats till både yrkesverksamma och olika invandrargrupper.[1]

Fokus har framförallt legat på förebyggande och identifierande insatser med ambitionen att skydda och hindra fler flickor från att utsättas. Frågan om könsstympning har därmed i hög grad kommit att förstås som en medicinsk fråga, både genom det förebyggande arbetet och genom den uppmärksamhet flickor och kvinnor får inom hälso- och sjukvården fram till och med fertil ålder, till exempel inom mödrahälsovård och förlossningsvård. Det som saknas är motsvarande kunskap och stöd riktat till den omsorg som möter kvinnorna när de blir äldre.

[1] Palm, C. 2024

Den här rapporten är resultatet av ett projekt där fokus istället legat på äldre kvinnor, 65+ år, som lever och åldras med könsstympning. Projektet har gått ut på att undersöka både hur dessa kvinnor, som passerat fertil ålder, förhåller sig till samhällets omsorgsinsatser, som hemtjänst, vilka behov de ser sig ha, och vilka förväntningar de har på omsorgen.

Förutom direktkontakt med kvinnor som levt sina liv med könsstympning har projektet även inhämtat information från kommunal verksamhet, en privat omsorgsverksamhet och kommunal omsorg, för att undersöka hur dessa ser på sitt ansvar och sina möjligheter att erbjuda tillgängliga, jämställda och kunskapsbaserade tjänster inom äldreomsorgen för den här gruppen kvinnor. Något som den nya socialtjänstlagen (2025:400) ska skapa förutsättningar för kommunerna att göra.

Projektet som tagit fram rapporten är finansierat av Jämställdhetsmyndigheten och framtaget av:

- **Existera**, en ideell förening med expertis inom könsstympning som arbetar nära överlevare av övergreppet.
- **Jämställd Utveckling Skåne**, en expertorganisation med jämställdhetsstrateger som arbetar med strukturellt förändringsarbete kopplat till de jämställdhetspolitiska målen.
- **RISE**, ett statligt forskningsinstitut som bidrar med vetenskaplig kvalitet och tvärvetenskaplig kompetens inom forskning och metodutveckling.

SAMMANFATTNING

Den här rapporten visar behoven hos äldre kvinnor (65+) som lever med erfarenhet av kvinnlig könsstympning, samt hur den kommunala äldreomsorgen är, eller inte är, rustad att möta deras behov. Rapporten bygger på semistrukturerade intervjuer med två målgrupper av jämförbar omfattning, 15 kvinnor med erfarenhet av könsstympning och 13 personer inom kommunal och privat äldreomsorg, samt en översikt av befintlig kunskap och stödmaterial. Sammantaget visar rapporten att äldre könsstympade kvinnor har betydande, men ofta förbisedda, behov som kan vara både medicinska, psykologiska och sociala. Dessutom är de här kvinnorna en grupp som ofta blir osynliggjord.

intervjuerna beskriver kvinnorna hur de behövt hantera livslång fysisk smärta, skam och tystnad kring sina erfarenheter. För många har det förvärrats med åldern, eftersom omsorgsbehovet ökar och de allt oftare behöver öppna upp om sina behov eller visa sina kroppar för vård- och omsorgspersonal.

Kvinnorna berättar att de ofta mött okunskap och osäkerhet inom omsorgen, vilket i sin tur lett till att de undvikit att berätta om sina behov eller helt avstått från stöd. För att våga och orka ta emot insatser lyfter kvinnorna empatiskt bemötande och kontinuitet i personalen som avgörande faktorer. Behovet av utbildad personal, med kunskap både om fysiska, psykiska och kulturella aspekter av könsstympning, och som har förmågan att möta kvinnorna på ett respektfull och inte dömande sätt, är något som även forskningen framhåller som en framgångsfaktor.

På organisationsnivå säger forskningen att det ofta saknas kunskap, rutiner och strukturer för att identifiera och möta de behov som kvinnorna har och som omsorgens personal därför behöver hantera. Vilket stämmer väl överens med de svar som omsorgsutförarna ger i intervjuerna. Dessutom är den kunskap som ändå finns ofta personbunden och sprids inte systematiskt inom verksamheterna, vilket gör äldreomsorgen sårbar för kunskapsförlust och ökar risken för att både kvinnorna och personalen lever i något av ett lotteri, där det inte går att räkna med att få likvärdig tillgång till både professionellt stöd och stöd från äldreomsorgen oavsett bostadsort eller vald utförare.

På organisatorisk nivå verkar det finnas oklarheter i hur kunskapsinhämtning, förmedling och implementering ska genomföras och var det kan vara rimligt att ställa frågor till kvinnorna om huruvida de har erfarenhet av könsstympning och om hon önskar någon form av stöd för att hantera sitt liv med könsstympning. Det saknas dessutom helt stödmaterial riktat specifikt till de som arbetar med äldre kvinnor som könsstympats då fokus för arbetet kring könsstympning har ett så stark fokus på förebyggande och förhindrande insatser och därför riktas till personer som arbetar med barn och unga.

Rapporten understryker vikten av att äldreomsorgen aktivt rustar sig med kunskap, rutiner och bemötande för att säkerställa att äldre könsstympade kvinnor får det stöd de har rätt till.

Några slutsatser

Genomgången av intervjuer, befintligt material och forskning visar på sju slutsatser som rapporten vill förmedla till alla som vill vara med och göra äldreomsorgen bättre, både för äldre kvinnor med erfarenhet av könsstympning och för personalen som förtjänar rätt förutsättningar att arbeta utifrån socialtjänstens värdegrund om ett värdigt liv och välbefinnande för alla äldre.

1. Det finns ett stort mörkertal där många kvinnor inte får sina behov synliggjorda, tillgodosedda eller uppmärksammade inom äldreomsorgen. Detta trots att äldre könsstympade kvinnor kan ha omfattande och livslånga behov av vård och stöd.

2. Personalens bemötande och möjlighet till kontinuitet är avgörande för kvinnornas upplevelse av trygghet och vilja att söka stöd.

3. Kunskapsläget inom omsorgsorganisationerna är ojämnt, kunskap finns men är ofta personberoende snarare än förankrat i strukturer. Det här skapar ojämlikhet och osäkerhet.

4. Det saknas systematiska rutiner för att identifiera och följa upp kvinnor med erfarenhet av könsstympning inom äldreomsorgen.

5. Det finns ett behov av utbildning, stödmaterial och handledning som är särskilt anpassat för äldreomsorgen.

6. I dag hamnar ansvaret för att identifiera och följa upp stödbehov på den enskilda kvinnan. Det ansvaret måste i stället ligga hos organisationen. Samtidigt behövs informationsinsatser och stödgrupper där kvinnor med erfarenhet av könsstympning kan ge varandra stöd i att bryta tystnaden kring könsstympning, även bland äldre kvinnor.

7. Kommunerna måste prioritera frågan för att säkerställa jämlik, rättvis och lagstadgad omsorg. Det finns även behov av ökad samverkan mellan olika samhällsinstanser, som vård, socialtjänst och civilsamhälle, för att se till att behov inte faller mellan stolarna

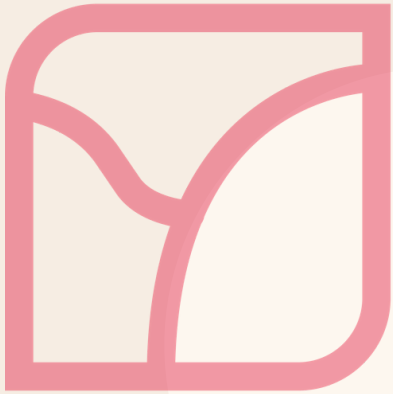
INLEDNING

Definition

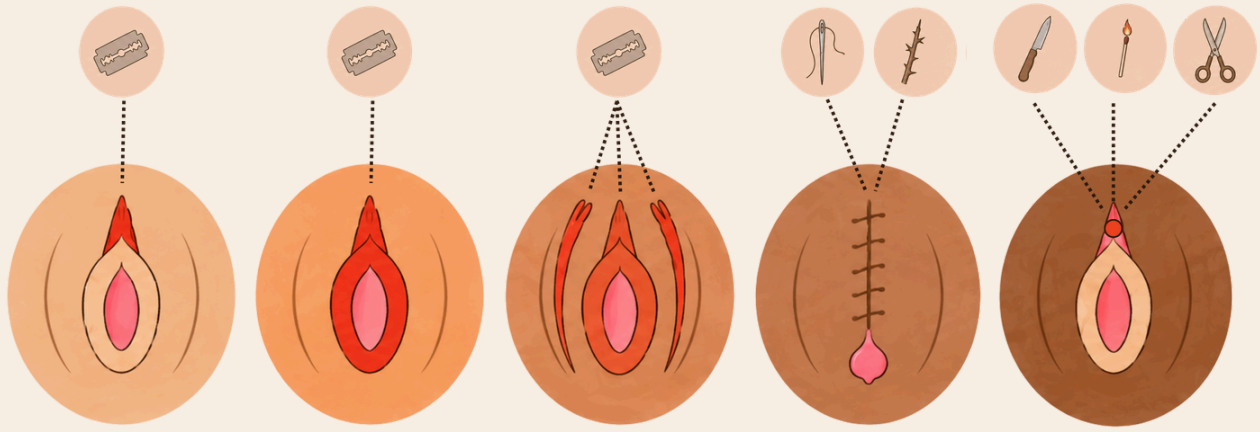
I rapporten används begreppet kvinnlig könsstympning, snarare än begreppet kvinnlig omskärelse, för att beskriva ingrepp där större eller mindre delar av de yttre kvinnliga könsorganen tas bort eller skadas. När orden könsstympning eller könsstympad används i rapporten handlar det alltid om kvinnlig könsstympning, och om någon som har erfarenhet av just kvinnlig könsstympning.

Att välja begreppet könsstympning är dock inte oproblematiskt. Ordet stympning signalerar att det är något våldsamt, ett övergrepp och ett brott, vilket kan göra det svårt för den som blivit könsstympad att identifiera sig som just könsstympad, eftersom det kräver att man går med på att bli identifierad som utsatt och som ett offer. Begreppet kan också, just på grund av att det signalerar våld, brott och utsatthet, leda till stigmatisering av människor och grupper med bakgrund i länder eller kulturer där kvinnlig könsstympning är vanligt förekommande. Det gäller oavsett om personen själv har utsatts eller inte, och oavsett var personen bor i dag, till exempel i Sverige. Utöver själva begreppet finns det även sociala tabun kring kön som kan göra att samtalen undviks eller förminskas.

Begreppet könsstympning är alltså inte oproblematiskt i sig, men det används ändå i denna kartläggning eftersom det är det begrepp som används både inom hälso- och sjukvården, av Socialstyrelsen och i lagstiftningen.



Ingreppen som kategoriseras som kvinnlig könsstympning delas vanligtvis in i olika typer beroende på omfattning och effekt. Världshälsoorganisationens (WHO) indelning är vanlig att använda och därför har även vi valt att utgå från den. Där delas ingreppet in i fyra huvudsakliga typer, där runt 90 procent av ingreppen som utförs globalt är av typerna I, II och IV. Den allvarligaste varianten, typ III, där vaginalöppningen tillsluts, står för ungefär 10 procent av ingreppen globalt.[2]



Typ I: Borttagandet av hela eller delar av klitoris och/eller förhuden.

Typ II: Delvist eller helt borttagande av klitoris samt delvist eller totalt borttagande av de inre och yttre blygdläpparna.

Typ III (infibulation): Delvist eller fullständigt borttagande av yttre könsorganet samt tillslutning av vaginalöppningen, med eller utan borttagande klitoris.

Typ IV: Alla andra skadliga ingrepp på de kvinnliga könsorganen av icke-medicinska skäl, till exempel prickning, piercing, sticka med vasst föremål och skrapning.

BILD A: De fyra olika typerna av kvinnlig könsstympning enligt WHO. Skapad av Existera.

[2] Nationellt Centrum mot hedersrelaterat våld och förtryck, Vad är könsstympning?, www.hedersfortryck.se

Könsstympning globalt

Kvinnlig könsstympning förekomer i olika utsträckning runt om i världen och bilden nedan visar en uppskattning av var kvinnlig könsstympning förekommer och hur vanligt det är. Det kan dock vara bra att påminna sig om att statistiken inte är helt tillförlitlig, dels eftersom könsstympning är förbjudet i de flesta länder där det ändå utförs och därför sker i det dolda, dels eftersom alla länder inte samlar in statistik om förekomsten.

Den här typen av karta visar också sällan förekomsten i europeiska länder. Sverige är till exempel sällan med, trots att könsstympning även förekommer här. Länder som Turkiet, Iran och Saudiarabien tenderar att sakna data som visar förekomst av könsstympning och finns därför inte med i den här typen av kartor, trots att det finns goda anledningar att anta att kvinnlig könsstympning praktiseras där.[3]

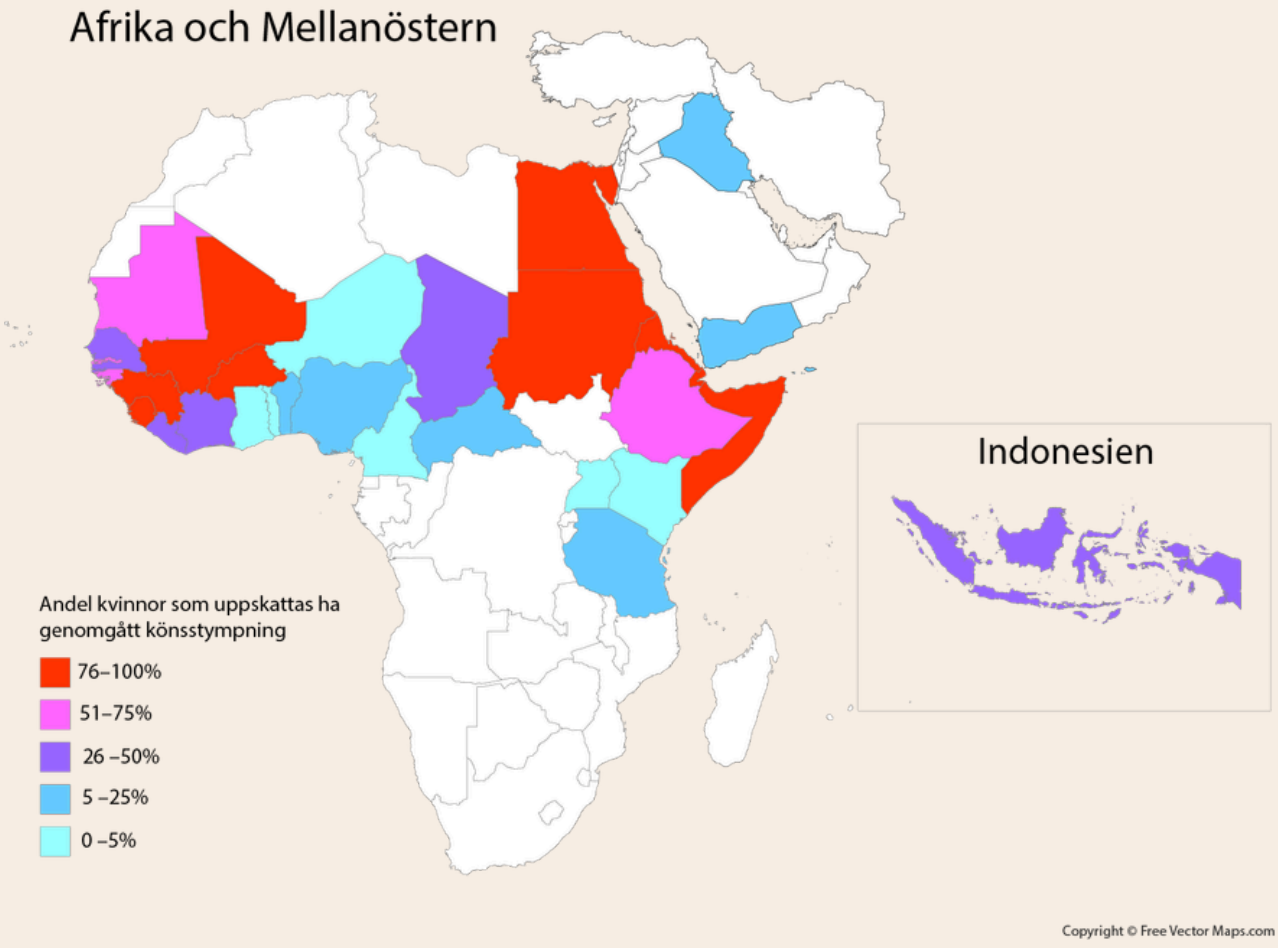


BILD B: Var kvinnlig könsstympning framförallt sker och hur vanligt det antas vara

[3] UNICEF, Female Genital Mutilation (FGM)

Demografi och geografi i Sverige

Baserat på befolkningsdata från 2021 uppskattar Socialstyrelsen att ungefär 68 000 flickor och kvinnor som lever i Sverige är könsstympade och ytterligare 13 000-23 000 flickor lever med risken att utsättas. Siffrorna bygger på hur vanligt det är med kvinnlig könsstymning i olika länder och hur många kvinnor från de länderna som bor i Sverige. [4]

Kvinnorna är inte jämnt utspridda över landet och bild C visar hur många kvinnor som kommer från de länder där könsstympning är mest prevalent och var de är folkbokförda.[5] Flest kvinnor med bakgrund i länder där könsstympning förekommer är folkbokförda i Stockholm, Västra Götaland och Skåne, vilket är väntat eftersom dessa län har högst befolkningsantal.[6]

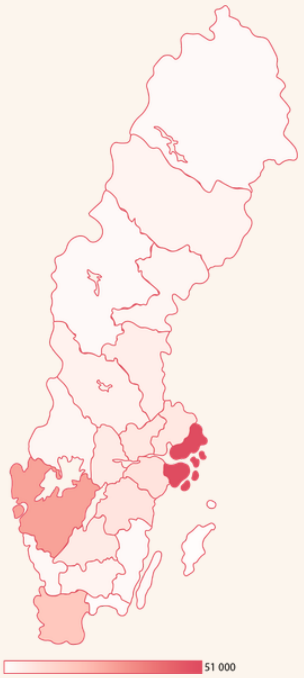


Bild C: Var kvinnor från identifierade riskländer är folkbokförda och hur många de är.

Denna bild på länsnivå visar var flest kvinnor bor, och därmed var behovet av stöd från äldreomsorg och hemtjänst sannolikt är störst. Men länsnivå ger ingen exakt bild och säger inte var i länet behovet faktiskt finns. Till exempel ingår endast folkbokföringsadress och därmed inte tillfälligt boende eller vistelse, vilket betyder att antalet kvinnor i varje län inte är statiskt. Bilden visar inte heller spridning på kommun- eller ort-nivå, vilket betyder att enskilda kommuner eller orter kan ha en hög andel av befolkningen som lever med könsstympning, även om kringliggande kommuner och/eller orter har en låg andel. För någon med ansvar för utbildning, planering och utförande av hemtjänst kan det därför vara bra att se över hur läget ser ut i den egna kommunen och på den egna orten, både nuläge och prognoser för framtiden.

[4] Socialstyrelsen, Uppskattning av antalet kvinnor och flickor i Sverige 2021 som kan ha varit utsatta eller riskerar att utsättas för könsstympning, artikelnr: Art.nr: 2023-6-8599

[5] Egypten, Eritrea, Etiopien, Gambia, Ghana, Indonesien, Irak, Jemen, Kamerun, Kenya, Nigeria, Somalia, Sudan, Sydsudan, Tanzania, Uganda.

[6] SCB, Befolkningstäthet i Sverige

Syfte och mål

I Sverige uppskattas det leva 68 000 kvinnor och flickor som utsatts för könsstympning och med en åldrande befolkning kommer andelen äldre som levt med erfarenhet av könsstympning att öka. Trots det finns väldigt lite forskning och beskriven erfarenhet kring äldre kvinnor och könsstympning. Därför genomfördes projektet Rätt till hälsa, för samla information om hur kunksapläget ser ut och för att skapa en bättre förståelse för behoven inom både den kommunala omsorgen och hos de äldre kvinnor som utsatts för könsstympning och som redan nu tar emot stöd från omsorgen, eller som kan förväntas ha behov av omsorgsstöd framöver. Detta har undersökts genom intervjuer med två målgrupper av jämförbar vikt: dels kvinnor med erfarenhet av könsstympning, dels strateger och utförare inom den kommunala äldreomsorgen.

Metod och datakällor

Kartläggningen har använt två huvudsakliga metoder för datainsamling. En desktop review har genomförts, där tillgänglig kunskap samlats in från källor som myndigheters webbplatser, publicerade handledningar, rapporter och forskningspublikationer. Semistrukturerade intervjuer har genomförts med de berörda målgrupperna: kvinnor som har erfarenhet av könsstympning, och personer inom kommunal förvaltning och inom äldreomsorg.

Semistrukturerade intervjuer valdes eftersom de ger möjlighet till ett relativt stort mått av flexibilitet, där både den intervjuade och intervjuaren kan påverka vart samtalet tar vägen, samtidigt som resultatet blir jämförbart. Två olika intervjuguider användes, en per målgrupp, med förberedda teman och frågor. Den förberedelsen var främst för att ge stöd och vägledning till intervjuarna att leda samtalet och för att se till att det gick att upprätthålla en samtalsstruktur utan att den intervjuade behövde svara på samtliga frågor, utan istället kunde välja på vad och hur ingående den svarade. [7]

[7] Raphael, Riya (2024)

Intervjuer med kvinnor

Totalt intervjuades 15 kvinnor inom ramen för kartläggningen. Kvinnorna var mellan 65 och 85 år och hade, i linje med hur könsstympning vanligtvis utförs, utsatts för ingreppet som barn eller unga, och levde vid intervjutillfället med konsekvenserna av det som vuxna och äldre. De bodde i olika delar av Sverige, bland annat i Stockholms län, Västra Götalands län, Skåne län, Uppsala län, Örebro län, Hallands län, Dalarnas län, Södermanlands län, Västmanlands län och Jönköpings län.

Intervjuerna genomfördes med fokus på kvinnornas erfarenheter, som äldre, av vård, omsorg (i synnerhet äldreomsorg och hemtjänst) och stöd i relation till konsekvenserna av könsstympningen. Flera av kvinnorna hade pågående eller tidigare kontakt med hemtjänst, medan andra främst hade erfarenheter från primärvård, gynekologisk vård eller annan kontakt med hälso- och sjukvården.

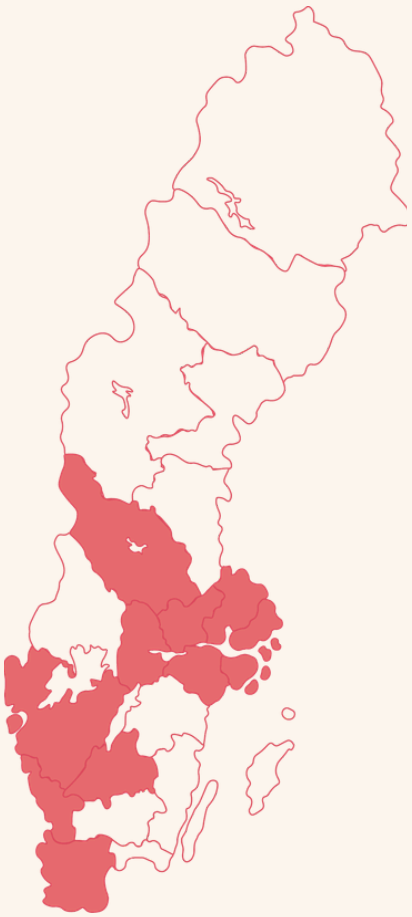


Bild D: Var finns de intervjuade kvinnorna

Kvinnornas erfarenheter av hemtjänst och äldreomsorg utgör en direkt motsvarighet till kartläggningens andra intervjugrupp, personal och strateger inom den kommunala äldreomsorgen, och ger därmed två sidor av samma verksamhet.

Intervjuer med omsorgens utförare

Totalt intervjuades 13 personer från sju kommuner och en representant från de privata omsorgsutförarna, där de kommunala intervjupersonerna representerade tre kommuner i Skåne, en i Västra Götaland, en i Värmland, en i Stockholm[4] och en i Västerbotten. Den privata omsorgsutföraren var verksam i Stockholmsregionen och hade uppdrag i flera kommuner.

Vid analysen av intervjumaterialet behandlades den privata aktören tillsammans med de kommunala eftersom kunskapsläge, rutiner, strukturer och utmaningar för omsorgsutförande är lika oavsett ägande- och driftsform.
Intervjuerna genomfördes både med personer på strategisk och ledningsnivå inom kommunernas äldreomsorgs- och socialtjänstorganisationer, och med personer i mer utförarnära roller.

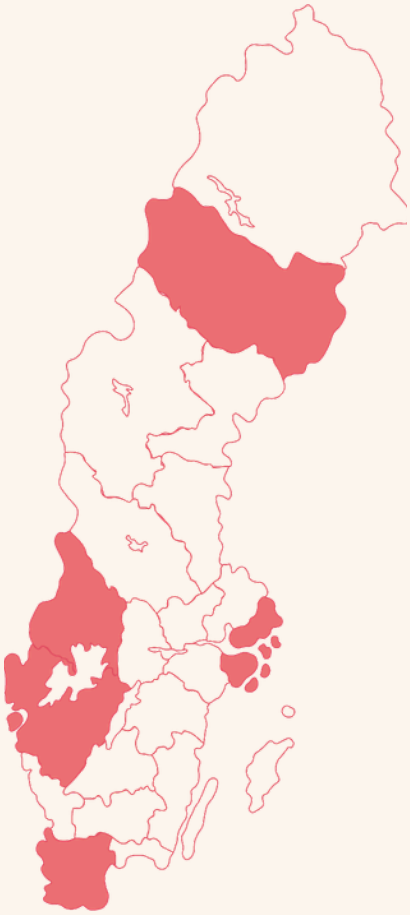


Bild E: Var finns de intervjuade omsorgsorganisationerna

Av de 13 intervjuade personerna arbetar nio med att utforma rutiner och utbildningar, eller ansvarar för att verksamheten följer lagstiftning och kvalitetskrav. Fyra arbetar inom hemtjänsten, i roller där de möter omsorgstagare direkt i sin yrkesvardag. Att inkludera intervjupersoner med direkt erfarenhet av omsorgsarbete var viktigt eftersom deras svar och erfarenheter kompletterade de mer strategiska och organisatoriska perspektiv som dominerade de övriga intervjuerna.

Bland de intervjuade på strategisk och ledningsnivå fanns samordnare mot hedersrelaterat våld och förtryck, verksamhetsutvecklare inom hemtjänst, äldreomsorg och särskilt boende, chefer inom hemtjänsten, utvecklingssekreterare, projektledare, omsorgshandledare och professionsstöd.

Avgränsningar

Mycket av det redan existerande kunskapsmaterialet kring kvinnlig könsstympning fokuserar på de medicinska effekterna av ingreppet och på att förebygga att könsstympning utförs på barn och unga. Det finns en hel del information, stödmaterial och forskning att luta sig mot för den som arbetar med yngre och med förebyggande arbete, men motsvarande material riktat till dem som möter äldre kvinnor är ovanligt, både från svenska myndigheter och internationellt, vilket rapporten redogör för i avsnittet “Forskning och existerande information och stöd”.

För att tillföra kunskap om hur det ser ut inom omsorgen snarare än inom vården, och för att uppmärksamma de kvinnor som lever med könsstympning, har kartläggningen därför avgränsats till att undersöka äldreomsorgen och hemtjänsten. I de delar av kartläggningen som rör personalens situation är forskningen om omsorgspersonal specifikt begränsad. Där så är fallet inkluderas därför forskning om personal inom välfärdssektorn mer generellt, eftersom mönster kring arbetsmiljö och kunskapsbehov ofta är överförbara mellan yrkesgrupper inom vård och omsorg.

Urval

Projektet har skickat över 150 mejl, både direkt och via etablerade nätverk, i försök att boka intervjuer med personer som ansvarar för äldreomsorg i kommunerna. Det visade sig svårare än väntat att få loss tid hos dem, och flera förfrågningar möttes av nekande svar med förklaringen att frågan inte var politiskt prioriterad och att det därför inte fanns tid för intervjuer.
En tolkning är att begränsningen sällan handlade om faktisk tid, utan snarare om brist på mentalt utrymme. Ansträngd ekonomi, personalläge, politisk styrning och akuta, oplanerade problem, så kallade brandsläckningar, beskrevs göra det svårt för kommunerna att planera långsiktigt och hitta utrymme för den typen av oplanerade förfrågningar som projektet stod för. Trots detta valde till slut flera personer, från både kommunal och privat verksamhet, att prioritera att delta i intervjustudien

Intervjuerna med kvinnor över 65 år, med erfarenhet av kvinnlig könsstympning, var enklare att boka in och även om det inledningsvis fanns viss tveksamhet hos några av kvinnorna kring att koppla just äldreomsorg till sina erfarenheter av könsstympning, var det flera som efteråt uttryckte att det kännts både intressant och meningsfullt att få reflektera över det här temat.

INTERVJUERNA

– RESULTAT OCH ANALYS

Här följer resultatet av intervjuerna som genomförts med de två målgrupperna. Först presenteras resultatet av intervjuerna med kvinnorna och därefter följer resultatet från intervjuerna kommunrepresentanter och omsorgsutförare. Vid genomgång av intervjuerna framträdde olika teman med gemensamma erfarenheter, problembilder, behov, önskemål och förbättringar.

Vad kvinnorna säger

De intervjuade kvinnorna berättade om olika upplevelser och erfarenheter av att möta vården och äldreomsorgen i Sverige, både erfarenheter som skapat oro och sådana som skapat trygghet. Sammantaget framträdde ett antal återkommande teman i kvinnornas berättelser om sina upplevelser, behov och erfarenheter av bemötande.

Ett liv präglat av tystnad, skam och anpassning

Ett återkommande tema i intervjuerna var berättelser om fysisk smärta och ett liv präglat av tystnad. Tystnaden hade delvis sin grund i att kvinnorna under större delen av livet saknat möjlighet eller ett tryggt sammanhang att prata om sina erfarenheter i, eller sätta ord på hur könsstympningen påverkat dem. Men för flera hade tystnaden också blivit något de själva valde, ett sätt att överleva och fungera i vardagen:

> “När jag var yngre pratade man inte om sådana här saker. Jag lärde mig att bara stå ut.”

> “Jag har levt med tystnad och skam större delen av livet.”

Kvinnorna berättar om hur de tidigt lärt sig att den egna kroppen inte är något man pratar om och hur de vant sig vid smärta och obehag. Den insikten följde med dem genom livet: vården eller omsorgen sågs därför aldrig som något som direkt kunde hjälpa dem med det, utan de hade i stället själva försökt hitta sätt att anpassa sig, hålla ihop och bära erfarenheterna av könsstympningen själva. För många hade det pågått i decennier.

Flera kvinnor berättade om hur de upplevde skam och att de med ökande ålder kunde uppleva att det blev svårare att prata om sina erfarenheter av könsstympning. De berättade också om hur de levt större delen av sina liv utan att någon ställt frågor om deras mående eller erfarenheter. Några av kvinnorna beskrev också hur de kände sig rädda för att bli betraktade som annorlunda eller som ett problem i kontakt med vården och omsorgen:

> “Det psykiska har nästan varit svårare. Jag har burit mycket skam och oro inom mig.”

Ett uppvaknande i mötet med Sverige

Ett tema som återkom i intervjuerna var att livet i Sverige varit ett slags uppvaknande kring vad kvinnorna varit med om. Många berättade om uppväxter och sammanhang där könsstympning var normaliserat och att nästan alla kvinnor i deras omgivning hade liknande erfarenheter. I de här sammanhangen var smärta, rädsla och olika kroppsliga besvär inget avvikande utan något som ingick i att vara kvinna.

Det var först vid ankomsten till Sverige som den bilden förändrades. Här mötte kvinnorna ett samhälle som beskrev deras erfarenhet som könsstympning, ett brott och ett övergrepp. Det här mötet beskriver många av kvinnorna som en svår och känslomässigt komplex process. De fick ett språk för att berätta om sina erfarenheter, och en ny möjlighet att förstå vad de varit med om. Men det väckte också sorg och ilska, och frågor om varför ingen tidigare pratat med dem om konsekvenserna av könsstympning eller erbjudit dem stöd:

> “Jag hade levt större delen av livet i ett sammanhang där alla mer eller mindre var som jag. Klippta och sydda. All smärta jag kände då och efter var inte unik. Det var så för kvinnor. Sen kommer man hit, till Sverige, och får veta att man blivit stympad. Att det är olagligt. Att det är ett övergrepp. Sen skickas man hem. Vem lagar mig efter det?”

Citatet illustrerar något som återkom vid flera intervjuer, där insikten om övergreppet kan innebära ny smärta. För vissa kvinnor blev mötet med svensk vård och svenska myndigheter första gången som någon satte ord på deras erfarenheter. Samtidigt beskrev flera att stödet efter denna insikt ofta varit begränsat eller otydligt. Kvinnorna upplevde att de själva förväntades bära förståelsen av övergreppet, och att de många gånger lämnades ensamma i hur erfarenheterna skulle hanteras, både psykiskt, socialt och kroppsligt.

Något som också framgick var att bemötandet kvinnorna mötte påverkade deras relationer till både vården och det svenska samhället i stort. Flera kvinnor beskrev det som att de hamnat mellan två verkligheter, en där erfarenheten varit normaliserad och en där den betraktas som ett allvarligt våld. Flera kvinnor upplevde det som både förvirrande och ensamt att behöva navigera mellan de här två verkligheterna.

Erfarenheterna påverkar långt upp i ålder

Intervjuerna visade att konsekvenserna av könsstympning inte endast kan förstås som något som tillhör barndomen eller de reproduktiva åren. Kvinnorna beskrev hur erfarenheterna fortsatt att påverka dem genom hela livet, både fysiskt, psykiskt och socialt. Som en av kvinnorna uttryckte det:

> "Jag har haft återkommande urinvägsinfektioner, smärtor i underlivet och problem vid gynekologiska undersökningar."

Liknande erfarenheter återkom i flera intervjuer. Besvären påverkade inte bara kvinnornas hälsa utan också deras vardag. Flera beskrev att de undvek vissa aktiviteter, kände oro inför vårdbesök och upplevde rädsla i situationer där någon behövde komma nära kroppen.

Intervjuerna visade att kvinnorna inte enbart bar på minnen av ett ingrepp, utan även på långvariga erfarenheter av rädsla, kontrollförlust och utsatthet och att det fortsatte att påverka dem i möten med vård och omsorg när de blivit äldre. Flera kvinnor beskrev också hur erfarenheten av könsstympning påverkat deras självkänsla och relation till kroppen genom hela livet.

Flera kvinnor beskrev att åldrandet förstärkt konsekvenserna av könsstympningen. När den fysiska förmågan minskade ökade behovet av hjälp i den personliga omvårdnaden, vilket innebar att de behövde släppa in främmande människor i situationer som tidigare varit djupt privata.

> “Bara tanken på att någon ska undersöka mig gör mig spänd.”

Erfarenhet av att inte bli sedd och förstådd

Många kvinnor beskrev att de hade svårt att känna tillit till att de skulle mötas med kunskap och förståelse när de sökte vård. Det väckte en stark oro inför vårdbesök och kontakt med vårdpersonal. För en del grundade sig oron i tidigare negativa erfarenheter av vården, medan den för andra handlade om en rädsla för att möta okunskap, förvåning eller obekväma reaktioner från personalen.

> “Jag har alltid hållit tyst om min kropp, även med läkare, för jag har varit rädd för att möta förvåning, obehag eller dömande blickar.”

En kvinna beskrev hur ett enskilt vårdbesök förändrade hennes vilja att prata om sina erfarenheter.

> “Hon verkade stressad och fortsatte skriva på datorn medan jag pratade. Jag kände direkt att jag ville vara tyst igen.”

Att vara mycket uppmärksam på personalens reaktioner var något som återkom i intervjuerna och kvinnorna berättade hur de la märke till alltifrån kroppsspråk till tonläge och reaktioner. Även relativt små signaler på stress eller osäkerhet kunde få kvinnorna att dra sig undan och avstå från att berätta om smärta eller behov av hjälp.

“Någon blev helt tyst och kallade in en kollega utan att först prata med mig. Jag låg där och kände mig som om jag inte var en människa utan ett problem de behövde titta på.”

Ett tydligt mönster som framträder är att brist på trygghet och tveksam respons i första mötet med vård eller omsorg kan ha en stark påverkan och att det kan minska kvinnornas framtida benägenhet att söka hjälp. Efter möten där kvinnorna känt sig dömda, bortglömda eller missförstådda beskrev många att de därefter undvikit att ta upp sina erfarenheter och behov med vård- och omsorgspersonal igen.

Bemötandet är avgörande

Det kanske tydligaste mönstret i intervjuerna var hur avgörande personalens bemötande är för kvinnornas känsla av trygghet och tillit. Nästan alla kvinnor kunde berätta om specifika personer inom vården eller omsorgen som fått dem att känna sig trygga, lyssnade på och respekterade. Det handlade sällan om avancerade medicinska insatser, utan i stället om lugn, tid, ögonkontakt, tydliga förklaringar och hur de fått känna att de själva hade kontroll över situationen.

“Hon började med att fråga om jag kände mig trygg och om det var okej att prata om min bakgrund.”

“Hon förklarade varje steg innan undersökningen och frågade flera gånger om jag ville fortsätta eller ta paus.”

Känslan av att själv kunna kontrollera situationen var av stor betydelse för kvinnornas upplevda trygghet och många kvinnor kopplade det till tidigare erfarenheter av att ha blivit fråntagna kontroll, till exempel över den egna kroppen redan som barn. Att få chans att säga nej, att pausa och styra tempo upplevdes som avgörande för att ha en trygg upplevelse. Samtidigt är tryggheten väldigt skör, och även små, negativa signaler, som stress, viskningar mellan kollegor, att någon undviker ögonkontakt eller pratar om snarade än med kvinnan, kan rasera tilliten helt och skapa starka känslor av skam och utsatthet.

> “Det är viktigt att de inte visar chock eller dömande blickar. Då stänger man sig direkt.”

Ett annat mönster var att språkliga skillnader sällan lyfts fram som ett problem, trots att flera kvinnor och vårdpersonal inte delade samma språk. De negativa erfarenheter kvinnorna beskrev handlade istället om vårdpersonalens okunskap och olämpliga kommentarer, till exempel spontana reaktioner som "Oj, vad har de gjort med dig?" eller "Hur kan du ha levt så här?". Sådana kommentarer upplevdes som dömande och oprofessionella, och skapade känslor av skam, utsatthet och obehag. Kvinnorna betonade istället att ett respektfullt, lyhört och empatiskt bemötande var avgörande, oavsett om ett gemensamt språk fanns eller inte.

Hemtjänsten och brist på kontinuitet

De intervjuade kvinnorna med erfarenhet av hemtjänst, beskrev hur de upplevde återkommande problem med korta besök, ständigt byte av personal och hög stress. För flera kvinnor skapade detta en känsla av otrygghet som gjorde det svårt att prata om känsliga frågor eller behov kopplade till kroppen, och flera uttryckte en tydlig önskan om att få möta kvinnlig personal vid intimvård och andra situationer där kroppen exponeras. Bristen på kontinuitet upplevdes som särskilt problematisk och det ledde till att kvinnorna undvek att prata om smärta, rädslor eller stödbehov. Kvinnorna beskrev att tillit tar lång tid att bygga och att det krävdes att de träffade samma personer för att de skulle våga öppna sig.

“Kontinuitet är nyckeln till mod.”

Intervjuerna visade också att stödet ofta upplevdes som personberoende snarare än systematiskt organiserat. När kvinnorna beskrev positiva erfarenheter handlade det nästan alltid om enskilda personer snarare än om strukturer eller välfungerande rutiner.

“När hon kom vågade jag berätta. När det var någon annan började jag om från början eller sa ingenting."

Kvinnorna vet inte vart de ska vända sig

Intervjuerna visade också att det fanns en osäkerhet kring vilket stöd som faktiskt fanns och vem som var ansvarig för stödet, och något som återkom var att kvinnorna inte visste vart de kunde vända sig om de behövde hjälp eller stöd. De liknade vården och omsorgen vid en labyrint där de lämnades ensamma att själva hitta sätt att navigera. De saknade information om vilket stöd som fanns, var stödet fanns, inom vården, omsorgen eller på annat håll, vilket gjorde att de tvekade inför att söka hjälp.

Det blev också tydligt att kvinnorna ofta upplevde att deras behov hamnade mellan olika verksamheter, och flera kvinnor beskrev att de var osäkra kring huruvida deras erfarenhet av könsstympning var en medicinsk fråga, en omsorgsfråga eller något som ingen riktigt ansvarar för.

Behov av samtalsstöd och traumamedveten omsorg

Flera kvinnor beskrev att de aldrig tidigare fått möjlighet att prata om sina erfarenheter i lugn och ro. Många uttryckte ett behov av någon som vågar lyssna, försiktigt ställa frågor och förstå att erfarenheterna av könsstympning påverkat dem genom hela livet.

> “Jag vill bara ha någon som säger du är inte ensam. Vi kan hjälpa dig.”

Flera kvinnor efterfrågade också stödgrupper och möjlighet att prata med andra kvinnor med liknande erfarenheter. Många beskrev att de burit sina erfarenheter ensamma under hela livet och att det först när de blivit äldre som det blivit möjligt att förstå och börja prata om det de varit med om.

Intervjuerna visade att kvinnornas behov inte enbart rör medicinsk vård. Minst lika viktigt var trygghet, kontinuitet, traumamedvetet bemötande, tydlig information och möjligheten att bli sedd som en människa med livslång erfarenhet av könsstympning. Många kvinnor beskrev att de under lång tid känt sig osynliggjorda, både inom vården och äldreomsorgen, och att deras erfarenheter av könsstympning sällan uppmärksammats eller förståtts i relation till åldrande och omsorgsbehov.

Vad omsorgsorganisationerna säger

En av de tydligaste iakttagelserna i intervjumaterialet är den stora spridningen i förkunskap som finns, inte bara mellan individer, utan framför allt beroende på vilken roll man har och hur nära omsorgstagaren[8] man arbetar. Det observerade mönstret är att ju längre från det direkta omsorgsarbetet med kvinnorna den personalen befinner sig, desto lägre är kännedomen om målgruppen, kvinnor som utsatts för könsstympning, inom äldreomsorgen. I rapporten kallas de här grupperna för **strateger**, som består av personer med mer övergripande ansvar för ledning, strategi, utveckling och planering på kommunnivå, och **utförare**, som består av personer med direkt erfarenhet av omsorgsarbete och som arbetar nära omsorgstagarna.

[8] En person som får, eller utreds för att få, individuellt behovsprövade insatser från socialtjänsten

Strategernas erfarenhet

Bland strategernas nivå är kunskapen om könsstympning i relation till äldreomsorgen generellt mycket begränsad. I den här gruppen uppger ingen av de intervjuade att frågan behandlas inom äldreomsorgen i deras respektive kommuner. Anledningar som tas upp är att det saknas specifika rutiner, riktlinjer eller utbildningsinsatser kopplade till målgruppen äldre kvinnor med erfarenhet av könsstympning. Flera av de intervjuade säger att de aldrig stött på frågan i sin yrkesroll och att den inte heller finns med i kommunens styrdokument eller interna system. Självskattningarna av kunskap varierade visserligen över hela skalan, 1–5, men de högre skattningarna förklarades genomgående av personlig eller utomtjänstlig kunskap, inte av kunskap förankrad i den egna organisationen.

Bilden är dock inte enhetlig. Tre av de intervjuade strategerna sticker ut, av olika skäl:

Samordnaren mot hedersrelaterat våld och förtryck har gedigen kunskap om könsstympning i en hederskontext och arbetar aktivt med utbildning och samordning inom kommunen. Kunskapen är dock primärt kopplad till barn, unga och förebyggande arbete, inte till äldreomsorgen.

Verksamhetsutvecklaren och vårdläraren har viss kunskap om könsstympning, men uppger att den är personknuten, förvärvad via en överläkare och en tidigare medarbetare, inte via kommunens strukturer.

Utvecklingssekreteraren har direkt erfarenhet av att ha vårdat äldre kvinnor som utsatts för könsstympning, men i en tidigare roll som undersköterska, inte i sin nuvarande strategiska funktion.

Gemensamt för alla tre är att kunskapen inhämtats utanför kommunens interna system, och att arbetet kring hedersrelaterat våld är fokuserat på förebyggande arbete riktat mot barn och unga, snarare än äldre och äldreomsorgen.

En strateg i Stockholmsregionen uppger att hen aldrig stött på frågan i sitt arbete, enbart i privata sammanhang, och att könsstympning aldrig lyfts som en fråga i sin verksamhet trots lång erfarenhet från socialtjänst och äldreomsorg.

Utförarnas erfarenhet

Till skillnad från strategerna berättar utförarna om fler konkreta erfarenheter av könsstympning och kontakt med målgruppen. En omsorgshandledare med lång erfarenhet av frågan berättar exempelvis att flera av de kvinnor hon själv mött i sitt arbete undvikit att ta emot hjälp med intimhygien, och i stället försökt hantera det inom familjen. De med direkt erfarenhet från hemtjänsten skattade genomgående sin kunskap om tillgängligt omsorgsstöd för målgruppen lågt, ofta så lågt som 1 av 5 på en femgradig skala. Ingen av dem hade fått utbildning om ämnet, vare sig på arbetsplatsen eller via sin yrkesutbildning, och de var omedvetna om det fanns specifika rutiner, riktlinjer eller utbildningsinsatser kopplade till målgruppen. Däremot fanns praktisk erfarenhet av att möta kvinnor som blivit könsstympade i den här gruppen.

Uppfattningen om att det saknas rutiner och kunskap i frågor gällande kvinnlig könsstympning delas även av utförarna. De berättar att de saknar kunskap och verktyg för att möta de behov som målgruppen har och att den kunskap som finns i verksamheten är väldigt personknuten och inte sprids vidare i organisationen som helhet.

> "Det hade ju varit bra om det hade lyfts med typ sjuksköterska och att någon kom och informerade om vad det är för något, för jag hade ju kollegor som inte riktigt visste ens vad det var."

Mörkertal och osynliga fall

Även om enstaka utförare, som omsorgshandledaren ovan, har konkret erfarenhet av att möta kvinnor som utsatts för könsstympning, är bilden bland utförarna som helhet en annan. Utförarna bedömer att hemtjänstpersonal med största sannolikhet möter kvinnor som utsatts för könsstympning betydligt oftare än vad som är känt, men utan att veta om det, eftersom det inte alltid syns, att frågan inte ställs och att information om könsstympning inte delas med och inom verksamheten. Mörkertalet bedöms därför som enormt.

Utförarna menar att det här mörkertalet kan uppstå just för att det saknas rutiner för att fånga upp frågan om könsstympning, exempelvis vid biståndsbeslut eller vid inflytt till boende. I de fall där omsorgstagaren klarar sin intimhygien på egen hand finns det ännu mindre chans för personalen att upptäcka om någon har erfarenhet av könsstympning. Mörkertal och osynliga fall är inte endast ett kunskapsproblem, utan även ett strukturproblem.

> "Det kan ju vara det att någon blivit utsatt, men vi har ingen aning om det så länge den sköter toalettbesök och hygienen själv."

Direkt erfarenhet – "Vi gjorde lite övergrepp"

Bland utförarna finns också konkreta berättelser om vad avsaknaden av rutiner innebär i praktiken. Ett exempel inom hemtjänsten är ett fall där hemtjänstpersonal plötsligt ställdes inför att ta hand om en äldre kvinna som utsatts för könsstympning typ 3, infibulation, utan att någon i verksamheten visste om det i förväg. Kvinnan som de kom hem till bodde hemma hos sin son, som själv hade skött hennes omvårdnad utan att tidigare varit i kontakt med sjukvården för sina besvär. Det var först när hennes hälsa försämrades och den intima omvårdnaden blev för svår för sonen att klara på egen hand som hemtjänsten kopplades in. Hemtjänstpersonalen hade inte fått någon information om att omsorgstagaren var könsstympad, utan det upptäcktes vid det första bytet av inkontinensskydd. Det blev en chockartad situation för personalen och eftersom det inte funnits någon tid för förberedelser kring hur de borde agera försökte personalen lösa det själva så gott de kunde, samtidigt som de förstod att de inte lyckades ge omsorg på ett informerat och respektfullt sätt.

> "Vi försökte tvätta så gott vi kunde. Hon tyckte inte om det, det såg vi på henne. Men vi visste liksom inte ... det fanns så mycket, mycket frågor, men vi hade liksom inga svar. Man såg på hennes ögon att hon tyckte att vi gjorde lite övergrepp på henne igen."

En annan direkt erfarenhet av könsstympning uppstod inom hemtjänsten vid en intimhygiensinsats där det uppdagades att omsorgstagaren levde med könsstympning av typ 3, infibulation. När hemtjänstpersonalen som upptäckte det berättade för sina kollegor ville kollegorna först inte tro på det, och de övertygades först när de själva fick närvara vid en intimhygieninsats.

I inget av dessa fall spreds erfarenheterna utanför den direkta arbetsgruppen, och varken chef, sjuksköterska eller enhetsledning underrättades av personalen som upptäckt könsstympningen. Det fanns heller inga rutiner som krävde det eller kunde fungera som stöd för personalen i att veta hur informationen skulle förmedlas vidare, till vem och när.

Personalen i de två fallen fick därför lösa situationen på egen hand: genom att se till att endast kvinnlig personal besökte omsorgstagaren, skapa egna rutiner för hur intimhygienen behövde utföras, och anpassa sitt bemötande utifrån hur omsorgstagaren reagerade och vad som fungerade för både henne och personalen.

> "Jag kan inte minnas att vi någonsin tagit upp könsstympning på något formellt sätt på min arbetsplats."

Citatet speglar hur få formella vägar det fanns för personalen att lyfta frågan, snarare än själva hanteringen av de akuta situationerna, att lösa den ensam, utan tydliga riktlinjer eller stöd, upplevdes ändå som svårt.

Under intervjuerna reflekterade personalen i de två fallen kring att om de hade berättat så hade det nog funnits stöd att få i den större arbetsgruppen, och att det kunde ha varit en bra plats att fråga och be om stöd kring utbildning och vägledning. De reflekterar även kring att de hade behövt mer kunskap om de medicinska bitarna, som hur man gör för att hålla rent på bästa sätt. Men det de återkommer till är att de hade behövt hjälp med den psykologiska biten, och att kunna reagera på ett sätt som inte skapade ytterligare utsatthet.

I båda fallen är det personalens generella yrkeserfarenhet och bemötandeförmåga, inte ämnesspecifik kunskap om könsstympning, som avgör hur situationen hanteras. Arbetsgrupperna fattade sina egna beslut, om vilken personal som skulle gå till omsorgstagaren och hur intimhygienen skulle anpassas, utan att chef eller sjuksköterska kopplades in. Det är samma generella förmåga att bygga tillit, läsa av signaler och anpassa sitt bemötande som personalen använder i andra svåra möten, oavsett vad problemet handlar om. Det betyder inte att personalen själva upplevde situationerna som rutin: båda beskriver dem som chockartade och som något de burit med sig länge efteråt. Tillsammans visar de här situationerna vad det innebär att strukturer saknas, personalen lämnas ensam, utan vare sig kunskap, handledning eller stöd, i situationer som kräver både medicinsk kunskap, kulturell kompetens och psykologisk lyhördhet. Det var i stället organisationens uppbyggnad och kunskapsläge, avsaknaden av rutiner för eskalering, dokumentation och uppföljning, som avgjorde hur de här kvinnorna hanterades.

Kunskapen är personlig, inte organisatorisk

En förklaring till varför kunskap stannar hos individer i stället för att bli organisatorisk är, enligt utförarna, hur hemtjänsten arbetar. Personalen arbetar ofta ensam, under stor tidspress och med breda arbetsuppgifter, och informationsöverföringen beskrivs i vissa fall som "väldigt slarvig" jämfört med mer strukturerade metoder inom vården. Arbetskulturen bygger till stor del på tyst kunskap: personalen lär sig själv av det de möter, men delar det sällan vidare i mer strukturerade former:

> "Det är mycket tyst kunskap, man ska lära känna brukaren själv."

Det gör att en enskild medarbetares erfarenhet av att möta en könsstympad kvinna sällan når kollegor som inte själva varit med om det, även när flera i samma arbetsgrupp faktiskt stött på samma sak tidigare.

Materialet från intervjuerna med kommunernas strateger och utförare visar på en tydlig tendens: kunskapen om könsstympning inom äldreomsorgen fungerar som tyst kunskap. Den finns hos enskilda medarbetare med praktisk erfarenhet, men förs sällan vidare som formell kompetens och sprids inte i organisationen. Det innebär att den kombination av medicinsk, psykologisk och kulturell kompetens som frågan kräver förblir osynlig, och att organisationen fortsätter vara oförberedd trots att kunskapen finns hos den egna personalen.

Både strategerna och utförarna saknar inte bara kunskap och utbildning, utan också rutiner och mandat för hur och när information delas när en omsorgstagare identifieras ha erfarenhet av könsstympning. Att kunskapen är knuten till enskilda individer med eget engagemang skapar en sårbarhet: slutar en medarbetare, byter tjänst eller går i pension kan kunskapen försvinna helt från organisationen.

En återkommande reflektion bland de intervjuade är att frågan inte saknar relevans, utan att det saknas rutiner för hur den ska uppmärksammas.

Att fråga är organisationens ansvar, inte kvinnans att berätta

Samtliga intervjuade strateger och utförare menade att det saknades rutiner för att fånga upp de omsorgstagare som har erfarenhet av könsstympning. Det lägger därför ett ansvar på den enskilda kvinnan att själv berätta om könsstympningen, vilket inte är självklart: det kan vara känsligt att dela, kvinnorna kan sakna ord för att berätta om vad de varit med om, och det kan vara svårt att avgöra om och när det är relevant att nämna. Att tala om kvinnors könsorgan är dessutom ofta tabubelagt i sig, vilket höjer tröskeln. Till detta kommer att språkbarriärer kan göra det svårt att berätta om könsstympningen, särskilt när tolk saknas eller när den som tolkar är en familjemedlem som aldrig tidigare har pratat om könsstympningen. Utförare och strateger tror att problem som kvinnor med erfarenhet av könsstympning har kan vara ryggsmärta, underlivssmärta, fistlar och återkommande infektioner. För många kvinnor som lever med obearbetat trauma kring ingreppet tror också strategerna och utförarna att det kan det vara oerhört känsligt att ens berätta om sina besvär, än mindre låta vård- eller omsorgspersonal se eller röra.

En strateg lyfter att idag läggs stora delar av ansvaret på kvinnan själv. Hon förväntas både uppfatta sina besvär, koppla dem till könsstympningen och på egen hand söka vård för dem. Strategen menar att det är en orimlig kedja, eftersom många kvinnor inte gör kopplingen mellan sina besvär och ingreppet, inte minst om de levt med det hela livet och ser det som normalt. Strategen tror att om kvinnan inte själv gör kopplingen kommer hon inte att söka vård/stöd, och då uteblir hjälpen. Sammantaget innebär det att ansvaret för att frågan kommer upp hamnar hos den som har sämst förutsättningar att bära det, i stället för hos vården och omsorgen.

Flera av de intervjuade strategerna ifrågasätter rimligheten i att kvinnorna själva ska bära ansvaret för att berätta. De menar att det vore rimligare med interna rutiner för hur utförare bygger relation, tillit och förtroende, och betonar att personalen behöver tillräcklig kunskap för att kunna vara uppmärksam på signaler och ta upp frågor om både könsstympning och annat som är svårt att prata om. Några av strategerna resonerar kring de rutiner som redan finns för frågor om förtryck och våldsutsatthet, och om det skulle gå att lägga till specifika frågor om könsstympning där.

Eftersom det saknas systematik för att fråga om erfarenhet av könsstympning fångas kvinnans utsatthet sällan upp. Antingen fångas det upp när någon utövare själv ser det vid en intimhygieninsats, eller inte alls. Resonemangen om var ansvaret för att uppmärksamma könsstympning bör ligga kom framför allt från strategerna. Utförarnas bidrag till frågan handlade i första hand om den osäkerhet och improvisation som uppstår i avsaknad av rutiner, vilket beskrivs i avsnitten Mörkertal och osynliga fall samt Direkt erfarenhet.

När det passar att fråga

Flera av de intervjuade reflekterar över var i omsorgskedjan det vore möjligt och lämpligt att uppmärksamma frågan om könsstympning, och det råder en samstämmig bild av att frågan inte kan ställas rakt ut utan förberedelse. De är också överens om att det finns tillfällen för att kunna ställa frågor, om man vet vad man letar efter.

En utförare föreslår att frågan på ett naturligt sätt kan ställas vid hembesök och planering vid ett nytt hemtjänstärende, genom att alltid informera om vilka stöd som finns och erbjuds.

En annan utförare ser att det behövs ett samarbete med sjuksköterska, som vid tidig kontakt eller i samtal kring intimhygien skulle kunna ta upp frågan om könsstympning. Samtalet skulle då handla om hur insatser gällande intimhygien går till, eftersom sådan hjälp kommer att avslöja om någon blivit könsstympad. Det är därför viktigt att redan då prata om vilken hjälp som behövs och hur den bör utformas och utföras.

Ytterligare utförare uppger att även de skulle ta hjälp av sjuksköterska om de mötte en könsstympad omsorgstagare. De är dock tydliga med att det idag inte finns någon etablerad rutin för hur en sådan kontakt bör tas. De saknar också kunskap om huruvida de kan utgå från att sjuksköterskan i sin tur har kunskap och rutiner för hur hen ska agera.

Från strategerna lyfts handläggarna vid inskrivningen som en möjlighet, även om de ser utmaningar. Det hade varit önskvärt att handläggarna ställde fler kontrollfrågor, men det kräver att de har förmågan och utrymmet att navigera känsliga och ibland skambelagda ämnen. Samtidigt får samtalen inte ta för lång tid.

Strategerna funderar också hur information och kunskap om könsstympning kan delas mellan kommunens olika verksamheter, och om liknande tillfällen för frågor behöver införas i flera verksamheter där kvinnor med erfarenhet av könsstympning kan behöva anpassning, stöd och hjälp. Det kan vara viktigt att känna till kvinnornas behov tidigare i livet, till exempel vid arbetsmarknadsåtgärder och andra delar av socialtjänsten, så att informationen följer med kvinnorna genom livet och äldreomsorgen kan vara beredd redan innan de kommer dit.

Från strategerna lyftes också screeningmodellen för våld i nära relationer, REAGERA-S, som en möjlig inspiration: erfarenheten av att använda modellen var att när man börjar fråga systematiskt upptäcker man de som behöver stöd, och samma logik borde gälla även för könsstympning.

Att vilja men inte kunna

Flera av strategerna och utförarna är öppna med att de saknar kunskap och inte vet hur de skulle agera om könsstympning blev aktuellt i deras verksamhet. De är samtidigt tydliga med att det inte handlar om ointresse, utan om att de aldrig stött på ett formellt ärende och därför saknar strukturer att luta sig mot. Det här hänger ihop med bristen på rutiner som beskrivs ovan. Så länge ingen fråga ställs och inget system fångar upp erfarenhet av könsstympning förblir den osynlig för verksamheten, vilket gör att varken strateger eller utförare har anledning att efterfråga kunskap eller verktyg för en fråga de aldrig mött formellt. Det gör i sin tur att varken utbildning eller rutiner prioriteras framåt heller, och frågan fortsätter framstå som irrelevant för verksamheten. Trots bristande kunskap, arbetssätt, rutiner och mandat uttrycker de intervjuade ett stort engagemang. De vill göra rätt och ge äldre kvinnor med erfarenhet av könsstympning en rättvis, kompetent och god omsorg.

Identifierade behov

I detta avsnitt beskrivs identifierade behov från samtliga intervjuade kvinnor, strateger och utövare.

Kvinnornas behov

För kvinnorna handlar det mycket om personalens bemötande och hur det påverkar känslan av trygghet, tillit, att känna sig respekterad, förstådd och trygg. Här uttrycker kvinnorna ett stort behov av att känna sig sedd och lyssnad på, att vård- och omsorgspersonal ställer frågor på ett varsamt sätt och att de blir bemötta med kunskap och empati, utan dömande attityder.

Kvinnorna efterfrågar också tydligare information om vart de kan vända sig och vilka resurser de faktiskt kan och har rätt att använda sig av. De berättar att det är oerhört viktigt att de känner att de själva har ett mått av kontroll i mötet med omsorgen. Det handlar dels om att få möjlighet att bygga tillit genom att kontinuerligt träffa samma personal. Det handlar också om att få känna sig delaktig i beslut som rör en själv och den personliga integriteten, till exempel genom att få bestämma tempo vid en medicinsk undersökning, eller få vara med och besluta vem som utför och hur olika moment vid intimhygien utförs.

Känslan av trygghet, tillit och att själv ha kontroll beskrivs som avgörande för att våga söka hjälp och att ta emot det stöd som ändå erbjuds.

Omsorgsorganisationernas behov

För omsorgsutförarna handlar de uttryckta behoven om kunskap, rutiner och organisatoriskt stöd. Det efterfrågas utbildning, tydliga riktlinjer och strukturer som kan fungera som en guide för hur de bör agera i mötet med en kvinna som har erfarenhet av könsstympning. Både strategerna och utförarna beskriver att de saknar verktyg, formella processer och en tydlig ansvarsfördelning, vilket gör dem osäkra på hur de bör agera för att både upptäcka, ställa frågor och sedan hantera svaren. De uttrycker en stark önskan om att ge god omsorg, men upplever att de flesta står ganska ensamma: den kunskap och erfarenhet som ändå finns hos enskilda kollegor sprids inte i deras organisationer, och når därför inte dem som skulle behöva den.

Sammanfattning – behov

Både kvinnorna och omsorgsorganisationerna uttrycker att de behöver känna trygghet och kontroll. För kvinnorna handlar det till stor del om att kunna lita på att de blir mötta av personal som är kunnig, intresserad och inte dömande, och om att själva få vara delaktiga i hur omsorgen utformas. För omsorgsorganisationerna handlar tryggheten och kontrollen snarare om att vara förberedd, både genom egen kunskap och genom organisatoriskt stöd, så att personalen vet hur den ska agera i mötet med någon som har erfarenhet av kvinnlig könsstympning.

EXISTERANDE INFORMATION OCH FORSKNING

Det finns en hel del information, stödmaterial och tidigare forskning att luta sig mot för den som arbetar med personer som riskerar att bli, eller som redan är, utsatt för kvinnlig könsstympning, men materialet är bitvis bristfälligt och inte alltid enkelt att navigera. Det som finns tenderar också att rikta sig till personer som arbetar med unga, inom förebyggande och förhindrande arbete. Material som riktar sig till personer som möter äldre är mer ovanligt, både från svenska myndigheter och i forskningen internationellt.

Existerande information och stöd i Sverige

För den som arbetar i offentlig sektor och som söker information och stöd för att möta kvinnor som lever med könsstympning finns flera platser att vända sig. Ett första steg kan vara att söka på nätet efter information och stöd och två rimliga platser att besöka först är Nationella samordningen mot hedersrelaterat våld och förtryck, NSHRV, och Kunskapsguiden.se, som drivs av Socialstyrelsen.

Nationella samordningen mot hedersrelaterat våld och förtryck

NSHRV, ansvarar för att samordna det nationella arbetet mot hedersrelaterat våld och förtryck, där kvinnlig könsstympning ingår och de ska till exempel undersöka omfattningen av hedersrelaterat våld, ta fram och sprida kunskap, främja informationsbyte mellan myndigheter och stödja länsstyrelsernas arbete med att införa nationella kunskapsstöd, arbetssätt och metoder i regional och kommunal verksamhet.

En sökning på könsstympning på NSHRV:s webbplats ger 116 resultat på material som på olika sätt berör frågor om kvinnlig könsstympning.[9] Vid användande av ytterligare sökord märks det att det finns ett tydligt fokus på förebyggande arbete. Sökning på ord som förebygga, förebyggande, prevention, förhindra och åtgärder mot gav 42 träffar. Vilket betyder att det är ett tydligt tema i det samlade materialet.

Ännu tydligare blir det att stora delar av materialet vänder sig till personer som arbetar med barn och unga. Sökningar på ord som flicka, flickor, barn, förskola, skola, ungdom gav 120 träffar. Det tyder på att en mycket stor del av det samlade materialet berör barn och unga och vänder sig till personer som yrkesverksamma som kommer att möta barn och unga.

Vid sökning på ord som relaterar till äldre kvinnor eller deras situation, som äldre, äldre kvinnor, hemtjänst, kvinnor över (x år), är resultatet noll träffar. Det finns ingen information om hur erfarenheter av könsstympning kan påverka upplevelsen av att genomgå klimakteriet, inget om äldreomsorg, hemtjänst eller andra insatser riktade specifikt till verksamheter som möter äldre kvinnor. Det bekräftar mönstret som beskrivs ovan: det saknas material som riktar sig till eller belyser äldre kvinnors erfarenheter av könsstympning här. Det kan bero på ett faktiskt kunskapsglapp när det gäller äldre kvinnors situation, eller på att materialet finns men inte gjorts tillgängligt här.

[9] NSHRV - sökning Könsstympning

Kunskapsguiden.se

En liknande sökning görs på Kunskapsguiden.se, en webbplats där Socialstyrelsen publicerar material framtaget av Socialstyrelsen själv eller i samarbete med andra aktörer och myndigheter. Materialet här riktas särskilt till personer som arbetar inom socialtjänsten och hälso- och sjukvården, och här finns ett särskilt temaavsnitt om kvinnlig könsstympning.

Även här finns ett fokus på förebyggande åtgärder och material som riktar sig till personer som möter barn och unga. Det handlar då om hur yrkesverksamma inom vård, skola och socialtjänst kan vara uppmärksam på de barn som riskerar att utsättas och elevhälsan och barnhälsovården pekas ut som särskilt viktiga och uppmanas att hjälpa drabbade flickor till vidare utredning och stöd. Här informeras också om utreseförbud för att förhindra att barn i riskzonen förs ut ur Sverige.

Det finns också material som tydligt fokuserar på att stötta kvinnor som redan utsatts för könsstympning. Här nämns till exempel specialistmottagningarna Amelmottagningen i Stockholm och Vulvamottagningen i Göteborg som expertorganisationer att vända sig till. socialtjänstens personal uppmanas att hjälpa kvinnor att komma i kontakt med specialistvården och att även följa med på besök dit.

En stor del av stödet som nämns är olika vårdåtgärder, som öppningsoperationer, rekonstruktioner och annan kirurgi som kan minska besvär och öka livskvalitet, men även psykosociala och sexuella besvär nämns och att kvinnor som lever med könsstympning även kan ha behov av stöd och rådgivning inom de områdena.

Kunskapsguiden.se innehåller mycket information, både strukturellt och praktiskt, det finns bra beskrivningar av medicinskt och psykosocialt stöd, specialistvård och socialtjänstens ansvar. Detta är riktat till både dem som arbetar med barn och unga och till dem som arbetar med vuxna, men inget specifikt för dem som möter äldre.

Andra resurser

På Sveriges kommuner och regioners webbplats, skr.se, med sökning på ”könsstympning” finns information om att könsstympning är en form av våld som kan leda till stort lidande och bidrar till fysisk och psykisk ohälsa.[10] Här görs det tydligt att vården har en viktig roll i att tidigt upptäcka utsatta och hjälpa dem till rätt vård, stöd och behandling och att förlossningsvården stärkt sitt arbete kring sexuellt våld, könsstympning, endometrios och klimakterierelaterad hälsa.[11] Det finns även en checklista för chefer som vill stötta våldsutsatta medarbetare.[12] Chefen uppmanas att hålla ett samtal med medarbetaren där de kan prata om eventuella anpassningar av arbetet, om det finns stöd- eller rehabiliteringsbehov. Checklistan lyfter också att det kan vara svårt och kännas obekvämt att hålla i sådana samtal, men att det blir lättare med övning och rutiner på arbetsplatsen.

Hos Socialstyrelsen finns ett samtalsstöd kring kvinnlig könsstympning som riktas till socialtjänsten där det fastslås att socialtjänsten ska förebygga och förhindra könsstympning, men också stödja flickor och kvinnor som utsatts för könsstympning.[13] För att ge det stöd som kvinnorna har rätt till behöver socialtjänsten identifiera de behov som kvinnorna har. Exempel på stöd som ges är att förmedla kontaktuppgifter till en specialistmottagning för könsstympade flickor och kvinnor, hjälpa till med att ringa samtal för att få kontakt med vården, följa med till vården och erbjuda stödjande samtal inom kommunen.

I samtalsstödet tas också frågan om bemötande upp, och hur viktigt det är att lyssna in utan att döma. Det skapar trygghet för professionen att ha åtminstone grundläggande kunskaper om könsstympning. Samtalsstödet varnar för att bristande kunskap kan leda till att professionen omedvetet uppvisar negativa reaktioner.

Samtalsstödet ger även exempel på frågor som kan ställas till kvinnor för att uppmärksamma behov av vård och stöd. Exemplen rör bland annat huruvida kvinnan blivit könsstympad, fysiska besvär som kan uppstå kring till exempel mens, att kissa och att ha vaginala samlag, samt vanliga psykiska besvär som oro, ångest och nedstämdhet. Frågorna kan också handla om huruvida kvinnan vill ha hjälp att ta kontakt med vården eller om hon känner att hon behöver något annat slags stöd.

[10] SKR - Fakta och stöd kring jämställd hälsa och vård
[11] SKR - Fler kvinnor nöjda med förlossningsvården,
[12] SKR - Våld i nära relation - stöd för dig som chef,
[13] Socialstyrelsen - Kvinnlig könsstympning – ett samtalsstöd för socialtjänsten

Sammanfattning – existerande information och stöd

Vid en genomgång av tillgängligt stöd- och kunskapsmaterial som riktar sig mot yrkesverksamma ligger fokus främst på att förhindra och förebygga att barn och unga könsstympas. Personal som möter äldre kvinnor saknar däremot material som vänder sig till dem, med information om hur de kan agera och stötta äldre kvinnor som redan är könsstympade. Den grundläggande informationen kring vad könsstympning innebär, hur det kan se ut och vilka olika typer av besvär det kan ge är tillgängligt eftersom det är allmänt beskrivet. Men för de särskilda behov som uppstår i äldreomsorgen finns inget sådant anpassat material. Yrkesverksamma behöver istället själva identifiera vilket av det befintliga materialet som går att använda och anpassa till mötet med äldre kvinnor inom omsorgen.

Något som existerande material återkommer till är vikten av att ha rutiner för hur personalen agerar när de upptäcker att någon är könsstympad, hur de bemöter den könsstympade kvinnan, hur de sprider information inom den egna organisationen och hur de sköter uppföljning. I jämförelse med vad som framkommer vid intervjuerna med både kvinnor och omsorgsorganisationerna så verkar detta inte efterlevas. Här uppger samtliga intervjuade utförare och strateger att de aldrig fått utbildning, att de inte vet hur de ska agera eller var de ska hämta stöd.

Även bemötandet framhålls, och hur viktigt det är att ha kunskap för att kunna ge ett bra bemötande. Brist på kunskap kan leda till att personalen omedvetet uppvisar negativa reaktioner. Detta framkommer också i intervjuerna med både kvinnorna och omsorgsorganisationerna: okunskap och ovana leder till utsatthet. För kvinnorna handlar det om att känna sig skambelagda och ifrågasatta. För personalen handlar det om otrygghet och otillräcklighet i att ge omsorg på ett bra och inkännande sätt.

Det existerande materialet framhåller också vikten av att kvinnor som utsatts för könsstympning får vara med och själva bestämma om sin fortsatta vård och viket stöd de behöver, både medicinskt och psykosocialt. Här lyfts socialtjänsten särskilt fram som ansvarig för att det uppfylls. Intervjuerna med kvinnorna visar dock att detta ofta brister i praktiken. Kvinnorna berättar snarast om hur de lämnats ensamma efter att könsstympningen identifierats, och att de saknat någon att vända sig till för att få fortsatt stöd eller för att ens veta vilket fortsatt stöd som finns.

Tidigare forskning – personalens situation

Tidigare forskning har i viss utsträckning tagit upp frågan om personalen som möter kvinnor som utsatts för könsstympning, deras upplevelser och agerande. Eftersom det finns begränsad forskning på just omsorgspersonal inkluderar den här genomgången forskning om personal inom välfärden mer generellt. Genom att jämföra tidigare forskning med resultaten från intervjuerna med personer inom omsorgsorganisationer går det att bedöma hur generaliserbara de tidigare forskningsresultaten är.

De teman som framträder i forskningsgenomgången handlar om upplevelser om bristande kunskap och osäkerhet, risken för fördomar, brist på kulturell kunskap, praktiska svårigheter i mötet, känslor som väcks hos personalen och behovet av stöd och handledning.

Bristande kunskap och osäkerhet

Tidigare forskning visar att personal inom välfärden ofta känner sig osäker inför möten och samtal med kvinnor som utsatts för könsstympning. Det kan bero på bristande medicinsk kunskap om vad könsstympning innebär och vilka konsekvenser kvinnorna behöver hantera. Det är också vanligt att könsstympning i huvudsak ses som ett medicinskt och fysiskt bekymmer och att det leder till att andra frågor, till exempel sådant som rör det psykiska, sociala och kulturella, tappas bort.[14]

Forskningen visar att personalen också uttrycker en oro för hur de ska närma sig frågan på ett respektfullt sätt så att de inte skapar en situation som väcker skuld, skam eller skapar stigman hos kvinnan.[15]

[14] Palm et al., 2019; 2021

[15] Palm, 2024; Khaja et al., 2010

Risk för fördomar och brist på kulturell kunskap

Forskningen visar att personal inom välfärden påverkas av att leva och arbeta i [land/kontext, kvar att specificera] som domineras av en västerländsk syn på kvinnlig könsstympning, där kvinnan betraktas som just stympad och utsatt.[16] Det betyder att det finns en risk för att personalen omedvetet behandlar kvinnan som ett offer eller som någon vars kropp och sexualitet är ohjälpligt skadad. Vilket i sin tur riskerar att leda till just de känslor av att vara annorlunda, av skam eller skuld som personalen vill undvika att väcka hos henne.[17]

Tidigare forskning visar att personalen kan uppleva att de ställs inför ett svårt dilemma. Å ena sidan behöver de ta hänsyn till kvinnans fysiska och psykiska besvär och markera att könsstympning är olagligt och betraktas som våld. Å andra sidan vill de ge stöd som inte förminskar kvinnors resurser, värdighet och förmåga, och som inte riskerar att öka hennes stigmatisering.[18]

Enligt tidigare forskning uppger personalen att de behöver mer utbildning om både medicinska, psykosociala och kulturella aspekter av könsstympning för att känna att de kan ge ett empatiskt och individanpassat bemötande.[19]

Praktiska svårigheter i mötet

Tidigare forskning visar att personal inom välfärden kan uppleva att det är så svårt att ta upp frågan om könsstympning att man undviker det. Det kan handla både om språkbarriärer, kulturella skillnader samt en ovana bland personalen att prata om sex och underlivssymptom.[20]

Det finns också tendenser till att könsstympning blir svaret på alla frågor. Forskning visar till exempel att svensk personal fått utbildning där mensvärk lyfts fram som ett varningstecken kopplat till könsstympning, trots att sambandet inte är vetenskapligt belagt. Kunskapen om könsstympning riskerar då att bli en schablon som besvär tolkas genom, oavsett om kopplinen är relevant i det enskilda fallet eller inte, vilket i sin tur riskerar att andra orsaker till besvären förbises.[21]

[16] Palm, 2024; O'Neill & Pallitto, 2021
[17] Khaja et al., 2010; O'Neill & Pallitto, 2021
[18] Palm, 2024; Khaja et al., 2010
[19] Palm, 2024; Abdulcadir et al., 2015
[20] Khaja et al., 2010; O'Neill & Pallitto, 2021
[21] Palm et al., 2021; Ziyada et al., 2020

Personalens känslor

Enligt tidigare forskning påverkas personal inom välfärden ofta starkt av att möta kvinnor som utsatts för könsstympning, och kan bli både berörda och upprörda, särskilt om de är ovana vid det. Det är också vanligt att personal känner sig otillräcklig. Det kan då handla om att känna frustration och maktlöshet inför kvinnornas lidande, med smärtor, psykisk ohälsa och sexuella besvär, men också över att inte känna att man kan ge kvinnorna rätt sorts stöd och hjälp. [22]

Behov av stöd och handledning

Tidigare forskning visar att personal inom välfärden efterfrågar tydliga riktlinjer, handledning och utrymme att reflektera kring lärdomar och upplevelser då de möter kvinnor som könsstympats. Det finns också ett behov av organisatoriskt stöd från arbetsgivaren, både för personalens egen trygghet och för att det ska gå att ge tillräckligt stöd till kvinnorna som utsatts för könsstympning.[23] Samma behov lyfts av de intervjuade i den här kartläggningen, vilket tyder på att bristen på handledning och organisatoriskt stöd inte är unik för de tillfrågade kommunerna, utan ett mönster som går igen även internationellt.

Sammanfattning – forskning om personalens situation

Forskningen visar att personal inom välfärden upplever att möten med könsstympade kvinnor kan vara både komplexa och laddade, och att mötena tenderar att präglas av osäkerhet, rädsla för att stigmatisera, otillräcklig kunskap och en önskan att göra rätt.

I forskningen menar personalen att de upplever bristande kunskap om både medicinska och psykosociala aspekter av könsstympning. Det syns även i intervjuerna, där omsorgens personal säger att de saknar utbildning och rutiner och därför inte känner sig trygga i att kunna ge kvinnor som utsatts för könsstympning rätt stöd och god omsorg. Det leder i sin tur till att personalen känner osäkerhet och maktlöshet i mötet med kvinnor som könsstympats, eftersom de är rädda för att göra fel och orsaka mer skada eller öka kvinnornas utsatthet.

[22] Palm, 2024; Behrendt & Moritz, 2005
[23] Palm, 2024; Abdulcadir et al., 2015

I forskningen menar personalen att de upplever bristande kunskap om både medicinska och psykosociala aspekter av könsstympning. Det syns även i intervjuerna, där omsorgens personal säger att de saknar utbildning och rutiner och därför inte känner sig trygga i att kunna ge kvinnor som utsatts för könsstympning rätt stöd och god omsorg. Det leder i sin tur till att personalen känner osäkerhet och maktlöshet i mötet med kvinnor som könsstympats, eftersom de är rädda för att göra fel och orsaka mer skada eller öka kvinnornas utsatthet.

Forskningen visar att välfärdspersonalens bemötande påverkas av synen på könsstympning som brottsligt och våldsamt, och att det finns en risk att kvinnorna främst kommer att betraktas som offer. Samtidigt visar forskningen att många i personalen vill hitta sätt att stärka kvinnans egenmakt och undvika att ytterligare förstärka känslor av att vara annorlunda eller skamsen. För att kunna göra det, och ge god vård, behövs ökad utbildning, stödstrukturer och forum för reflektion. Det här är en vilja som också förs fram i intervjuerna, där medarbetare i omsorgen berättar om hur de behöver hantera situationer där de inte kunnat ge stöd på den nivå de önskat. Det bekräftas även av kvinnorna som intervjuats, som beskriver situationer där personalen inte vetat hur de skulle hantera frågor om könsstympning, och där de själva upplevt sig skambelagda och ifrågasatta.

Både forskningen och intervjuerna beskriver hur kunskap tenderar att stanna hos enskilda personer i stället för att omsättas i organisatorisk kompetens, eftersom det saknas strukturer för hur kunskap och erfarenhet ska spridas och för hur könsstympning kan bli en gemensam fråga att hantera. Ansvaret blir därmed personligt, både för personalen och för kvinnan: hon vet inte om just den personal hon möter är utbildad eller van vid att ta upp frågor om könsstympning, ett ämne som redan är känsligt att prata om, och det blir därför upp till varje enskild kvinna att avgöra vad hon vill berätta och vad personalen faktiskt behöver veta. Även här bekräftar intervjuerna det som framkommer i forskningen: personalen behöver rutiner och handledning i hur de ska agera, vilka frågor de bör ställa och hur de kan bygga förtroende med kvinnan så att hon känner sig trygg med att berätta.

Tidigare forskning – kvinnornas behov

Ett av de första resultaten av genomgången av tidigare forskning är att det inte finns någon större samling kunskap om just äldre kvinnor som levt hela sina liv med erfarenhet av könsstympning. Större delen av det existerande materialet handlar om flickor och unga kvinnor, med fokus på förebyggande arbete, eller om vuxna kvinnor som fortfarande är i fertil ålder. Det är den senare kategorin, forskning om vuxna kvinnor, som ligger närmast den äldre målgrupp den här kartläggningen undersöker, och det är därför den här genomgången i första hand kommer att inkludera material som berör vuxna kvinnor.

Genom att jämföra med resultatet från intervjuerna går det att få en indikation på om det finns skillnader i behov utifrån åldersgrupp. Mycket av forskningen utgår också från vårdsammanhang och medicinska behov, vilket är en begränsning värd att ha i åtanke: psykosociala och kulturella behov, som beskrivs längre ner i genomgången, är mindre utforskade i litteraturen än de medicinska.

Fysiska och medicinska behov

Tidigare forskning visar att könsstympning kan leda till långvariga gynekologiska problem som kronisk smärta, ärrbildning och problem med ärrvävnad Men det handlar också om att det är vanligt med urinvägsinfektioner och både inkontinens och urinträngningar efter könsstympning.[24]

Könsstympning kan också leda till att gynekologiska undersökningar är besvärliga. För de äldre kvinnorna finns också en ökad risk för vaginal torrhet, men även före klimakteriet kan vaginal torrhet uppstå eftersom de körtlar som producerar mjukgörande sekret kan skadas vid könsstympning, och det kan då leda till smärta och obehag vid samlag.[25]

[24] Reisel & Creighton, 2015; Jidha & Feyissa, 2023; Kamal et al., 2024

[25] Kamal et al., 2024

Psykiska och sociala behov

Tidigare forskning visar att kvinnor med erfarenhet av könsstympning sällan pratar om, eller ber om hjälp med, besvär de upplever. Det beror ofta på språkbarriärer, på att ämnet är tabu, och på rädsla för att bli skambelagda eller bemötta på ett dömande sätt. Den här tystnaden gör ofta att kvinnornas behov blir osynliga.[26]Den här känslan av skam och upplevelsen av att betraktas som annorlunda och avvikande är särskilt vanlig för de kvinnor som kommit till länder där kvinnlig könsstympning är stigmatiserat.[27]Forskning visar också att kvinnors förståelse av den egna kroppen och det egna ingreppet kan omtolkas i samband med migration till sådana länder, där tidigare neutrala eller normaliserade erfarenheter i stället kommer att förstås som ett övergrepp, vilket kan väcka sorg, ilska och förvirring.[28]

Svårigheten att prata om det och att be om hjälp och få adekvat stöd gör också att det inte alls är säkert att de äldre kvinnorna med erfarenhet av könsstympning, trots ett längre liv, har fått möjlighet att bearbeta eventuella trauman som kan kopplas till könsstympningen. De kan i stället ha kämpat ensamma med ångest, depression och PTSD.[29]

Kulturella och kommunikativa behov

Kvinnorna upplever ofta att personal de möter saknar kulturell förståelse, empati och lyhördhet, och beskriver situationer där de blivit behandlade mer som ett studieobjekt än som en person eller patient, till exempel genom att ha visats upp för studenter under ett vårdbesök. Samma mönster syns när personal gör egna antaganden om kvinnans liv utifrån könsstympningen, till exempel att hon inte kan uppleva sexuell njutning, i stället för att fråga henne själv. Ett sådant bemötande, känslokallt, dömande eller alltför närgånget i sina frågor, riskerar att förstärka känslor av skam, stigma och utanförskap, och kan i förlängningen göra att kvinnorna helt undviker att söka hjälp.[30]

Tidigare forskning visar att kvinnorna har ett stort behov av att känna sig trygga i mötet med välfärdens personal, vilket kan innebära tillgång till tolk, information på det egna språket, möjlighet att möta kvinnlig personal och att kontinuerligt få träffa samma person.[31]

[26] Palm, 2024; Khaja et al., 2010
[27] O'Neill & Pallitto, 2021; Palm et al., 2023
[28] Palm, 2024
[29] Behrendt & Moritz, 2005; O'Neill & Pallitto, 2021
[30] Khaja et al., 2010; Palm et al., 2019; Villani, 2023
[31] Palm et al., 2023; Kamal et al., 2024

Holistiskt och individanpassat

Tidigare forskning visar att kvinnor med erfarenhet av könsstympning har behov av medicinsk, psykologisk och social kompetens hos välfärdens personal, samt kunskap om kulturella skillnader och migrationsrelaterade aspekter.[32]

Forskningen visar att det finns ett behov och efterfrågan av psykosocialt stöd och samtalsstöd för att ge möjlighet till bearbetning av både trauman, erfarenheter av skam, stigman, migrationserfarenheter och olika typer av relationsproblem. Även särskild information och stöd kring klimakteriet behövs, eftersom klimakteriebesvär kan förvärras av könsstympningsingrepp.[33]

Sammanfattning – forskning om kvinnors behov

Resultatet från intervjuerna bekräftar på flera sätt det som framkommer i forskningsgenomgången om kvinnornas behov vid kontakt med välfärden.

Forskningen visar till exempel att många kvinnor lever med en livslång skam, anpassning och tystnad kring sina erfarenheter av könsstympning. Det är också ett återkommande tema i intervjuerna där kvinnorna berättar om hur de lärt sig att vara tysta och inte prata om sina besvär och där många har varit tysta i decennier. Kvinnorna berättar att de fått vänja sig vid att leva med smärta på olika sätt och att de upplevt att de kunnat få hjälp av varken vård eller omsorg. Den upplevelsen bekräftas i sin tur av forskningen som säger att kvinnornas besvär blir osynliga och normaliseras, både av kvinnorna själva och av deras omgivning.

Kvinnorna beskriver, som redovisas i avsnittet Vad kvinnorna säger, hur mötet med Sverige kan innebära en omvärdering av det egna ingreppet, där de för första gången får tillgång till begrepp som "brott" och "övergrepp" för att sätta ord på det de varit med om. Det kan skapa sorg, ilska och förvirring, och en känsla av att bli stigmatiserad och betraktad som ett offer, något som kvinnorna sedan lämnas ensamma att hantera. Liknande mönster beskrivs i forskningen.

[32] Palm, 2024; Villani, 2023
[33] O'Neill & Pallitto, 2021; Kamal et al., 2024

När det gäller både kroppsliga och psykiska bekymmer som konsekvens av könsstympning tar forskningen upp smärta, infektioner, obehag vid olika typer av undersökningar, skamkänslor, ångest och andra traumarelaterade besvär. Det här är också något som kvinnorna berättar om när de beskriver hur könsstympningen påverkar dem genom hela livet och att det till och med kan bli svårare att hantera när de blir äldre, eftersom de behöver mer hjälp och stöd då kroppen inte längre fungerar som förut.

Både forskningen och kvinnorna lyfter vikten av samtalsstöd där det går att prata i lugn och ro med någon som lyssnar, ställer frågor och som förstår hur erfarenheter av könsstympning kan påverka hela livet. Kvinnorna och forskningen är också överens om att det kan vara svårt att bli sedd, förstådd och respekterad i mötet med välfärdens personal och att rädsla för att möta okunskap och dömande leder till att kvinnorna undviker att berätta om besvär som de har. Kvinnornas berättelser om hur även små signaler på stress, chock eller ointresse från personalen får dem att dra sig tillbaka stämmer väl överens med forskningsresultat som visar att personalens bemötande är avgörande för att skapa trygghet och tillit.

Forskningen lyfter behovet av kontinuitet, i både personal och bemötande, som en viktig och ibland avgörande del i att skapa trygghet. Det bekräftar kvinnornas berättelser om hur återkommande byten av hemtjänstens personal och korta besök gör det svårt att våga prata om känsliga saker. I intervjuerna kopplas de positiva erfarenheter som finns till enskilda personer, inte till system eller rutiner, ett mönster som forskningen också identifierar.

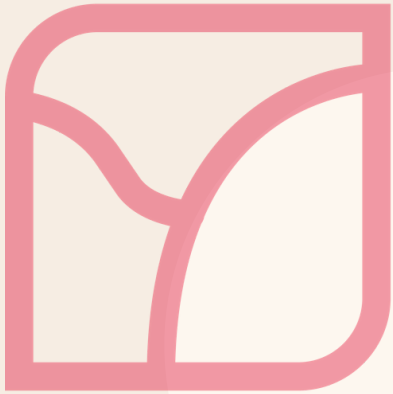
Forskningen beskriver hur den här bristen på kontinuitet, och känslan av otrygghet när kvinnorna inte vet vart de ska vända sig för att hitta rätt person och rätt hjälp, gör att kvinnornas behov ofta faller mellan stolarna när ansvarsfördelningen är otydlig. Kvinnorna i sin tur beskriver det som en labyrint där de är utelämnade till sig själva att navigera och försöka hitta den rätta personen som kan ge dem den hjälp och stöd de behöver. Särskilt svårt blir det när problemen både är medicinska, psykologiska och sociala samtidigt och ansvaret för stödet är uppdelat på flera olika organisationer och huvudmän.

REKOMMENDATIONER OCH FÖRBÄTTRINGSFÖRSLAG

Kartläggningen visar att äldre kvinnor med erfarenhet av kvinnlig könsstympning kan ha betydande, men ofta osynliggjorda, behov som rör både fysisk, psykisk och social hälsa. För att möta dessa behövs en kombination av strukturell kompetenshöjning, tydligare rutiner och ett medvetet arbete för jämlik tillgång och kvalitet i äldreomsorgen.

Bemötande, trygghet och tillgång till rätt stöd är centralt. Ansvaret för detta behöver föras från individ till organisation, så att varken kvinnorna själva eller enskild personal behöver bära hela ansvaret för att äldreomsorgen ska följa socialtjänstlagens värdegrund. Det handlar om att säkerställa att kvinnorna kan leva ett värdigt liv och känna välbefinnande.

För att skapa en situation där både kvinnor och utförare kan känna sig trygga behöver flera saker förändras. Här samlas de förslag på förbättringar som identifierats. Rekommendationerna gäller oavsett driftsform, eftersom kommunen som huvudman ansvarar för att kraven följs även hos privata utförare.



Kunskap och kompetens

Kunskapen om kvinnlig könsstympning inom äldreomsorgen är i dag personbunden snarare än organisatorisk. Den finns hos enskilda medarbetare med egen erfarenhet eller eget engagemang, men förs sällan vidare som formell kompetens och riskerar att försvinna när de slutar, byter tjänst eller går i pension.

Både strateger och utförare efterfrågar utbildning, men saknar i dag stödmaterial anpassat för äldreomsorgen specifikt, eftersom det mesta av det befintliga materialet riktar sig till dem som möter barn, unga eller kvinnor i fertil ålder.

> Utan en samlad kunskapsbas och tydliga vägar för hur erfarenhet ska delas inom organisationen fortsätter varje möte med en könsstympad kvinna att hanteras som om det vore det första.

Förslag på förbättringar:

- **Förvaltningsövergripande kunskapsöverföring** Kartlägg om och var det redan finns kunskap, rutiner eller utbildningsmaterial om kvinnlig könsstympning, exempelvis inom skola, socialtjänst eller hälso- och sjukvård. Om sådan kunskap finns bör den delas med äldreomsorgen genom gemensamma utbildningar och etablerade kontaktvägar, så att verksamheten inte behöver börja från noll.
- **Systematisk utbildning** Bygg vidare på den kunskap som identifierats i den förvaltningsövergripande kartläggningen och integrera grundläggande kunskaper om kvinnlig könsstympning i både grundutbildning och fortbildning för all omsorgspersonal, inklusive chefer. Utbildningsinsatser bör omfatta medicinska, psykologiska och kulturella aspekter samt ge konkreta verktyg för bemötande.
- **Stödmaterial** Utveckla lättillgängliga och varierade kunskapsstöd om äldre kvinnor med erfarenhet av kvinnlig könsstympning, anpassade till personalens ofta stressiga arbetssituation inom äldreomsorgen.
- **Erfarenhetsutbyte** Skapa och etablera former för regelbundna reflektionsmöten, dokumentation och rutiner.
- **Handledning och stöd** Etablera tillgång till handledning och kollegialt stöd för personal som möter komplexa situationer kring kvinnlig könsstympning.
- **Insatser för att bryta tystnaden för äldre kvinnor** Utveckla och etablera utbildning, individuellt samtalsstöd, stödgrupper och samtalsforum, och inkludera kvinnlig könsstympning i informationsinsatser riktade till äldre kvinnor. Utforska möjligheten att samverka med civilsamhället, till exempel Existera, för att skapa trygga forum för erfarenhetsutbyte.

Jämlik och rättvis tillgång till omsorg med kvalitet

Kvinnorna vittnar om en äldreomsorg där tillgången till stöd är ojämlik och i hög grad beroende av enskilda personers engagemang, och stödet som finns upplevs ofta som personberoende och tillfälligt, snarare än systematiskt och rättvist.

Personalens bristande kontinuitet, tillsammans med tidsbrist och stress i arbetet, försvårar möjligheten att bygga förtroende och därmed möjligheten att ta upp svåra frågor. Kvinnorna beskriver även hur personalens bemötande varit helt avgörande för om de vågar berätta om sina erfarenheter och ta emot stöd. Det finns alltså ett stort behov av att personalen är lyhörd, empatisk och har förmåga att skapa psykologisk trygghet.

Många kvinnor har tvingats bära sina erfarenheter och konsekvenser av kvinnlig könsstympning ensamma, och behovet av samtalsstöd, traumamedveten omsorg och stödgrupper är stort. Samtidigt är kunskapen om vart man kan vända sig låg, både hos kvinnorna, som inte vet var de kan söka stöd, och hos omsorgsverksamheterna, som ofta saknar kännedom om vilka specialistresurser som finns att hänvisa till.

Förslag på förbättringar:

- **Strukturellt ansvar** Flytta kunskapen från individnivå till organisationsnivå. Verksamhets- och enhetschefer inom äldreomsorgen bör, i samverkan med kommunens samordningsfunktion för hedersrelaterat våld och förtryck där en sådan finns, ansvara för att skapa och sprida rutiner, styrdokument och vägledningar kring hur kvinnlig könsstympning ska hanteras i verksamheten. Styrdokumenten behöver förankras hos ledning och nämnd för att få mandat och resurser.

- **Systematisk kartläggning** Inför rutiner för att systematiskt ställa frågor om kvinnlig könsstympning vid inskrivning, biståndsbedömning och andra naturliga kontaktpunkter. Inspireras av exempelvis REAGERA-S-modellen från våldsscreening.

- **Tryggt samtalsklimat** Frågor om kvinnlig könsstympning ska ställas i lugn och ro, med respekt och tydlig information om vilken hjälp som finns. En utbildad tolk ska användas när det behövs. En familjemedlem ska inte behöva tolka ett känsligt samtal.

- **Tillgänglig information** Se till att information om stödinsatser, rättigheter och möjligheter når ut till målgruppen på flera relevanta språk, och skapa strukturer för samverkan mellan olika delar av vård och omsorg så att kvinnornas behov inte faller mellan stolarna.

- **Kontinuitet och trygghet** Prioritera kontinuitet i personalen och möjliggör att samma personer återkommer vid intimvård och känsliga situationer. Eftersträva att kvinnor erbjuds kvinnliga vårdgivare om så önskas.

- **Trauma- och kulturmedvetet bemötande** Se till att personal har kunskap om, och får träning i, att bemöta kvinnor med erfarenhet av kvinnlig könsstympning på ett respektfullt, empatiskt och lyhört sätt där kvinnorna tillåts styra samtal och insatser i den takt och omfattning de önskar.

- **Kvalitetssäkring** Utvärdera och följ upp kvalitet i bemötande, stöd och vård som ges till kvinnor med kvinnlig könsstympning. Skapa gärna forum där kvinnor ges möjlighet att själva beskriva sina behov, upplevelser och komma med förbättringsförslag.

REFERENSER OCH LITTERATUR

Abdulcadir, J., Rodriguez, M., & Say, L. (2015). Research gaps in the care of women with female genital mutilation: an analysis. BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology, 122(3), 294-303. DOI: 10.1111/1471-0528.13217

Behrendt, A. & Moritz, S. (2005). Posttraumatic Stress Disorder and Memory Problems After Female Genital Mutilation. American Journal of Psychiatry, 162(5), 1000–1002. DOI: 10.1176/appi.ajp.162.5.1000

Berg, R. C. & Denison, E. (2012). Does female genital mutilation/cutting (FGM/C) affect women's sexual functioning? A systematic review of the sexual consequences of FGM/C. Sexuality Research and Social Policy, 9, 41–56. DOI: 10.1007/s13178-011-0048-z

Braddy, C. M. & Files, J. A. (2007). Female Genital Mutilation: Cultural Awareness and Clinical Considerations. Journal of Midwifery & Women's Health, 52, 158–163. DOI: 10.1016/j.jmwh.2006.11.001

Boi, S. (2000). Nurses' experiences in caring for patients from different cultural backgrounds. Nursing Times Research, 5, 382-389. DOI: 10.1177/136140960000500511

Jidha, T. D. & Feyissa, A. K. (2023). A 36-year-old lady with type three female genital mutilation (Infibulation) – its long-term complications: a case report and literature review. BMC Women's Health, 23:231. DOI: 10.1186/s12905-023-02289-0

Kamal, A., Kamara, S., Khasriya, R., Elneil, S., Newson, L., & Reisel, D. (2024). What are the health needs of women with female genital mutilation going through menopause? Maturitas, 187: 108058. DOI: 10.1016/j.maturitas.2024.108058

Khaja, K., Lay, K., & Boys, S. (2010). Female circumcision: toward an inclusive practice of care. Health Care for Women International, 31(8), 686-699. DOI: 10.1080/07399332.2010.490313

O'Neill, S. & Pallitto, C. (2021). The consequences of female genital mutilation on psycho-social well-being: a systematic review of qualitative research. Qualitative Health Research, 31(9), 1738–1750. DOI: 10.1177/10497323211001862

Palm, C., Essén, B. & Johnsdotter, S. (2019). Sexual health counselling targeting girls and young women with female genital cutting in Sweden: mind–body dualism affecting social and health care professionals' perspectives. Sexual and Reproductive Health Matters, 27(1), 192-202. DOI: 10.1080/26410397.2019.1615364

Palm, C., Johnsdotter, S., Elmerstig, E., Holmström, C. & Essén, B. (2021). Adolescent sexual and reproductive health counselling in relation to female genital cutting: Swedish professionals' approach to menstrual pain as an empirical example. Sexuality & Culture, 26, 1-25. DOI: 10.1007/s12119-021-09895-w

Palm, C., Elmerstig, E., Holmström, C. & Essén, B. (2023). The relationship between dominant Western discourse and personal narratives of female genital cutting: exploring storytelling among Swedish-Somali girls and women. Frontiers in Sociology, 8: 1188097. DOI: 10.3389/fsoc.2023.1188097

Palm, C. (2024) Navigating Conflicting Norms on Body and Sexuality, Exploring Swedish-Somali Women's and Swedish Welfare Workers' Perceptions of Female Genital Cutting, Malmö University Health and Society Doctoral Dissertations 2024:6, Media-Tryck, Lund university

Raphael, R. (2024) i Kolankiewicz, Marta et al Semistrukturerade intervjuer Samtal som forskning, Genusvetenskapliga forskningsmetoder, Nordic Academic Press

Reisel, D. & Creighton, S. M. (2015). Long term health consequences of Female Genital Mutilation (FGM). Maturitas, 80(1), 48-51. DOI: 10.1016/j.maturitas.2014.10.009

Socialstyrelsen, Kvinnlig könsstympning – ett samtalsstöd för socialtjänsten, Artikelnummer 2022-9-8103
Socialstyrelsen, Uppskattning av antalet kvinnor och flickor i Sverige 2021 som kan ha varit utsatta eller riskerar att utsättas för könsstympning, artikelnr: Art.nr: 2023-6-8599

Villani, M. (2023). Changing gender norms around female genital mutilation/cutting (FGM/C): a key role for social work in the Global North. Frontiers in Sociology, 8, 1187981. DOI: 10.3389/fsoc.2023.1187981

Ziyada, M. M., Lien, I.-L., & Johansen, R. E. B. (2020). Sexual norms and the intention to use healthcare services related to female genital cutting: A qualitative study among Somali and Sudanese women in Norway. PLoS One, 15(5): e0233440. DOI: 10.1371/journal.pone.0233440

Kunskapsguiden.se Könsstympning av flickor och kvinnor, https://kunskapsguiden.se/omraden-och-teman/vald-och-fortryck/konsstympning-av-flickor-och-kvinnor/ hämtad 2026 06 09

Kunskapsguiden.se Om Kunskapsguiden, https://kunskapsguiden.se/om-kunskapsguiden/ hämtad 2026 06 09

Nationellt Centrum mot hedersrelaterat våld och förtryck, Vad är könsstympning?, https://www.hedersfortryck.se/konsstympning/vad-ar-konsstympning/ hämtat 2026 01 07

NSHRV - Nationella Samordningen mot Hedersrelaterat Våld och Förtryck, sökning könsstympning https://nshrv.jamstalldhetsmyndigheten.se/sok/?filter=&limit=120&page=0&query=könsstympning&isoLang=sv-SE&startpageId=7773 hämtad 28 juni 2026

SCB, Befolkningstäthet i Sverige, https://www.scb.se/hitta-statistik/sverige-i-siffror/manniskorna-i-sverige/befolkningstathet-i-sverige hämtad 2026 0609

SKR - Sveriges Kommuner och Regioner, Fakta och stöd kring jämställd hälsa och vård, https://skr.se/jamstalldhet/jamstalldhalsaochvard.7582.html hämtad 29 juni 2026

SKR - Sveriges Kommuner och Regioner, Våld i nära relation - stöd för dig som chef, https://skr.se/arbetsgivarrollen/arbetsmiljo/valdinararelationstodfordigsomchef.7752.html#h-Checklistafordigsomchef hämtad 28 juni 2026
SKR - Sveriges Kommuner och Regioner, Fler kvinnor nöjda med förlossningsvården, https://skr.se/pressrum/aktuellt/nyhetsarkiv/flerkvinnornojdamedforlossningsvarden.10320.html hämtad 29 juni 2026
Socialstyrelsen, Könsstympning av kvinnor och flickor, https://www.socialstyrelsen.se/kunskapsstod-och-regler/omraden/vald-och-brott/konsstympning/ hämtad 2026 01 07

Socialstyrelsen, Äldreomsorgens nationella värdegrund - ett vägledningsmaterial, artikelnr 2012-3-3, https://www.socialstyrelsen.se/contentassets/fa5acf12969f4181abbdf2a24a35dcf0/2012-3-3.pdf hämtat 2026 01 07

Socialstyrelsen, Kvinnlig könsstympning - ett samtalsstöd för socialtjänsten, Artikelnummer 2022-9-8103
https://www.socialstyrelsen.se/contentassets/6723a20cf6544881b796788281291a4c/2022-9-8103.pdf hämtat 2026 02 05

UNICEF, Female Genital Mutilation (FGM), https://data.unicef.org/topic/child-protection/female-genital-mutilation/ hämtad 2026 08 18