

A photograph of a woman with dark skin and short hair, wearing a light green t-shirt, holding a baby. The baby is wearing a white long-sleeved shirt and a blue cloth around its waist. They are standing in front of a wooden door with a metal handle. The woman is looking directly at the camera with a slight smile, while the baby looks slightly to the side.

End the Cut

Situationen kring kvinnlig
könsstympning inom den
Europeiska Unionen
och i Sverige

act:onaid

The logo for 'After' features two stylized human figures, one on the left and one on the right, with the word 'After' in a purple script font between them.

After
empowering women

Co-funded by the Rights,
Equality and Citizenship (REC)
Programme of the European Union



Denna rapport genomfördes som en del av AFTER-projektet (Against FGM/C through empowerment and rejection), med finansiellt stöd från the Rights, Equality and Citizenship (REC) Programme of the European Union (JUST/2014/RDAP/AG/HARM/8001).

ActionAid Sverige är medlem i AFTER-projektet, som genomförs i samarbete med sex partners i fem europeiska länder: ActionAid Italien, ActionAid Irland, Respect for Change i Belgien, International Foundation Simetrías och Castilla-La Mancha-universitetet (UCLM) i Spanien.

Genomförandet av projektets forskningsprodukter, inklusive denna rapport, har samordnats av Castilla-La Mancha-universitetet (UCLM) och kvantitativa och kvalitativa data har samlats in av ActionAid Sverige.

Vi tackar vårdpersonal, civilsamhällets aktörer, socialarbetare och offer/överlevande för KKS för deras samarbete, tillgänglighet för intervjuer och för värdefull information som lämnats till rapporten.

Castilla-La Mancha-universitetet (UCLM), ActionAid Sverige och projektets övriga samarbetspartners bär det fulla ansvaret för publikationens innehåll som inte på något sätt återspeglar EU-kommissionens åsikter eller slutsatser.

Output 2 WS1 - Mapping and Gapping Assessment Report – Sverige
www.afterwomen.eu

Chef för Policy och Program, Karolina Karlsson

Projektledare (AFTER), Hana Al-Khamri

Index

1. AFTER-projektet och kampen mot KKS
 - 1.1. Kvinnlig könsstympning/omskärelse
 - 1.2. Presentation av rapporten

2. Befolkningsgrupper i Sverige och EU som har sitt ursprung i länder där KKS praktiseras
 - 2.1. Inledning
 - 2.2. Europeisk dataanalys
 - 2.3. Sverige: Nationell dataanalys

3. Analys på Europeanivå
 - 3.1. Kännetecken på EU-politiken kring KKS
 - 3.2. EU-kampanjer mot KKS
 - 3.3. KKS-åtal på Europeanivå

4. Sverige: Nationell analysnivå
 - 4.1. Inledning och metodik
 - 4.2. Juridiska och politiska ramverk
 - 4.2.1. Särskilda verktyg för bekämpning av KKS / omnämmande av KKS

- 4.2.2. Åtgärder för förebyggande, skydd och lagföring av KKS
- 4.3. Lagföring av KKS på nationell nivå
- 4.4. Kampanjer mot KKS på nationell nivå
- 4.5. Budget och finansiering för att bekämpa KKS på nationell nivå

5. Tjänster

6. Intressenter: utvärdering av kampen mot KKS
 - 6.1. Metodik och profil över intressenter
 - 6.2. Strukturell/social nivå
 - 6.3. Professionell nivå
 - 6.4. Personlig attitydnivå

7. Rekommendationer

- 7.1. Rekommendationer för EU
- 7.2. Rekommendationer för Sverige

Referenser



1. AFTER-projektet och kampen mot KKS

1.1. Kvinnlig könsstympning/omskärelse

I kvinnlig könsstympning/omskärelse (KKS) ingår procedurer som avsiktligt ändrar eller orsakar skada på de kvinnliga könsorganen av icke-medicinska skäl. Det finns fyra huvudsakliga typer [1], och av detta skäl kan vi använda pluralformen, kvinnliga könsstympningar:

- Typ I eller klitoridektomi: Detta innebär ett helt eller delvis avlägsnande av klitoris.
- Typ II eller excision: Detta innebär ett delvis eller fullständigt avlägsnande av klitoris och de inre blygdläpparna.
- Typ III eller infibulation: De yttre blygdläpparna skärs upp vilket orsakar en förträngning av slidöppningen genom skapandet av en täckande försegling. Endast en liten öppning bevaras för urin och menstruation. Vaginan bevaras så att kvinnans oskuld garanteras. Senare kräver denna typ av könsstympning ibland en de-infibulation i området för att möjliggöra samlag och barnafödande.
- Typ IV: Här ingår alla andra skadliga procedurer såsom prickning, snittning, skärande, skrapning och bränning av kvinnans genitalier.

Alla dessa fyra typer av KKS innebär att man skär i en frisk och funktionell del av kvinnans kropp vilket orsakar fysiska, psykiska och känslomässiga skador på flickor och kvinnor [2]. Det är därmed ett slags extremt våld mot kvinnor och anses av FN vara en allvarlig kränkning av kvinnors och flickors mänskliga rättigheter.

Detta ingrepp har framför allt rötter i maktodynamiker som – bland annat – syftar till att tämja kvinnors sexuella begär. Det finns olika skäl till varför man argumenterar för kvinnlig könsstympning/omskärelse. Ingreppet betraktas som en del av ritualerna kring initieringen till vuxenlivet genom vilket flickorna blir kvinnor och

upptas som en del av den vuxna gemenskapen; ett tecken på kvinnlighet och skönhet, det hindrar att klitoris blir för lång och ser ut som en penis. Det har även utförts av hygieniska skäl; både andliga och fysiska, det vill säga renhet och hälsa (att det skulle öka fertiliteten, förbättra barnafödandet och barnets välbefinnande); och slutligen av religiösa skäl för att skydda oskulden och undvika promiskuitet, etc.

Det finns inte någon viss ålder när utförandet görs; det kan ske under de första veckorna i flickans liv eller när kvinnan har fött sitt första barn. Vanligast är dock att det sker när flickorna är mellan fem och fjorton år gamla med samtidiga ritualer för initiering till vuxenlivet. För att undvika motstånd från flickorna samt undkomma juridiska problem som härrör från förbud sker det för närvarande tidigare – på flickor yngre än fem år [3].

Konsekvenserna av KKS är olika beroende på vilken typ av könsstympning/omskärelse det är frågan om, vilka hygieniska förhållanden och instrument som används samt kompetensen hos den person som utför det. Dessa omfattar: att flickan/kvinnan avlider, skador på hennes könsorgan, blödningar, kroniska infektioner i urinvägarna och könsorganen, stenar i urinblåsan och urinröret, njursjukdomar, fistlar, fibros, ihållande anemi, intensiv och konstant smärta, ökad risk att drabbas av HIV eller hepatit, såväl som trauman och rädsla, etc. De psykologiska och sociala konsekvenserna är mindre utforskade, men ur ett biopsykosocialt perspektiv innebär KKS en djupgående förändring i olika delar av personens funktionssätt, en försämring av de drabbade flickornas och kvinnornas livskvalitet [4].

KKS är en allvarlig kränkning av flickors och kvinnors rättigheter och integritet. Den hotar deras fysiska, sexuella, reproduktiva, psykologiska och sociala integritet. Den allmänna

förklaringen om de mänskliga rättigheterna (UDHR) (1948) [5], i dess Artiklar 1, 3 och 5, uttrycker entydigt behovet av att behandla alla människor lika, betonar rätten till liv, frihet och personlig säkerhet, att inte utsätta någon för tortyr och annan grym och omänsklig behandling och/eller straff. Dessa Artiklar fångar uttryckligen upp de rättigheter som KKS bryter mot eftersom kvinnorna har rätt till fysisk och mental integritet. Bruket av KKS inte bara förvägrar kvinnor deras rätt till fysisk och psykisk integritet, utan även deras frihet från våld och bästa möjliga hälsa.

Enligt den senaste rapporten från UNICEF (2016) [6] har 200 miljoner flickor och kvinnor genomgått KKS. Och av detta antal uppskattas det att 44 miljoner är flickor yngre än 14 år. KKS är en sedvänja djupt rotad i vissa etniska grupper, framför allt i Afrika och Asien, men på grund av migrationen har det blivit vanligt i andra världsdelar, vilket gör det till en global angelägenhet. Av denna anledning är det nödvändigt att utforma åtgärder för ett internationellt perspektiv som kan tillämpas på nationell och lokal nivå i enlighet med vad som gäller i specifika sammanhang.

År 1990 uppmanade FN:s Konvention om avskaffande av all slags diskriminering av kvinnor (CEDAW) i sin rekommendation nr 14 att medlemsstaterna skulle vidta effektiva och lämpliga åtgärder för att utrota kvinnlig omskärelse [7].

I december 2012 fördömde FN KKS. För första gången, genom en resolution inriktad på att intensifiera ansträngningarna att avskaffa kvinnlig könsstympning [8], uppmanades medlemsstaterna att främja program och planer för att öka medvetenheten, utbilda och kvalificera sig för att komplettera straffåtgärderna. Under FN:s världstoppmöte om hållbar utveckling, som avhölls i New York i september 2015 inkluderades utrotandet av KKS i mål nr 5 (av 17 hållbarhetsutvecklingsmål (SDG) som en del av Agenda 2030 [9].



I Afrika görs stora ansträngningar för att utrota KKS. I protokollet för African Charter on Human and People's Rights on the Rights of Women in Africa, som godkändes i Maputo 2003, antogs åtaganden och skyldigheter att utrota KKS; i Malabo år 2011 beslutade Afrikanska unionen att förbjuda KKS [10]; och 2016 tecknade det panafrikanska parlamentet och FN:s befolkningsfond ett avtal om förbud mot ingreppet i mer än 50 av dess medlemsstater.

Tillsammans med detta har det funnits många initiativ på nationell och lokal nivå. Men om vi vill att dessa insatser ska vara effektiva är det nödvändigt att säkerställa att alla dessa åtaganden som redan har gjorts också blir genomförda.

1.2. Presentation av rapporten

Denna rapport ingår i projektet AFTER (Against FGM/C Through Empowerment and Rejection), som finansieras av EU [11]. Projektet består av ett konsortium av sex partners i fem europeiska länder: ActionAid Italien, ActionAid Sverige, ActionAid Irland, International Foundation Simetrías och Castilla-La Mancha-universitetet (UCLM), båda i Spanien, samt Respect for Change i Belgien. Projektets huvudmål är att minska risken att drabbas av KKS för kvinnor och flickor som kommer från länder där ingreppet praktiseras, och som bor i EU, samt att öka medvetenheten hos lokala myndigheter och yrkesverksamma för att säkerställa förebyggande åtgärder och stödtjänster på nationell och lokal nivå.

För att uppnå dessa mål har en av projektets aktiviteter handlat om att forska kring KKS i Sverige. UCLM samordnade denna del av projektet och är den partner som är ansvarig för den här rapporten. Forskningen omfattar en analys av den invandrade befolkningsgrupp som har sitt ursprung i länder där KKS praktiseras och som bor i Sverige, i syfte att studera den politik och lagstiftning som rör detta ämne samt de lokala tjänster som hanterar KKS.

Intervjuer med berörda parter genomfördes i syfte att analysera deras diskurser, deras kunskap i frågan samt deras uppfattning om KKS, lagar, politik och tjänster. För att kunna göra framsteg i kampen för att utrota KKS inkluderar AFTER pedagogiskt arbete med grupper av män och kvinnor som använder Reflection-Action-processen för att starta och/eller motivera deltagarna för de konceptuella förändringar som krävs för att traditionen ska överges. Detta arbete har genomförts vid andra stadier i projektet.

2. Befolkningsgrupper i Sverige och EU som har sitt ursprung i länder där KKS praktiseras

2.1. Inledning

I det här avsnittet har vi gjort en beskrivande analys av de befolkningsgrupper som lever i EU och som är födda i riskländer där KKS utövas. För att kunna arbeta förebyggande eller för att stödja offer för KKS är det nödvändigt att förstå dess utbredning. På grund av migrationen finns det i dag människor i Europa med ursprung i länder där KKS är vanligt förekommande. För att utforma lämpliga interventionsformer är det därför viktigt att få en uppfattning om den påverkade befolkningen och dess geografiska utbredning. För detta syfte analyserades Eurostats databas för att studera fördelningen i de 28 EU-länderna i fråga om ursprunget från de 30 länder, varav de flesta är afrikanska, där KKS praktiseras: Benin, Burkina Faso, Centralafrikanska republiken, Djibouti, Egypten, Elfenbenskusten, Eritrea, Etiopien, Gambia, Ghana, Guinea, Guinea-Bissau, Indonesien, Irak, Jemen, Kamerun, Kenya, Liberia, Mali, Mauretanien, Niger, Nigeria, Senegal, Sierra Leone, Somalia, Sudan, Tanzania, Tchad, Togo och Uganda.

De söktermer som användes för att lokalisera informationen i Eurostats databas var: befolkningsgrupper registrerade i Europa 2015, överlag födda i de 30 länderna och fördelade enligt kön; demografiska förändringar i denna population under 2010–2015; bosättningsland i EU; samt flickor i åldern 0–15 år med nationalitet från något av de ovannämnda länderna. När det gäller flickor användes *nationalitet* istället för *födelseland*, eftersom risken för KKS bestäms av flickornas kultur och många av de flickor som kan finna sig under denna kulturella påverkan har fötts i Europa.

UNICEF:s förekomstindex (2016) [12] användes för att uppskatta effekten av bruket i var och en av dessa befolkningsgrupper. Detta förekomstindex lät oss uppskatta antalet människor som utsätts för effekterna av KKS.

När människor flyttar tar de med sig kulturen och ett traditionellt bagage för att bevara länkarna till familjen och samhället i ursprungslandet eller i det mottagande landet. Detta index har av olika skäl använts för både män och kvinnor: även om det för det första är ett ingrepp som drabbar kvinnor och flickor påverkar dess konsekvenser även männen, till exempel i deras relationer; för det andra är KKS en tradition som upprätthålls av ett patriarkalt samhällssystem, så männens roll är viktig; och slutligen är några av målen i AFTER-projektet att skapa utrymmen för grupper av män och grupper av kvinnor att mötas. Dessa grupper använder Reflection-Action-processen för att stimulera konceptuella förändringar av den grund som upprätthåller KKS.

Många kvinnor kan ha genomgått KKS före ankomsten till sina nuvarande boplatser i Europa och andra kan ha genomgått det under ett besök i hemlandet. Idéer och traditioner är svåra att bryta, de följer med människorna och i detta fall kan de förstärkas genom kontakter med släkten och samhället i ursprungslandet.

2.2. Europeisk dataanalys

Enligt Eurostat (2016) har populationen 2015 från

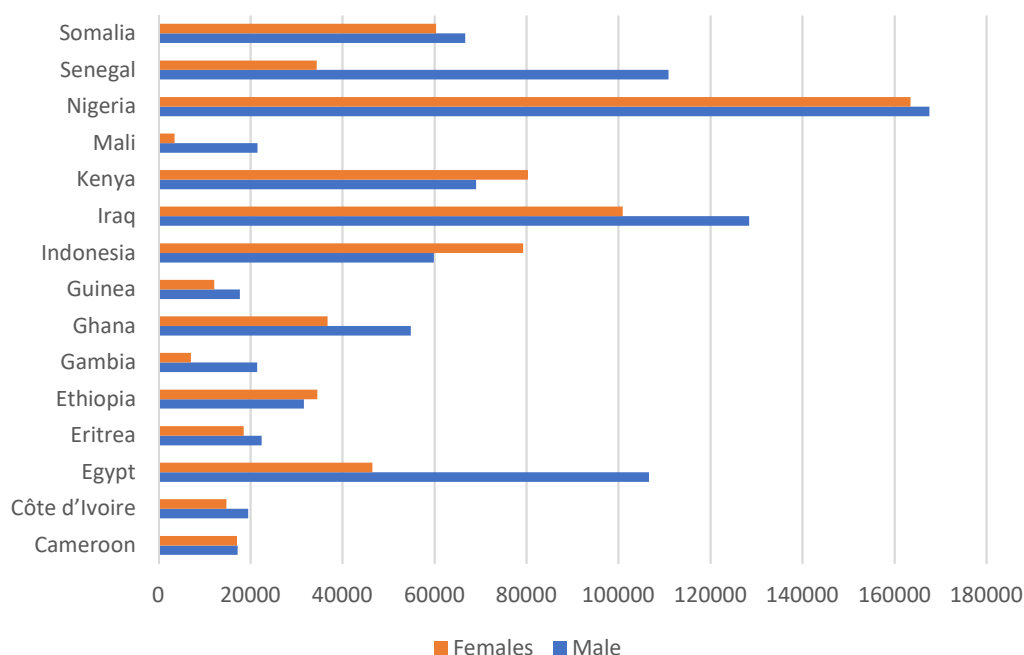
riskländer för KKS boende inom EU:s territorium stigit till 1 731 571 personer (Figur 1), varav 750 558 (43 %) är kvinnor. Dessa siffror stiger ytterligare om Tyskland och Frankrike kunde inkluderas (för dessa två länder fanns uppgifter inte tillgängliga för 2015 när forskningen avslutades). De mest aktuella siffrorna i de här fallen återfinns i 2011 års folkräkning, som anger 311 752 (47 % kvinnor) för Frankrike och 100 670 (48 % kvinnor) för Tyskland.

I fråga om fördelningen i de europeiska länder med en högre koncentration av människor från riskländer gäller följande: Italien (448 996), Storbritannien (313 046), Nederländerna (269 879), Sverige (266 392) och Spanien (182 439). De största grupperna med ursprung i riskländer som bor inom EU är å andra sidan: Nigeria (331 116; 49 % kvinnor), Irak (229 407; 44 % kvinnor), Egypten (153 179; 30 % kvinnor), Kenya (149 417; 54 % kvinnor), Senegal (145 294; 24 % kvinnor) Indonesien (139 188; 57 % kvinnor) och Somalia (127 071; 47 % kvinnor). Generellt är antalet män större än antalet kvinnor utom för Etiopien (52 % kvinnor), Indonesien (57 % kvinnor), Kenya (54 % kvinnor) och Tanzania (53 % kvinnor).

Figur 1.

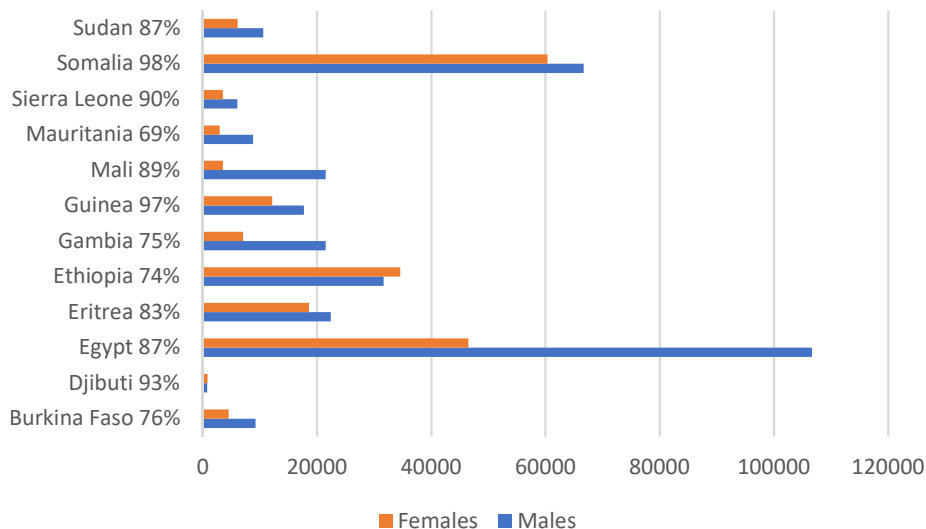
Befolkning som härstammar från 30 länder där KKS praktiseras med en högre närvaro i 28 EU-länder.

Källa: Sammanställt av författarna baserat på Eurostat (2016).



Figur 2.

Populationen i Europeiska unionen som kommer från länder med högre förekomst av KKS (procentsatserna anger förekomsten i respektive land enligt UNICEF) [13].



Källa: Eurostat (2016) och UNICEF (2016) [14].

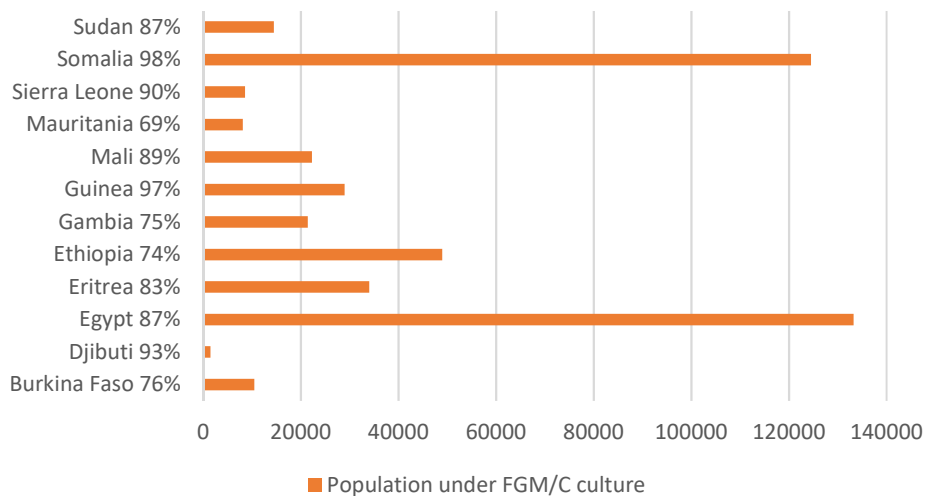
Enligt uppgifter från UNICEF (2016) i fråga om risknivå för KKS för kvinnor i åldern 15 till 49 år visar tolv länder en högre förekomst än 68 %, vilket vi här betraktar som högriskländer. Det totala antalet människor som lever i de 28 EU-länderna med ursprung i dessa länder är 524 548 (Figur 2). Av dessa är 200 797 (38 %) kvinnor. I vissa länder, såsom Somalia, Sudan, Eritrea, Egypten (längs den södra gränsen) och Djibouti, praktiseras dessutom den mest extrema typen av könsstympning (typ III), vilket gör läget ännu allvarigare för dessa grupper.

Om man tar befolkning med ursprung i länder med den högsta förekomsten av KKS, enligt UNICEF:s definition (Figur 3), kan man notera att 98 % av de 127 071 somaliska invånarna i alla EU-länderna och 87 % av de 153 179 egyptierna kan ha utsatts för det här ingreppet. Detta antyder att vissa mindre grupper från vissa ursprungsländer kan ha utsatts för KKS på grund av trycket från sina familjer och etniska grupper. Detta är fallet med Guinea, med 29 909 invånare, som visar en förekomst på 97 %, där den påverkade befolkningsgruppen stiger till 29 012, nästan hela gruppen, eller Sudan med en förekomst på 87 %, där de drabbade medborgarna kan stiga till 14 502.

Figur 3.

Befolkningsgrupper
i EU med ursprung
i riskländer enligt
förekomstindex

Källa: Sammanställt av
författarna baserat på
Eurostat (2016) och
UNICEF (2026)



Fördelningen av befolkningen efter kön visas i Tabell 1. Även om antalet män som bor i EU överskrider antalet kvinnor i de flesta fall är Mali anmärkningsvärt, eftersom antalet män är sex gånger högre än antalet kvinnor, liksom Gambia och Mauretanien, där antalet män är tre gånger högre. Dessa tre folkgrupper kommer från länder med en hög förekomst av KKS, 89 %, 75 % respektive 69 %. Det är därför viktigt att inkludera männen när det gäller kampen mot KKS [15] och att fokusera på dem när man genomför utbildningsinsatser. Detta beror på att de vanligtvis är de mest tongivande i sina folkgrupper och därmed de som kan stimulera till förändringar och utöva påtryckningar i syfte att utrota KKS. Ur ett helhetsperspektiv får man heller inte glömma att alla negativa konsekvenser av könsstymningen (fysiska och psykiska) även påverkar männen.

De befolkningsgrupper i EU från riskländerna som har ökat mest enligt en jämförelse av data från 2010–2015 är följande: Nigeria, med en ökning på 44 000 personer; Irak med mer än 30 500; Egypten med mer än 23 000 personer; och Eritrea med nästan 17 000. När det gäller Somalia syns en abrupt minskning i uppgifterna från 2012 till 2013 (med omkring 100 000 personer), vilket följs av en stark ökning och sedan ett stadigt stigande mönster. Samma mönster bekräftades av uppgifter från Eurostat med hjälp av nationalitet (personer i EU som behåller medborgarskapet från vissa av de länder som studeras) som en indikator istället för födelseland. Dessa oväntade förändringar har inte tillfredsställande förklarats under dataanalysprocessen. Inga migrationsströmmar till andra områden i EU upptäcktes för den somaliska befolkningen under dessa datum och ingen alternativ förklaring hittades för denna icketypiska variation.

Tabell 1.

Befolkningsgrupper från riskländer som bor i EU
fördelade efter kön

Källa: Sammanställt av författarna baserat på Eurostat (2016).

	Män						Kvinnor					
	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Benin	2 381	2 540	2 680	2 782	2 760	2 839	1 533	1 615	1 698	1 739	1 800	1 854
Burkina Faso	8 505	8 651	8 714	8 746	9 110	9 366	3 963	4 049	4 141	4 192	4 335	4 549
Kamerun	13 452	14 871	16 075	16 795	16 858	17 698	12 665	13 871	14 904	15 716	16 216	17 329
Centralafrikanska republiken	374	408	449	457	441	500	329	357	367	375	377	415
Tchad	739	786	873	895	918	913	361	386	488	502	494	511
Elfenbenskusten	17 957	18 435	18 863	19 068	19 524	19 774	13 178	13 483	13 865	14 084	14 592	14 882
Djibouti	483	589	668	730	789	848	534	620	699	794	842	920
Egypten	93 236	93 702	102 534	103 425	96 612	106 791	36 443	36 820	41 961	42 426	39 342	46 541
Eritrea	12 497	13 191	14 141	15 049	16 942	22 468	11 559	12 387	13 450	14 503	15 970	18 606
Etiopien	27 724	28 585	29 599	30 108	29 891	31 831	31 159	31 908	33 170	33 826	33 345	34 617
Gambia	19 852	20 192	20 515	20 142	19 285	21 585	5 730	6 085	6 410	6 600	6 722	7 077
Ghana	103 721	52 918	53 972	53 501	53 219	54 990	77 981	32 739	34 273	34 954	35 196	36 872
Guinea	16 152	18 525	19 370	19 361	18 603	18 812	8 004	9 343	10 537	11 420	11 986	12 618
Guinea-Bissau	816	856	950	958	995	1 157	470	506	534	533	562	596
Indonesien	66 217	64 861	63 982	62 553	60 816	59 899	84 756	83 468	83 085	81 686	79 610	79 289
Irak	112 315	117 620	123 835	125 010	122 798	128 447	86 477	90 173	95,439	97 635	96 794	100 960
Kenya	79 859	74,746	73 458	81 450	80 926	69 096	79 344	71 295	80 190	82 675	84 473	80 388
Liberia	4 256	4 378	4 565	4 579	4 248	4 310	2 042	2 118	2 212	2 252	2 199	2 216
Mali	24 997	24 386	22 845	21 132	20 433	21 626	2 510	2 708	2 929	3 153	3 337	3 567
Mauretanien	11 059	11 210	10 763	9 995	9 375	9 094	2 513	2 652	2 712	2 826	2 890	3 008
Niger	1 714	1 990	2 070	2 102	2 280	2 305	798	896	997	1 047	1 097	1 142
Nigeria	143 698	144 038	174 916	169 915	164 718	167 748	143 571	141 567	160 352	157 111	160 199	163 630
Senegal	113 302	112 979	111 903	109 643	108 874	111 151	28 631	29 279	29 924	30 428	32 412	34 504
Sierra Leone	5 709	5 867	6 029	6 069	5 916	6 117	2 999	3 139	3 281	3 415	3 398	3 537
Somalia	87 447	98 651	94 131	56 770	61 558	66 923	108 367	113 611	117 556	50 467	56 348	60 503
Sudan	8 496	8 841	9 573	9 799	9 586	10 647	4 248	4 500	5 027	5 315	5 439	6 122
Tanzania	3 132	3 346	3 524	3 608	3 476	3 582	3 497	3 614	3 779	3 864	3 851	4 003
Togo	6 613	7 368	7656	7839	7955	7849	3981	4340	4605	4749	4899	5061
Uganda	3 481	3 641	3842	4019	4134	4593	3989	4226	4521	4766	4893	5412
Jemen	997	1159	1562	1714	1801	2014	694	815	1006	1148	1207	1320
Totalt	991 181	959 330	1 004 057	968 214	954 841	984 973	762 326	722 570	774 112	714 201	724 825	752 049

När det gäller antalet flickor i riskzonen är det svårt att fastställa det exakta antal som faktiskt befinner sig i riskzonen. I denna rapport har vi tagit det antal flickor under 15 år som är födda i riskländerna som en indikator. Det är troligt att vissa av dessa flickor kanske har genomgått KKS i sina hemländer innan de anlände till Europa. De här siffrorna skulle dock öka om vi tar med de flickor som ingår i familjer från riskländer, men är födda i Europa eller något transitland annat än deras nuvarande hemland. Detta beror på att deras nationalitet är avhängig de juridiska och administrativa kraven i respektive land. För att komma till mer korrekt information skulle det därmed vara nödvändigt att använda mer specifika sökkriterier, såsom *födelseland* och *föräldrarnas nationalitet*. Då detta inte var de kriterier som användes i denna forskning för att välja befolkningsgrupper i riskzonen (vi använde födelseland som den enda indikatorn) måste vi anta att antalet flickor som kan utsättas för denna

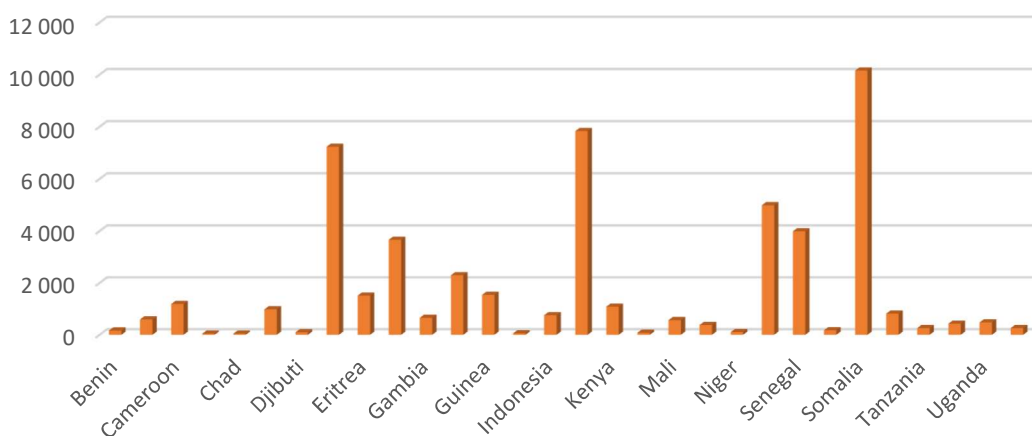
risk antagligen är större än det antal som anges i analysen.

Den största gruppen enligt Figur 4 är somaliska flickor (10 153, 19 % av det totala antalet flickor). Det är ett land med hög risk, vilket gör det sannolikt att en andel av dessa flickor har genomgått KKS innan de kom till Europa. Detta följs av Irak med 7 833 flickor (15 % av den totala andelen), Egypten (7 323, 14 %), som också är ett högriskland, Nigeria (4 990, 9 %), Senegal (3 992, 8 %) och Etiopien (3 665, 7 %). Enligt dessa siffror är det totala antalet flickor som bor i EU från riskländerna 52 413. Detta antal kan dock stiga, såsom tidigare nämnts, om vi räknar med dem som inte är födda i ursprungslandet, men är potentiellt utsatta för KKS genom sina familjer. Dessutom måste särskild uppmärksamhet ägnas åt flickor vars nationaliteter motsvarar länder med de högsta förekomstnivåerna, totalt 27 383, som kan ha en exponeringsgrad som är lika med eller högre än 69 %.

Figur 4.

Antalet flickor under 15 år som är födda i riskländer, boende i EU räknat efter födelseland.

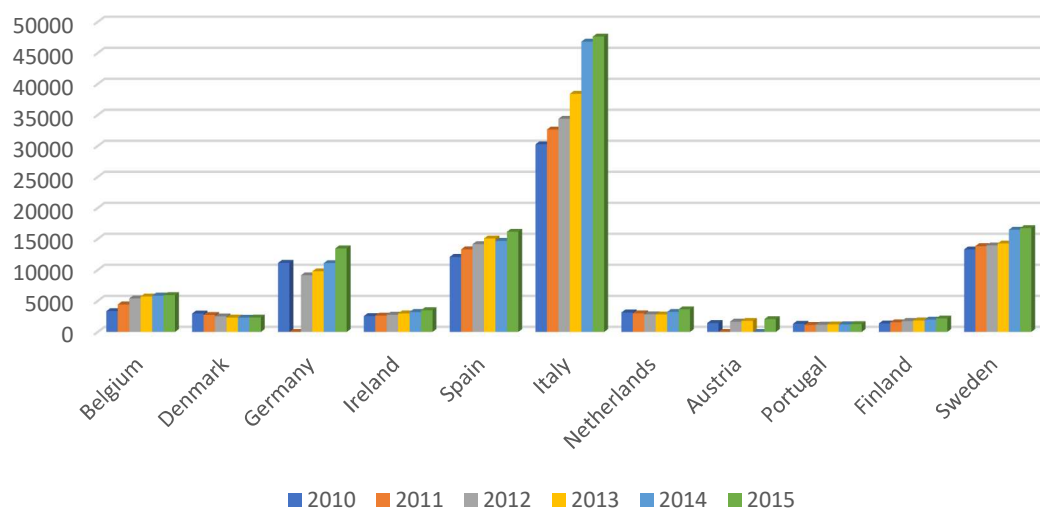
Källa:
Sammanställt av författarna baserat på Eurostat (2016).



Om vi tittar på fördelningen av flickor i EU-länderna där det finns en betydande mängd (Figur 5) finner vi att några av de högsta antalen återfinns i länder i den aktuella rapporten, såsom Italien, Spanien och Sverige, och att antalen har ökat betydligt under de senaste fem åren.

Figur 5.

Flickor
(medborgare)
under 15 år från
riskländer räknat
efter land eller
medborgarskap.

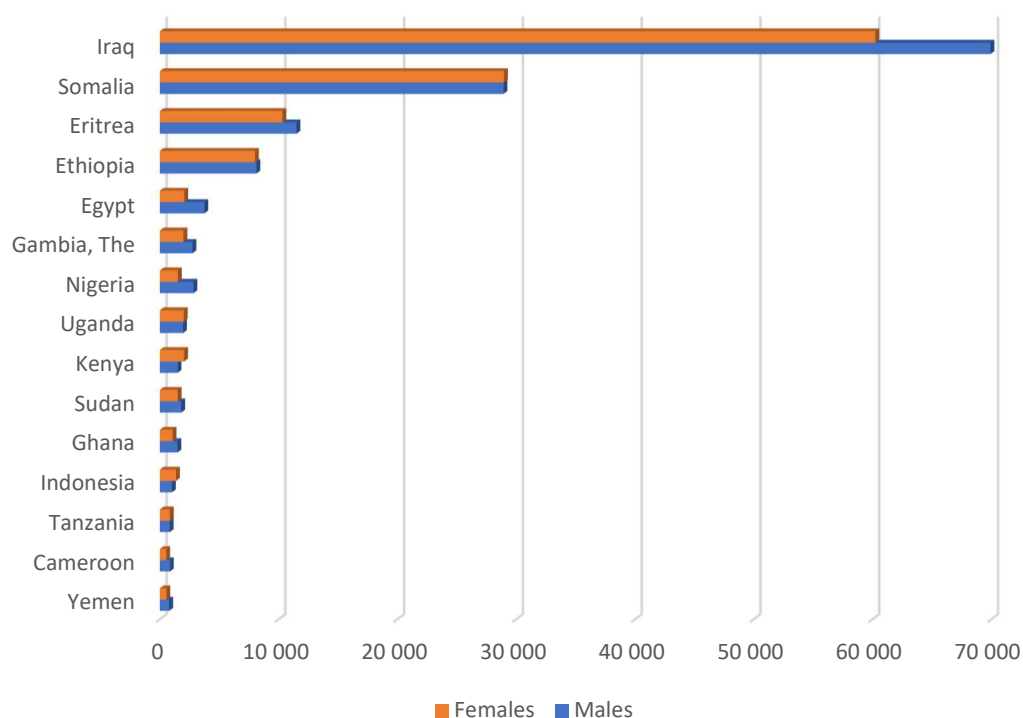


Källa: Eurostat
(2016)

2.3. Sverige: Nationell dataanalys

Figur 6.

Befolknings-
grupper med
ursprung i
riskländer



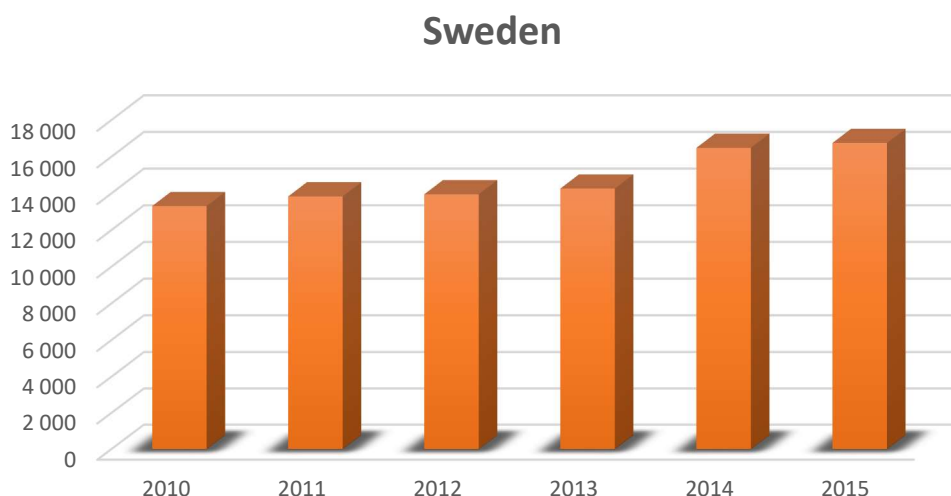
Källa: Eurostat
(2016)

Sverige är ett av de länder i Europa som har den största befolkningen med ursprung i riskområdena. Enligt data tillgänglig från Eurostat [16] steg antalet personer från de 30 länder där bruket är vanligast till 266 392 under 2015, varav 47 % (125 343) är kvinnor. Dessutom var antalet flickor under 15 år med ursprung från länder där KKS praktiseras 16 749.

Figur 7.

Flickor under 15 år
med medborgarskap
i något av de 30
KKS-länderna

Källa: Eurostat (2016)



Siffrorna visar att folkgrupperna i Sverige från länder där KKS praktiseras har ökat med 25 % under 2015 jämfört med 2011 (213 181).

De nationaliteter som har den högsta representationen i Sverige är irakier, med 130 178 personer, varav 46 % är kvinnor, följt av somalier med 57 906 personer, varav 50 % är kvinnor, följt av eritreaner med 21 827, varav 47 % är kvinnor, följt av etiopier med 16 145 personer, varav 50 % är kvinnor. Dessa fyra nationaliteter representerar 85 % (226 056) av den totala populationen som har ursprung i de 30 länder [17] där KKS främst

förekommer.

Det finns 111 605 personer i Sverige från länder där förekomsten av KKS är lika med eller högre än 68 % enligt UNICEF:s definition. Av dessa är 48 % kvinnor. Därför är det hög sannolikhet att det i denna grupp finns individer som har drabbats av KKS eller är i riskzonen. Dessutom inkluderar den sista siffran 44 % kvinnor som kommer från områden där den allvarligaste typen av könsstympning, typ III, praktiseras.

3. Analys på Europeanivå

3.1. Kännetecknen på EU-politiken kring KKS

Vi utgår från en redan angiven premiss: bruket av KKS är en allvarlig form av våld mot kvinnor, något som påverkar deras fysiska, psykiska, sexuella, reproduktiva och emotionella integritet. Det finns många olika typer av våld mot kvinnor: våld i hemmet, sexuella övergrepp inklusive våldtäkt, människohandel, fysiskt våld inklusive tvångsaborter och tvångssterilisering, fysiologiskt våld, kvinnlig könsstympning, tvångsäktenskap, hedersrelaterade brott och mycket mer. När EU avser KKS omnämns det ibland som ett allmänt våld mot kvinnor, ytterligare en typ av det som just nämnts, ibland betraktas det som en specifik typ av våld.

Den allmänna deklarationen om de mänskliga rättigheternas (UDHR) (1948) artiklarna 1, 3 och

5 hävdar entydigt behovet av att behandla alla människor lika och betonar rätten till liv, frihet och personlig säkerhet, att inte utsätta någon för tortyr och annan grym och omänsklig behandling och/eller straff. Dessa artiklar uttrycker explicit de rättigheter som KKS bryter mot, eftersom kvinnor har rätt till fysisk och psykisk integritet. Bruket av KKS inte bara förvägrar kvinnor deras rätt till fysisk och psykisk integritet, utan gör dem även sårbara för våld och förvägrar dem den högsta uppnåeliga hälsan. Ett mycket viktigt steg togs nyligen när EU:s samtliga medlemsstater i maj 2017 ratificerade Europarådets konvention om förebyggande och bekämpning av våld mot kvinnor och våld i hemmet (Istanbulkonventionen) [18]. Konventionen erkänner uttryckligen KKS som en form av våld mot kvinnor och dess ratificering tvingar EU att skydda och stödja

offren genom att erbjuda tjänster såsom permanenta telefonhjälpelinjer, specifikt medicinskt stöd, med mera. Det är även viktigt att nämna att EU:s stadga om de grundläggande rättigheterna [19] är bindande i alla medlemsstater och att den i dess artikel 3 erkänner rätten till fysisk integritet och i artikel 4 förbjuder tortyr och omänsklig eller förnedrande behandling, med tanke på att KKS är underförstått som en form av tortyr.

Det finns ingen europeisk obligatorisk lagstiftning som specifikt vänder sig till KKS, men frågan nämns dock indirekt i olika EU-direktiv. De hänvisar specifikt till KKS som en riskabel situation som kan åberopas för att begära "internationell asyl" i ett land i EU (Direktiv 2013/32 / EU [20]); eller som kan åtalas som ett brott av den person som utför den (Direktiv 2011/99 / EU [21]); eller som en situation som gör att personen som drabbas av det är ett "våldsoffer" och har rätt till statens hjälp, stöd och skydd (Direktiv 2012/29 / EU [22]).

Förebyggande politik är det mest effektiva sättet att bekämpa denna sociala plåga, men som redan har påpekats är de befintliga riktlinjerna i Europa inte i linje med detta. Vi hittar bara några resolutioner från Europaparlamentet eller meddelanden från Europakommissionen, men deras rättsliga effektivitet är bristfällig och överlåter till medlemsstaterna att uppfylla dem. Dessa resolutioner, meddelanden, slutsatser, etc., är kort sagt vad europeisk rätt kallar "mjuka lagar", vilket innebär att de bara kan ge råd eller främja politiken i medlemsstaterna.

Europaparlamentet har antagit fyra resolutioner kring KKS år 2001, 2009, 2012 och 2014, där man uppmanar Kommissionen och medlemsstaterna att ge juridisk hjälp och andra medel som krävs för att öka medvetenheten, skydda och stödja offren och se till att brottslingar åtalas. Baserat på det arbete som utförts av Utskottet för kvinnors rättigheter och jämställdhet mellan kvinnor och män har Europaparlamentet aktivt bidragit till att förebygga våld mot kvinnor. Det har antagit ett antal resolutioner, såsom den från den 14 juni 2012 med titeln "avskaffande av

kvinnlig könsstympning", som anger vikten av att anta en strategi för att bekämpa våld mot kvinnor. I denna resolution uppmanar Europaparlamentet Kommissionen att prioritera ett slut på våldet mot kvinnor och flickor och att genom tilldelning av ekonomiska resurser stödja målinriktade och innovativa program inom länder både i och utanför EU.

EU-kommissionen har varit ganska aktiv inom området våld mot kvinnor och har antagit ett antal verktyg. I meddelandet från Kommissionen om *utrotande av kvinnlig könsstympning* (2013) [23] föreligger ett starkt fokus på förebyggande arbete genom hållbar social förändring. Detta meddelande innehåller endast åtaganden för att bekämpa våld mot kvinnor och elimineringen av KKS, både inom och utanför EU, och erkänner att länken mellan de drabbade folkgrupperna i EU och deras ursprungsländer måste beaktas.

EU har åtagit sig att stödja dem som har varit aktivt engagerade inom detta område i många år, i synnerhet internationella organisationer, medlemsstater och icke-statliga organisationer. EU:s medlemsstater kommer att fortsätta att utveckla politiken och implementera åtgärder med tanke på att KKS ingår i flera aspekter som kräver tvärvetenskapliga åtgärder och ett nära samarbete med de samhällen i vilka KKS praktiseras.

Faktum är att åtgärder för att förhindra och bekämpa våld mot kvinnor bara har täckts av EU-program sedan slutet av 1990-talet i och med lanseringen av Daphne-initiativet, följt av Daphne-programmen, liksom ett svar på en resolution från Parlamentet om behovet av att etablera en EU-kampanj för nolltolerans av våld mot kvinnor. Här måste också nämnas det europeiska jämställdhetsinstitutet, som skapades enligt Förordning 1922/2006 från Europaparlamentet och Rådet den 20 december 2006. I dess huvudmål ingår att förse europeiska institutioner med forskning och data och att hantera befintlig kunskap till stöd för beslutsfattande och att möta målgruppens behov.

Förutom detta nämns KKS av både Europarådets Stockholmsprogram (2009) och Europakommissionens strategi för jämställdhet mellan kvinnor och män (2010–2015). I den första erkänns utsattheten för kvinnor som har drabbats av bruket och därför behöver juridiskt skydd och ekonomiskt stöd genom de befintliga programmen. I den andra förutses antagandet av en europeisk strategi för att bekämpa våldet mot kvinnor och att lagföra KKS.

Riktlinjer för åtal av KKS har fått mer uppmärksamhet. KKS är ett brott i samtliga EU-länder, antingen genom särskild lagstiftning eller genom allmänna bestämmelser. En princip om extraterritorialitet ingår ofta, vilket gör det möjligt att lagföra brott mot KKS när de har begåtts utomlands, eftersom familjer ofta tar sina döttrar till ursprungslandet för att genomgå könsstympning där.

Det gränsöverskridande skyddet för offren för könsrelaterat våld har uppnåtts genom antagandet av Direktiv 2011/1999 [24], vilket kungör att "ett gemensamt rättsligt område utan inre gränser är det nödvändigt att säkerställa att det skydd som tillhandahålls en fysisk person i en medlemsstat bibehålls och fortsätter att gälla i varje annan medlemsstat till vilken personen flyttar eller har flyttat. Det bör också säkerställas att unionsmedborgares legitima utövande av rätten att fritt röra sig och bosätta sig inom medlemsstaternas territorium i enlighet med artikel 3.2 i fördraget om Europeiska unionen (EU-fördraget) och artikel 21 i EUF-fördraget inte leder till att en person förlorar sitt skydd." I detta direktiv fastställs den "europeiska skyddsordern", vars syfte är att säkerställa att det skydd som härrör från vissa åtgärder som antagits enligt den nationella lagstiftningen i en medlemsstat kan utvidgas till andra medlemsstater i vilka personen som ska skyddas bor eller befinner sig.

Direktiv 2012/29 [25] gäller brott som begåtts mot människor som bor i EU, under förutsättning att ett straffrättsligt förfarande har ägt rum i det förflutna eller för närvarande pågår inom Unionen. Om KKS sker utanför EU:s gränser kommer offren för sådana överträdelser att kunna dra nytta av de garantier som föreskrivs i direktivet, under förutsättning att det straffrättsliga förfarandet fortsätter i Unionen. Detta direktiv föreskriver att ett brottsoffer måste erkännas och behandlas på ett respektfullt, känsligt och professionellt sätt, utan diskriminering av något slag på grund av ras, hudfärg, etnicitet eller socialt ursprung, genetiska särdrag, språk, religion eller övertygelse, politisk eller annan åskådning, nationell minoritet, förmögenhet, börd, funktionshinder, ålder, kön, könsuttryck, könsidentitet, sexuell läggning eller boplat.

Det är även viktigt att lyfta fram Direktiv 2011/36/ EU om förebyggande och bekämpning av människohandel och skydd av offer ur ett genusperspektiv [26], även om KKS inte uttryckligen nämns. Denna lagstiftning utvidgar begreppet "människohandel" som använts i den tidigare lagstiftningen till att omfatta andra former av exploatering, med särskild uppmärksamhet på barn som kan vara offer för människohandel.

Ett annat intressant sätt att skydda offren tillhandahålls av Direktiv 2013/32 om "gemensamma förfaranden för att bevilja eller återkalla internationellt skydd" [27], som fastställer gemensamma procedurer och deadlines för prövningen av asylansökningar gentemot risken att drabbas av KKS. Generella tidsgränser för att besluta om internationellt skydd är sex månader, vilket kan betraktas som en förbättring. EU-lagstiftningen ålägger inte medlemsstaterna att uppfylla specifika deadlines.

3.2. EU-kampanjer mot KKS

KKS ingår i de mänskliga rättigheterna och i politiska dialoger med partnerländer och i den årliga dialogen med civilsamhällets organisationer. EU deltog i och gav ekonomiskt bidrag till 2014 års Girl Summit i London för att stödja åtgärder och uppnå jämställdhet och välbefinnande för barn och fortsatte med stödet för främjandet av förbättrad lagstiftning kring KKS där detta behövs.

I september 2015 lanserade EU en diplomatiskt uppsökande verksamhet med globalt fokus på alla former av våld mot barn och kvinnor och fokus på att eliminera barnäktenskap och tvångsäktenskap samt KKS. Alla EU-delegationerna instruerades att genomföra åtgärder i prioriterade områden av eget val och att inkludera rapporteringen i respektive lands strategi för mänskliga rättigheter i december 2015.

EU har stött och bidragit till resolutioner från Världshälsoförsamlingen och arbetet i Världshälsoorganisationen inom detta område, och dessutom i ett större sammanhang av våld mot kvinnor.

EU stödjer för närvarande 12 projekt i länder utanför EU till ett totalt belopp på omkring 5 miljoner EUR i syfte att sätta stopp för kvinnlig könsstympning [28]. EU är även på väg att stödja UNICEF-UNFPA:s gemensamma stödprogram för ett upphörande av KKS: accelererande förändring.

3.3. KKS-åtal på Europeanivå

De fall som återfinns inom EU kring KKS handlar mestadels om asyl. Det finns en viktig rapport kring analys av rättsfall [29]. Omkring 20 000 kvinnor och flickor söker asyl i EU från riskländerna varje år. Detta antal har varit relativt konstant mellan 2008 (18 110) och 2011 (19 565), trots att det totala antalet kvinnliga sökande

har ökat från 65 125 under 2008 till 93 350 under 2011. Detta beror främst på den allmänna minskningen av asylansökningar från Somalia, då somaliska kvinnor och flickor utgjorde cirka 20 % av alla kvinnliga sökande under 2011, en minskning från 27,8 % år 2008 [30].

Vi hittar en paradox i den Europeiska unionens politik. Å ena sidan är KKS allmänt erkänt som ett brott i EU och mot de mänskliga rättigheterna i medlemsstaterna, å andra sidan nekar man till att bevilja asyl i olika nationella domstolar.

Den ökande migrationen leder till ett ökande antal kvinnor och flickor från länder i Afrika och Mellanöstern där KKS praktiseras. De senaste decennierna har fört fler och fler asylsökande till Europeiska unionen, varav många av EU betraktas som ekonomiska migranter och inte som människor i behov av skydd. Detta inkluderar fall med kvinnor som söker asyl för sig själva, men även fall där barn är de sökande.

Med tanke på antalet kvinnor och flickor från riskländer som söker asyl och möjligheten till en gradvis ökning i antalet ansökningar på grundval av denna anledning i EU, finns det ett behov av specifika riktlinjer för att harmonisera och stödja den beslutsfattande processen bland medlemsstaterna samt att förbättra den information som ges till de sökande. Det stora antalet sökande, tillsammans med komplexiteten, besvären och det stigma som orsakas av KKS, kräver specifik utbildning för att förbättra beslutsfattandet när genusfrågor tas upp och i synnerhet vid fall av KKS. Och även för att kvalificera de som intervjuar och beslutar om berättigande för att förbättra deras färdigheter att skapa ett adekvat klimat där de sökande känner sig bekväma att prata om sina fall [31].

4. Sverige: Nationell analysnivå

4.1. Inledning och metodik

I detta avsnitt kommer vi att analysera de befintliga normativa och politiska ramarna kring KKS i Sverige. Den metodik som användes i denna analys bestod av skapandet av olika kategorier för att förstå situationen i Sverige, samt att jämföra den med de fyra länderna (Spanien, Italien, Irland och Sverige), baserat på de regler och den policy som har hittats.

Till att börja med kommer rapporten att analysera förekomsten (eller bristen) på verktyg som särskilt utformats för att bekämpa förekomsten av KKS i Sverige i enlighet med de olika reglerna eller policyområdena (straffrätt, skydd av minderåriga, könsrelaterat våld, utlännningar och asyl, hälsa och socialtjänst). Samtidigt finner vi det lämpligt att upptäcka de verktyg i vilka KKS inte uttryckligen har nämnts, men som skulle kunna användas för att skydda och/eller reglera de faktiska frågor som härrör från detta ingrepp. Rapporten presenterar dessutom en analys av de huvudsakliga åtgärder som ingår i de aktuella verktygen. För detta ändamål använde vi tre analyskategorier: förebyggande åtgärder, skydd och lagföring av KKS.

För det andra kommer befintliga brottmål i Sverige att sammanfattas, vilket markerar de resolutioner som antagits av juryer och konsekvenserna av att tillämpa straffrättsliga åtgärder som den enda formen av åtgärd för att möta detta problem.

I tredje hand kommer rapporten att studera kampanjerna mot KKS som utarbetats i Sverige och inte bara de som drivs av myndigheterna utan även andra relevanta aktörer. Slutligen kommer rapporten att undersöka de specifika budgetar som regeringen har avsatt till KKS.

4.2. Juridiska och politiska ramverk

4.2.1. Särskilda verktyg för att bekämpa KKS / omnämnande av KKS

I denna rapport har vi kategoriserat som ramverk runt KKS de verktyg där bruket uttryckligen omnämns och regleras (Tabell 2). Med termen verktyg avser vi både juridiska och strategiska dispositioner (planer, protokoll eller riktlinjer för hur det förebyggande arbetet ska bedrivas) som antagits av offentliga institutioner.

Sverige har fyra verktyg i vilka KKS uttryckligen omnämns. Dessa verktyg har utvecklats inom följande områden: straffrätt, hälsa/socialtjänst och könsrelaterat våld. Ur ett straffrättsligt perspektiv var Sverige 1982 det första land där KKS förbjöds (Lag 1982:316 med förbud mot könsstympning av kvinnor). 1998 reviderades denna lag och terminologin ändrades därefter från "kvinnlig omskärelse" till "kvinnlig könsstympning" och strängare straff mot brottet infördes (Lag 1998:407). Lagen omformulerades ytterligare 1999 för att möjliggöra extraterritoriella åtal (borttagande av principen om dubbel straffbarhet [32] (Lag 1999:267).

Med avseende på hälsa/socialtjänst utvecklade Socialstyrelsen 2002 (SW4) vissa riktlinjer med krav på att rapportera fall av KKS. Dessa krav har satt stopp för den tystnad som fastställts av Socialtjänstlagen (2001:453) (SW12) gällande KKS, som föreskriver att socialtjänstens personal är skyldiga att ingripa om det föreligger en risk. Dessutom utvecklades 2003 Nationell handlingsplan för att förebygga kvinnlig könsstympning. Trots dess betydelse har den nationella planen inte förnyats sedan dess.

Inom ramen för kampen mot könsbaserat våld upprättades 2007 en *Handlingsplan för att bekämpa mäns våld mot kvinnor, hedersrelaterat våld och förtryck samt våld i samkönade relationer* (SW2). KKS ingick och betraktades som en form av hedersrelaterat våld. *Nationell*

strategi mot mäns våld mot kvinnor och hedersrelaterat våld och förtryck (SOU 2015:55) (SW3) från 2015 var en fortsättning på denna strategi. Strategin lyfter fram tvångsäktenskap

och kvinnlig könsstympning som former av våld mot kvinnor och anger särskilda åtgärder för att skydda offren och att lagföra bruket.

Tabell 2.

Särskilda ramverk för KKS / omnämmande av KKS

Källa: Sammanställt av författarna.

Brottmål	1982:316 med förbud mot könsstympning av kvinnor (SW1) *
Könsrelaterat våld	Handlingsplan för att bekämpa mäns våld mot kvinnor, hedersrelaterat våld och förtryck samt våld i samkönade relationer (2007) (SW2) Nationell strategi mot mäns våld mot kvinnor och hedersrelaterat våld och förtryck (SOU 2015:55) (SW3)
Minderåriga	
Hälsa	Riktlinjer från Socialstyrelsen (2002) (SW4)
Tvärvetenskapligt	Nationell handlingsplan för att förhindra kvinnlig könsstympning (2003) **
Socialtjänster	* 1998 reviderades lagen med en ändring av terminologin från "kvinnlig omskärelse" till "kvinnlig könsstympning" och strängare straff infördes. Lagen omformulerades ytterligare 1999 för att möjliggöra åtal i svensk domstol när någon har utfört kvinnlig könsstympning även om handlingen utförts i ett land där det inte är en brottslig handling.
Asyl/utlänningar	** Utgången har inte förnyats.

4.2.2. Åtgärder för förebyggande, skydd och lagföring av KKS

I den detaljerade analysen av var och en av de åtgärder som täcker in KKS kan man se att Sverige har tagit med åtgärder för förebyggande, skydd och lagföring av KKS (Tabell 3). Koderna inom parentes hänvisar till det verktyg (Tabell 3) som innehåller den specifika åtgärden.

I denna rapport använder vi termen *åtgärder för förebyggande* för att hänvisa till de samhällsaktiviteter som riktas mot att undvika att KKS utförs och för att eliminera risken för att KKS utförs (primärt förebyggande) och att reducera dess effekter efter att det har utförts (sekundärt förebyggande). Av denna anledning är målgruppen befolkningsgruppen i stort eller särskilda befolkningsgrupper.

Skyddsåtgärder/stöd lyfter fram stödet för offren och följaktligen är de kvinnor och flickor som utsatts för KKS de primära målen för dessa åtgärder.

Åtgärder för åtal, slutligen, riktas mot personer som är ansvariga för att utföra KKS. Dessa åtgärder gäller både de personer som direkt utfört brottet och om så är fallet även de som är flickornas vårdnadshavare.

Sverige har vidtagit flera åtgärder för förebyggande, skydd/hjälp från och lagföring av KKS. Konkreta åtgärder har utvecklats i frågan om våld mot kvinnor och hedersrelaterat våld och förtryck; (*Nationell strategi mot mäns våld mot kvinnor och hedersrelaterat våld och förtryck, SOU 2015:55*) och hälsa (*Socialstyrelsens riktlinjer, 2002*). Den nationella strategin fastslår att alla län i Sverige ska ta emot konkreta instruktioner om hur man stödjer offren vid våld mot flickor och kvinnor (KKS omnämns uttryckligen) och även ange en specifik årlig budget för detta ändamål. Vidare föreslås i *Socialstyrelsens riktlinjer 2002 (SW4)* utbildning av yrkesverksamma inom hälso- och sjukvården kring KKS som en förebyggande åtgärd.

Tabell 3.

Klassificering av åtgärder

Källa: Sammanställt av författarna.

Förebyggande	Skydd/stöd	Lagföring
Onlineutbildning och material för att informera vårdpersonal om KKS (SW4).	Socialtjänsten ansvarar för att ge stöd och hjälp till offren för hedersrelaterat våld och förtryck, inklusive offer för KKS (SW4). Alla medborgare har en skyldighet att rapportera kunskap eller misstanke om KKS till de sociala myndigheterna. Personalen på skolor och daghem och vanliga medborgare är skyldiga att anmäla misstankar om KKS till de sociala myndigheterna (SW4).	KKS är ett brott som bestraffas med fängelse i mellan 2 till 10 år (SW1).
Varje län i Sverige kommer få riktlinjer över hur man ska ge stöd till offer för könsrelaterat våld, inbegripet i synnerhet KKS (SW3).		Tjänstemän som underlåter att rapportera begår tjänstefel (att rapportera kunskap eller misstanke om KKS till de sociala myndigheterna) och kan åtalas (SW4).
Specifik årsbudget (35 miljoner EUR) avsatt för att bekämpa könsrelaterat våld, inbegripet i synnerhet KKS (SW3).	Myndigheter och yrkesverksamma inom skolan, förskolor, vårdgivare och polisen är skyldiga att rapportera till socialtjänsten om de upptäcker tecken på eller potentiell risk för att barn utsätts för könsstympning (SW4). Socialtjänsten har rätt att omhänderta en ung person, kan tillämpas när det inte finns något annat sätt att skydda en flicka från kommande könsstympning (SW4).	Ministerförslag (Ds 2001:1) för att förlänga preskriptionstiden för KKS så att perioden startar när offret är 18 år gammalt (SW2).
	Att garantera iakttagandet av Istanbulkonventionen om KKS (Art. 38) (SW3).	

Förebyggande

Skydd/stöd

Lagföring

Om en minderårig misstänks ha utsatts för brott kan den juridiska representanten kräva en läkarundersökning, även utan föräldrarnas medgivande (SW7).

Flickor och kvinnor som utsatts har rätt att få stöd och sjukvård (SW10).

Socialtjänst och sjukvårdspersonal som arbetar under tystnadsplikt är skyldiga att rapportera om de har information om barnmisshandel (SW11).

Vid risk har myndigheterna rätt att ta minderåriga i förvar (SW5).

Åtal mot svenska invånare som begår brott utanför Sverige (SW5).

Bland de åtgärder för att skydda/stödja offren i enlighet med socialtjänstens ansvar att ge stöd och hjälp till offer för KKS får socialtjänsten ta ungdomar i förvar vid fall där det inte finns något annat sätt att skydda en minderårig från risken att bli utsatt för könsstypning.

Generellt är medborgarna skyldiga att rapportera till de sociala myndigheterna om de känner till eller misstänker fall av KKS. Denna skyldighet är ett juridiskt krav på alla myndigheter samt yrkesverksamma inom skolan, förskolan, hälsovården och polisen. I samband med den juridiska aspekten begår en tjänsteman som underlåter att rapportera sådana fall brott mot sina plikter och kan åtalas.

Som nämnt ovan betraktas KKS som ett brott i Sverige och kan medföra fängelsestraff i 2 till 10 år. Det är slutligen värt att nämna att det finns ett ministerförslag (Ds 2001:1) som ingår i *Handlingsplan för att bekämpa mäns våld mot kvinnor, hedersrelaterat våld och förtryck samt våld i samkönade relationer, 2007* (SW2). Enligt denna plan kan preskriptionstiden under vilken gärningsmannen kan åtalas förlängas då KKS vanligtvis utförs när offret är 5 år eller äldre, så att den juridiska preskriptionstiden startar när offret är 18 år gammalt.

4.3. Lagföring av KKS på nationell nivå

Kvinnlig könsstypning bestraffas med fängelse efter indikationer i *Europaparlamentets resolution 2001/2035* [33].

Sverige var 1982 det första landet i Europa att anta särskild lagstiftning mot KKS. Men det var inte förrän 1998 som strängare straff tillämpades: två till fyra års fängelse och upp till 10 år om brottet inneburit livsfara för flickan/kvinnan.

Endast två fall har gått till rättegång i Sverige: Mål nr B 3153–06 vid Mölndals tingsrätt (3 år) och mål nr B 5015–06 vid Hovrätten för Västra Götaland (2 år).

4.4. Kampanjer mot KKS på nationell nivå

Regeringskampanjer

2015

Socialstyrelsen: Onlinematerial om KKS för utbildning av vårdpersonal.

2013–2015

Länsstyrelsen Östergötland ledde en kampanj med namnet Våga se – En vägledning för stöd, vård och skydd av flickor och kvinnor som är eller riskerar att bli könsstympade. Kampanjen erbjuder utbildningsvideor, vägledning, en informationslinje för yrkesverksamma, mallar för lokala handlingsplaner, informationsmöten med kommuner och föräldrar och flickor/kvinnor som drabbats av KKS

Organisationers kampanjer

2014–2017

”Det handlar om kärlek och Kärleken är fri”
Rädda Barnen.

4.5. Budget och finansiering för att bekämpa KKS på nationell nivå

Det finns ingen särskild budget som enbart syftar till att bekämpa KKS.

5. Tjänster

1. Juridiska och polisiära tjänster

Inga tjänster har hittats.

2. Hälsa

- AMEL-kliniken (Södersjukhuset, som är den enda klinik i Sverige som specialiserat sig på KKS-frågor).
- Karolinska sjukhuset (offentligt):
Rekonstruktionsoperationer efter KKS.

3. Socialtjänsten

Inga tjänster har hittats.

4. Utbildning

Inga tjänster har hittats.

5. Icke-statliga organisationer

- RISK – Riksföreningen Stoppa Kvinnlig Könsstympning (privat): Detta är en

icke-statlig organisation som arbetar med gräsrötter och samarbetsorganisationer för att stoppa KKS i och utanför Sverige. En samarbetsorganisation som kallas Kvinnointegritet inrättades 1995 och båda organisationerna arbetar för att kartlägga en framtida strategi för att stoppa bruket i Sverige. Man har även ett nära samarbete med Ethiopian Women's Association i Uppsala.

- Unga Kvinnors Värn (privat): Denna organisation erbjuder socialtjänster och skydd för ungdomar och kvinnor.
- Elektra (privat): Detta är ett delprojekt inom ungdomsorganisationen Fryshuset. Det erbjuder stöd för flickor och pojkar som lever under hedersrelaterat våld och förtryck, inklusive KKS.

6. Kvinnor/könsrelaterat våld

- Origo (offentlig organisation): erbjuder hotlinestöd till offer för hedersrelaterat förtryck. Origo består av socialarbetare, polis och barnmorskor.

7. Andra tjänster

- GAPF Riksföreningen Glöm aldrig Pela och Fadime (privat): Detta är en sekulär, ideell organisation som arbetar mot hedersrelaterat våld och fokuserar på både män och kvinnor

som utsatts för hedersrelaterat våld. Målet är att hjälpa och stödja de drabbade samt vara en källa till information i det svenska samhället om hedersrelaterat våld.

- Telejourer för flickor / kvinnor som kan bli föremål för eller utsatts för våld, inklusive KKS:
 - Kvinnofridslinjen
 - Linnamottagningen
 - Systerjouren Somaya
 - Terrafem

6. Intressenter: utvärdering av kampen mot KKS

6.1. Metodik och profil över intressenter

I denna analys anser vi det vara nödvändigt att gå igenom perspektiv och åsikter från yrkesverksamma och de politiska representanter som på något sätt är involverade i kampen mot KKS så att vi kan dra viktiga slutsatser om den aktuella politiken och tjänsterna i Sverige.

I detta avsnitt kommer vi att presentera den kvalitativa analysen av de diskurser som samlats in från de intressenter som intervjuats i Sverige. Fyra av de sex intervjuade arbetade för icke-statliga organisationer och de övriga två kommer från hälsosektorn. Den fullständiga profilen över de intervjuade intressenterna från de fyra länderna (Spanien, Italien, Irland och Sverige) återfinns i bilagan.

Tre kategorier framkom ur analysen av diskurserna som representerar tre olika perspektiv ur vilka man förstår kampen mot KKS:

- **Strukturell/social nivå:** kunskap och personliga åsikter om politik, resurser, tjänster som finns inom landet och den region där intressenten arbetar;
- **Professionell nivå:** intressentens synpunkter på ingripanden mot KKS;
- **Personlig attitydnivå:** känslighet och personligt engagemang i ämnet.

6.2. Strukturell/social nivå

Analysen av de genomförda intervjuerna visar att några av intressenterna har en djupare kunskap om lagstiftningen och att detta ger dem möjlighet till ett mer kritiskt perspektiv. Denna synvinkel delas av de som är i direkt kontakt med problemet, även om de inte har läst in sig på lagstiftningen. De anser till exempel att den svenska lagen är ineffektiv i och med att den inte skyddar flickorna på rätt sätt eftersom upptäckten är svår och att KKS vanligtvis praktiseras när flickan är utomlands, så när det upptäcks är det redan för sent. De anser att lagen fungerar mer som övertalning än straff, ett intryck som kan förklara att antalet straff är mycket begränsat trots att det finns en lag som kriminaliserar bruket. De tillägger att normen är svag och minimalt effektiv på grund av bristen på finansiering, resurser och särskilda strategier för sensibilisering. Dessutom betonar de koncentrationen av resurser till de större städerna, vilket ökar kvinnornas och flickornas utsatthet på de mindre orterna.

6.3. Professionell nivå

Diskurserna avslöjar en tydlig brist på information om KKS. De intervjuade erkänner bristen på utbildning och information på de olika nivåerna i processen och bland de berörda. De menar att utbildningen bör börja med hälsoberörda såsom

gynekologer, läkare, sjuksköterskor, etc., och på universitet och förskolor. På detta sätt kan problemet stoppas i sin linda.

De berörda parterna anser att utbildning är viktig, inte bara inom ett hälsosammanhang, utan även i andra sammanhang såsom skolan och socialtjänsten, där det finns särskild utbildning kring jämställdhet, men det finns inga kurser om KKS. Faktum är att utbildningskampanjerna i sensibilisering vanligtvis pratar om sexuellt våld och inte KKS. Utbildningen bör utsträckas till familjerna såsom varande de främsta inblandade, både fäder och mödrar måste informeras om könsstymplingens konsekvenser. De intervjuade hävdar att vissa mödrar inte vill att deras barn ska könsstympas och betraktar detta som ett tecken på förändring i deras kulturer. De menar att mer arbete bör läggas ned på de mödrar som ändrar uppfattning.

En annan linje i diskursen handlar om bristen på resurser som härrör från otillräcklig finansiering, det vill säga kliniker som är specialiserade på

KKS med rådgivning kring sexuell hälsa samt tolkar, vilket är en förutsättning att man ska kunna tillhandahålla högkvalificerat stöd. Enligt deras uppfattning är det anmärkningsvärt att befintliga sjukhusjänster inte nås av de drabbade och riskgrupperna på grund av bristen på grundläggande information om sådana tjänster och annan rådgivning. Den bristande effektiviteten i organisation och ledning är uppenbar. De sektorer som är involverade är dessutom inte samordnade, det finns en brist på personal inom det förebyggande området och även en brist på medvetenhet i arbetet med de yrkesverksamma och samhället.

6.4. Personlig attitydnivå

Oron över KKS är uppenbar bland yrkesverksamma som kommer i kontakt med denna verklighet. De har ett mycket kritiskt perspektiv på situationen och uttrycker en mycket bra inställning till att arbeta med det här området och att utveckla en utbildningsplan för att höja medvetenheten och att utrota KKS.

7. Rekommendationer

7.1. Rekommendationer för EU

- Att korrekt identifiera de grupper där KKS praktiseras är nödvändigt för att utföra ett effektivt förebyggande arbete och för att arbeta mot dess utrotning. Det är dessutom nödvändigt att införliva uppgifter om den etniska grupp som kvinnorna och flickorna tillhör, tillsammans med nationalitet eller födelseland, som är den information som oftast samlas in.
- Att vidta åtgärder för att förbättra forskningen.
- Att spåra fall av KKS i patientjournaler.
- Att skapa, utvärdera och genomföra en politik för att välkomna och integrera invandrare som kommer från riskländerna, som respekterar människornas grundläggande rättigheter och basbehov (mat, bostad, hälsa, arbete, säkerhet, etc.).
- Att utveckla strategier för att förebygga KKS och garantera asyl och skydd för offren.
- Att införliva perspektiven kön, interkulturella och mänskliga rättigheter i politiken.
- Att utforma och genomföra genomgripande planer och politik. Att skapa mekanismer för samordning av olika tjänster och enheter som erbjuder stöd till offer för KKS, samt samordning av organisationer med erfarenhet av denna typ av arbete samt de som stödjer utsatta befolkningsgrupper.
- Att implementera effektiva rutiner och utvärdera nivån och funktionen av politik, lagar och tjänster samt möjliggöra allmänhetens tillgång till resultaten av dessa utvärderingar.

7.2. Rekommendationer för Sverige

Det har funnits två planer mot könsbaserat våld där KKS uttryckligen har omnämnts sedan 2007. Detta är något som ska lyftas fram positivt, eftersom skyddet mot KKS kan förbättras genom att man genomför de åtgärder, resurser och tjänster som erbjuds kvinnor som drabbats av andra former av könsbaserat våld. Icke desto mindre är det viktigt att omnämna KKS tydligare och att utveckla specifika regler och planer i samband med skyddet av minderåriga. Ett alternativ till dessa specialiserade regler skulle vara att inkorporera KKS i de grundläggande artiklarna i de befintliga verktygen som finns för minderåriga i likhet med regleringen av könsbaserat våld. Detta skulle vara till hjälp för att minska begränsningarna i genomförandet av redan befintliga regler inom kontexten minderåriga.

- Att utveckla en ny handlingsplan för att säkerställa kontinuiteten i den tidigare från 2003 och att förbättra de åtgärder som har varit ineffektiva.
- Specialiserade tjänster och resurser behövs över hela landet för att garantera tillgången för alla som är i behov av dem.
- Samordning av protokoll för att främja samarbetet mellan befintliga tjänster, både offentliga och sådana som erbjuds av olika icke-statliga organisationer.
- Större ansträngningar måste göras i spridningen av befintliga resurser bland befolkningen för att underlätta tillgången för de som är drabbade.
- Fördelning av en tydlig, tillräcklig och hållbar finansiering för att genomföra en förändring av lagstiftningen, att utveckla strategier kring KKS i alla dimensioner och att upprätta passande tjänster och resurser.

Referenser

- [1] WHO (2017). Female Genital Mutilation. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs241/en/>
- [2] Kaplan, 2006. Las mutilaciones genitales femeninas en España. Posibilidades de prevención desde los ámbitos de la atención primaria de salud, la educación y los servicios sociales. Migraciones, nº 19, pp. 189-217.
- [3] UNAF (2016). Guía para profesionales. La MGF en España. Prevención e intervención. Madrid: Unión Nacional de Asociaciones Familiares.
- [4] Portal, E., Lirio, J. y Arias, E. (2017). Mutilación Genital Femenina, un corte en la trayectoria vital de las niñas y las mujeres. Barcelona: Grao. (in press)
- [5] UN General Assembly, Universal Declaration of Human Rights, 10 December 1948, 217 A (III)
- [6] UNICEF (2016). Female Genital Mutilation/Cutting: A global concern. New York: United Nations Children's Fund. https://www.unicef.org/media/files/FGMC_2016_brochure_final_UNICEF_SPREAD.pdf
- [7] CEDAW General Recommendation No. 14: Female Circumcision. Adopted at the Ninth Session of the Committee on the Elimination of Discrimination against Women, in 1990
- [8] UN General Assembly, Intensifying global efforts for the elimination of female genital mutilations :

resolution / adopted by the General Assembly, 5 March 2013, A/RES/67/146

[9] United Nations (2015). Sustainable Development Goals. 17 goals to transform our world. New York: UN

[10] African Union, Protocol to the African Charter on Human and People's Rights on the Rights of Women in Africa, 11 July 2003

[11] JUST/2014/RDAP/AG/HARM/8001

[12] UNICEF, 2016, op. cit. p. 3

[13] Prevalence index for Indonesia was not available, so this country was excluded from this section

[14] UNICEF, 2016, op. cit. p. 3

[15] UNICEF, 2016, op. cit. p. 3

[16] European Statistics Eurostat: <http://ec.europa.eu/eurostat/data/database>

[17] UNICEF, 2016, op. cit.

[18] Council of Europe Convention on preventing and combating violence against women and domestic violence (May 11th, 2017). <https://rm.coe.int/168046031c>

[19] Charter of Fundamental Rights of the European Union (2007/C 303/01).

[20] Directive 2013/32/EU of the European Parliament and of the Council of 26 June 2013 on common procedures for granting and withdrawing international protection (recast).

[21] Directive 2011/99/EU of the European Parliament and of the Council of 13 December 2011 on the European protection order.

[22] Directive 2012/29/EU of the European Parliament and of the Council of 25 October 2012 establishing minimum standards on the rights, support and protection of victims of crime, and replacing Council Framework Decision 2001/220/JHA.

[23] COM (2013) 833 final

[24] Directive 2011/99/EU of the European Parliament and of the Council of 13 December 2011 on the European protection order

[25] Directive 2012/29/EU of the European Parliament and of the Council of 25 October 2012 establishing minimum standards on the rights, support and protection of victims of crime, and replacing Council Framework Decision 2001/220/JHA.

[26] Directive 2011/36/EU of the European Parliament and of the Council of 5 April 2011 on preventing and combating trafficking in human beings and protecting its victims, and replacing

Council Framework Decision 2002/629/JHA.

[27] Directive 2013/32/EU of the European Parliament and of the Council of 26 June 2013 on common procedures for granting and withdrawing international protection (recast).

[28] European Commission Fact Sheet on FGM/C (2016). http://europa.eu/rapid/press-release_MEMO-16-249_en.htm

[29] S. Johnsdotter, R. M. Mestre i Mestre (2015), "Female Genital Mutilation in Europe: an analysis of court cases", http://ec.europa.eu/justice/gender-equality/files/documents/160205_fgm_europe_enege_report_en.pdf

[30] UNHCR (2013). Too much pain. Female genital mutilation & asylum in the European Union. A statistical overview. <http://www.refworld.org/pdfid/512c72ec2.pdf>

[31] UNHCR (2013). Op. cit.

[32] Act: 1999:267.

[33] European Parliament resolution on female genital mutilation (2001/2035(INI)) (A5-0285/2001).



act:onaid

ActionAid Sverige
Renstiernas gata 12
116 28 Stockholm

E-post: info@actionaid.se
Tel: 08-615 55 50

act:onaid



Universidad de
Castilla-La Mancha

