

Genväg till forskning

Hedersrelaterat våld och förtryck

Genväg till forskning är VKV:s (Västra Götalandsregionens kompetenscentrum om våld i nära relationer) forskningsbaserade faktablad.

I *Genväg till forskning* presenteras lättfattliga översikter om forskningsfrågor inom området som har direkt relevans för praktiker.

Genväg till forskning nr 11
Hedersrelaterat våld och förtryck
Författare: Camilla Sundqvist
Grafisk form: Josefin Brosché Hagsgård
Västra Götalandsregionen, Göteborg, 2018

Laddas ned genom: <http://www.valdinararelationer.se/genvag>

Tidigare publikationer i serien Genväg till forskning

- Genväg till forskning nr 1
Att stanna och att gå: Forskning kring misshandelsprocessen och misshandlade kvinnors uppbrottsprocess
Viveka Enander
- Genväg till forskning nr 2
Avslöjandets tid: en doktorsavhandling av Ninni Carlsson om kvinnors bearbetning av sexuella övergrepp
Viveka Enander
- Genväg till forskning nr 3
Att ställa frågor om våld till gravida kvinnor - en genomgång av internationell forskning
Eva Wendt
- Genväg till forskning nr 4
Barn som upplever våld - konsekvenser för välmående och hälsa
Tove Corneliussen
- Genväg till forskning nr 5
När män utsätts för våld i en nära relation - hur ser det ut då?
En genomgång av internationell forskning
Lotta Nybergh
- Genväg till forskning nr 6
Lika men olika - våld mot kvinnor med funktionsnedsättning
Kerstin Kristensen
- Genväg till forskning nr 7
Den våldsutsatta patienten inom tandvården
Linnea Dahlström, Sanna Jansson
- Genväg till forskning nr 8
Att ställa frågor om våld till föräldrar och barn inom barn- och ungdomspsykiatri
Ole Hultmann
- Genväg till forskning nr 9
Dödligt våld i nära relationer - en genomgång av internationell forskning
Lotta Nybergh
- Genväg till forskning nr 10
Barn som far illa ur tandvårdens perspektiv
Therese Kvist

Denna Genväg till forskning handlar om det hedersrelaterade våldet och förtrycket där flickor, pojkar, kvinnor och män utsätts. Det hedersrelaterade våldet och förtrycket har många olika uttrycksformer exempelvis kvinnlig könsstympning, tvångsäktenskap samt hedersmord. Förekomst av, samt varför hälso- och sjukvården bör arbeta med våldsområdet besvaras.

Hedersrelaterat våld och förtryck

Inledning

I oktober 2016 antog regeringen en nationell strategi för att förebygga och bekämpa mäns våld mot kvinnor (1). Det är en tioårig strategi där tillämpningsområdet är alla former av fysiskt, psykiskt och sexuellt våld och hot om våld mot flickor och kvinnor. Strategin inkluderar hedersrelaterat våld och förtryck (HRV) i dess olika uttrycksformer såsom kvinnlig könsstympning (KKS) och tvångsäktenskap. I regeringens skrivelse framkommer att strategin vänder sig till de våldsområden där det mest är män som utövar våld och förtryck mot kvinnor. Men det finns även en medvetenhet om att också pojkar och män kan vara de som är utsatta, specifikt för HRV. Därför ska insatser inom strategins områden också syfta till att motverka mäns och pojkars utsatthet för våld. Strategin lyfter fram risken med att hederstänkandet underskattas och missförstås av personer som inte själva lever med hedersnormer. Exempelvis kan konflikter mellan en tonårsflicka och hennes föräldrar missförstås och misstolkas som en "vanlig" tonårsrevolt när det egentligen handlar om utsatthet för HRV. Regeringen har gett Socialstyrelsen i uppdrag att:

- genomföra en nationell kartläggning av hedersrelaterat våld och förtryck
- kartlägga vilka specifika möjligheter och problem berörda yrkesgrupper upplever i arbetet med HRV
- planera för fördjupade fortbildningar om HRV i socialtjänst och hälso- och sjukvård
- utreda förutsättningar för att hälso- och sjukvården ska använda öppna jämförelser för uppgifter om könsstympning
- utveckla standardiserad bedömningsmetod för att upptäcka och beskriva utsatthet för HRV
- utveckla standardiserad bedömningsmetod för att bedöma stödbehov av personer utsatta för HRV
- utreda förutsättningar för att utveckla behandlingsmetoder för personer som utövat våld med hedersmotiv

Regeringen har i budgetpropositionen 2018 aviserat att medel ska avsättas för en flerårig samlad satsning mot hedersrelaterat våld och förtryck inom ramen för den nationella strategin för att förebygga och bekämpa mäns våld mot kvinnor (2).

Länsstyrelsen i Östergötland har sedan 2005 haft flera nationella uppdrag inom området. Myndigheten har bland annat genomfört utbildningsinsatser i hela landet, tagit fram vägledningar och metodstöd samt har en nationell stödtelefon för yrkesverksamma (3).

Vad är hedersrelaterat våld och förtryck?

”Att

- vara tvungen att alltid gå direkt hem efter skolan.
- inte få ha vänskapsrelationer med det motsatta könet.
- inte få välja vad man vill studera efter grundskolan.
- tvingas bevaka och kontrollera vad ens mamma eller syster gör.
- luras att åka till föräldrarnas hemland för att giftas bort mot sin vilja.
- tvingas gifta sig med någon av motsatt kön trots att man är homosexuell.
- bli betraktad som familjens och släktens stora skam, om man bryter mot reglerna
- bli utfryst ur familjegemenskapen.
- bli hotad.
- bli misshandlad.
- bli uppmanad att begå självmord.
- riskera att bli mördad.
- tvingas lämna sin familj” (4)

Hedersrelaterat våld och förtryck används som uttryck för ett våld i ”hederns namn”. Någon mer enhetlig benämning och definition av våldet finns inte (5). Förenta nationerna (FN) har i en rapport angett att HRV kännetecknas av att våldet utförs och uppmuntras av ett kollektiv vars förtryck är strukturellt och institutionaliserat (6).

Eftersom det inte finns en global enhetlig definition försvåras arbetet med att identifiera de utsatta, samt att arbeta förebyggande och främjande för att HRV inte ska uppstå. Bristen på en enhetlig definition kan också förminska medvetenheten och erkännandet av HRV som ett våldsområde (7). En enhetlig definition av HRV är också viktigt utifrån vilka skydd- och stödinsatser som kan bli tillgängliga för den utsatta. Det kan också vara av vikt utifrån lagar och förordningar samt hur brottet lagförs (8).

Komplexiteten som omger HRV ses tydligt genom att de som arbe-

tar med frågan känner oro och osäkerhet i vad som är bäst skydd, stöd och behandling för den utsatta. Det kännetecknas också utifrån att många forskare studerar inom vilket våldsområde frågan hör hemma (9). I en litteraturöversikt från 2016 styrks komplexiteten av hur många förklaring och betydelser HRV ges i olika studier:

- Ett brott
- En form av könsbaserat våld
- Ett verktyg för en manlig dominans
- En kulturell tradition
- Ett patriarkalt förtryck
- En överträdelse mot de mänskliga rättigheterna
- Ett illegalt förtryck
- Ett verktyg för att kontrollera kvinnors sexualitet och beteende
- Ett hälsoproblem
- Ett moraliskt dilemma
- En moralisk fördel och skyldighet (10)

I många studier där diskussioner förs om HRV kan inordnas under annat våldsområde exempelvis mäns våld mot kvinnor, partnervåld och/eller könsbaserat våld (gender based violence) finns motstånd mot detta utifrån att då utesluts pojkar och män helt ifrån att betraktas som utsatta (11). Kollektivet som pressar till HRV lyfts också fram som en viktig skillnad mot andra våldsområden (12).

För den eller de som är förövare, kan skammen efter en förlorad heder vara livslång. Det innebär att hotet mot den som ådrog sig skammen också är livslångt, vilket utgör en stor skillnad mot övriga våldsformer enligt en studie från Storbritannien som publicerades 2017 (13). Grundaren till en stiftelse i Storbritannien, vilken finns för att skydda och stödja utsatta för HRV, bekräftar den bilden. Genom att vägra ingå tvångsäktenskap som tonåring blev hon förskjuten av sin familj på livstid. Tvångsäktenskap var ett sätt att kontrollera döttrarnas sexualitet och det var det viktigaste för att bevara familjens heder (14).

I en hederskultur av våld och förtryck förminskas våldet utifrån att det inte ses som varken kriminellt eller som ett socialt problem i den kollektivistiska kulturen. Istället ses det som ett personligt problem. Det gör att flickor och kvinnor som är utsatta för förtrycket och våldet inte söker skydd, stöd och behandling för sin utsatthet. I en hedersrelaterad kultur är kollektivets förväntningar högre än de personella behoven. Våldet och förtrycket tillägnas en hel familj eller släkt, inte endast en person. Hela familjen eller släkten gagnas av att hedern hålls kontrollerad ex genom att kvinnans sexualitet och frihet är kontrollerad (15).

HRV utövas i alla länder utifrån att det finns en stor flytt och flykt av människor globalt. Normer och värderingar kan finnas kvar inom ett land, kultur, etnicitet, folkgrupp, släkt och familj under generationer. Deras normer och värderingar flyttar med och blir förankrade i det nya landet. För att kunna arbeta med frågor rörande HRV är det viktigt att inte associera frågan med kulturella minoriteter och etnicitet utan istället erkänna det som ett stort globalt problem (16). Det är av största vikt att den multikulturella känsligheten som frågan berör inte blir en ursäkt till att inte arbeta med frågan. Fokus ska alltid finnas för att det är en global folkhälsofråga och en mänsklig rättighetsfråga (17).

Förekomst i Sverige

År 2007 publicerade Socialstyrelsen en nationell kartläggning om förekomsten av hedersrelaterat våld mot ungdomar från nära anhöriga. Undersökningen omfattar 5 238 gymnasieungdomar i årskurs två på 98 gymnasieskolor. Resultaten av enkätundersökningen visar att mellan 25 till 30 % av flickorna och nästan 25 % av pojkarna någon enstaka gång varit utsatta för kränkande behandling, hot och/eller våld sedan de började gymnasiet. Omkring 10 % av de utsatta ungdomarna menar att orsaken var att de ansågs ha dragit skam över familjen (18).

En enkätstudie till drygt 2 300 niondeklassare i Stockholm visar att 16 % av alla flickor inte får ha en kärleksrelation eller vänskaplig relation med jämnårig pojke. Hon förväntas också vara oskuld till äktenskapet samt förväntas följa andras vilja om vem hon ska gifta sig med. Elva procent av flickorna svarar dessutom att de också har begränsningar för fritiden och inte får välja fritidsysselsättning själv. De får inte heller delta i all skolundervisning. Sju procent av alla flickor svarar att de, förutom ovan beskrivna begränsningar, också utsätts för hot, våld och kränkningar. Motsvarande siffra för pojkar är 3 % (19).

Vem utsätts och vem är förövaren?

Det vanligast skälet till hedersrelaterad skam är flickor/kvinnor som kränker familjens normer genom att

- inte bevara sin oskuld till äktenskapet
- ingå relation med oönskad pojk-, flickvän
- ha fritidsaktiviteter där pojkar och flickor deltar tillsammans
- att anta en klädstil som inte är förenlig med familjens normer
- vilja skilja sig
- graviditet
- bli utsatt för sexuellt ofredande eller våldtagen
- att upptäcka sin egen sexualitet och/eller experimentera med sexualiteten (20).

Att bevara oskulden anses vara ett centralt begrepp inom HRV. Att bevara en flicka/ung kvinna orörd fram till äktenskapet blir en överordnad kontroll då alla män i en specifik grupp delar samma åsikt. Då blir kontroll av den unga kvinnans oskuld en gemensam kontroll för del av ett samhälle (21).

Det finns också andra skäl som kan ge familjen ett negativt rykte och det är:

- om familjemedlem har en funktionsvariant
- om familjemedlem är drogberoende
- om familjemedlem har en sexuell läggning eller en könsidentitet som inte är accepterad
- om familjemedlem har ett oacceptabelt beteende utifrån andra aspekter än ovan (22).

Medvetenheten om att pojkar och män också kan vara utsatta för kraftfullt våld och förtryck om de bryter mot systemets normer har ökat inom svenska myndigheter. Kunskap finns om pojkar och unga mäns dubbla utsatthet utifrån att de kan vara både offer och förövare. De utövar förtryck samt står själva under förtryck. Därför är det alltid viktigt att arbeta med hedersrelaterat våld och förtryck i två spår. Det ena spåret med fokus på den utsatta (oftast) flickan/kvinnan som behöver stöd, skydd och behandling. Det behöver synliggöras att flickor och kvinnor ska ha/har samma rättigheter, kapacitet, fördelar och möjligheter som män. Det andra spåret är att arbeta med pojkar och mäns attityder och där påvisa att hedersnormen också påverkar dem negativt. De påtvingade hedersnormerna som de är satta att försvara i familjen ger dem minskat handlingsutrymme i sina liv och också minskade möjligheter och rättigheter (23).

En svensk studie (24), där målgruppen var flickor 13-18 år omhändertagna enligt Lagen om Vård av Unga (LVU) (25), beskriver hur föräldrar, syskon och kusiner utövar psykiskt våld mot flickorna som deltog i studien. Flickorna är också utsatta för fysiskt våld framför allt av pappan (70 %), 46 % är utsatta av modern och 23 % av en bror. Alla flickor som lever under ett hedersrelaterat våld och förtryck uppger att det är deras mamma (om mamma finns i livet och/eller är närvarande som förälder) som utövar det dagliga kontrollen över flickans fritid, skoltid, relationer och annat som kan vara viktigt att ha kontroll över så inte normer bryts och familjens heder påverkas.

100 fall av HRV i Storbritannien mellan 2012-2016 visar att det i 83 % av fallen fanns fler än en förövare vilket tydligt påvisar kollektivets roll. I 76 % av fallen var förövaren en kvinna, oftast offrets mamma. Övriga förövare är offrets pappa, syster, bror eller släkting. I intervjuer med poliser som arbetar i område med hög förekomst av HRV uttrycks att kvinnor har en stor deltagande roll i förtrycket och våldet.

Men är kvinnorna förövare eller är de sekundära offer som agerar under press och tvång/hot från någon annan? Artikelns författare menar att det är av största vikt att inte bara fokusera på männens roll som förövare utan också kvinnans roll som förövare. Oavsett om kvinnan själv säger att hon är ett se-

kundärt offer så finns forskning som tyder på att så inte är fallet utan hon tar en aktiv del av förtrycket och ibland på eget initiativ (26). Grundaren till stiftelsen i Storbritannien beskriver att mamman var den som utövade det största förtrycket mot henne och hennes systrar i syfte att inte dra skam över familjen. Det betyder att kvinnor också ska betraktas utifrån en dubbel utsatthet (27).

Hedersrelaterat mord

Det är det svårt att fastställa risk för hedersmord utifrån familjens socioekonomi och utbildningsgrad. I en litteraturöversikt över de som dödsats i Mellanöstern och Nordafrika för hederns skull beskrivs offret som en ung vuxen kvinna, ogift, låg socialekonomisk ställning i samhället samt kommer ifrån en mindre region i landet. Om familjemedlemmarna inte har en högre utbildning så kan det också vara en riskfaktor för hedersrelaterat våld och förtryck i allmänhet och hedersrelaterat mord i synnerhet. Men man ska också beakta att de som har en högt stående ställning i samhället med god ekonomi och högre skolutbildning är de som har mest att förlora på om familjens heder blir ifrågasatt (28).

I en studie från USA ses tydliga samband mellan hedersrelaterat mord och situationer där kvinnan har begärt skilsmässa, vägrar att genomgå tvångsäktenskap eller har en livsstil som anses vara "västerländsk" (29).

Att som kvinna anta en mer "västerländsk" livsstil och även ha på sig kläder som inte är förenlig med traditionell klädsel inom familjen ses också som utmanande och skapar rykten om familjen. Maken i familjen upplever att rykten om familjen börjar cirkulera och dessa rykten leder till en utfrysning av familjen från det närmsta samhället. Till sist finns inget annat att göra än att utföra ett mord på den som bidrar till rykten, oftast maken eller dottern i familjen (30). Det finns också samband mellan att bli utsatt för en våldtäkt och senare mördas. En våldtäkt ses som skam och risk finns för att förlora familjens heder. Våldtäkt är inte det som anses som förödande utan det är att flickan inte längre är oskuld. Många gånger blir våldtäkten familjens hemlighet. En studie från Jordanien där 24 fall av hedersmord analyserades var våldtäkt skälet till mordet i 3 av fallen vilket motsvarar 13 % (31).

I flera fall av hedersrelaterade mord ses flera offer. Oftast då både mamma och dotter. Dotter för att hon inte lever enligt normer och mamma för att hon inte förmår uppfostra dottern. En studie från Storbritannien presenterar att det i 5 av 16 fall/ärenden fanns fler än ett offer (32).

Många gånger finns fler än en förövare. Ofta är det ett kollektiv som bestämmer hur hedern måste försvaras och på vilket sätt. Kollektivet kan bestå av fler familjemedlemmar men kan också vara en släkting eller en betydelsefull person i närmaste gemenskapen.

Kvinnor som förövare är omdebatterad. Vissa studier påvisar att kvinnor är förövare eller starkt delaktiga i 25 % av alla hedersmord. I andra studier framkommer kvinnornas roll inte alls (33).

En litteraturöversikt av hedersmord i mellanöstern och nordafrika visar att det

många gånger är yngsta sonen som tar på sig skulden. Därmed inte bekräftat att det är yngsta sonen som har utfört brottet. Det finns beskrivet att den yngsta sonen tar på sig mordet för att han kommer klara fängelsestraffet bäst och när han har suttit av straffet har han fortfarande tid kvar i livet. Beskrivet finns att knappt 50 % av flickor/unga kvinnor mördas av sin bror (34).

Efter brottet är det vanligt att förövaren neutraliserar brottet genom att just uttrycka att "det fanns bara en lösning på problemet". De kulturella normerna är högst stående och lojaliteten till dem är orubblig (35).

En studie från 2013 presenterar en sammanställning av enkäter som 15 åringar på skolor i Amman (Jordanien) besvarat. Resultatet visar att 40 % av pojkarna och 20 % av flickorna anser att hedersmord är berättigat om syftet är att behålla familjens heder (36).

I Socialstyrelsens dödsfallsutredning för 2016/2017 påvisas att det finns ett hedersmotiv, eller indikation för hedersmotiv, i 15 % av de mord som sker i nära relationer. Utredningen visar att risken för hedersrelaterat våld och förtryck inte uppmärksammas tillräckligt av varken polis eller socialtjänst, trots att offret anmälde gärningspersonen till polisen samt sökte stöd hos socialtjänsten (37).

HRV påverkar hälsan

WHO lyfte 2013 upp det hedersrelaterade våldet och förtrycket och menar att myndigheter och hälso- och sjukvårdsverksamheter ska vara medvetna om att HRV påverkar hälsan negativt (38).

Att lyfta upp frågan som ett globalt folkhälsoproblem är av yttersta vikt. Det påverkar fram för allt flickor och kvinnors fysiska, psykiska och sexuella hälsa i stora delar av världen. Den mentala hälsan påverkas starkt och kan ge låg självkänsla, hopplöshet, rädsla, depression och upplevelse av desperation (39).

Hälso- och sjukvården kan vara den verksamhet där utsatta får möjlighet att själv träffa en professionell yrkesutövare (40). Därför är det viktigt att all hälso- och sjukvårdspersonal har en gedigen grundkompetens i HRV's olika uttryckssätt, vågar ställa frågan, informerar om vad HRV är och informerar om personens rättigheter utifrån ett människorättsperspektiv. Den som är utsatt för HRV förstår troligen inte alltid att de är utsatta för något brottsligt. Hälso- och sjukvården är också en bra verksamhet där information kan ges om hur andra myndigheter och civilsamhället bäst kan hjälpa en utsatt för HRV (41).

Utbildningssektorn är en arena för information och kunskap om HRV. Kunskapen om hur du ska bli behandlad och vad som är dina mänskliga rättigheter behöver ges från tidig ålder för att kunna ge stöd till alla barn och ungdomar så de kan stå upp för sina egna värderingar utan att påverkas av kollektivets hedersnormer (42).

I en studie från Storbritannien beskriver att hälso- och sjukvårdens verksamheter saknar kunskap om hur de ska identifiera utsatta för HRV. Det saknas också kunskap om vilka signaler de ska uppmärksamma. Hälso- och sjukvården är inte förberedd på att stödja, skydda och behandla de utsatta för HRV (43).

Hälso- och sjukvårdspersonal som arbetar i områden med trolig hög prevalens av hedersrelaterat våld och förtryck behöver tänka på kollektivets kraftfullhet och inte bara på patienten de har framför sig. Kollektivet tystar ofta ner våldet och förtrycket samt försvårar identifieringen av detsamma (44).

Nedslag i svensk hälso- och sjukvård och socialtjänst för skydd, stöd och behandling

Socialtjänstlagen har specifika bestämmelser om hur våldsutsatta ska få skydd, stöd och behandling. Det saknas i hälso- och sjukvården. Varken hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) HSL eller patientsäkerhetslagen (2010:659) PSL har skrivelser som särskilt uppmärksammar våldsutsatta personer. Istället styrs våldsutsatta personers skydd, stöd och behandling av de generella regler som alltid gäller vid hälso- och sjukvård (45). Specifik information finns i SOSFS 2014:4 vars föreskrifter och allmänna råd riktas mot hälso- och sjukvården och tandvårdens ansvar för personer utsatta för våld i nära relationer (46). Socialstyrelsen redogör också för frågor om information och sekretess som kan uppkomma när barn under 18 år söker hälso- och sjukvård (47). Det är specifikt angeläget för hälso- och sjukvårdspersonal att känna till och ha kompetens gällande HRV. För barn och ungdomar utsatta för HRV kan det vara förenat med våld och hot från närstående om det berättas om sin livssituation (48).

I SOSFS 2014:4 framgår att varje vårdgivare ska fastställa rutiner som behövs för att utveckla och säkra kvaliteten i arbetet med våldsutsatta och barn som bevittnat våld. Vårdgivaren bör också avgöra när och hur personalen ska ställa frågor om våld för att kunna identifiera våldsutsatta.

Det framgår tydligt att området är bristfälligt studerat inom svensk hälso- och sjukvård trots att flera internationella artiklar framhåller att hälso- och sjukvården kan vara en bra verksamhet för att både identifiera och stödja de som är utsatta för HRV. Hälso- och sjukvårdspersonal har många gånger möjlighet att själva träffa patienter i enskilda samtal (49).

En artikel beskriver hur Ungdomsmottagningens verksamhet kan ha en nyckelfunktion i att upptäcka, identifiera och framför allt möta flickor och unga kvinnor som lever i ett hedersrelaterat våld och förtryck. Flickorna/unga kvinnor upplevs bära på hemligheter för att skydda sin familjs heder. Rädslan och oron för att dessa hemligheter ska avslöjas och konsekvenserna kan leda till depressioner. Personalen på ungdomsmottagningen upplever att hemligheterna som bärs i hederns namn ger helt andra konsekvenser av ohälsa än om flickor bär på hemligheter av andra anledningar. En teoretisk modell för att lindra flickornas oro och ängslan presenteras i artikeln. Modellen innehåller beskrivningar i hur flickans oro och ängslan kan lindras genom stöd i att hantera hemligheterna och också kunna berätta för personalen. Därefter ska riskbedömning utföras för att ta ställning till hur allvariga hot och förtryck som flickan lever under och vilken risk det finns för repressalier om hemligheterna uppdragas för familjen (50).

En annan artikel handlar om det stöd som skolsköterskan eller annan stödper-

son på skolan kan ge till en elev utsatt för hedersrelaterat våld och förtryck. Det framgår utifrån studiens resultat att unga som lever i en hederskontext med utsatthet av kontrollerande former inte går att varken identifiera, stödja eller skydda på sätt som man gör med annan utsatthet. Det krävs en specifik handlingsplan för dessa unga vilket artikeln ger förslag på. Exempel ges på hur man bygger upp en förtroendeingivande miljö som möjliggör att den utsatta får stöd vilket bidrar till en upplevelse av minskad utsatthet. Ibland introduceras föräldrarna i handlingsplanens mål och arbetet fortskrider i samråd mellan den utsatta och dess föräldrar. Handlingsplanens aktiviteter kan innehålla stödsamtal med den utsatta, stödsamtal med föräldrar, informationssamtal med föräldrar och anmälan till socialtjänsten. Vissa gånger sker handlingsplanens aktiviteter endast i samråd mellan den utsatta och skolsköterskan. Föräldrar informeras inte utifrån ett bedömt skyddsbehov för den som är utsatt. Aktiviteter som sker utan föräldrars vetskap kan vara besök på ungdomsmottagning, rådgivning och bedömning av KKS, stöd från socialtjänsten, stöd och information inför en abort samt information om preventivmedel. Skolsköterskan ger också stödsamtal så den utsatta kan lära sig att bära hemligheter för sina föräldrar utan att påverkas negativt av det. Tillgängligheten till skolsköterskan kan många gånger vara avgörande. Den unga kan ha samlat mod under lång tid och det är viktigt att personal finns tillgänglig när den unga har möjlighet och vill berätta. Det kan krävas flera besök innan den utsatta individen berättar. Personalen behöver ha tålamod att invänta den unges berättelse. Skolsköterskan eller annan stödperson på skolan vittnar om att handlingsplanen för den utsatta unga kan strida emot deras yrkesetik. Många gånger arbetar elevhälsans personal med föräldrar för att optimera hälsan och välmående för den unga. I fall som rör det hedersrelaterade våldet så kan det vara kontraproduktivt och också direkt farligt för den unga som då kan bli ännu mer utsatt för kontroll och våld. Socialtjänsten kan erbjuda skyddat boende, men endast i samråd med den utsatta individen. Det kan dock vara svårt för den utsatta individen att avsäga sig kontakt med sin familj och flytta till skyddat boende (51).

Skyddade boenden är en kortsiktig lösning. Ur ett långsiktigt perspektiv är skyddade boenden en tveksam åtgärd eftersom individen bara byter en sorts kontroll och begränsningar till en annan. Det finns en diskrepans där det skyddade boendet ser ett behov av att flickan ska bryta med sin familj men där socialtjänsten önskar hitta lösningar för att flickan och familjen kan fortsätta ha en relation utan hot och kontroll (52).

Kvinnlig könsstympning

I avsnittet om kvinnlig könsstympning används endast ordet "könsstympning" alternativt vedertagen förkortning "KKS".

Omfattning och klassificering

Under 2015 gjorde Socialstyrelsen en uppskattning av KKS i Sverige. Studien visade att omkring 38 000 flickor och kvinnor kan vara könsstympade, varav 7 000 är flickor under 18 år. Någon bedömning av hur många flickor och unga

kvinnor i Sverige som kan riskera att bli könsstympade finns dock inte (53). EU – organet "The European Institute for Gender Equity" (EIGE) har utvecklat ett verktyg för att beräkna hur många som troligen är könsstympade och hur många per capita som riskerar att bli könsstympade. Vid uträkning med hjälp av EIGE'S verktyg är Socialstyrelsens uppskattade siffror underdimensionerade (54).

WHO deklarerade 2008 att kvinnlig könsstympning typ 1-4 är ett övergrepp på en flickas och kvinnas mänskliga rättigheter (55). Förenta Nationerna (FN) tar också ett ställningstagande till att det är en mänsklig rättighet att inte utsättas för könsstympning. FN menar dessutom att det finns ett behov av att se könsstympning utifrån ett helhetsperspektiv. Det ska inkludera ett förebyggande arbete med sexuell och reproduktiv hälsa, belysa vikten av att arbeta med kvinnans egen styrka/empowerment samt vikten av att bryta våldsutsattheten och diskrimineringen (56). FN har tagit ställning till att KKS är ett skäl till att söka asyl (57). KKS är ett uttryck för hedersrelaterat våld och förtryck genom att könsstympningen kontrollerar en flickas eller kvinnas sexualitet samt ska bidra till att bevara oskulden fram till äktenskapet. Att KKS också är ett uttryck av HRV ses utifrån att handlingen är planerad och genomförs av ett kollektiv (58).

De olika typerna av KKS klassificeras enligt (59):

- Typ 1: Förhuden på klitoris skärs bort. Ibland skärs även klitoris, eller delar av klitoris, bort.
- Typ 2: Hela klitoris skärs bort, tillsammans med hela eller delar av de inre blygdläpparna.
- Typ 3: Alla yttre delar av könsorganet, det vill säga klitoris samt inre och yttre blygdläppar skärs bort. Därefter sys det som är kvar av de yttre blygdläpparna ihop så att slidöppningen täcks för. En liten glipa lämnas kvar för att urin och mensblod ska kunna sippra ut. Kallas även infibulation.
- Typ 4: Andra skadliga ingrepp som t ex prickning, snittning, skrapning eller att man bränner klitoris och omgivande vävnad.

KKS förekommer inom alla religioner men är inte en religiös företeelse. Dock finns det några kulturer som hävdar att övergreppet är en religiös företeelse även om det inte finns beskrivet i koranen eller bibeln. Vanligare är att andra skäl anges exempelvis att flickans oskuld ska bevaras fram till äktenskap eller att flickan måste könsstymmas för att välkomnas i samhället (60). Att bli socialt utesluten är något som kan bli effekten om man väljer bort att könsstymma sina döttrar. I många områden i Afrika är könsstympning fortfarande en förutsättning för att ingå äktenskap. Representanter för NGO (Non-Governmental Organizations) i Afrika menar att arbetet mot könsstympning och barn/tvångsäktenskap alltid måste ha en tydlig anknytning till varandra då de integreras i synsätt och värderingar (61). Det finns också beskrivet att mamman inte får kallas mamma förrän dottern är könsstympad. Sammantaget handlar det om flera olika sociokulturella faktorer som fortsatt bidrar till att KKS ut-

förs, såsom normer, regler, ritualer och sociala hierarkier i religiösa, sociala och politiska system (62).

Hälsokonsekvenser

En översikt av förekomst och behandling av könsstympningens ohälsokonsekvenser i Australien visar att det endast är 10 % av alla barnläkare som mött en flicka under 18 år som är könsstympad. Det beror troligen på att många som är könsstympade inte söker hälso- och sjukvård för könsstympningens negativa konsekvenser på hälsan. Av Australiens 497 barnläkare var det endast 22 % som kände till och kunde redogöra för WHO's olika klassificeringar av KKS. Författaren lyfter frågan om man rutinmässigt ska fråga om flickor och kvinnor är könsstympade, specifikt inom verksamheter som möter många nyanlända samt flyktingar. Det huvudsakliga motivet till att rutinmässigt fråga är att förebygga och förhindra att flickor utsätts för KKS (63).

En enkät från 2012 som anställda inom hälso- och sjukvård i London besvarat, visar att alla vet att KKS finns och utövas men endast strax över hälften vet att könsstympningen kategoriseras i typ 1-4. De flesta identifierar KKS som en kulturell företeelse men några tänker att det också finns religiösa inslag i övergreppet. Nästan 10 % av de tillfrågade ansåg att det var bra om ingreppet utfördes inom en hälso- och sjukvårdsverksamhet om det medförde att ohälsokonsekvenserna av ingreppet minskade. 87,3 % av tillfrågad hälso- och sjukvårdspersonal skulle anmäla ett barn till socialtjänsten om man misstänker att barnet ska genomgå en KKS (64).

Utifrån en global flytt av människor är det viktigt att all hälso- och sjukvård har kännedom om de långsiktiga negativa hälsokonsekvenserna som KKS har. KKS orsakar kort- och långsiktiga negativa konsekvenser på både den fysiska och psykologiska hälsan. Konsekvenserna kan delas in i tre områden

- Gynekologiska

Som exempel ges vaginala infektioner, urinvägsinfektioner, blodburna infektioner (HIV och Hepatit), genital ärrbildning, smärtsamma och utdragna menstruationer samt infertilitet.

- Obstetriska

Som exempel ges förlängt förlossningsarbete, stora blödningar efter förlossning samt ökad risk att förlossning avslutas med sugklocka eller tång,

- Psykologiska (inkluderat sexuell hälsa)

Som exempel ges depression, oro, ångest samt minskad sexuell njutning (65)

En artikel från Frankrike presenterar resultat av de långsiktiga hälsokonsekvenserna av könsstympning. Det är en enkätstudie som besvaras av kvinnor som är KKS (n=678) i jämförelse med en kontrollgrupp (n=1706) av kvinnor

som inte är KKS. Studien genomfördes inom motsvarande svenska gynekologiska och obstetriska verksamheter. Ett fynd i studien är att hälften av de kvinnor som är KKS inte vet om att en del (inre blygdläpparna) av deras vagina är hopsydd (infibulation).

Resultat visar att alla typer av KKS ger betydande hälsokonsekvenser långsiktigt, inte minst för den sexuella hälsan. Det var dubbelt så vanligt att uppleva väldigt smärtsamma samlag och/eller brännande, stickande smärta eller att kvinnan blöder efter samlaget. Utöver påverkan av den sexuella hälsan var det knappt två gånger vanligare att ha urin- och/eller gynekologiska infektioner. Att som könsstympad uppleva kronisk smärta, inte bara i underliv, mage och rygg, var också vanligare förekommande. Kvinnor uppgav även att det påverkade vardagslivet och arbetslivet i negativ bemärkelse (66).

År 2000 beskrev WHO att könsstympningens negativa effekter på den psykiska hälsan är bristfälligt studerade (67). 2011 beskrev WHO att KKS är ett traumatiskt övergrepp som kan få långsiktiga konsekvenser på den psykiska hälsan (68). WHO beskriver också att komplikationer av KKS inte hänvisas till-, eller behandlas av hälso- och sjukvården vilket är negativt för kvinnans tillfrisknande (69).

Litteraturöversikter där könsstympningens negativa psykiska hälsoeffekter beskrivs visar att den mentala hälsan påverkas och ger mardrömmar, sömnsvårigheter, viktnedgång, posttraumatiskt stressyndrom (PTSD), rädsla och oro. Självkänslan påverkas också negativt och kan ge skuld och skamkänslor. Däremot finns det väldigt få studier som har undersökt och utvärderat behandlingsmetoder för att finna evidens för behandlingsalternativ (70).

En artikel från Nederländerna beskriver könsstympade kvinnors symtom. Alla kvinnor i studien kommer ursprungligen från Afrika och artikelns resultat baseras på enkätfrågor och djupintervjuer. Kvinnorna är antingen könsstympade enligt typ 1, 2 eller 3. Validerade formulär för screening av PTSD samt depression/oro/ängslan användes. Resultatet visar att 1 av 6 kvinnor uppvisar symtom såsom mardrömmar, minnesbilder av skrämmande händelse så kallad flashbacks, minnesförlust av händelsen, likgiltighet, vredesutbrott och självmordstankar. En av tre har symtom som tyder på depression och oro vilket sätts i samband med könsstympning. KKS typ 3 (infibulation) i samband med migration i vuxen ålder, lägre utbildning, språksvårigheter, minnesbilder av könsstympningen samt otillräckligt stöd av partner förstärker negativa hälsosymtom, såsom depression och oro. De negativa upplevelserna av könsstympningen uppkommer särskilt i samband med graviditet, förlossning och/eller fysiska skador. Migrationen till ett annat land gjorde vissa kvinnor mer medvetna om hälsokonsekvenserna av KKS. Vissa kvinnor kände stor skam för att de är KKS och undvek att uppsöka läkare. Det framgår av enkätsvar och djupintervjuer att KKS ger livslånga konsekvenser för hälsan utifrån kroniska och psykosociala svårigheter för majoriteten av de som deltagit. Hälso- och sjukvårdspersonal behöver bli bättre på att förstå hur kvinnorna hanterar sitt övergrepp. Endast 1 av 66 kvinnor sa att hon var stolt över att vara könsstympad (71).

Hälsa- och sjukvårdens arbete med KKS

Information om könsstympningens negativa hälsokonsekvenser till nyanlända personer som kommer till Sverige är av största vikt för att könsstympningen ska upphöra. Hälsa- och sjukvården är en viktig aktör i detta förebyggande arbete då de träffar många nyanlända personer. Det är också viktigt att ge information om KKS till personer som sedan länge bott i Sverige, eller om de eller deras anhöriga kommer från länder eller kulturer där KKS är vanligt förekommande (72). Hälsa- och sjukvården kan inte utgå ifrån att den som är könsstympad vet om att vissa symtom kan härledas till könsstympningen. En intervjustudie visar att de som är utsatta samt deras anhöriga inte vet på vilket sätt könsstympning påverkar hälsan, inte heller att det finns risker med infibulation vid förlossning. Smärta är också något som kvinnorna ser som en del i deras liv och inte sätter i relation till KKS (73).

I det förebyggande arbetet med könsstympning behöver hälsa- och sjukvården arbeta tillsammans med andra myndigheter och civilsamhället för att nå framgång. Speciellt bör civilsamhällets erfarenhet och kunskap synliggöras när hälsa- och sjukvården ska ta fram rutiner och riktlinjer för arbetet med KKS (74). Det är av största vikt att ställa utredande frågor under graviditeten till de som är könsstympade, inte bara för att motivera och undersöka om de behöver genomgå en öppningsoperation under graviditeten. Utan också för att utreda om de psykologiska effekterna av övergreppet kan ha inverkan på fortsatt graviditet, förlossning och eftervård (75).

En studie från Storbritannien betonar vikten av att ha rutiner för hur KKS ska dokumenteras. Målgruppen för studien var kvinnor som är infibulerade och patienter i mödrahälsovård, förlossning och eftervård. En tredjedel av kvinnorna som är infibulerade saknar dokumentation i journal om att de har fått information om att KKS är förbjudet i Storbritannien. Information och även medföljande dokumentation om könsstympning kopplat till brottsbalken är en viktig förebyggande åtgärd för att en kvinna inte ska könsstympa sin dotter. En annan viktig förebyggande åtgärd är att vid födelsen av en flicka dokumentera att/om genitalierna har normalt status. Dokumentationen kan vara avgörande vid misstanke om könsstympning i ett senare skede i flickans liv. Vid gjord dokumentation kan brott bättre styrkas (76).

Flertal artiklar betonar vikten av bemötande när hälsa- och sjukvårdspersonal möter flickor och kvinnor som är könsstympade. Det är viktigt att förstå de sociokulturella värderingarna och normerna, samt sambandet mellan hälsa och migration så att flickor och kvinnors värdighet består genom hela hälsa- och sjukvårdsbesöket (77). Det framgår också att om omgivningen, exempelvis hälsa- och sjukvårdspersonal, inte har förståelse för könsstympningens normer och sociokulturella värderingar så ger det en känsla av skam och skuld hos den utsatta (78).

Barn- och tvångsäktenskap

Hedersrelaterat våld och förtryck sätts i samband med barn- och tvångsäktenskap och att pressas till att ingå relationer man själv inte väljer. Nationellt center för kvinnofrid (NCK) presenterar på sin hemsida olika förklaringar till be-

greppet tvång eftersom äktenskap man inte ingår i frivilligt kan vara allt ifrån ett arrangerat äktenskap till ett tvångsäktenskap. Inom forskningen finns det inte konsensus kring begreppen arrangerat äktenskap och tvångsäktenskap (79).

Den 1 juli 2014 togs möjligheten bort för en person i Sverige att under 18 års ålder få tillstånd att ingå äktenskap. I samband med detta infördes brottet "äktenskapstvång" i Brottsbalken (4c §, 4 kap) (80). Förberedande gärningar kriminaliseras genom att försök och förberedelse till äktenskapstvång blir straffbart. Det nya brottet "vilseledande till tvångsäktenskapsresa", vilket också regleras i Brottsbalken, betyder att det är brottsligt att lura någon till resa utomlands i syfte att han eller hon ska giftas bort genom tvång eller utnyttjande.

Internationellt saknas en gemensam reglering över att ingå äktenskap innan 18 års ålder, vilket medför att vissa länder tillåter äktenskap för person innan 18 års ålder, andra länder tillåter det inte. Förenta nationernas kommitté för barnets rättigheter anser att åldersgränsen för äktenskap bör vara 18 år.

Svenska regeringen anser att svenska lagar i Brottsbalken gällande barnäktenskap, tvångsäktenskap och brott med hedersmotiv behöver stärkas för att kunna ge barn ett stärkt skydd för dessa former av brottsliga handlingar. Bland annat ser regeringen över hur erkännande av utländska barnäktenskap ytterligare ska begränsas. Uppdraget ska slutredovisas hösten 2018.

Förenta nationernas utvecklingsmål, Agenda 2030, nummer fem handlar om jämställdhet. Delmål 5.3 berör avskaffandet av alla skadliga sedvänjor såsom barnäktenskap, tidiga äktenskap och tvångsäktenskap (81).

UNICEF skriver i sin rapport "Ending child marriage" att 700 miljoner nu levande flickor och kvinnor ingick äktenskap under 18 år fyllda. Det förekommer också att pojkar ingår äktenskap som barn men det är inte lika vanligt som för flickor. I exempelvis Niger så ingick 77 % av landets kvinnor i åldern 20-49 år äktenskap som barn jämför med 5 % av landets män i motsvarande ålder. Barnäktenskap är mest vanligt förekommande i afrikanska länder söder om Sahara samt i södra Asien. Indien står för en tredjedel av alla barnäktenskap och i Afrika så har Niger högst prevalens flickor som ingår äktenskap under 18 år. Barnäktenskap förekommer mer frekvent i fattiga regioner, därför kan prevalensen också skilja sig mellan olika områden i landet. I regionen Amhara som ligger i norra Etiopien gifter sig 75 % av alla flickor och kvinnor som barn. I Addis Ababa är motsvarande siffra 26 %. Det är också mer vanligt i vissa kulturer som inom den romska kulturen. I Serbien ingår 8 % av landets flickor och kvinnor äktenskap som barn, men i Serbiens romska kultur uppgår siffran till 54 %. För tre decennier sedan var en tredjedel av alla världens flickor och kvinnor gifta som barn, nu är det motsvarande en fjärdedel (82).

Barnäktenskap är en kränkning av de mänskliga rättigheterna. Det förekommer risker med barnäktenskap speciellt för flickor. Flickan får inte gå i skolan, får många barn som ung och har ofta många och svåra förlossningar, utsätts för sexuellt överförbara sjukdomar inklusive HIV, förlust av kontroll samt att

hennes val i livet är kraftigt begränsade (83).

2009 genomförde Ungdomsstyrelsen, nuvarande Myndigheten för ungdoms- och civilsamhällefrågor, en studie vars resultat visar att 70 000 unga personer i Sverige lever i rädsla för att själv inte få välja partner och/eller vem man får gifta sig med. Det var främst tjejer som oroade sig över att inte själva kunna välja partner. I socioekonomiskt utsatta områden var det 27 % av 16–25-åringarna som upplevde att föräldrarna, religionen eller kulturen begränsade deras val, till skillnad mot 5 % om alla enkätsvar oavsett socioekonomi redovisas. Många unga trodde också att de skulle bestraffas av föräldrarna om de vore homo- eller bisexuella (84).

I Socialstyrelsens rapport från 2007 anger unga som lever i skyddat boende att de många gånger behöver skydd för att de själva inte får välja livspartner. Sammanlagt 69 % anger att en icke tillåten kärleksrelation, vågran att gifta sig eller att de vill ta ut skilsmässa var skälet till skyddsbehov (85). Behov av insatser från hälso- och sjukvården för de som lever på skyddade boenden för utsatthet av hedersvåld och förtryck är stort. Västra Götalands länsstyrelse publicerade 2009 en rapport som visar att 71 % av de då skyddade flickorna och kvinnorna på skyddsboenden inom verksamheten Grynings regi uppfyllde kriterier för diagnosen PTSD (86).

Länsstyrelsen Östergötland arbetar på uppdrag från regeringen mot HRV. De samverkar med många nationella verksamheter som arbetar för skydd, stöd och behandling för utsatta barn och ungdomar. Verksamheter har i samverkan med dem lyft fram att om en ung person är gift mot sin vilja kan varje samlag inom äktenskapet ses och upplevas som en våldtäkt (87).

Oskuldsintyg

2010 fick Nationellt center för kvinnofrid (NCK) i uppdrag av regeringen att ta fram en handledning för hälso- och sjukvård rörande oskuldnormen som är ett centralt begrepp inom HRV.Handledningens syfte är att ge stöd till hälso- och sjukvårdspersonal som möter flickor och kvinnor som har frågor om oskuldsbegreppet, ofta i relation till sexuella relationer och/eller äktenskap. I Sverige är det brottsligt att tvinga någon att genomgå läkarundersökning mot sin vilja, vilket en påtvingad oskuldskontroll skulle vara. All hälso- och sjukvård ska bygga på vetenskap och beprövad erfarenhet. Då det inte medicinskt går att utreda om någon är oskuld eller inte så är en oskuldskontroll inte förenlig med svensk hälso- och sjukvård och dess patientsäkerhetsarbete.

NCK menar i sin rapport att det inte är helt ovanligt att flickor och kvinnor söker hälso- och sjukvård för frågor och oro som rör oskuld i relation till hedersrelaterad problematik. Det är främst ungdomsmottagningar, den medicinska delen av elevhälsan samt gynekologiska mottagningar som berörs. Det är viktigt att hälso- och sjukvårdspersonal har kunskap och kompetens i att bemöta patients oro och frågeställning. Likaså är det viktigt att ha förståelse för att oron kan ha andra bakomliggande orsaker såsom annat utövande av makt och kontroll inom HRV, exempelvis tvångsäktenskap (88).

Sammanfattning

Ett liv utan hedersrelaterat våld och förtryck är en mänsklig rättighet. Könstympling, barn- och tvångsäktenskap samt hedersförtryckets olika våldsformer utsätter flickor, pojkar, kvinnor och män för fysisk och psykisk ohälsa. Flickor och/eller kvinnor utsätts i högre grad än pojkar och män, men de sista åren lyfts också pojkars utsatthet för HRV upp utifrån att deras livssituation också påverkas av förtrycket. HRV skiljer sig åt från andra våldsformer genom att det utövas av ett kollektiv samt att kontrollen av en ung kvinnas oskuld ofta är skälet till att HRV utövas. Vissa uttrycksformer av HRV har specifikt lagutrymme exempelvis förbud för kvinnlig könstympling och barn-, - och tvångsäktenskap.

De flesta som utsätts för HRV beskriver en inskränkthet i sin livssituation. De får inte umgås med vem de vill, de får inte delta i fritidsaktiviteter, de tvingas avstå från skolundervisning, de får inte välja hur de vill klä sig samt att de inte får välja vem de vill vara tillsammans med. Den yttersta konsekvensen av HRV är hedersmord. Socialstyrelsen rapporterar att 15 % av alla mord som sker i en nära relation i Sverige har ett hedersmotiv.

Att lyfta HRV som ett globalt folkhälsoproblem är av yttersta vikt. Det påverkar fram för allt flickor och kvinnors fysiska, psykiska och sexuella hälsa i stora delar av världen. Den psykiska hälsan påverkas starkt och kan ge låg självkänsla, hopplöshet, rädsla, depression och upplevelse av desperation. Den fysiska hälsan påverkas negativt vid kvinnlig könstympling då det kan ge vaginala infektioner, urininfektioner, fistelbildning, genitala ärrbildningar, mer smärtsamma och komplicerade förlossningar och infertilitet. Hälsa-, och sjukvården är den verksamhet som många personer besöker och många gånger erbjuds ett individuellt besök med vårdpersonal. Vid ett individuellt möte med patient ökar möjligheterna att upptäcka, stödja och skydda en utsatt person. Hälsa- och sjukvårdsverksamheter som ungdomsmottagning, elevhälsa, mödrahälsovård, barnhälsovård, gynekologi samt obstetrik är verksamheter som möter många utsatta och de behöver alltid vara rustade för att kunna ge skydd, stöd och behandling.

Appendix

Metodbeskrivning för litteratursökningen

Sökningar efter vetenskapliga artiklar för avsnitten som rör hedersrelaterat våld och förtryck samt hedersmord har gjorts i databaserna PubMed, Cinahl, PsykINFO och Social Services Abstracts. De utvalda artiklarna analyserades utifrån de frågor som skulle belysas. De sökord som användes var kombinationer av: *honour based abuse, honour related abuse, honour based violence, honour related violence, honour killings* samt i kombination med *healthcare*. Sökningar med motsvarande svenska sökord *HRV, hedersrelaterat våld, hedersrelaterat förtryck, hedersmord* samt i kombination med *hälso- och sjukvård* gav inga ytterligare artiklar. Inklusionskriterierna var artiklar och rapporter som publicerats mellan 2010-2017 skrivna på engelska, svenska, norska eller danska. Därav finns enstaka artikel skriven innan 2010 men som publicerades i tidskriften mellan åren 2010-2017.

Dessa fyra databaser har genomgått systematiskt då sökningarna genererade maximalt 50 träffar. Att antalet träffar inte är så många belyser i sig att området inte är speciellt studerat varken inom medicin, omvårdnad, psykologi och/eller socialt arbete. Som ett första val granskades titlar, och abstracts (sammanfattningar) valdes ut för granskning. De artiklar som var relevanta granskades. En manuell sökning har även gjorts utifrån referenser i de utvalda artiklarna.

Sökningar efter vetenskapliga artiklar för avsnitten som rör KKS har gjorts i databasen PubMed. Sökord som användes var *female genital mutilation* i kombination med *healthcare, identify och consequences*. Inklusionskriterier som ovan beskrivet.

Avsnitten som rör barn- och tvångsäktenskap och oskuldspenningen tar avstamp i nationella och internationella mål, föreskrifter, lagar och författningar. Därutöver återges nationella rapporter i ämnet.

Vissa rapporter och litteraturverk, nationella och internationella, som anses som väl erkända och ofta refererade till har inhämtats utanför inklusionskriteriet åren 2010-2017.

Referenser

1. Regeringen. En nationell strategi för att förebygga och bekämpa mäns våld mot kvinnor. Skr. 2016/17:10.
2. Regeringens proposition 2017/18:1. Budgetpropositionen för 2018.
3. Länsstyrelsen Östergötland. Hedersförtryck. Hämtad 2018-02-14 från <http://www.hedersfortryck.se>
4. Socialstyrelsen 2014. Vänd dem inte ryggen. Utbildningsmaterial om hedersrelaterat våld och förtryck. Artikel nr: 2014-1-6.
5. Leander, K., et al. (2012). Health in Sweden: The National Public Health Report 2012. Chapter 12. *Scandinavian Journal of Public Health*, 40(9), 229–254.
6. General Assembly of United Nations. In-depth study on all forms of violence against women. Report of the Secretary-General. Sixty-first session. *Advancement of Women. A/61/122/Add.1*. 2006
7. Bhanbhro, S., Cronin de Chavez, A., and Lusambili, A. (2016). Honour based violence as a global public health problem: a critical review of literature. *International Journal of Human Rights in Healthcare*, 9 (3), 198-215.
8. Eshareturi, C., et al. (2014). Policy Responses to Honor-Based Violence: A Cultural or National Problem? *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma* 23(4), 369-382.
- Jaclyn Smith (2016) Honor-based violence: policing and prevention. *Police Practice and Research*, 17(2), 95-96.
- Gill, A. (2008). Crimes of Honour and Violence against Women in the UK. *International Journal of Comparative and Applied Criminal Justice* 32(2), 243-263.
- Idriss, M. M. (2017a). Not domestic violence or cultural tradition: is honour-based violence distinct from domestic violence? *Journal of Social Welfare and Family Law* 39(1), 3-21.
9. Eshareturi, C., et al. (2014). Policy Responses to Honor-Based Violence: A Cultural or National Problem? *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma* 23(4), 369-382.
10. Bhanbhro, S., Cronin de Chavez, A., and Lusambili, A. (2016). Honour based violence as a global public health problem: a critical review of literature. *International Journal of Human Rights in Healthcare*, 9(3), 198-215.
11. Bhanbhro, S., Cronin de Chavez, A., and Lusambili, A. (2016). Honour based violence as a global public health problem: a critical review of literature. *International Journal of Human Rights in Healthcare*, 9(3), 198-215.
12. Idriss, M. M. (2017a). Not domestic violence or cultural tradition: is honour-based violence distinct from domestic violence? *Journal of Social Welfare and Family Law* 39(1), 3-21.
- Payton, J. (2014). Honor, collectivity, and agnation: emerging risk factors in honor-based violence. *Journal of Interpersonal Violence* 29(16), 2863-2883.
13. Idriss, M. M. (2017a). Not domestic violence or cultural tradition: is ho-

nour-based violence distinct from domestic violence? *Journal of Social Welfare and Family Law* 39(1), 3-21.

14. Jasvinder, S. (2017). Surviving honour based injustice. *Community Practitioner* 8, 48-49.

15. Smyth, K. (2017). A Matter of Honour. *Community Practitioner* 6, 45-47.

16. Eshareturi, C., et al. (2014). Policy Responses to Honor-Based Violence: A Cultural or National Problem? *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma* 23(4), 369-382.

17. Bhanbhro, S., Cronin de Chavez, A., and Lusambili, A. (2016). Honour based violence as a global public health problem: a critical review of literature. *International Journal of Human Rights in Healthcare*, 9(3), 198-215.

Payton, J. (2014). Honor, collectivity, and agnation: emerging risk factors in honor-based violence. *Journal of Interpersonal Violence* 29(16), 2863-2883.

Al Gharaibeh, F. M. (2016). Debating the role of custom, religion and law in 'honour' crimes: implications for social work. *Ethics and Social Welfare* 10(2), 122-139.

18. Socialstyrelsen. (2007). Frihet och ansvar. En undersökning om gymnasieungdomars upplevda frihet att själva bestämma över sina liv. Allmänna tendenser med fördjupad analys kring utsatthet för kränkande behandling, hot och/eller våld, särskilt hedersrelaterat våld från nära anhöriga. Stockholm: Socialstyrelsen.

19. Stockholms stad. (2009). Hedersrelaterat förtryck och våld i Stockholms stad.

Rapport 2009. Del II. Oskuld och heder. Stockholm: Socialtjänstnämnden.

20. Alisadeh, V., et al. (2010). Counselling young immigrant women worried about problems related to the protection of 'family honour' – from the perspective of midwives and counsellors at youth health clinics. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 24, 32–40.

21. Rexvid, D. and Schlytter, A. (2012). Heroes, Hymen and Honour: A Study of the Character of Attitude Change among Male Youth with Their Roots in an Honour-Based Context. *Review of European Studies* 4(2).

22. Helms, B. L. (2015). Honour and Shame in the Canadian Muslim Community: Developing Culturally Sensitive Counselling Interventions. *Canadian Journal of Counselling and Psychotherapy* 49(2), 163-184.

23. Rexvid, D. and Schlytter, A. (2012). Heroes, Hymen and Honour: A Study of the Character of Attitude Change among Male Youth with Their Roots in an Honour-Based Context. *Review of European Studies* 4(2).

Länsstyrelsen Östergötland. (2014). Våld i hederns namn. Länsstyrelsen Östergötland.

24. Schlytter, A. and Linell, H. (2010). Girls with honour-related problems in a comparative perspective. *International Journal of Social Welfare* 19, 152–161

25. Lag (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga.

26. Aplin, R. (2017). Exploring the role of mothers in honour based abuse

perpetration and the impact on the policing response. *Women's Studies International Forum* 60, 1-10.

27. Jasvinder, S. (2017). Surviving honour based injustice. *Community Practitioner* 8, 48-49.

28. Kulczycki, A. (2011). Honor killings in the Middel East and North Africa; a systematic review of the literature. *Violence Against Women* 17(11), 1442-64.

29. Hayes, B. E., et al. (2016). An Exploratory Study of Honor Crimes in the United States. *Journal of Family Violence* 31(3), 303-314.

30. Do an, R. (2014). The Dynamics of Honor Killings and the Perpetrators' Experiences. *Homicide Studies* 20(1), 53-79.

31. Al Gharaibeh, F. M. (2016). Debating the role of custom, religion and law in 'honour' crimes: implications for social work. *Ethics and Social Welfare* 10(2), 122-139.

32. Hayes, B. E., et al. (2016). An Exploratory Study of Honor Crimes in the United States. *Journal of Family Violence* 31(3), 303-314.

33. Kulczycki, A. (2011). Honor killings in the Middel East and North Africa; a systematic review of the literature. *Violence Against Women* 17(11), 1442-64.

34. Al Gharaibeh, F. M. (2016). Debating the role of custom, religion and law in 'honour' crimes: implications for social work. *Ethics and Social Welfare* 10(2), 122-139.

Kulczycki, A. (2011). Honor killings in the Middel East and North Africa; a systematic review of the literature. *Violence Against Women* 17(11), 1442-64.

35. Do an, R. (2014). The Dynamics of Honor Killings and the Perpetrators' Experiences. *Homicide Studies* 20(1), 53-79.

36. Eisner, M. and Ghuneim, L. (2013). Honor killing attitudes amongst adolescents in Amman, Jordan. *Journal of Aggressive Behaviour*. 39(5), 405-17.

37. Socialstyrelsen (2018). Dödsfallsutredningar 2016-2017. Artikel nr: 2018-1-37.

38. WHO (2013). A call to end violence against women and girls. Geneva: WHO

39. Bhanbhro, S., Cronin de Chavez, A., and Lusambili, A. (2016). Honour based violence as a global public health problem: a critical review of literature. *International Journal of Human Rights in Healthcare*, 9(3), 198-215.

40. Dickson, P. (2014). Understanding victims of honour-based violence. *Community Practitioner*, 87(7), 30-33.

41. Socialstyrelsen (2014). Vänd dem inte ryggen. Utbildningsmaterial om hedersrelaterat våld och förtryck. Artikel nr: 2014-1-6.

42. Socialstyrelsen (2014). Vänd dem inte ryggen. Utbildningsmaterial om hedersrelaterat våld och förtryck. Artikel nr: 2014-1-6.

43. Idriss, M. M. (2017b). Key agent and survivor recommendations for intervention in honour-based violence in the UK. *International Journal of Comparative and Applied Criminal Justice*, 1-19.

44. Smyth, K. (2017). A Matter of Honour. *Community Practitioner* 6, 45-47.
45. Socialstyrelsen 2014. Vänd dem inte ryggen. Utbildningsmaterial om hedersrelaterat våld och förtryck. Artikel nr: 2014-1-6.
46. Socialstyrelsen (SOSFS 2014:4). Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om våld i nära relationer.
47. Socialstyrelsen. (2010). Meddelandeblad Barn under 18 år som söker hälso- och sjukvård, nr 7/2010.
48. Alisadeh, V., et al. (2011). Counselling young immigrant women worried about problems related to the protection of 'family honour' – from the perspective of school nurses and counsellors. *Health and Social Care in the Community* 19(5), 476–484.
49. Dickson, P. (2014). Understanding victims of honour-based violence. *Community Practitioner*, 87(7), 30-33.
- Idriss, M. M. (2017b). Key agent and survivor recommendations for intervention in honour-based violence in the UK. *International Journal of Comparative and Applied Criminal Justice*, 1-19.
50. Alisadeh, V., et al. (2010). Counselling young immigrant women worried about problems related to the protection of 'family honour' – from the perspective of midwives and counsellors at youth health clinics. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 24, 32–40.
51. Alisadeh, V., et al. (2011). Counselling young immigrant women worried about problems related to the protection of 'family honour' – from the perspective of school nurses and counsellors. *Health and Social Care in the Community* 19(5), 476–484.
52. Wikström, E. and Ghazinour, M. (2010) Swedish experience of sheltered housing and conflicting theories in use with special regards to honour related violence (HRV).
European Journal of Social Work, 13(2), 245-259.
53. Socialstyrelsen (2015). Flickor och kvinnor i Sverige som kan ha varit utsatta för könsstympning- En uppskattning av antalet. Artikelnr: 2015-1-32.
54. The European Institute for Gender Equity (EIGE). (2013). Female genital mutilation in the European Union and Croatia.
55. World Health Organization (2008). *Eliminating Female Genital Mutilation: An Interagency Statement*. Geneva: WHO.
56. UN General Assembly's Human Rights Committee. (2012). Hämtad 2018-03-01 från <http://www.amnesty.org>
57. United Nations (UN) High Commissioner for Refugees (2009). *Guidance note on refugee claims relating to female genital mutilation*. Hämtad 2018-03-01 från <http://www.refworld.org>
58. Bhanbhro, S., Cronin de Chavez, A., and Lusambili, A. (2016). Honour based violence as a global public health problem: a critical review of literature. *International Journal of Human Rights in Healthcare*, 9(3), 198-215.
59. Länsstyrelsen Östergötland. Kvinnlig Könsstympning. Hämtad 2018-03-01 från <http://www.hedersfortryck.se/hedersfortryck/konsstympning/>

60. Mulongo, P., McAndrew, S., and Hollins Martin, C. (2014a). Crossing borders: Discussing the evidence relating to the mental health needs of women exposed to female genital mutilation. *International Journal of Mental Health Nursing* 23, 296–305.
61. Berer, M. (2015). The history and role of the criminal law in anti-FGM campaigns: Is the criminal law what is needed, at least in countries like Great Britain? *Reproductive Health Matters* 23(46), 145-157.
62. Mulongo, P., McAndrew, S., and Hollins Martin, C. (2014a). Crossing borders: Discussing the evidence relating to the mental health needs of women exposed to female genital mutilation. *International Journal of Mental Health Nursing* 23, 296–305.
63. Isaacs, D., and Tobin, B. (2017). Female genital mutilation and the role of health-care practitioners. *Journal of Paediatrics and Child Health* 53, 523–524.
64. Relph, S., et al. (2013). Female genital mutilation/cutting: knowledge, attitude and training of health professionals in inner city London. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology* 168, 195–198.
65. Reisela, D., and Creighton, S. M. (2015). Long term health consequences of Female Genital Mutilation (FGM). *Maturitas* 80, 48–51.
66. Andro, A., Cambois, E., and Lesclingand, M. (2014). Long-term consequences of female genital mutilation in a European context: Self perceived health of FGM women compared to non-FGM women. *Social Science & Medicine* 106, 177-184.
67. Andro, A., Cambois, E., and Lesclingand, M. (2014). Long-term consequences of female genital mutilation in a European context: Self perceived health of FGM women compared to non-FGM women. *Social Science & Medicine* 106, 177-184.
68. World Health Organization (2011). An update on WHO's work on female genital mutilation (FGM). Progress Report. [Cited 9 January 2012]. Available from: URL: http://whqlibdoc.who.int/hq/2011/WHO_RHR_11.18_eng.pdf
69. World Health Organization (2008). *Eliminating Female Genital Mutilation: An Interagency Statement*. Geneva: WHO.
70. Mulongo, P., McAndrew, S., and Hollins Martin, C. (2014a). Crossing borders: Discussing the evidence relating to the mental health needs of women exposed to female genital mutilation. *International Journal of Mental Health Nursing* 23, 296–305.
- Berg, R. C., Denison, E. & Fretheim, A. (2010). *Psychological, Social and Sexual Consequences of Female Genital Mutilation/Cutting (FGM/C): A Systematic Review of Quantitative Studies*. Oslo: Norwegian Knowledge Centre for the Health Services.
71. Vloeberghs, E., et al. (2012). Coping and chronic psychosocial consequences of female genital mutilation in the Netherlands. *Ethnicity & Health* 17(6), 677-695.
72. Berer, M. (2015). The history and role of the criminal law in anti-FGM campaigns: Is the criminal law what is needed, at least in countries like Great

Britain? *Reproductive Health Matters* 23(46), 145-157.

73. Vissandjée., et al. (2014). Female genital cutting (FGC) and the ethics of care: community engagement and cultural sensitivity at the interface of migration experiences. *BMC International Health and Human Rights* 14(13).

74. Vissandjée., et al. (2014). Female genital cutting (FGC) and the ethics of care: community engagement and cultural sensitivity at the interface of migration experiences. *BMC International Health and Human Rights* 14(13).

75. Mulongo, P., McAndrew, S., and Hollins Martin, C. (2014b). The psychological impact of Female Genital Mutilation/Cutting (FGM/C) on girls/women's mental health: a narrative literature Review. *Journal of Reproductive and Infant Psychology* 32(5), 469–485.

76. Paliwal, P. (2014). Management of type III female genital mutilation in Birmingham, UK: A retrospective audit. *Midwifery* 30, 282–288.

77. Vissandjée., et al. (2014). Female genital cutting (FGC) and the ethics of care: community engagement and cultural sensitivity at the interface of migration experiences. *BMC International Health and Human Rights* 14(13).

78. Vloeberghs, E., et al. (2012). Coping and chronic psychosocial consequences of female genital mutilation in the Netherlands. *Ethnicity & Health* 17(6), 677-695.

79. Hämtad 2018-02-14 från <https://www.nck.uu.se/kunskapsbanken/amnesguider/hedersrelaterat-vald-och-fortryck/tvangsaktenskap-och-arrangera-de-aktenskap/>

80. *Brottsbalk (1962:700). Svensk Författningssamling.*

81. Hämtad 2018-02-14 från <http://www.regeringen.se/regeringens-politik/globala-malen-och-agenda-2030/jamstalldhet/>

82. UNICEF. (2014). *United Nations Children's Fund, Ending Child Marriage: Progress and prospects*, UNICEF: New York.

83. UNICEF. (2014). *United Nations Children's Fund, Ending Child Marriage: Progress and prospects*, UNICEF: New York.

84. Ungdomsstyrelsen (2009) *Gift mot sin vilja. Ungdomsstyrelsens skrifter 2009:5*. Ungdomsstyrelsen: Stockholm.

85. Socialstyrelsen. (2007). *Frihet och familj – en uppföljning av skyddade boenden för personer som hotas av hedersrelaterat våld*. Artikelnr. 2007-112-3.

86. Länsstyrelsen i Västra Götalands län. (2009). *Stress och trauma. En undersökning av förekomsten av PTSD hos personer utsatta för hedersrelaterat våld*. Rapport 2009:20.

87. Länsstyrelsen Östergötland. (2011). *Våga göra skillnad*. Rapport nr: 2011:14. Länsstyrelsen Östergötland.

88. NCK. (2011). *Att möta patienter som söker för oro kring oskuld och heder*. NCK rapport 2011:2. Nationellt centrum för kvinnofrid, NCK; Uppsala Universitet.

