

**CAMILLA LARSSON
SARA JOHNSDOTTER**
**SEXUELL HÄLSORÅDGIVNING
I EN MÅNGKULTURELL KONTEXT**

Röster från unga svensksomaliska kvinnor



SEXUELL HÄLSORÅDGIVNING
I EN MÅNGKULTURELL KONTEXT

FoU Rapport 2015:2

© Camilla Larsson & Sara Johnsdotter 2015

ISBN 978-91-7104-652-9 (tryck)

ISBN 978-91-7104-653-6 (pdf)

ISSN 1650-2337

Holmbergs, Malmö 2015

CAMILLA LARSSON
SARA JOHNSDOTTER
**SEXUELL HÄLSORÅDGIVNING
I EN MÅNGKULTURELL KONTEXT**

Röster från unga svensksomaliska kvinnor

Malmö högskola, 2015
Hälsa och samhälle

Publikationen finns även elektroniskt,
se www.mah.se/muep

INNEHÅLL

FÖRORD.....	7
SAMMANFATTNING.....	9
Fortsatt utvecklingsarbete.....	11
1. EN UNDERSÖKNING AV SEXUELL HÄLSORÅDGIVNING UR UNGAS SYNVINKEL	13
1.1 Inledning.....	13
1.2 Ungdomar, migration och sexualprevention i Sverige.....	14
1.3 Sverige ett mångkulturellt samhälle	15
1.4 Regeringsuppdrag: riktlinjer för bemötande av omskurna tjejer	16
1.5 Disposition.....	17
2. STUDIENS GENOMFÖRANDE.....	19
2.1 Urval	19
2.2 Fokusgrupper och intervjuer.....	20
2.3 Rekrytering av deltagare	21
2.4 Etiska överväganden.....	22
3. HÄLSA PÅ LIKA VILLKOR?.....	23
3.1 Ojämlig tillgång till sexuell hälsa	23
3.2 Ungdomar, migration och sexuell hälsa.....	24
3.3 Sexualpreventiva insatser med ett migrationsperspektiv	25
4. DEN VÄSTERLÄNDSKA KONTEXTEN	27
4.1 Sexualliberalt Sverige	27
4.2 Kyskheter och ärlighet som traditionella ideal	28
4.3 Budskap om förlorad sexuell förmåga	29

5. TILLGÅNG TILL SEXUELL HÄLSORÅDGVNING.....	32
5.1 Att vara en "bra tjej"	32
5.2 Risk för rykten	36
5.3 Sammanfattning	41
6. MOTSTRIDIGA SEXUALNORMER	42
6.1 Navigerar mellan olika sexualitetsnormer	42
6.2 Diskussion om motstridiga normer och värderingar	46
6.3 Känslor och attityder inför sexualrådgivning.....	47
6.4 Sammanfattning	50
7. EFTERFRÅGAR SAMTAL OM KVINNLIK OMSKÄRELSE	52
7.1 Kvinnlig omskärelse som tema i rådgivningen	52
7.2 Bakgrund kvinnlig omskärelse	52
7.3 Förväntningar på sexualitet.....	54
7.4 Vad tycker ungdomarna bör förmedlas om kvinnlig omskärelse?	56
7.5 Om att ta upp frågan med berörda ungdomar	59
7.6 Sammanfattning	63
8. SEXUELL HÄLSORÅDGVNING PÅ BÄSTA SÄTT	65
8.1 Vill lära sig om sex och sexuella konsekvenser	65
8.2 Skolan en viktig aktör.....	69
8.3 Information av någon som kan	69
8.4 Kombination mellan grupp- och enskild rådgivning	71
8.5 Hälsorådgivningens upplägg och struktur	74
8.6 Sammanfattning	75
9. SEXUALINFORMATION RIKTAD TILL NYANLÄNDA	77
9.1 Att prata om sexualitet när det är tabu	77
9.2 Gruppsammansättningens betydelse	79
9.3 Sammanfattning	80
10. DISKUSSION OCH FÖRSLAG	83
10.1 Generella insatser med specifik utformning	83
10.2 Lyssna på ungdomarnas berättelser	84
10.3 Kvinnlig omskärelse – en parentes	85
10.4 Sexuell hälsorådgivning i en västerländsk kontext.....	87
10.5 Studiens förtjänster, begränsningar och framtida forskning ..	88
REFERENSER	90

FÖRORD

Rapporten handlar om ungdomar och sexuell hälsorådgivning och fokuserar särskilt på unga kvinnor som lever i en mångkulturell kontext. Rapporten belyser sexuell hälsorådgivning ur unga somaliska kvinnor synvinkel; hur rådgivningen upplevs och hur den bäst kan utformas för att matcha unga kvinnors behov. Bland annat har vi undersökt vilka frågeställningar ungdomar anser relevanta att få svar på och hur dessa kan angripas på ett respektfullt sätt. Vissa resultat är specifika för målgruppen medan andra kan förväntas gälla även för andra ungdomar som lever i mångkulturella kontexter.

Studien pågick under hösten 2014 och finansierades av *Migrationens Utmaningar* som är ett forskningssamarbete vars övergripande syfte är att bidra med kunskapsutveckling i migrationsfrågor kopplat till hälsa, omsorg och vård. Forskningssamarbetet är ett samarbete mellan Malmö stad, Region Skåne och Malmö högskola och en målsättning är att forskningen ska bidra med ny kunskap till redan befintliga verksamheter i kommunen och regionen. Förhoppningen är att resultat från den här studien ska utgöra ett underlag i fortsatta diskussioner om hur sexuell hälsorådgivning kan utformas i ett mer religiöst och kulturellt diversifierat samhälle.

Resultaten av studien finns dels publicerade i form av en masteruppsats från sexologiprogrammet i Malmö och dels här i form av en rapport främst riktad till yrkesverksamma som kommer i kontakt med hälsorelaterade frågor i sin dagliga gärning. Den riktar sig till personal inom exempelvis hälso- och sjukvård, skolor, etableringsprogram och socialtjänst. Rapporten kan även vara av värde för andra som arbetar inom verksamhetsområdet, där inte minst frivilligorganisationer och andra aktörer som är intresserade av migrationsfrågor i relation till sexuell hälsa.

Vi som genomfört studien vill tacka alla unga somaliska kvinnor som deltagit i studien och bidragit med sina tankar och reflektioner. Ett särskilt tack till vår somaliska samarbetspartner Zahra Abdi Mohamed vars insatser för projektet har varit ovärderliga. I arbetet med studien har personer inom verksamheter både på kommunal, regional och frivillig nivå bidragit med tankar och erfarenheter och varit ett värdefullt stöd. Tack Jack Lukkerz, RFSU Malmö, Kristina Blomberg, SFI Komvux Södervärn, Cecilia Widgren, Noaks ark Syd och David Ransholm, Invandrarservice.

Malmö, september 2015

Camilla Larsson

Sara Johnsdotter

SAMMANFATTNING

Föreliggande rapport baseras på intervjuer med tolv ogifta svensk-somaliska kvinnor i åldrarna 16-26 år. Fokusgruppsintervjuer och enskilda intervjuer genomfördes under hösten 2014. Ungdomarna har betraktats som experter på hur sexuell hälsorådgivning bäst kan utformas för unga tjejer som lever i en mångkulturell kontext.

Resultaten i den här rapporten visar att majoriteten av ungdomarna upplevde att kunskapen de fått i sex- och samlevnadsfrågor är otillräcklig. De flesta uppgav att de inte diskuterar sexuella frågor i hemmet och upplevde att de inte fått tillräcklig sexualundervisning i skolan. Den grupp av tjejer som upplevde att de fått tillräcklig kunskap är större bland de som studerat vårdinriktade program på universitetsnivå i Somalia liksom de som haft kontinuerlig sexualundervisning i grundskolan i Sverige.

Ungdomarna i studien var i stort nöjda med hur den sexualundervisning och rådgivning de fått har förmedlats, snarare framstod bristen på rådgivning som problematiskt. Faktorer som hör ihop med migrationsbakgrund, religion och kultur visade sig dock spela roll för i vilken grad hälsorådgivningen uppfattas som tillgänglig för olika grupper av ungdomar. För att öka sexualpreventiva insatser tillgänglighet föreslår den internationella litteraturen på området riktade insatser mot migrantgrupper. Tjejerna i studien menade istället att insatser fungerar bäst när de är av generell karaktär och riktar sig till alla ungdomar och inte går att koppla direkt till sexualitet.

Resultaten visar att unga tjejer kan ha svårt att tillgodogöra sig sexuell hälsorådgivning på grund av normer som föreskriver att tjejer inte bör visa intresse för sexualitet. Normerna och genusidealerna tar sig exempelvis uttryck genom att den unga undviker att själv leta kunskap

i sexuella frågor, inte vågar ställa frågor i grupp eller inte uppsöker enskild sexuell hälsorådgivning av rädsla för stigma. Tjejer som visar intresse för sexuella frågor löper risken att få rykte om sig som en moraliskt ”dålig tjej”. Därför efterfrågades sexuell hälsorådgivning i grupp i kombination med obligatoriska enskilda samtal. Helst ville ungdomarna ha rådgivning i grupper de känner och själva valt.

Skolan ansågs vara den bästa platsen för både sexualinformation och sexuell hälsorådgivning. Skolsköterskan lyftes fram som den person som är bäst lämpad att erbjuda enskild sexuell hälsorådgivning. Flera föredrog att någon expert utifrån håller i sexualundervisningen, skolsköterskan inräknad. Till följd av starka tabun kopplade till sexualitet och föräktenskapligt sex kan besök hos ungdomsmottagning innebära risk för stigma och var inte en plats som upplevdes som tillgänglig.

Sexualundervisning i grupper uppdelade efter kön efterfrågades av majoriteten av deltagarna, delvis på grund av de olika genusnormer ungdomar har att förhålla sig till där tjejer har större krav på sig att uppvisa sexuell återhållsamhet men också för att tjejerna upplevde det som lättare att prata om kropp och pubertetsutveckling i könsseparerade grupper.

De största kunskapsbehoven fanns inom området för sexualitet och relaterade normer och attityder, hur (olika) kroppar ser ut, hur graviditet eller sexuellt överförbara sjukdomar kan undvikas liksom sociala frågor som normer kring kyskhet och att hålla sig från grupptryck att ha sex. Även kvinnlig omskärelse var en fråga som många ville ha mer kunskap om, särskilt varför ingreppet utförs, hur olika ingrepp kan påverka den sexuella och reproduktiva hälsan, vilka former av omskärelse som finns och hur ingreppet kan förstås i den nya svenska kontexten.

Resultaten visar att ungdomarna i den mångkulturella skolan navigerar mellan olika sexuella normsystem. Tillåtande sexualnormer som förmedlas till ungdomar genom media, i informationskampanjer och i skolmiljön ligger ibland långt ifrån ungdomarnas föräldrars inställning till sexualitet. Ungdomarna uttryckte en önskan att motstridiga sexualnormer och budskap tas upp till diskussion i sexuell hälsorådgivning.

Unga omskurna kvinnor behöver hantera massmediala framställningar med budskap om att de är stympade och berövade sin förmåga till sexuell njutning. Studien visar att ungdomarna hade olika

föreställningar om hur kvinnlig omskärelse påverkar sexualiteten. Några tjejer hade en bild av att det inte går att njuta av sex som omskuren. Många hade mycket begränsad kunskap om ingreppet.

Olika metoder och material för att förmedla sexualinformation och rådgivning föreslogs. Bland förslagen fanns broschyrer, filmer, böcker, tecknade bilder, anonyma frågelådor, modeller över kroppens anatomi och workshops i grupper. Tillräckligt med tid behöver avsättas för att känslor av genans ska hinna avta och ungdomarna ska känna sig trygga att lyssna och ställa frågor.

Inom gruppen nyanlända migranter framhölls behov av sexualundervisning på modersmål, gärna i grupper med liknande kulturell eller religiös bakgrund. Religion och religiösa citat föreslogs utgöra en ingång för samtal om sexualitet i grupper där ämnet är tabu. Separering av grupper i olika ålderskategorier (yngre/ogifta, äldre/gifta) efterfrågades liksom könsseparerade grupper.

Fortsatt utvecklingsarbete

Att prata om sexuella frågor är traditionellt sett tabu bland somalier. Många kommer därför att debutera sexuellt med begränsad kännedom om den egna sexualiteten och dess möjligheter. Unga ogifta kvinnor som blir gravida före äktenskap riskerar att uteslutas från den somaliska gruppen. Det är därför angeläget att det finns sexualpreventiva insatser som är tillgängliga för målgruppen och som behandlar frågor om preventivmedels- och abortrådgivning, kroppsideal och förväntningar på sexualitet. För att kunna erbjuda en rådgivning som på ett respektfullt och nyanserat sätt angriper frågeställningar ungdomarna har att hantera behövs området regelbundet följas upp genom fortsatta studier. Studiens resultat och rekommendationer:

- Det finns ett behov av att se över vilken roll *plats* och *struktur* har för sexuell hälsorådgivning riktad mot ungdomar med migrationsbakgrund. Insatser behöver lokaliseras till en plats där ungdomen inte riskerar att utsättas för stigma eller ryktes-spridning.
- Professionella som möter ungdomar i sexuella hälsofrågor behöver ha kunskap och en förståelse för de olika sexualnormer ungdomar möter i samhället i dag. Dessa behöver lyftas fram i sexuell hälsorådgivning.

- I möten med omskurna tjejer behöver professionella adekvat och nyanserad kunskap för att ge utrymme för den ungas berättelse och de frågor hon anser viktiga. Massmediala framställningar ger ofta inte utrymme för berättelser eller erfarenheter som förmedlar en positiv bild av omskurna kvinnors sexualitet och sexuella möjligheter. Ungdomarna behöver få information om att de har goda möjligheter att få ett bra sexliv.

1. EN UNDERSÖKNING AV SEXUELL HÄLSORÅDGIVNING UR UNGAS SYNVINKEL

1.1 Inledning

Syftet med studien var att undersöka sexuell hälsorådgivning ut ungas synvinkel. Frågor som belyses i rapporten är hur rådgivningen upplevs, hur ungdomars möjligheter att tillgodogöra sig rådgivningen ser ut och hur den på ett respektfullt sätt kan utformas för att möta de behov och frågeställningar unga kvinnor har att hantera i dag. Vi har särskilt intresserat oss för unga tjejer som lever i en mångkulturell kontext och i studien står unga svensksomaliska kvinnor röster i centrum. Fokus i presentationen av materialet kommer att vara hur sexuell hälsorådgivning kan utformas för att bättre matcha behoven bland ungdomar som lever i en mångkulturell kontext i allmänhet, och sexuell hälsorådgivning i relation till omskurna tjejer i synnerhet.

Frågan undersöktes genom fokusgrupper och intervjuer med tolv unga svensksomaliska kvinnor bosatta i Malmö. Med unga avses här ogifta kvinnor i åldrarna 16-26 år. De flesta hade egna migrationserfarenheter medan några inte själva har migrerat men har föräldrar som gjort det. De flesta av ungdomarna gick i eller hade nyligen avslutat svensk gymnasieskola. Några av deltagarna migrerade till Sverige i tidiga tonåren medan en fokusgrupp bestod av äldre somaliska tjejer som kommit till Sverige i tjugoårsåldern. Den senare gruppen kan betraktas som nyanlända i bemärkelsen att de varit i Sverige i mindre än fyra år och inte gått i svensk grund- eller gymnasieskola. Några stod i kö för SFI (svenska för invandrare) medan några läste svenska på grund- eller gymnasienivå eller deltog

i etableringsprogram. Samtliga hade gymnasial utbildning och de flesta hade eftergymnasial utbildning. Några hade ett par års erfarenhet av arbete inom hälso- och sjukvård i Somalia med särskilt fokus på sexuell och reproduktiv hälsa. I texten använder vi ”äldre” för att beskriva kvinnorna som passerat gymnasiet (19 år) medan ”yngre” används för att beskriva de som ännu går i skola.

Till följd av gruppernas olika villkor och möjligheter att ta del av sexuella hälsoinsatser har vi i avsnitten som berör utformning av hälsoinsatser valt att redovisa materialet i separata kapitel. Kapitel 8 berör skolungdomar som har sexuell hälsa som obligatoriskt skolämne medan kapitel 9 fokuserar på unga vuxna migranter som står utanför den svenska grund- och gymnasieskolan.

1.2 Ungdomar, migration och sexualprevention i Sverige

Ungdomar är en prioriterad grupp i den nationella strategin mot hiv/aids och vissa andra smittsamma sjukdomar (Prop.2005/06:60) och en mängd aktörer arbetar i dag på olika nivåer och inom olika verksamheter för att främja sexuell hälsa inom gruppen. Syftet med att utbilda unga kring sexualitet är att de ska kunna göra välgrundade beslut kring sin sexualitet och förebygga ohälsa (Forsberg, 2010). Det övergripande målet med det förebyggande arbetet är att begränsa spridning av sexuellt överförbara sjukdomar (STI) och förebygga oönskade graviditeter (Ekstrand et al., 2011). Samtidigt vet vi föga om vilka insatser som faktiskt fungerar (Chandra-Mouli et al., 2015; Socialstyrelsen/SMI, 2011). En internationell granskning av interventioner för ökad sexuell och reproduktiv hälsa bland ungdomar (Chandra-Mouli et al., 2015) visar att ungdomars perspektiv och delaktighet går förlorad när insatser för sexuell hälsa ska utformas. I en svensk kontext saknas i dag kunskap om förhållandet mellan ungdomar, migration och sexuell hälsorådgivning (Socialstyrelsen/SMI, 2011; Tikkanen et al., 2011). Den här rapporten är en ansats till att fylla den luckan och syftar till att belysa preventiva insatser och sexuell hälsorådgivning i en mångkulturell kontext ur ungdomars synvinkel: Hur förhåller sig ungdomar till sexuell hälsorådgivning? Hur kan den utformas för att uppfattas som meningsfull för ungdomarna? Hur kan den göras tillgänglig för ungdomar som lever med stigma kopplat till sexualitet? Vilka frågor önskar ungdomar få svar på och hur kan frågorna angripas på ett respektfullt sätt? Det är några av de frågor som närmare kommer att studeras i de följande kapitlen.

1.3 Sverige ett mångkulturellt samhälle

Sverige är i dag den tredje största flyktingmottagaren i EU (UNHCR, 2014) och beskrivs som ett mångkulturellt samhälle där en stor andel av befolkningen migrerat från andra länder.¹ Andelen somalier som invandrat till Sverige har ökat markant sedan 2006 och uppgår i dag till 57 906 personer (SCB, 2015). Till följd av interna konflikter efter inbördeskriget som bröt ut 1991, utgör somalier den störst växande flyktinggruppen i Europa. I Sverige bor de flesta i storstäderna Stockholm, Göteborg och Malmö (Open Society Foundations, 2014).

Unga svensksomaliska kvinnor i färd med att hitta en sexuell identitet och ett vuxen-jag möts av motstridiga normer kring sexualitet: å ena sidan den allmänna svenska diskursen som betonar sexuell frihet och upplösande av sexuella tabun, å andra sidan traditionella värderingar som påbjuder en striktare sexualmoral med ideal som kyskhet och ärbarhet. De behöver därtill hantera nationella kampanjer med budskap om att de är ”stympade” och berövade sin förmåga till sexuell njutning (Johnsdotter & Essén, 2004). Budskapet motsägs av forskning som visar att en majoritet av omskurna kvinnor har erfarenheter av orgasm och har en intakt förmåga att njuta sexuellt (se översikter av Berg & Denison, 2011; Obermeyer, 2005). Det är trots detta fortfarande en utbredd uppfattning som omskurna kvinnor har att förhålla sig till i sin vardag. Många av de somaliska kvinnor som migrerar till Sverige är redan omskurna. Budskapet att omskurna kvinnor är stympade riskerar inte bara att prägla deras möten med professionella som arbetar med sexuella och reproduktiva hälsofrågor utan riskerar även att påverka kvinnornas självbild negativt (NCK, 2011; Njambi, 2004).

I Sverige hanteras frågor som rör sexuell och reproduktiv hälsa i allmänhet av ungdomsmottagningar och i viss mån inom skolväsendet. Att som somalisk kvinna vända sig till en ungdomsmottagning eller visa ett för starkt intresse för dessa frågor kan dock innebära risk för stigmatisering inom den somaliska gruppen (Johnsdotter & Essén, 2004, pilotstudie). Att prata sexuella frågor är traditionellt sett tabu bland somalier och fastän situationen förändras i exil, kommer många svensksomaliska kvinnor att debutera sexuellt med begränsad kännedom om den egna sexualiteten och dess möjligheter. Samtidigt kan

¹ Enligt SCB:s befolkningsstatistik uppgår antal personer med utländsk bakgrund till 26 % av den totala befolkningens mängden i Sverige. Enligt SCB:s definition av personer med utländsk bakgrund inräknas både personer födda utomlands och personer födda i Sverige med två utlandsfödda föräldrar (SCB, 2014).

sexuella normöverträdelser för kvinnorna få svåra följder som t.ex. social uteslutning ur den somaliska gruppen (Johnsdotter & Essén, 2004; Johnsdotter, 2002). Frågor kring sexuell hälsa, preventivmedel, kroppsideal och förväntningar på sexualitet blir av dessa anledningar av yttersta vikt att hantera för kvinnorna, för att främja sexuell hälsa och möjliggöra utvecklande av en positiv sexuell identitet. Studier bland ungdomar har visat att förhållandena är giltiga även för andra grupper av ungdomar som har att hantera kulturella normkonflikter och tabun kring sexualitet (se t ex Berglund, 2008 om katolska ungdomar i Nicaragua eller Lindgren, 2008 om sexualundervisning för ungdomar i Malmö).

1.4 Regeringsuppdrag: riktlinjer för bemötande av omskurna tjejer

Förevarande studie är ett fortsättningsprojekt på en pilotstudie som utfördes under 2005 som visade att den sexuella hälsrådgivningen som finns i dag inte möter gruppens behov på ett tillfredsställande sätt (Johnsdotter & Essén, 2004). När det gäller sexuell hälsa bland unga somaliska tjejer är kunskapsluckorna fortfarande stora. En snabb sökning på 'unga somaliska kvinnor och sexuell hälsa' visar att diskussionerna på fältet domineras av studier kring kvinnlig omskärelse.

Kvinnlig omskärelse, också kallat kvinnlig könsstympning, innebär att delar av de yttre kvinnliga könsorganen avlägsnas utan att det finns medicinska skäl bakom ingreppet (WHO, 2014a). Olika sorters ingrepp kan innefatta att klitoris yttre del, de inre och ibland de yttre blygdläpparna avlägsnas. Ibland sys vagina ihop så att bara en liten öppning lämnas kvar. Kvinnlig omskärelse praktiseras i ett 30-tal länder främst i Afrika och i några länder i Asien, men är starkast förknippat med Somalia (UNICEF, 2013). Världshälsoorganisationen (WHO) räknar med att 98 % av alla kvinnor i Somalia är omskurna (WHO, 2008). I en nyligen utgiven prevalensstudie uppskattar Socialstyrelsen (2015) att närmare 38 000 flickor och kvinnor i Sverige kan vara omskurna, varav cirka 7 000 är flickor under 18 år. De största grupperna är födda i Somalia, Eritrea, Etiopien, Egypten och Gambia och har genomgått omskärelse innan de kom till Sverige. Då sannolikheten är stor att professionella någon gång i sin yrkesutövning kommer att möta omskurna kvinnor är det därför angeläget att vårdpersonal och personal som möter målgruppen har kännedom om praktiken.

Studien som utförts av Socialstyrelsen har skett på uppdrag av regeringen i syfte att kartlägga i vilken utsträckning flickor och kvinnor som lever i Sverige kan ha genomgått kvinnlig omskärelse. Regeringen har även uppdragit åt Länsstyrelsen Östergötland att ta fram vägledande material om kvinnlig omskärelse som är anpassat för verksamheter som kommer i kontakt med målgruppen (U2013/5292/JÄM). I skrivande stund pågår en undersökning om vilka förutsättningar hälso- och sjukvårdspersonal har för att på ett professionellt och respektfullt sätt bemöta omskurna flickor och kvinnor. Resultaten är inte publicerade än. Hittills saknas kunskap om vad de berörda ungdomarna anser i frågan.

1.5 Disposition

Det följande kapitlet berör projektets metodologiska förutsättningar; forskningsmetoden och urvalsprocessen. Läsaren som är intresserad av projektets metodologiska utgångspunkter kan läsa detta kapitel (två), medan den som är mer intresserad av bakgrunden till studien med fördel kan gå vidare direkt till kapitel tre och fyra.

Redogörelsen av studiens empiriska material och analys inleds i kapitel fem. Avsnitten som berör empirin är omfattande och kan läsas i sin helhet eller som delar. Det främsta fokuset ligger på sexuell hälsorådgivning för ungdomar som går i grund- eller gymnasieskola. Röster från de nyanlända tjejerna där de diskuterar sexualprevention riktat mot migranter har lyfts ut och diskuteras i ett separat avsnitt. Samtliga kapitel avslutas med en sammanfattning av de huvudsakliga resultaten och reflektioner.

Kapitel fem inleds med en beskrivning av unga tjejers möjligheter att tillgodogöra sig sexuell hälsorådgivning. I kapitlet berörs tillgång till rådgivning utifrån genusnormer som särskilt begränsar unga tjejers möjligheter att tillgodogöra sig rådgivningen.

I kapitel sex berörs spänningsfältet mellan en tillåtande sexual-liberal miljö och en traditionell miljö i relation till behovsområden och förutsättningar för formerna för sexuell hälsorådgivning.

I nästföljande kapitel fördjupas ett av behovsområdena som framkommit i samtalen med ungdomarna. I kapitlet diskuteras kvinnlig omskärelse och de frågeställningar ungdomarna i studien gav uttryck för samt hur frågan kan angripas på ett respektfullt sätt.

Därefter, i kapitel åtta, följer en sammanställning och diskussion av de faktorer ungdomarna i studien upplever som framgångsfaktorer för en lyckad sexuell hälsorådgivning.

I kapitel tio berörs slutligen kort sexuell hälsorådgivning riktad mot nyanlända migranter. Avsnittet är inte lika omfattande som de övriga och ska ses som ett empiriskt nedslag i perspektiv som belyser sexualprevention riktad mot nyanlända.

Studien sammanfattas och diskuteras slutligen i kapitel elva.

2. STUDIENS GENOMFÖRANDE

2.1 Urval

Studiens empiriska material samlades in genom fokusgruppsintervjuer (FGD) och enskilda intervjuer med tolv unga svensksomaliska kvinnor. Med unga somaliska kvinnor avses här ogifta kvinnor i åldrarna 16-26 och innefattar både de som själva har migrationserfarenheter och de som inte själva migrerat till Sverige men har föräldrar som gjort det.

För studien utgör kön en viktig variabel. I ett sammanhang där föräldrar har en mer restriktiv hållning till sexualitet utanför äktenskap är restriktioner särskild märkbara för unga flickor och kvinnor (Forsberg, 2007). Fastän vi inte ska glömma att uppmärksamma också de unga männens situation, utgör kön en tydlig skiljelinje världen över och tar sig uttryck i olika former av begränsningar av tjejer/kvinnors sexuella handlingsutrymme, och är det som i grunden avgör vilken rörelsefrihet och möjligheter att agera en individ har. Detta är tydligt också i ett flertal andra studier om ungdomar och sexualitet. Skiljelinjen mellan könen är också betydligt mer accentuerad hos ungdomar med utländsk än hos dem med svensk bakgrund (Forsberg, 2005). I arbetet med inläsning på området står det dock klart att också unga killars perspektiv är frånvarande i forskning om upplevelser och metoder för sexuell hälsorådgivning, en fråga för vidare studier.

Deltagarna i studien betraktades som experter på hur ungdomar och unga somaliska kvinnor i allmänhet resonerar kring sexuell hälsorådgivning. Frågor ställdes således inte kring deltagarnas egen sexualitet eller sexuella erfarenheter. Somalier i Malmö utgör inte någon homogen grupp, vare sig i sin tolkning av islam, vad gäller deras socioekonomiska status eller deras geografiska ursprung i

Somalia. Detta till trots illustrerar resultatet *socialt erkända* idéer om hur somaliska unga kvinnor i Malmö resonerar kring sexuell hälsorådgivning (se Isotalo, 2007 för ett resonemang kring detta). Socialt erkända regler kan på gruppnivå förstås som generella förhållningsregler och diskurser som kan antas påverka unga kvinnor och somaliska tjejer i samhället i allmänhet. I intervjuerna ombads ungdomarna diskutera och ta ställning till olika påståenden och resonera kring hur de tror att andra ungdomar i deras omgivning tänker i olika situationer, varför svaren inte alltid kan antas spegla deras egna erfarenheter.

2.2 Fokusgrupper och intervjuer

Vi var två personer som genomförde fokusgruppsintervjuerna tillsammans, båda med bakgrund i arbete med sexuella hälsofrågor; Camilla Larsson (CL) har bakgrund inom socialt arbete och arbete som sexualinformatör mot SFI-elever i Malmö och vår somaliska samarbetspartner Zahra Abdi Mohammed (ZA). ZA arbetar till vardags för Länsstyrelsen Skåne som somalisk samhälls- och hälsokommunikatör mot nyanlända i regionen. ZA har stor vana att arbeta med sexuella hälsofrågor både professionellt och genom deltagande i tidigare forskningsstudier av detta slag.

Varje fokusgrupp träffades vid två tillfällen med 1-2 veckors mellanrum. Intervjuerna inleddes med en första gemensam fokusgruppsträff. Vid nästföljande tillfälle träffades gruppen igen med enbart ett kort inledande gruppsamtal. Gruppdeltagarna separerades sedan så att gruppen satt tillsammans och samtalade med ena fokusgruppsledaren (ZA) medan deltagare kallades in för enskilda intervjuer med den andra fokusgruppsledaren (CL) i ett rum bredvid. Totalt genomfördes tre fokusgruppsmöten, med fyra deltagare per grupp. Fokusgruppsamtalen varade 2-3 timmar och berörde frågor om erfarenheter och tankar kring sexuell hälsorådgivning och bästa respektive sämsta former för rådgivning i fråga om var rådgivning bör ske, vem som bör förmedla den, hur den bör förmedlas och vad som bör kommuniceras. Ungdomarna tog ställning till olika påståenden och diskuterade för- och nackdelar med olika rådgivningsformer. De frågeställningar som uppkom i fokusgruppsamtalen fångades sedan upp i de enskilda intervjuerna. Enskilda intervjuer gjordes med elva av deltagarna. Intervjuerna varade mellan 45 och 60 minuter. En intervju var kortare och varade i 30 minuter.

Samtliga intervjuer genomfördes på svenska eller engelska, medan gruppssamtalen delvis också skedde på somaliska som under mötets gång sammanfattades på svenska av antingen ZA eller någon av gruppdeltagarna. Alla intervjuer utom en spelades in och transkriberades efter samtycke från deltagarna. Vid tillfället då intervjun inte spelades in togs istället noggranna anteckningar. För att ungdomarna inte ska kunna identifieras anges inte deras ålder eller vistelsetid i landet utan i de fall där det framstår som relevant refereras de till som ”äldre” eller ”yngre” tjejer, där de över 20 år som avslutat gymnasiet betraktats som äldre. I det presenterade materialet är citaten avidentifierade och uppgifter eller uttryck som kan kopplas till enskilda individer är borttagna. Ungdomarna valde själva de fiktiva namn som används i texten.

Med hänsyn till att ämnet inom den somaliska gruppen kan uppfattas som känsligt kan man fråga sig om fokusgrupper är ett bra val av metod för en studie av det här slaget. Erfarenheten från fokus-samtalen visade att metoden fungerade väl för att diskutera sexuella hälsofrågor med gruppen. Vår uppfattning var att deltagarna var nyfikna på varandras perspektiv, intresserade av att delta i diskussionerna och villiga att dela med sig av sina tankar. Att metoden fungerade väl visade sig också genom att informanterna förespråkade metoden som en metod för framtida sexualpreventivt arbete. Mer om detta kan läsas i presentationen av empirin.

2.3 Rekrytering av deltagare

Deltagare till studien rekryterades genom vår somalisktalande samarbetspartner ZA. För att underlätta diskussionerna i fokusgrupperna sattes grupperna samman utifrån deras känsla av tillhörighet med övriga gruppdeltagare, så kallade *naturliga grupper* (Bryman, 2002); antingen genom vänskap eller genom föreningsgemenskap.

Eftersom frågor som rör sexuell hälsa traditionellt uppfattas som tabu bland somalier och då ämnet för studien kan uppfattas som känsligt, förankrades ungdomarnas deltagande i studien först hos ungdomarnas föräldrar, trots att samtycke från föräldrar egentligen inte krävs för en studie där deltagarna är över 15 år. Efter godkännande från föräldrarna kontaktades ungdomarna som informerades om studien varpå de meddelade intresse att delta eller inte. Deltagarna samtyckte till medverkan i studien genom att välja att dyka upp på intervjuträffarna. Kontakt med föräldrar togs inte i de

fall de tilltänkta deltagarna var över 18 år, då den unga betraktas som myndig. I några fall kontaktades ZA av ungdomar eller föräldrar till ungdomar med förfrågan om möjlighet att delta i studien.

Några föräldrar avböjde deltagande då ämnet uppfattades som för känsligt och någon godkände att ungdomarna deltog i studien men drog sedan tillbaka ungdomens medverkan innan intervjuer inlemts. Vid varje inledande intervjutillfälle var det också ungdomar som sagt att de tänkt komma som inte dök upp. Sammanlagt var det sju ungdomar som anmält intresse till intervjuerna som sedan inte dök upp. Olika skäl kan finnas till detta, i många fall tycktes det handla om att de valde att prioritera annat. Intervjuerna var förlagda till helger och ungdomarna förväntades avsätta en relativt lång tid, tre timmar, för varje tillfälle. Tiden kan ha uppfattats som ett hinder för deltagande: man tyckte kanske helt enkelt att det var för mycket tid att investera. Vid ett tillfälle sammanföll även den första fokusgruppen med ett lokalt evenemang för somalier vilket gjorde att någon som tänkt delta inte kunde närvara. Det kan hända att de som valde att inte dyka upp eller att de vars föräldrar inte samtyckte till ungdomens deltagande har ett mer restriktivt förhållningssätt till sexualitet och att dessa ungdomar skulle ha kunnat ge beskrivningar av en annan verklighet.

2.4 Etiska överväganden

Syftet med studien är att ge en bild av unga somaliska kvinnors röster och söka förståelse för sexuell hälsorådgivning ur deras synvinkel. Medan många förhållanden gäller för de flesta grupper av ungdomar kommer vi i presentationen att möta beskrivningar som ibland är kulturellt specifika.² I framställningen finns en risk att förstärka kulturella skillnader eller en annorlundahet. Ett sätt att hantera risken är att alltid vara medveten om att också mönster vi själva är bekanta med och uppfattar som ”naturliga” och ”normala” också är kulturellt formade. (Se Johnsdotter 2012a för vidare resonemang om detta.)

2. Faran att tala om ”kulturer” är att det kan uppfattas som ett statiskt och oföränderligt tillstånd som den enskilde alltid bär med sig, utan utrymme för förändring och omförhandling. Här vill vi snarare mena att det handlar om synsätt och mönster som delas av en större grupp och som är under ständig förändring.

3. HÄLSA PÅ LIKA VILLKOR?

3.1 Ojämlig tillgång till sexuell hälsa

Flera forskningsöversikter visar att tidig information och kunskap om sexualitet och preventivmedelsanvändning ökar förutsättningarna för en förbättrad sexuell och reproduktiv hälsa (Alford, 2008; Kirby et al., 2007). Samtidigt visar flera studier att människor med migrationserfarenheter löper större risk att drabbas av sexuell ohälsa och i lägre grad nås av hälsofrämjande insatser än människor födda i landet (forskningsöversikt av SMI, 2012; Salehi et al., 2014).

Förhållandena gäller på gruppnivå och det finns alltid anledning att vara försiktig med att göra generella påståenden om olika grupper. Det är viktigt att ha i åtanke att det inom gruppen ungdomar eller personer med migrationserfarenheter finns oändliga variationer både i erfarenheter och i sätt att förhålla sig till sexualitet. Flera faktorer kan påverka tillgången till sexuell hälsoservice som inte alltid har med migration, kultur eller etnicitet att göra. Faktorer som ålder, kön och grad av sexuell aktivitet spelar roll för i vilken grad ungdomar väljer att använda sexuell hälsoservice. Tjejer, äldre ungdomar och sexuellt aktiva ungdomar tenderar t.ex. att använda servicen mer än yngre ungdomar, killar eller de som inte är sexuellt aktiva (Salehi et al., 2014). Sociala resurser och tidigare erfarenheter av sexualundervisning påverkar också i vilken utsträckning ungdomar utnyttjar servicen (ibid.). Även sexualnormer och individuella faktorer såsom ungdomens uppfattning om vilket beteende som förväntas av en som t.ex. ung kille eller tjej kan också påverka benägenheten att uppsöka sexuell hälsorådgivning eller att delta i skolans sexualundervisning (Salehi et al., 2014; Wray et al., 2014).

Ofta korrelerar migrationserfarenhet med andra sociala förhållanden som påverkar tillgång till sexuell hälsoservice. Bristande ekonomiska tillgångar, misstro mot myndigheter och vårdpersonal, diskriminering, svaga språkkunskaper och brist på kunskap om vart man kan vända sig vid hälsoproblem är faktorer som kan utgöra hinder för att uppsöka vård i det nya landet. Dessa hinder har bland annat beskrivits i relation till nyanlända somalier i exil (Filippi et al., 2014; Pavlish et al., 2010). Rädsla för att konfidentialitet inte skyddas av personal och tolkar liksom begränsade ekonomiska förutsättningar att skaffa nödvändiga preventivmedel eller hälso- och sjukvård kan också bidra till ökad ohälsa inom migrantgrupper (Cook et al., 2003; SMI, 2012). Ofta studeras förhållanden i relation till vuxna migranter och vi vet idag föga om hur ungdomar med migrationserfarenheter skulle beskriva tillgång till sexuell hälsoservice (Salehi et al., 2014).

3.2 Ungdomar, migration och sexuell hälsa

Att religion har stor påverkan på ungas attityder och sexuella handlingsmönster har länge varit känt inom den internationella socialvetenskapliga forskningen (Moreau et al., 2013). I en stor svensk enkätstudie om ungas kunskaper, attityder och sexualvanor (UngKAB09) rapporterade t.ex. unga kvinnor med utländsk bakgrund som uppgav att religion påverkar deras vardag i hög grad, att de samlagsdebuterar senare än ungdomar till svenskfödda föräldrar (Tikkanen et al., 2011). Samtidigt visar en annan svensk studie att aborttalen är högre i den här gruppen. Man har också kunnat se att kunskaperna om och graden av preventivmedelsanvändning är lägre inom gruppen liksom benägenheten att utnyttja sexuell hälsoservice (Helström et al., 2006). UngKAB09-studien visar också att gruppen i lägre utsträckning varit i kontakt med det hälsofrämjande arbetet t.ex. att ha besökt preventionssajter på nätet, läst broschyrer, tagit emot gratis kondomer eller samtalat med sexualupplysare (Tikkanen et al., 2011). Liknande tendenser har iakttagits även i andra västerländska kontexter (Moreau et al., 2013). Hur grad av religiositet förhåller sig till attityder och handlingar gällande sexualitet har inte beaktats i någon större omfattning i den svenska sexualitetsforskningen (Tikkanen et al., 2011). Inom området för preventionsforskning riktad mot migranter är över huvud taget få studier gjorda om förhållandena i Sverige (SMI, 2012).

I en studie från 2012 om hälsa bland nyanlända somaliska kvinnor (18-64 år) i Sverige, uppgav knappt hälften av kvinnorna att de hade tillräckliga kunskaper om hur man skyddar sig mot STI och oönskade graviditeter (HELMI, 2012). Mer än hälften av kvinnorna uppgav att de också saknade kunskap om var de kunde vända sig för STI-testning, abort- eller preventivmedelsrådgivning (ibid.). Det indikerar att särskilt statusen som nyanländ kan innebära begränsad kännedom om vart man kan vända sig för att få hjälp med sexuella hälsofrågor och en särskild utsatthet i förhållande till risk för sexuell ohälsa.

3.3 Sexualpreventiva insatser med ett migrationsperspektiv

I en kartläggning över hiv/STI-preventiva insatser i regionen från 2010 (Björngren Cuadra, 2010) framkommer att det i Region Skåne funnits flera satsningar på sexualpreventivt arbete där ett migrationsperspektiv finns med. Flera av satsningarna är aktuella även nu, fem år senare. För nyanlända personer utgör verksamheter som Svenska För Invandrare (SFI) och kommunens verksamheter för mottagande och etablering av nyanlända, viktiga aktörer i det sexualpreventiva arbetet i regionen. I dagsläget driver Länsstyrelsen Skåne projektet *Samhälls- och hälsokommunikatörer* (SHK). Samhälls- och hälsokommunikatörerna arbetar med information och dialog på modersmål för nyanlända personer i regionen och ett av områdena som berörs är hälsa och sexuell hälsa. Vad gäller information i hälsofrågor har Invandrarservice i Malmö en viktig roll. I Malmö ges information om hiv/STI på Invandrarservice av den ideella organisationen Noaks Ark med hjälp av tolk. Invandrarservice är en kommungemensam verksamhet och har inte ett uttalat uppdrag att arbeta med hiv/STI-frågor (ibid.). I Malmö har också Komvux Södervärn en särskild satsning på sexuell hälsa, där de genom SFI-undervisningen erbjuder grundkunskaper i sexuell hälsa, samlevnad och information om sexuell hälsoservice i staden.

I Malmö stads skolor har också länge bedrivits olika projekt för att stärka skolornas arbete med sexualkunskap (t.ex. projekten SåSant och Livssamtal) där migrationsperspektivet är ett av många perspektiv som ska genomsyra undervisningen. Projekten är numera nedlagda.

Internationellt har det vuxit fram en uppsjö litteratur som behandlar temat med fokus på frågor kring hur hälsovård och rådgivning kan utformas i ett alltmer religiöst och kulturellt diversifierat samhälle (Balcazar et al., 2009). För att insatser för sexuell hälsa ska bli

tillgängliga för minoritetsgrupper har bland annat FN förespråkat ett kulturellt sensitivt arbetssätt och kommunikation (UNFPA, 2014). Det finns många sätt att förhålla sig till diskussionen om kultursensitivitet. I en kommande artikel (Arousell et al.) förs en kritisk diskussion kring kultursensitivitet inom människobehandlande yrken. Författarna menar att i försök att vara känsliga för personers specifika sociokulturella sammanhang spiller idéerna ofta över i fördomar och stereotypifiering av ”de andra” (se t.ex. Mills, 2012 för en kritisk diskussion kring sexualpreventiva insatser för somaliska ungdomar i USA). Ansatsen utgår från uppfattningen att olika etniska eller religiösa minoriteter behöver eller vill ha en annan typ av vård eller omsorg än den majoritetssamhället önskar. Ofta landar litteraturen på området i att föreslå riktade insatser mot olika grupper (Coleman & Testa, 2008a). Samtidigt visar Arousell et al. (kommande) som studerat hur personer med muslimsk tro förhåller sig till frågan, att de intervjuade förväntar sig samma vård och bemötande som alla andra och att önskemål om särskild vård varierar stort både mellan olika grupper och också på individnivå.

Riktade interventioner eller studier av detta slag löper risken att vara utpekande och stigmatiserande, samtidigt kan brist på kunskap om olika gruppers hälsosituation innebära en grogrund för förutfattade meningar som sedan präglar mötet mellan professionella och personerna de möter. För att på ett adekvat sätt kunna bemöta eventuella utmaningar migrantgrupper står inför behövs kunskap om deras situation. För att preventiva hälsoinsatser ska bli effektiva och inte missa målet behövs också kunskap om grundläggande förutsättningar, som vilka arenor som är tillgängliga och vilka aktörer som är de rätta samt kunskap om att rätt kanaler förmedlar rätt budskap (Socialstyrelsen/SMI, 2011). Den här rapporten utgör en ansats till att bidra med kunskapsunderlag för fortsatt utformning av sexuella hälsoinsatser för ungdomar som lever i en mångkulturell kontext. Studien belyser också hur sexuell hälsorådgivning kan förbättras för unga kvinnor som genomgått kvinnlig omskärelse.

4. DEN VÄSTERLÄNDSKA KONTEXTEN

4.1 Sexualliberal Sverige

Sverige beskrivs ofta som ett sexuellt frigjort land med en tillåtande hållning till ungdomars sexualitet (Larsson, 2009). I Sverige infördes obligatorisk sexualundervisning i skolan år 1955 och på regional nivå har inrättats ungdomsmottagningar med en tydlig profil mot ungdomar och unga vuxna (Häggström-Nordin et al., 2009). Frågan om ungdomar och sexualprevention ägnas mycket uppmärksamhet internationellt, ofta med fokus på hur man genom insatser kan förmå ungdomar att vara avhållsamma från sex (Kirby et al., 2007). I Sverige har preventiva insatser och kampanjer istället betoning på bejakande av sexualitet och sexuell lust med ett fokus på ”säkert sex”, det vill säga sex på sådant sätt som minskar risken för överföring av hiv/STI och oönskade graviditeter.³

Inom grupper där sexualitet uppfattas som en högst privat fråga kan både föräldrar och ungdomar känna sig obekväma inför exponeringen av sexuell hälsoinformation eller hälsoservice (Salehi et al., 2014; Wray et al., 2014).⁴ Tillhandahållandet av lättillgängliga preventivmedel har inneburit att förutsättningarna för intima relationer förändrats (Giddens, 1995). Studier pekar på att unga har allt fler och en mer tillåtande och experimenterande hållning till intima relationer (Forsberg, 2005; Tikkanen et al., 2011). Många immigranter uppfattar denna utveckling som besvärande, inte minst muslimska

3 Under 2014 hade t.ex. Riksförbundet för Sexuell Upplysning (RFSU) en kampanj tillsammans med ett klädesföretag där de uppmanar till att alltid ha kondom tillgänglig i byxfickan. Kampanjens budskap är ”Be Carefree, Nor Careless” (RFSU:s webbsida, 2014a).

4 Som påpekas i Johnsdotter & Essén (2004) ska inte denna extrema öppenhet i det offentliga rummet förväxlas med en korresponderande öppenhet på ett privat plan. De flesta svenskar skulle inte prata om sin egen sexualitet med andra då det anses vara en högst privat angelägenhet.

grupper (Johnsdotter, 2002; Ouis, 2009b). Bland somaliska kvinnor har man sett att det kan finnas en frustration kring hur det svenska samhället hanterar ungdomars sexualitet. Många gånger uppfattas det som att ungdomar uppmuntras till sex, t.ex. genom offentlig kondomutdelning (Johnsdotter & Essén, 2004).

Globalisering med ökad migration och ökade kommunikationsmöjligheter som följd, innebär att ungdomar i dag växer upp i ett sammanhang där de påverkas av många olika tankesystem när de ska hitta sina egna sätt att förhålla sig till sexualitet och intima relationer (Forsberg, 2010). För ungdomar som migrerat från Somalia innebär det inte sällan att deras föräldrar, och ibland ungdomarna själva, är förankrade i ett normsystem kring sexualitet som ligger långt ifrån det sexualliberala system som dominerar i Sverige.

4.2 Kyskhet och ärbarhet som traditionella ideal

I alla kulturer råder föreställningar om vad som är ett socialt accepterat beteende. Idealerna är ofta motsägelsefulla och könade (Isotalo, 2007).⁵ Migrationsprocessen innebär att tidigare kulturella normer kring kön, genus och sexualitet ställs mot föreställningar som dominerar i det nya samhället. Medan många traditionella värden överges och omvärderas av somaliska föräldrar i exil finns studier som visar att tanken om kyskhet och ärbarhet är värden som bibehålls (Johnsdotter, 2002). Ärbarhet är starkt förknippad med tanken om att flickor behöver vara ”oskulder” vid ingående av äktenskap för att hon ska anses som en ”bra flicka” av resten av den somaliska gruppen (Johnsdotter, 2002). Ärbarhet har också diskuterats utifrån termen *respektabilitet*⁶ och är en tankemodell som används för att beskriva och förklara olika kontrollsysteem som avser att skydda flickors eller kvinnors moraliska anseende. Här har forskare kunnat se att sexualitet spelar en avgörande roll (se t.ex. Forsberg, 2007; Skeggs, 1999).

Svensksomalier är generellt mer familjeorienterade än vad som är norm inom västerländska samhällen. I ett familjeorienterat system får individens agerande större verkningar än i individorienterade system som de västerländska. I familjer där en ogift dotter blir gravid eller får rykte om sig att vara en ”dålig tjej” påverkar det

⁵ Med könade avses här att förväntningar ofta är tillskrivna ett specifikt kön eller genus.

⁶ Begreppet myntades av den engelske sociologen Beverly Skeggs som i sin studie tittat på hur arbetarklassens kvinnor i England förhåller sig till sexualitet (Skeggs, 1999).

hela familjen eller klanens anseende och status (Johnsdotter, 2002). Samtidigt som klanen erbjuder ett socialt skydds nät fyller den därför även en kontrollfunktion som ska sörja för att klanmedlemmarna beter sig på ett icke klandervärd sätt. Klanen utgör det nätverk där den sociala kontrollen upprätthålls somalier emellan, inte minst i förhållande till yngre generationer. Det kan ske t.ex. genom försök att övertyga andra att agera på ett visst sätt eller genom att starta rykten (Johnsdotter, 2010; Isotalo, 2007). Många somalier tar också avstånd från denna typ av aktivitet (Bjork, 2007; Johnsdotter, 2002). Kontrollfunktionen är en logisk följd av ett system där hela ens sociala skydds nät, i det här fallet familjen eller klanen, är beroende av enskilda gruppmedlemmars agerande. Här är vikten av ärbardhet helt central. Resonemanget har många likheter med hedersnormer (se även Länsstyrelsen, 2007), en fråga som berörs längre fram i det empiriska materialet.

För ungdomar som inte förväntas befatta sig med sexualitet och inte nås av information eller rådgivning i sexuella frågor kan det innebära att de debuterar sexuellt utan tillräckliga kunskaper, vilket kan ge dem dåligt förhandlingsläge när det gäller metoder för säkrare sex. Samtidigt kan sexuella normöverträdelser för många kvinnor få svåra följder som t.ex. social utestötning eller, i vissa grupper, våld (Johnsdotter, 2002; Ouis, 2009a). För att kunna främja sexuell hälsa bland unga somaliska kvinnor är det av största vikt att sexuell hälso-rådgivning utformas på ett sätt som är tillgängligt för ungdomarna som lever i Sverige i dag. Här blir offentliga institutioner viktiga aktörer i det sexualpreventiva arbetet.⁷

4.3 Budskap om förlorad sexuell förmåga

Unga somaliska kvinnor befinner sig i en korseld av motstridiga föreställningar om sexualitet, vilket påverkar deras tillgång till sexuell hälso-rådgivning och hälsoinformation. Samtidigt pågår en internationell mobilisering mot kvinnlig omskärelse (se t.ex. WHO, 2008) och nationella kampanjer som fördömer ”kvinnlig könsstympning” (*mutilation*), vilket blivit den officiella termen för ingreppet som används både av svenska myndigheter och WHO.⁸

⁷ Här ska *tillgängligt* förstås i vid bemärkelse, både vad gäller hur insatsen är lokaliserad men också huruvida sättet som rådgivningen förmedlas på är anpassat efter målgruppens villkor och behov.

⁸ I texten används genomgående termen *omskärelse* för att det är en mer neutral term än svenskans *könsstympning*.

Det råder en utbredd uppfattning att kvinnlig omskärelse, oaktat ingreppets omfattning, har en förödande inverkan på sexualiteten. Budskapet kvinnorna möts av är att de är ”stympade” och berövade sin förmåga till orgasm och att njuta sexuellt (Johnsdotter, 2002).⁹ Det finns i dag en relativt omfattande forskning kring hur kvinnlig omskärelse påverkar sexualiteten där frågan undersökts både kvantitativt genom enkäter och genom intervjuer med kvinnor i länder där omskärelse vanligen utförs. Resultaten i studierna på området pekar åt olika håll (se översikter av Berg et al., 2010; Berg & Denison, 2011; Obermeyer, 2005). Å ena sidan finns studier vars resultat inte visar något direkt samband mellan kvinnlig omskärelse och nedsatt förmåga att njuta sexuellt eller uppnå orgasm (Catania et al., 2007; Lightfoot-Klein, 1989; Thabet & Thabet, 2003) medan det finns andra studier som lyfter fram att kvinnlig omskärelse leder till ökad risk för sexuell dysfunktion (Andersson et al., 2012; Anis et al., 2012; El-Defrawi et al., 2001). I de studier som ingår i en forskningsöversikt från 2010 (Berg et al., 2010) framkom att den evidens som finns inte stödjer hypotesen att omskärelse förstör sexuell funktion eller förhindrar njutning av sexuella relationer (se även Obermeyer, 2005). I båda forskningsöversikterna konstateras att de flesta undersökningar lider av metodologiska och begreppsmässiga brister (ibid.).

Ingreppet *kan* leda till medicinska komplikationer som varierar beroende på ingreppets art men i många fall tycks ingreppet inte leda till oförmåga att njuta sexuellt eller uppnå orgasm. Sammanfattningsvis verkar det vara liten eller ingen skillnad när det gäller sexuell njutning i jämförelser av grupper med omskurna och icke omskurna kvinnor.

Att man i studierna kommer fram till så olika slutsatser kan ha flera orsaker. En förklaring som lyfts fram är att forskningen i väst ensidigt fokuserat på de yttre genitaliernas betydelse för den sexuella upplevelsen (Esho et al., 2010).¹⁰ Den forskning som dominerar på området tar sällan hänsyn till psykologiska eller sociala faktors inverkan eller inom vilket sammanhang omskärelsen ingår (Esho et al., 2010; Newland, 2006), trots att fysiologiska faktorer ofta kan

⁹ Senast i ordningen av mediedrev, vilket fick stor genomslagskraft långt bortom Sveriges landsgränser, var när Norrköpings tidning förra sommaren publicerade en serie artiklar på området. I artikelserien intervjuades flera aktörer med anknytning till fältet, varav den första artikeln innehöll uttalanden med budskap om förstörd sexuell förmåga (NT, 2014).

¹⁰ Även utifrån en fysiologisk synvinkel finns fog för att ifrågasätta påståenden om förlorad sexuell förmåga. Forskning visar att också helt andra nervbanor är aktiva vid orgasm än just de yttre genitalerna (Einstein, 2008; Komisaruk & Whipple 2011). Det är också omöjligt att ta bort hela den nervrika klitoris, då klitoris är ett stort organ som sträcker sig ned längs blygdläpparnas insida (Elmerstig, 2012).

vara underordnade psykologiska och sociala faktorer när det gäller orgasmisk njutning och tillfredsställelse (Mah & Binik, 2005). För några kvinnor kan omskärelsen innebära förstärkt självförtroende och självbild genom att kroppen överensstämmer med rådande ideal (Einstein, 2008; Johnsdotter, 2012). Självbilden blir många gånger avgörande för hur den unga ser på sina möjligheter och begränsningar när det gäller sexualitet och samlevnad (Löfgren-Mårtenson, 1997). När omskurna kvinnor kommer till Sverige är det dominerande budskapet att de är stympade vilket kan stärka förväntningar på en sexuell oförmåga och förstörd förmåga till sexuell njutning (NCK, 2011; Njambi, 2004). Forskning från olika delar av världen har rapporterat om processer där omskurna kvinnors sexuella självbild förändras i mötet med västerländska omskärelsekampanjer (Ahmadu, 2007; Fangen & Thun, 2007; Johnsdotter et al., 2005; Malmström, 2009).

Eftersom sociala och kulturella förväntningar är oerhört viktiga för möjligheterna att uppleva sexuell njutning, kan det västerländska sättet att tala och beskriva kvinnlig omskärelse påverka kvinnornas möjligheter till sexuell njutning negativt (Johnsdotter, 2012a). Frågan är av betydelse inte minst för hur sexualrådgivning och förebyggande insatser kan utformas för att ge bästa möjliga förutsättningar för dessa kvinnor att skapa en positiv självbild, kroppsuppfattning och sexuell identitet.

I följande kapitel redogör vi för studiens empiriska material: hur unga somaliska tjejer själva resonerar om sexuell hälsorådgivning. Målet har varit att hitta former för rådgivning som på ett nyanserat och respektfullt sätt möter frågeställningar som unga somaliska kvinnor har att hantera.

5. TILLGÅNG TILL SEXUELL HÄLSORÅDGVNING

5.1 Att vara en "bra tjej"

En mängd aktörer arbetar i dag med att främja sexuell hälsa bland ungdomar. Samtidigt har vi i studier kunnat se att ungdomar med migrationsbakgrund har sämre förutsättningar för att tillgodogöra sig rådgivningen som erbjuds och att tjejer med utländsk bakgrund i lägre utsträckning utnyttjar och hittar till preventivmedelsrådgivning (Helström et al., 2006). Resultatet i den här studien visar att ungdomars möjligheter att tillgodogöra sig hälsorådgivningen begränsas av normer som säger att unga tjejer inte ska visa intresse för frågor som rör sexualitet.

I föregående kapitel diskuterade vi att ärbarhet kvarstår som ett viktigt ideal bland somalier i exil. Oskulden utgör en central markör för att anses vara en "bra flicka". För somalier har kvinnlig omskärelse tidigare varit ett sätt att garantera döttrars oskuld inför äktenskapet (Johnsdotter, 2002; 2003). I Sverige där somalier generellt överger praktiken att infibulera¹¹ sina döttrar behöver somaliska mödrar hitta andra strategier än infibulering för att garantera sina döttrars kyskhet fram till äktenskapet. Genom att uppfostra sina döttrar i enlighet med islam förväntas de, om modern lyckas, bli moraliskt goda döttrar och på så sätt också själva vilja vara avhållsamma (ibid.). Inom islam förväntas både män och kvinnor vara avhållsamma före äktenskapet och uppträda på ett sexuellt dygdigt

11 Infibulering innebär förminskning av den vaginala öppningen genom skapande av en försegling i och med att de inre och/eller delar av yttre blygdläpparna skärs bort och sammanfogas, med eller utan excision av klitoris. WHO räknar med att 98 % av alla kvinnor i Somalia är omskurna (WHO, 2008). Av dessa beräknas 80 % ha genomgått infibulation (NCK, 2011). Siffrorna är inte uppdaterade då studier inte kunnat göras sedan inbördeskriget bröt ut 1991.

vis. Flera av de intervjuade konstaterade dock att krav på att uppvisa kyskhet inte ser likadana ut för unga män som för unga kvinnor:

Det är okej för killar att ha sex med många tjejer... det är okej för killar att snacka om det... men om tjejerna kanske vill ha sex med många killar för att de vill, vad spelar det för roll, [andra] säger att hon är en hora. Förstår du? Om hon snackar om det är hon en hora... Det är inte bara så i skolan, det är så överallt. Tjejer ska vara bakåt [tillbakadragna], det är det de vill. Det är inte det vi vill, vi skiter i [det] [Skrattar] (Mariah).

Det som omtalas i citatet kan ses som ett uttryck för de olika genuspositioner kvinnor och män förväntas inta. Att kvinnor döms hårdare än män när det gäller antal sexualpartners eller när det gäller risk för ryktesspridning har kommit fram även i andra studier. Yngre ungdomar tenderar att i högre grad koppla samman antal sexualpartners med respektabilitet (Tikkanen et al., 2011). Skeggs (1999) visade i sin studie att respektabilitet inte enbart handlar om antal sexualpartners utan också andra ideal är förknippade med en kvinnas anseende. Det blev tydligt i intervjuerna att de unga kvinnorna var medvetna om de genusideal som är rådande, inte bara på skolan utan också i samhället i stort. I media, tidningar och reklam positioneras ofta kvinnor som underordnade och passiva och män som dominanta och aktiva (Elmerstig, 2010). I citatet gör Mariah gällande att uppvisande av sexualitet inte ingår i normerna för hur unga tjejer förväntas agera, utan tjejer förväntas vara tillbakadragna. Unga tjejer som på något vis avviker från sin förväntade genusroll eller beter sig på ett sätt som uppfattas som sexuellt opassande kan få rykte om sig att vara lösaktiga (jfr. Skeggs, 1999).

Filippa resonerade kring vilka attribut som ingår i positionen som en "bra tjej": *Du vet när en tjej har slöja på sig så får hon inte ta på sig vissa kläder, hon får inte ta på sig tigha byxor, får inte snacka med killar, hon måste ha slöja. Alltid kjol eller klänning... hon är alltid stängd – hon är äkta muslim, det är det man säger (Filippa).* "Hon är stängd" kan tolkas som en metafor för en tjej som är "stängd" på grund av sitt blygsamma beteende, sina täckande kläder och den sociala positionen hon vill utstråla. Omoraliskt beteende blir då motsatsen, social och kroppslig öppenhet, att vara snackig i närvaron av män, att umgås med män, och använda andra kläder (Isotalo,

2007), en position som Filippa beskrev att hon intar. Hon berättade att hon inte uppfattas som en ”bra tjej” av andra tjejer och att de tror att hon haft sex fastän hon inte har det. När hon berättade om det under intervjun gav hon en trygg och säker utstrålning. Hon berättade emellertid att det inte alltid varit en friktionsfri position när den tilldelats av andra. Den kyska genusrollen för somaliska kvinnor markerar en skarp linje mellan en *bra tjej* eller en *hora* för den som har föräktenskapligt sex (Johnsdotter, 2002):

*[CL:] - Hur ser man på en tjej som har sex innan hon har gift sig?
Hur uppfattar man henne, vad tycker andra om henne?*

- De kommer inte tycka om henne, de säger 'hon är inte en bra tjej' och sånt. De kollar på henne på ett konstigt sätt. Så därför berättar de [tjejerna som haft sex] det inte för alla (Zoya).

I det här avseendet skiljer sig normerna från de mer liberala sexuella normer som är dominerande i Sverige. Det visar sig inte minst genom sexualvaneundersökningar som visar att majoriteten av unga tjejer i Sverige kan förväntas ha haft sex innan de avslutat gymnasiet (Tikkanen et al., 2011).

Genuspositioner omförhandlas hela tiden och ska inte förstås som fastlåsta positioner som klart definierar hur en ”svensk” eller en ”somalisk” tjej förväntas agera. Det pågår hela tiden en kamp om vilka ideal som ska fungera som rättesnöre. Parallellt med ungdomars processer där de konstruerar om genusideal och omprövar tankar om vad en ”bra tjej” är eller inte är, pågår andra processer som i sin tur tar spjörn mot t.ex. liberala sexualideal. Dessa bildar i sin tur andra versioner och standarder för vad en äkta ärbar kvinna är (Isotalo, 2007), eller som Filippa sade ”hon är alltid stängd – hon är äkta muslim”. Med andra ord är det inte säkert att hybrida ideal som ungdomarna skapar sinsemellan är accepterade av majoriteten inom det somaliska samhället, särskilt gäller detta över generationsgränserna (ibid.). Att agera efter mer hybrida konstruktioner av sexualitetsnormer kan således få som konsekvens att en somalisk tjej i Malmö förlorar sitt sexuella moraliska anseende ifall det blir känt hur hon betar sig utanför hemmet (Isotalo, 2007).

Vi börjar här komma in på de mekanismer som också påverkar och styr unga tjejers tillgång till sexuell hälsorådgivning. Att en somalisk

dotter agerar på ett ärbart sätt påverkar hela familjens anseende. Av den anledningen blir det också viktigt att uppfostra sina döttrar på ett sätt som gör att de bevarar sina moraliskt goda rykten:

For us [Somalis], beside the stigma, it's like, if you do things like that [sex] out of marriage, it's like you committed a sin and you'll be having a punishment from God, from your beliefs. So even if we don't get much information about sex, from when we are kids, we are raised [knowing] that doing certain things is forbidden (Linda).

Mycket står på spel för den unga kvinna som bryter mot moraliska sexualkoder. I en av fokusgrupperna tvistade deltagarna länge om vilken form av repressalier en ung somalisk kvinna kan utsättas för ifall hon inte är oskuld vid ingående av äktenskap. De landade slutligen i att hon kan tvingas lämna sin familj: *Somaliska [familjer] de ska inte döda [tjejen] men de ska säga 'du är inte min dotter längre, gå din väg och jag ska gå min väg, hejdå'. Och de ska inte berätta för andra människor (Zoya)*. Här finns tydliga paralleller till hedersnormer, som diskuterats i tidigare kapitel (se också Länsstyrelsen, 2007). Exemplet visar dock att det för somaliska familjer inte är kulturellt sanktionerat att svara med våld på sexuella normöverträdelser. Diskussionerna om kvinnors ärbarhet och oskuld hamnade alla i hur kvinnor kan undvika att bli gravida:

Jag tror inte på oskuld. Jag bara, jag kan ha sex när jag vill, när som helst så länge jag inte blir gravid, oskuld finns inte [det går inte att se]. Det är det jag säger... Vad är det [som är] bra med oskuld och vad är det dåliga med det. Det bra är för du har inte sex varje dag. Det dåliga är – när du har sex kan du bli gravid, det vet jag! Men säg så, säg inte oskuld, säg så: om du har sex då kan du bli gravid, om du inte har [sex] då är det bra, då är du en bra tjej (Filippa).

Citatet visar att oskuldsmbegreppet och ärbarhet, att vara en ”bra tjej”, är starkt sammankopplat med att undvika att bli gravid (se också Johnsdotter, 2002). Svensksomaliska kvinnor som blir gravida före äktenskapet står inför en svår situation där de riskerar att bli uteslutna från det somaliska samhället och också sin familj, vad som i Johnsdotter (2002) beskrivs som en för flickan ”social

död”. Det hänger ihop med att det värsta som kan hända en somalisk familj är att deras ogifta dotter blir gravid, då ett barn utan fader (kallat *wacal*) inte har någon given plats i det somaliska samhället. Framför allt beror detta på det patrilineära systemet, där barnet ärver släktskap och klan efter sin fader (ibid.). Att klansystemet och klanlojalitet förekommer i Somalia är erkänt bland somalier. Systemet förekommer även i exilsituationer om än under något andra former men ofta outtalat och är något som många somalier tenderar att tona ned (Bjork, 2007; Johnsdotter, 2002).¹² Klansystemet utgör för den enskilde klanmedlemmen ett vattentätt socialt och ekonomiskt försäkringssystem var i världen denne än befinner sig (Johnsdotter, 2010). Klanidentiteten, när den erkänts av andra, kan användas som ett socialt kapital som ger tillgång till t.ex. sociala förmåner, status eller ekonomiska resurser för den som behöver det. Ju närmare släkt någon är genom klan, desto starkare är kravet på att ställa upp för andra klanmedlemmar (Bjork, 2007; Johnsdotter, 2010).¹³ Att föda ett barn som inte tillhör någon klan är följaktligen en social katastrof.

Många föräldrar upplever att det är svårare att se till att deras döttrar är avhållsamma från sex före äktenskap i en västerländsk kontext där det råder ett friare mer tillåtande sexuellt klimat, vilket många somalier upplever uppmuntrar ungdomar att ha sex (Berns-McGown, 2007; Johnsdotter, 2002). För att hindra unga kvinnor från föräktenskapliga förbindelser används förutom utökad dialog kring sexuella frågor även stärkt social kontroll som en strategi (Johnsdotter, 2002). Den kanske starkaste kontrollmekanismen och den som ofta kom upp till diskussion i fokusgrupperna är risken för dåligt rykte.

5.2 Risk för rykten

Tjejernas berättelser speglade ett sammanhang där unga kvinnors ärbarhet regleras av både ungdomen själv men också av skolkamrater, vänner eller andra i deras omgivning. Detta präglar på olika vis unga tjejs möjligheter att tillgodogöra sig sexuell hälsorådgivning. Normsystemet påverkar också hur tjejer väljer att agera i förhållande till sexuell hälsorådgivning.

12 Att diskutera klanlojalitet bland somalier i exil anses av många som tabu då det i en västerländsk kontext tros uppfattas som ett primitivt system förknippat med krig och konflikter (Bjork, 2007).

13 Sociologen Pierre Bourdieu använder termen *socialt kapital* för att beskriva när någon får åtnjutande av faktiska eller potentiella resurser genom sin grupplojalitet och sitt sociala nätverk (Giddens, 2007).

Som vi såg i föregående avsnitt ingår det inte i genusidealet för unga somaliska tjejer att visa intresse för sexuella frågor. Intervjuerna visade att möjligheten för unga tjejer att öppet ställa frågor i klassrummet, eller att vända sig till en ungdomsmottagning eller kompis för rådgivning och vägledning i sexuella frågor, begränsas av rädsla för att bli uppfattad på fel sätt: *Jag tror inte man känner sig så bekväm heller [att ställa frågor i grupp] för man vill inte att folk ska tro att du håller på med sånt där* (yngre tjej, FGD). Studier har visat att förhållandena inte är giltiga bara för somaliska tjejer utan återfinns i olika typer av sammanhang och tar sig olika uttryck i olika grupper (se t.ex. Forsberg, 2007; Lindgren, 2008; Skeggs 1999). I en studie som tittat på förhållningssätt till sexualitet bland ogifta muslimska unga kvinnor i Australien (Wray et al., 2014) kunde man t.ex. se att kvinnorna valde att inte söka ökade kunskaper i sexuella hälsofrågor med hänvisning till avhållsamhetsideal. Kvinnorna använde olika strategier både för att bevara sitt moraliska anseende inför sig själva och vidmakthålla sina inre ideal men också för att markera sin position som moraliskt bra tjej för andra i sin omgivning. Detta skedde bland annat genom högljudda protester vid sex- och samlivnadsundervisning i skolan eller genom att sätta igång skvaller som ifrågasatte andra tjejers sexuella dygdighet. På så vis befäste också de unga kvinnorna sin egen position som motsatsen till en ”dålig tjej” (ibid.). Även tjejerna i vår studie beskrev de här strategierna, antingen som något de själva använt eller som de sett andra använda i sexualundervisningssituationer.

När vi under intervjuerna frågade efter attityder till olika typer av sexuell hälsorådgivning framträdde en bild av ungdomsmottagningen som särskilt tabu. Många av tjejerna uttryckte att det är bra att ungdomsmottagningen finns och att skolan borde informera om ungdomsmottagningen; var den ligger, vilka som arbetar där och vilken hjälp de kan erbjuda. Samtidigt menade de att de själva inte skulle besöka ungdomsmottagningen om inte något alldeles särskilt hade hänt. De förklarade detta med att besök på ungdomsmottagningen kan misstolkas: *Jag tycker att det är okej. Det är inte nått konstigt men man behöver inte säga det till alla, för de tänker fel* (Zoya). Tjejerna menade att de som ser en ung tjej som besöker ungdomsmottagningen skulle börja misstänka att hon är sexuellt aktiv och kanske blivit gravid eller söker sig dit för abortrådgivning. Någon

menade att det på ungdomsmottagningar, till följd av att verksamheten riktar sig till andra ungdomar i samma ålder, finns risk att träffa någon bekant. Brist på möjlighet att vara anonym på ungdomsmottagningen har diskuterats som ett dilemma även i andra studier på området (Kånåhols et al., 2011). En annan av tjejerna menade istället att ungdomsmottagningens diskreta läge underlättar för ungdomar att besöka verksamheten till skillnad från vid en mindre skola: *Jag tycker det är lite annorlunda när det gäller ungdomsmottagningen... För det är inte som att hela skolan väntar utanför ungdomsmottagningen och ser att man ska in direkt* (yngre tjej, FGD).

Filippa framhöll att hon själv inte skulle ha några problem med att besöka en ungdomsmottagning men menade att andra tjejer kan tycka det är svårt: *Ja de [andra tjejerna] säger det är skämmigt att gå dit, för att tänk om någon ser mig från skolan eller tänk om någon ser mig från min gård.* (Filippa).

Tjejernas sätt att resonera kan belysas genom Anu Isotalos (2007) resonemang om *geografiska moraliska rum*. I en intervjustudie bland exilsomalier i Turku, Finland kunde hon se att unga somalier i det offentliga rummet ständigt befinner sig i ett *moraliskt rum*, d.v.s. ett rum där inte bara ungdomens familj utan även somalier utanför hennes familj har möjlighet att etikettera henne som en moraliskt dålig flicka om hon anses uppträda opassande (i de fall hon blir sedd). Således finns risk för rykten var än den unga befinner sig (ibid.).

Kim menade att det handlar om popularitet och beskriver hur hela kompisgruppens status står på spel ifall deras vän uppträder på ett sätt som får andra att misstänka att hon blivit gravid eller börjat ha sex:

De [vännerna] tänker 'har hon problem, är hon gravid, har hon redan tappat sin oskuld, vad är detta, det är bara pinsamt, ska vi hänga med henne?' eller 'har du hängt med henne nu? Om vi hänger med henne nu och nån ser att hon går dit, då är vi bara helt slut' (Kim).

Utan att tjejerna explicit talade om risk för rykten kan det antas vara vad som åsyftats. Under intervjuerna talade de i termer av att andra ska tänka fel om tjejen, kolla snett på henne eller att det hon säger ska "komma tillbaka till henne". Ingen av ungdomarna beskrev egentligen någon situation där rykten faktiskt startats om en tjej.

Snarare framstår *risk*en för rykten och *risk*en att få sin ärbart het ifrågasatt som det avgörande för tjeje rs handling sutrymme. Rädslan för felaktiga rykten kan vara tillräcklig för att unga tjeje rs ska kontrollera sig själva:

Om man är en sån människa som dömer mycket så har man redan stämplat [henne], kanske att 'hon är där [hos kurator] för att hon kanske har blivit gravid, hon mår inte bra'. Och så går det [tjeje rs tankar] runt så och så känner man sig inte bekväm längre att gå till kuratorn, att 'om jag är här hela tiden så kanske de börjar undra' (yngre tjeje r, FGD).

I några av tjeje rnas beskrivningar var tanken på att både grannskap, vänner och skolkamrater bevakar unga tjeje rs moraliska anseende närvarande på det här sättet. Att bete sig på ett klandervärt sätt kan innebära att rykten startas om den unga, vilket kan få till följd att hela familjen vanäras och flickans möjligheter att senare bli gift äventyras. Isotalo (2007) i Finland, och även Forsberg (2005) som gjort en studie bland unga tjeje rs i Sverige, kunde se att skvaller och rykten uppfattades som problematiska för unga tjeje rs för att de kunde riskera dåligt rykte utan att egentligen ha gjort någonting klandervärt. Ovissheten om vilket agerande som kan innebära risk för rykten kan få som konsekvens att den unga ständigt reglerar sitt beteende för att inte tappa sitt moraliska anseende. För tjeje rs som inte betar sig på ett sätt som kategoriserar dem som "bra tjeje rs" kan konsekvensen bli att de utestängs från den sociala gemenskapen.

I intervjuerna framkom att det också i klassrummet kan finnas ett yttre regleringssystem som sörjer för att korrigera medlemmar ur gruppen om de anses bete sig på ett klandervärt sätt. Nedan är ett exempel från en av tjeje rna som berättade om sina upplevelser av sex- och samlevnadsundervisningen i tidiga högstadietåren. Citatet synliggör att det kan finnas både ett inre och ett yttre regleringssystem:

Jag satte mig längst bak ifall jag äcklades eller nått sånt. För alltså, jag är van vid min mamma, jag brukar aldrig snacka om sex och sånt. Eftersom jag är muslim kändes det som att det var haram.¹⁴ Och även killarna, om jag bara till exempel nämnde nånting, så kanske killarna tänkte 'hon är en tjeje r med slöja, varför

¹⁴ *Haram* är arabiska och används inom islamisk rättslära för att beteckna något som är religiöst förbjudet.

säger hon det' och 'det är bara skämmigt'. Det fanns muslimska killar som tyckte att det var haram, så skrek de 'haram, du får inte säga så'... De skojade, men samtidigt, de visade ändå att det var viktigt. Vissa uppfattade ändå det som att muslimska tjejer ska vara tysta. Att när det gäller om sånt så ska de inte snacka något om sex, inte ens säga fitta högt eller så. Jag var också enda tjejen i klassen som hade slöja (Kim).

Uttalandet visar på att kyskhetsideal som internaliserats kan skapa obehagskänslor hos individen i situationer som upplevs som moraliskt tveksamma. Uttalandet visar också att det kan finnas ett yttre regleringssystem, i det här fallet killarna i klassen, som sörjer för att korrigerar medlemmar ur gruppen (i det här fallet muslimer) som betar sig på ett klandervärd sätt. Det blir tydligt att ”tjejer med slöja” får bära ett större ansvar för gruppens anseende än muslimska tjejer utan slöja:

Tjejer utan slöja kan [ställa frågor], men om tjejer med slöja frågar sånt då är hon inte en bra tjej. Det är det de säger. Fast det är inget fel med det [att ställa frågor] ... Om vi säger till exempel, jag har inte slöja, eller en annan tjej i min klass hon har slöja på sig och hon har typ kjol, allting, alltså hon är alltid stängd – hon är äkta muslim, det är det man säger. Och när vi snackar om sexualkunskap och hon går ut från klassen, säger hon 'jag vill inte veta om sånt, det är haram'... Det är inte ett måste att hon går ut, men det är det hon vill, att alla ska kolla på henne på ett helt annat sätt och säga att hon är äkta muslim, hon är bra tjej och sånt (Filippa).

Att välja att gå ut ur klassrummet kan tolkas som ett uttryck för att inte vara bekväm i situationen men också som en strategi för att utåt sett markera sin ärbarhet, en tolkning som får stöd av Forsbergs (2007) resonemang där hon kunde se att samma strategier användes av tjejerna i hennes studie. Många svensksomaliska unga tjejer verkar internalisera värdet av ärbarhet. I en studie om etnicitet bland unga somalier i Sverige (Aretun 1998) var ärbarhet centralt i konstruktionen av etnisk identitet. Främst var det flickor som var bärare av somaliska etnicitetsmarkörer. Ärbarheten manifesterades genom ens beteende och kommunicerade den moraliska kategorin ”god flicka” till de som var runt dem, både somalier och övriga i deras omgivning (se även Isotalo, 2007).

5.3 Sammanfattning

Tjejerna målade upp en bild där unga kvinnors möjligheter att tillgodogöra sig sexuell hälsorådgivning och hälsoinformation är kringskurna av ideal som föreskriver för en ung kvinna att inte visa intresse för sexuella frågor, och uppträda på ett sexuellt dygdigt vis för att hon ska uppfattas som en ”bra tjej”. I det här kapitlet har vi sett hur genusnormer och kulturella och religiösa förväntningar på unga kvinnor att uppträda på ett sexuellt ärbart sätt i olika grad begränsar unga tjejs möjligheter att ta till sig sexuell hälsoinformation eller att utnyttja sexuell hälsorådgivning. I familjeorienterade system där ärbarhet är ett viktigt ideal blir döttrarnas kyskhet ett socialt kapital som bidrar till hela familjens sociala anseende. Ett stort ansvar läggs på kvinnor för att det inte ska ske moraliska gränsöverträdelser. För unga somaliska kvinnor där föräktenskapligt sex är förknippat med starkt stigma kan moraliska övertramp innebära social uteslutning ur den somaliska gruppen. Här finns tydliga beröringspunkter med hedersproblematik (som beskrivs t.ex. i Länsstyrelsen, 2007), men som de empiriska exemplen visar må somaliska unga tjejer vara utsatta för stark social kontroll men det är inte kulturellt sanktionerat för familjen att svara med våld.

Förväntningar på ärbarhet kan ta sig uttryck i form av att den unga undviker att ta till sig information till följd av skamkänslor, väljer att inte ställa frågor vid skolans obligatoriska sexualundervisning eller inte uppsöker enskild rådgivning av rädsla för stigma för den som blir påkommen. Blotta risken att få rykte om sig att vara lösaktig framstår många gånger som tillräcklig för att unga tjejer ska välja bort skolundervisning eller inte uppsöka sexuell hälsorådgivning. Lösningen för tjejer som behöver sexuell hälsorådgivning blir att kunna få rådgivning på ett diskret sätt som inte äventyrar deras ärbarhet.

6. MOTSTRIDIGA SEXUALNORMER

6.1 Navigerar mellan olika sexualitetsnormer

I kapitel fyra beskrevs Sverige som ett sexualliberal land med en tillåtande hållning till ungdomars sexualitet. Sexualitet är exponerat i media genom TV, tidningar och reklam och genom internet kan ungdomar i dag komma i kontakt med sex bara genom ett knapptryck (Löfgren-Mårtensson & Månsson, 2006). Det övergripande samhällsliga budskapet är att människor bör ha ett rikt och aktivt sexualliv. Ur intervjuerna framträdde emellertid en bild av ungdomar som också är formade av andra sexualnormer. Spänningen mellan motstridiga sexualnormer var något som var ständigt närvarande i deltagarnas berättelser. Det blev tydligt att genusnormer liksom kulturella och religiösa normer kring sexualitet i stor utsträckning präglade de unga kvinnornas förväntningar kopplade till sexualitet. I samtalen om sexualitet hänvisades ofta till kultur eller religion:

I min kultur är det jätteviktigt att man måste vara gift faktiskt. Det är inte som att nån går runt och är pojkvän-flickvän. Det handlar också om att vi är muslimer och vi följer [ett religiöst regelverk]. Jag tror att människor följer det. Eller så har de kanske pojkvänner i smyg och ingen vet (Mariah).

De yngre tjejerna beskrev ett sammanhang där de påverkas av motstridiga sexuella normer och värderingar: å ena sidan hänvisade de till sexualnormer kring kyskhets och ärbarhet som förmedlades genom deras familj, kultur eller religion, och å andra sidan till normer som kommunicerades på skolan genom klasskamrater:

- I Somalia är det mycket, mycket annorlunda [jämfört med Sverige]. I Sverige kan en pojkvän och en flickvän ha sex utan att de är gifta men i Somalia kan man inte ens ha en pojkvän, man måste vara gift med honom för att du ska kunna ha sex med honom. Men i Sverige, alltså egentligen det är ju så också för oss [svensksomaliska tjejer] som bor här. Men vissa följer inte de reglerna, förstår du?

[CL frågar:] - Hur ser man på en svensksomalisk tjej som haft sex innan äktenskapet?

- Alltså skam ... Det är inte alls okej.

[CL frågar:] - Det är inte alls okej? Men för vissa är det det?

- Alltså det är ju fel men du är uppvuxen här [i Sverige]. Du är tjej som är uppvuxen i svensk skola, du har andra vänner, det är mångkulturellt. Men i Somalia så är det bara somalier så då följer man det [som gäller i Somalia]. Men du är uppväxt i Sverige, alla är från olika länder så ni förstår varandra ... och sen är det inte likadant som i hemlandet så du gör andra grejer (Amina).

Genom klasskamrater, vilka influerats av dominerande kulturella normer, förmedlades förväntningar på ungdomar att ha sex tidigt som det ”normala”:

Jag tror inte man känner sig så bekväm heller [att ställa frågor i grupp] för man vill inte att folk ska tro att du håller på med sånt där [sex]. Eller kanske, om man ställer frågor då vet ju de [andra klasskamraterna] att 'men hon har ju inte haft det [sex]'. Det finns vissa som dömer också för att du inte har haft sex, då tycker de att det är jättekonstigt ... Självt bryr jag mig inte om vad de tycker om att jag inte har haft det, jag tycker det är bra, men det är annorlunda (yngre tjej, FGD).

Exemplet ovan beskriver en situation där ungdomen i fråga dels har en oro att visa för mycket intresse för sex men också att det finns normer som säger att det är ”annorlunda” att välja att vänta med sex. Bland de yngre var det här ett tema som på ett eller annat sätt återkom i samtliga intervjuer. De beskrev en miljö där förväntningar på sexualiteten är rörliga och föränderliga: *Vissa saker de [personer i omgivningen] säger är haram är inte haram. [Om] du hälsar på en*

kille och kramar på en kille säger de att det är haram. Men det [vad som är haram] ändras hela tiden (yngre tjej FGD). Av uttalandet framgår att reglerna för när intima relationer ska anses förbjudna är under ständig förändring.

Som vi sett här, liksom i andra studier, visar uttalandena att unga tjejer har motsägelsefulla normer att förhålla sig till som inte alltid är så tydliga (jfr. Forsberg, 2007). Tidigare studier på området tyder på att andra normer än de sexualliberala som råder i Sverige, i stor utsträckning formar sexuella handlingsmönster bland kvinnor med utländsk bakgrund. I UngKAB09 kunde man t.ex. se att unga kvinnor som migrerat eller hade föräldrar som gjort det, på gruppnivå, tenderade att uppges senare samlagsdebut än ungdomar med svenskfödda föräldrar (Tikkanen et al., 2011).

Både Mariah och Amina antydde dock att ungdomar som lever med dessa parallella normsystem ibland väljer att frånga kulturella och religiösa normer som påbjuder ett restriktivare förhållnings-sätt till sexualitet. Att detta är fallet kan möjligen förklara undersökningar som visar att unga kvinnor med utländsk bakgrund är överrepresenterade bland unga som gör abort i landet (Helström et al., 2006). Helström med kollegor kunde se att det inom gruppen fanns sämre möjligheter att få preventivmedelsrådgivning samtidigt som kunskaperna om preventivmedel var lägre (ibid.). Samma trend har man sett i Norge (Pedersen, 2005). En möjlig förklaring till de högre aborttalen kan vara att ungdomarna påverkas av sexualnormer i landet och har sex före äktenskap. Samtidigt kan barn utanför äkten-skap vara tabu i dessa grupper och leda till social uteslutning. Abort skulle i den situationen kunna utgöra en lösning för kvinnorna (ibid.). Vi har inte hittat statistik på hur det förhåller sig för unga somaliska tjejer i Sverige; temat var dock inte okänt bland informanterna utan någonting som återkommande diskuterades i intervjuerna. Beroende på ungdomens inställning till sexualitet liksom inställningen bland personer i omgivningen som är viktiga för den unga (t.ex. vänner eller familj) kan sexuella normöverträdelser ske antingen med eller utan konflikter (Pedersen, 2005). Att bryta mot moralkoder *kan* innebära skuld- och skamkänslor hos den enskilde som blir viktiga att hantera, men det kan likaväl ske utan konflikter i förhållande till inre ideal eller omgivningens. I intervjuerna menade ungdomarna att det i hög grad berodde på hur familjens inställning till den ungas sexualitet

såg ut, vilket varierar mellan olika familjer (se även Forsberg, 2007). I samtalen med de äldre nyanlända tjejerna var temat om motstridiga normer helt frånvarande. När de fick en fråga om saken resonerade de såhär:

And I think that the culture is determinant here. I mean, when you are raised in a specific way, you are culturally prepared that this is the way you are doing things. So you don't even think so much about it [having premarital sex]. If you want to do something you just go directly to the marrier [the ceremony services], that's the difference. Maybe here or in another country, they [people] can have sex before marriage because there is nothing wrong with it, it's even okay with the parents. But since we [Somalis] are obliged to follow a specific religion or a specific way of living, I think it's very hard to even consider doing something before marriage. It's a matter of adaptation. Just get used to it, then it's okay. Okay, I will wait until I get married, it's okay (samtal äldre tjejer, FGD).

Man kan tänka sig att de olika sätten att resonera kan ha att göra med i vilken grad de unga kvinnorna hunnit internalisera normer i sammanhanget de levt i. De äldre tjejerna hade alla levt större delen av sina liv i Somalia med somaliska föräldrar medan de yngre tjejerna i olika grad hade erfarenhet av att leva i parallella och ibland motstridiga normsystem. En av de äldre tjejerna menade att en annan förklaring till de olika sätten att resonera kring föräktenskapliga sexuella förbindelser också har att göra med att många somaliska kvinnor är omskurna. Inom islam är sexualitetens enda legitima form inom äktenskapet, varför det för tjejerna var svårt att föreställa sig att någon skulle ha sex före äktenskap utan intentionen att sedan gifta sig, förklarade ZA. Om det vid giftermål kommer fram att kvinnan inte längre är sluten¹⁵ finns det risk att hon hamnar i konflikt med sin familj eller klan: [ZA översätter från somaliska] *Så det med att ha sex utanför äktenskapet existerar inte [för dessa somaliska tjejer]. Föräldrarna säger hela tiden till tjejerna att det är vanhedrande, så hon har programmerat detta i huvudet.* Frågan om sex före äktenskap låg således långt ifrån de äldre tjejernas erfarenheter och behövde formuleras om på ett sätt som bättre speglade de erfarenheter och normer som de äldre tjejerna hade med sig.

¹⁵ För diskussion om terminologi och olika typer av omskärelse, se avsnitt 7.2.

6.2 Diskussion om motstridiga normer och värderingar

I motsats till förväntningar som kommunicerades till de yngre tjejerna genom klasskamrater eller media, var förväntningar koppelade till sexualitet för majoriteten av deltagarna någonting som sällan diskuterades i hemmet. Många menade att kulturella tabun hindrar ungdomar från att prata med sina föräldrar om sexualitet:

Jag tror det handlar mycket om respekten. För att man känner att ens föräldrar de... man vet att de inte pratar om sånt [sexuella frågor] så då vill man inte komma med information till dem... jag vill inte komma med sån information till min mamma till exempel för hon är väldigt såhär kulturell, alltså att det är i henne att man inte ska prata eller hålla på med sånt [sex]. Så jag tror inte man hade velat ta upp det då för att man tycker att det är lite pinsamt kanske. Jag tror verkligen det beror på från familj till familj. För vissa har verkligen... att de kan vara öppna och prata om såna saker med sina föräldrar (yngre tjej, FGD).

Jag har inte så stark relation till min mamma, jag kan inte prata med henne om sexualitet. Hon säger hela tiden till mig 'akta dig, akta dig för män', så det är det enda jag vet. Om det kommer en dag för mig då 'aha, det är dags [för sex]', vad ska jag göra? Jag kommer att vända mig till en kompis eller någon kompis som är äldre än mig, någon person som jag kan lita på som jag kan prata med om personliga saker (äldre tjej, FGD).

Intervjumaterialet visar att ungdomarna hyste stor tilltro till informella källor. Särskilt de yngre var övertygade om att ungdomar idag är väl informerade om sexualitet. Några ungdomar berättade att de kunde prata öppet med sina föräldrar om frågor som rör sexualitet medan majoriteten menade att ungdomar i första hand hämtar information och vägledning från andra informella källor som vänner, äldre kusiner eller släktingar:

In Somalia you know, the problem is our culture. You know people are conservative, you get me? So mostly there is no parent-to-children relationship. Girls or boys don't feel open, or don't treat their parents openly because there is this gap always. So mostly they get information from their friends, and today of course the Internet, friends and the Internet (Nura).

I intervjuerna uttryckte många av ungdomarna en önskan om att motsägelsefulla budskap skulle diskuteras i sexuell hälsorådgivning. Flera menade att detta tema var det viktigaste att lyfta:

[CL frågar:] - Om du tänker vad man skulle vilja veta om [sex och samlevnad], vad skulle du säga var det allra viktigaste?

- Att tänka på sig själv... Hur du känner, hur du vill bli, vad du vill göra, inte vad de andra ska tycka om dig... Att det är okej att man väntar [med sex] men alltså – om du själv vill. Till exempel ska jag inte tänka på att somalierna kommer att snacka skit om mig och det är därför jag inte ska göra det [ha sex]. Men jag vill inte, det är därför. Jag vill inte göra det, för min egen skull. Om jag inte är redo varför ska jag göra det, bara för att andra folk säger det? (Jojo).

Ungdomar i Malmö lever i dag med en mängd olika normer att förhålla sig till. I föregående kapitel berördes genusnormer och förväntningar på unga tjejers sexualitet medan vi i detta kapitel uppehållit oss vid vad vi kan kalla kulturella sexualitetsnormer – avhållsamhetsideal kontra förväntningar på tidig sexualdebut – och normernas föränderlighet. Motsägelserna i normerna och normernas könade dimension var teman som återkom i samtliga intervjuer. Att temat var så starkt närvarande i intervjuerna, och att flera av deltagarna uttryckte att dessa behöver beröras i sexuell hälsorådgivning, vittnar om att det finns behov av att professionella som hanterar sexuella hälsofrågor har en medvetenhet om olika övergripande normer och vilken betydelse de kan ha för individer. Erfarenheterna visar även vikten av att ämnet berörs i den sexuella hälsorådgivningen. Frågan blir också intressant inte minst för vilka känslor och attityder normerna skapar inför sexuell hälsorådgivning.

6.3 Känslor och attityder inför sexualrådgivning

I fokusgrupperna framkom olika sätt att förhålla sig till sexualrådgivning. Många av ungdomarna beskrev att det bland muslimska ungdomar kan finnas en uppfattning att sexualundervisning är *haram* och något som bör undvikas:

- Jag tror att många muslimska tjejer och killar uppfattar detta [sexualkunskap] som haram... Jag vet inte, detta är ju bara kunskap så de kanske har missuppfattat Koranen eller att föräldrarna är mer så strikta eller så.

- Så det [sexualkunskap] är inte haram?

- Nej det är inte haram om man lyssnar och inte gör det [sex]... Det är haram när man gör det [har sex] (diskussion mellan tre yngre tjejer, FGD).

För några hade undervisningen gett upphov till känslor av skam eller äckel:

Jag tänkte 'vad fan är det han [läraren] säger? Vi är både tjejer och killar här och du kan inte bara gå in på det här ämnet' och 'usch jag kan inte vara här inne, detta är för äckligt' och sen kanske det kommer en bild där de hånglar och så kollar man bort kanske för att det är det man är van vid där hemma. 'Ah kolla inte det hånglas, vänd dig om direkt', det är så, en vana (Kim).

Kim berättade i intervjuerna att hon inte har en vana att prata om sexualitet hemma och att hon också haft en oro att det strider mot hennes religion att prata om sexualitet. Hon beskrev att mötet med sexualundervisningen i skolan blev fel på många sätt; läraren hade inte förberett eleverna på undervisningen, undervisningen var inte könsseparerad och de behövde se på bilder med människor som kysser varandra, någonting som inte uppfattades som okej. En annan tjej i fokusgrupperna hade haft liknande upplevelser: *I vår kultur får man inte titta på två människor som ska kyssas och så, så när jag kollade på det kändes det som att jag kollade på något som var fel. Men efteråt skulle vi skriva om det och det var faktiskt bra (äldre tjej, FGD).* För Kim innebar besöket på ungdomsmottagningen att förtroendet för ungdomsmottagningen minskade. Hon berättade om ett studiebesök hon gjort under högstadiet:

Så sa de 'här kan ni få kondomer', så tänkte jag eh jag ska inte ha sex så jag ska inte ha kondomer, vad har jag för nytta av detta? Och de sa 'tänk så hittar du den rätta killen och du kanske vill göra det [ha sex]'. Jag tänker att 'jag är muslim, när jag gifter mig – det är då jag ska göra det', och så [sa de] 'ja men

så kommer det...'. Nej men alltså jag var väldigt emot ungdomsmottagningen (Kim).

Exemplet illustrerar hur det kan uppstå friktion när sexualliberala idéer pådyvlas människor som är förankrade i ett mer konservativt sexuellt normsystem. Följden kan bli att de aktivt tar avstånd från information eller kampanjer med sådana budskap (jfr Wray et al., 2014). Som Kims uttalande belyser kan till exempel en islamisk sexualitetsdiskurs på många sätt skilja sig från den liberala sexualitetsdiskurs som är dominerande i Sverige med avseende på regler kring sexualitetens när, var, hur och med vem och varför (Ouis, 2009b). Till exempel syftar den islamiska sexualrådgivningen till att få människor att följa ett religiöst regelverk snarare än att reflektera över sina individuella sexuella känslor eller problem (Carlbom, 2012). Normkonflikter mellan liberal sexuell hälsorådgivning och en islamisk sexualitetsdiskurs var ett närvarande tema i de ungas berättelser, men beskrevs som helt frånvarande i den sexuella hälsorådgivningen de unga tjejerna tagit del av.

Exemplen belyser tillfällen då det uppstått konflikt mellan tjejernas uppfattningar om vad som bör förmedlas i sexuell hälsorådgivning och hur frågan hanterades i skolan. För Kim som tidigare var orolig för att det stred mot hennes religion att prata om sex och samlevnad blev det en lättnad när hennes mamma uppmuntrade henne att delta i sexualundervisningen i skolan:

Så sa jag 'vi har haft sex och samlevnad och det var väldigt äckligt kan vi inte typ göra något'. Så sa hon [mamma] 'detta är bra kunskap, jag tycker du borde ta och lära dig detta. Det är kanske pinsamt eftersom vi inte snackar om detta här hemma så du kanske borde lyssna mer i skolan' ... så jag tänkte okej, hon sa ändå att det inte är haram och allting ... Att min mamma tyckte det var helt okej kanske kändes som en liten lättnad alltså. För att då kanske jag inte borde skämmas (Kim).

Intervjuerna visade att ungdomarna hade stort förtroende för sina föräldrar och att mycket finns att vinna på att få föräldrarnas förtroende att tillhandahålla information och rådgivning kring sexuella frågor. På frågor om var eller av vem ungdomarna ville ha information var det inte ovanligt att ungdomarna svarade "föräldrar":

Man har sina föräldrar också det är också väldigt bra, man lyssnar på sina föräldrar (Mariah). För att föräldrar ska våga prata med sina barn om sexualitet föreslog flera av deltagarna olika sätt att involvera föräldrarna i sexualundervisning:

Om till exempel barnet är ovan [att prata om sex och samlevnad] och föräldrarna också är det, kanske läraren först borde försöka övertyga föräldrarna och säga till dem att detta är viktigt... Om föräldrarna till slut kanske tillåter det och försöker göra så att barnet också ställer upp på samma sätt som de [föräldrarna] gör (yngre tjej, FGD).

Genom föräldrarnas godkännande kan skuld- eller skamkänslor hos den unga i relation till sexualrådgivning minska, liksom tröskeln för att söka hjälp vid behov.

Ungdomarna vittnade om en nyfikenhet och ett intresse inför sexualundervisning samtidigt som de beskrev att ämnet inledningsvis upplevts som tabu eller pinsamt att prata om, en känsla som avtog efterhand som undervisningen fortskred. En vanlig beskrivning var att ”man vänjer sig”: *Jag tycker det [sex- och samlevnadsämnet] är intressant. Jag som person själv vill [lära mig], även om man tycker det är pinsamt att man skäms, så gynnar det en själv i framtiden för då är man förberedd på vad som kommer hända* (äldre tjej, FGD). Undervisningens längd och omfattning tycks således spela stor roll för möjligheten att hinna bli van och bekväm i situationen. Det här har man också sett i andra studier (Kånåhols et al., 2011). Det är med andra ord en framgångsfaktor att avsätta ordentligt med tid för undervisningen för att nervositet bland ungdomarna ska släppa och de ska våga ställa frågor eller börja ta in informationen som ges.

6.4 Sammanfattning

Ungdomstiden beskrivs ofta som en konfliktfylld tid där ungdomar möts av motsägelsefulla budskap om hur de bör bete sig som sexuella varelser (Berg, 2009). Ungdomarna i studien beskrev ett sammanhang där gränserna för vad som förväntas av sexualitet är flytande och rörliga och inte alltid helt tydliga. I förhållande till klasskamrater förväntas ungdomar ha sex tidigt, i kontrast till förväntningar ungdomarna fått förmedlade genom sina föräldrar, sin religion eller kultur. Samtidigt kan konsekvenserna av sexuella snedsteg vara svåra för den som blir påkommen eller råkar bli gravid.

Till följd av normer som säger att unga kvinnor inte bör visa sexuellt intresse kan unga tjejer ha ambivalenta känslor inför deltagande i sexualundervisning. Sexualliberala normer som förmedlas till ungdomar genom media, i informationskampanjer kring sexualitet liksom i skolan ligger ibland långt ifrån ungdomarnas föräldrars inställning till sexualitet.

Materialet visar att det är viktigt att professionella som möter ungdomar i sexuella hälsofrågor utvecklar en förståelse för de olika sexualnormer ungdomar möter i samhället idag. Materialet visar också att det är betydelsefullt att vara medveten om att ungdomar kan vara förankrade i olika sexuella normsystem. Särskilt viktigt förefaller det vara i förhållande till yngre tjejer som är i färd med att hitta egna förhållningssätt till sexualitet och skapa sig ett sexuellt jag.

Det finns ett behov av forum för diskussion om motstridiga normer och förväntningar kring genus och sexualitet. Dels för att stödja ungdomar i att hitta sitt eget sätt att förhålla sig till sexualitet men också för att korrigera eventuellt missledande information från massmedia eller kamrater. Här utgör skolan en viktig sexualfrämjande aktör. Materialet visar också vikten av att rådgivningen och informationen som ges är korrekt och omfattar olika områden som relaterar till sexuell hälsa som t.ex. genusnormer, sexualnormer och värderingar.

I kapitlet har vi beskrivit en delvis problemorienterad bild av ungdomars vardag där vi inte riktigt gett samma utrymme för den agens vi också sett i intervjuerna. Många av informanterna uttryckte att det att navigera mellan olika normsystem för många ungdomar inte är helt enkelt, samtidigt som de beskriver många strategier för att hantera detta och lösa situationerna genom att omförhandla normer och värderingar, antingen i relation till vänner, familj eller i förhållande till egna värderingar.

7. EFTERFRÅGAR SAMTAL OM KVINNLIG OMSKÄRELSE

7.1 Kvinnlig omskärelse som tema i rådgivningen

Utan att frågor ställdes kring kvinnlig omskärelse var det i två av fokusgrupperna ett tema gruppen uppehöll sig mycket vid. Bland de flesta av de yngre tjejerna som diskuterade kvinnlig omskärelse framstod frågan oftast som en parentes, även om de ansåg att ämnet borde lyftas mer i sexualundervisningen eller hälsosamtalen i skolan. Bland de äldre tjejerna var frågan däremot central.

Genom universitetsstudier i Somalia hade de äldre fått information om ingreppet och vilka eventuella medicinska komplikationer ingreppet kan innebära. De hade också själva sökt information om frågan och några hade träffat omskurna kvinnor i sitt arbete som sjukvårds- eller förlossningspersonal. Två av tjejerna berättade att de själva hade varit engagerade i informationsarbete kring kvinnlig omskärelse under tiden de bodde i Somalia. Några hade hållit föreläsningar om ämnet och några diskuterade frågan med vårdpatienter i sin yrkesutövning. De yngre tjejerna uttryckte istället att de hade begränsad kunskap om ingreppet och skulle vilja veta mer. Det gällde både dem som själva uppgett att de är omskurna och de ungdomar som berättade att de själva inte är omskurna men som kände till traditionen eller kände andra som genomgått ingreppet.

7.2 Bakgrund kvinnlig omskärelse

I Sverige är det en kriminaliserad handling att utföra någon form av kvinnlig omskärelse. Både globalt och nationellt bedrivs en aktiv politik för att förebygga traditionen att omskära kvinnor (NCK,

2011). Frågan har länge varit omdebatterad både inom politiken och inom forskningen och mycket fokus har ägnats åt ingreppets konsekvenser för flickor och kvinnors sexuella och reproduktiva hälsa (NCK, 2011). Kvinnlig omskärelse förekommer i ett trettiotal länder, främst i Afrika och delar av Asien och motiven bakom ingreppet varierar (WHO, 2014b). Ibland sker ingreppet inom ramen för en initiationsrit och betraktas i många fall som en förutsättning för att flickan ska kunna gifta sig eller som ett sätt att forma flickor till ärbara, moraliskt goda kvinnor (se kunskapsöversikt NCK, 2011). I olika delar av världen praktiseras olika former av kvinnlig omskärelse som är mer eller mindre omfattande. Vid de mer omfattande ingreppen skärs hela eller delar av glans klitoris bort (klitoridektomi) och/eller hela eller delar av de inre och yttre blygdläpparna (excision). Vid infibulation förminskas den vaginala öppningen genom att inre och/eller yttre blygdläpparna skärs bort och sammanfogas för att lämna en liten öppning för urin och mensblod. Även mindre omfattande ingrepp förekommer, såsom prickning av klitoris, skrapning eller snittande. WHO uppskattar att omkring 10 % av de omskärelser av flickor som sker i världen är infibulationer (WHO, 2014a). Ofta kan det vara svårt för kvinnorna och även experter att vid en genital undersökning avgöra vilket ingrepp en kvinna genomgått.

Internationellt pågår en diskussion om hur ingreppet ska benämnas. I den dominerande globala diskursen om kvinnlig omskärelse, det dominerande sättet att tala om, beskriva och förstå fenomenet, används termen könsstympning (eng. female genital mutilation (FGM)). Kvinnlig könsstympning är också den term som för närvarande används av svenska myndigheter, WHO och inom olika FN-organ (NCK, 2011).¹⁶ Benämningarna på de olika ingreppen skiljer sig åt mellan olika grupper. Lokala benämningar förekommer också. På somaliska benämns infibulation som ”faraonisk omskärelse” (*gudniinka fircooniga*) medan alla övriga varianter kallas ”sunna-omskärelse” (*gudniinka sunnada*). För en ung person som inte upplever sig könsstympad kan ord som stympning vara svårt att internalisera i sin självbild. I mötet med kvinnor eller flickor som genomgått ingreppet kan det därför vara bra att vara uppmärksam på vilka ord som används av flickan själv (Socialstyrelsen, 2005).

¹⁶ I texten har vi genomgående valt att använda termen *omskärelse* för att den är mer neutral än svenskans könsstympning.

Konsekvenserna av ingreppet diskuteras ofta i litteraturen på området, men uppgifter om vilka konsekvenserna av ingreppet går isär (NCK, 2011). Oberoende av ingreppets omfattning innebär ingreppet alltid omedelbar smärta, blödning och infektionsrisk. Tillfälliga svårigheter att urinera kan uppstå liksom risk för skador på närliggande organ eller risk för psykisk chock (NCK, 2011). Vad gäller de långsiktiga konsekvenserna för den sexuella och reproduktiva hälsan är forskningen inte entydig. Medicinska komplikationer som rapporterats är underlivssmärter och problem vid urinering och menstruation liksom samlagssmärter (NCK, 2011). Samtidigt är det svårt att isolera hälsofaktorer relaterade till kvinnlig omskärelse från andra faktorer. I många länder där den sexuella och reproduktiva ohälsan är hög är ohälsan lika stor bland icke-omskurna som omskurna kvinnor (Abdulcadir et al., 2012). Flera studier pekar på att infibulerade kvinnor uppger något sämre sexuell hälsa i avseende på sexuell tillfredsställelse än icke-infibulerade kvinnor (se t.ex. Andersson et al., 2012; studier i översikt av Berg & Denison, 2011), fastän forskning också visat att några sådana skillnader inte kunnat fastställas (Catania et al., 2007; Lightfoot-Klein, 1989). Fortfarande vet vi lite om hur kvinnlig omskärelse påverkar sexualiteten hos omskurna kvinnor, men generellt kan sägas att studier med kontrollgrupp visar antingen små eller inga skillnader mellan omskurna och icke-omskurna kvinnor.

7.3 Förväntningar på sexualitet

Bland de äldre nyanlända tjejerna fanns en uppfattning att kvinnlig omskärelse dämpar kvinnors sexualitet. De föreställde sig att ingreppet kunde få stora konsekvenser för sexualiteten både vad gällde lust till sex, initiativtagande och sexuell njutning:¹⁷ *[Complications] can be pain during sex because the area is closed. She doesn't have much feeling for sex, we call it libido in medical terms. And also*

¹⁷ I den här diskussionen är det svårt att veta att vi talar om samma saker när vi säger omskärelse. Kvinnlig omskärelse delas enligt WHO:s klassifikation in i fyra olika typer av ingrepp som sträcker sig från en prickning av klitoris för att framkalla en droppe blod, till helt eller delvis borttagande av inre och/eller yttre blygdläppar med eller utan infibulering eller borttagande av klitoris yttre del (klitoridektomi) (WHO, 2014a). På somaliska används ordet faraonisk omskärelse för infibulering medan *sunna* används för samtliga övriga ingrepp. När man på somaliska talar om "kvinnlig omskärelse" menas ofta enbart faraonisk. När tjejerna pratade om samlagssmärter på grund av att den vaginala öppningen varit liten, eller att det genom läkarvård går att förstora den vaginala öppningen, drar vi slutsatsen att de avsåg infibulation när de talade om omskärelse. Infibulation är traditionellt också den vanligaste typen av ingrepp i Somalia (NCK, 2011). Många av informanterna menade emellertid att det i dag är vanligare med mildare former av ingrepp – de som går under beteckningen *sunna*.

during delivery, she undergoes a lot of cutting and she can bleed (Nura). De yngre tjejerna i studien gav istället uttryck för blandade föreställningar om sex i relation till kvinnlig omskärelse:¹⁸ *Kommer det [sex] göra ont, kommer det bli nåt ballt, får jag inte [känna] som de andra tjejerna?* (Filippa). Flera av deltagarna hade en bild av att kvinnlig omskärelse får negativa konsekvenser för kvinnors sexuella hälsa: *Jag tycker inte om omskärelse för jag tror inte det är bra för tjejen. Hon kan få många olika sjukdomar. Mens, när det kommer mens gör det ont, när hon ska ha sex kan hon blöda och sånt, det är inte bra för henne. Det är bra om man inte gör det* (Zoya). Flera av de yngre deltagarna undrade varför ingreppet utförs och vad man vill åstadkomma med omskärelsen:

Man anlitar nån kvinna som kommer hem till dig och som skär i din dotter och hon blöder. Alltså vad är det hon vinner på det? Alltså på riktigt, jag förstår inte nånting? Kommer hennes slida bli bättre, kommer det... alltså det är helt onödigt att gå och skära i nån så. Det kan förstöra hennes liv, det är sorgligt (Mariah).

Mycket forskning har gjorts kring kvinnlig omskärelse. Vad gäller konsekvenser för den sexuella hälsan är forskningen som sagt inte entydig. Bilden av ett smärtsamt första samlag, särskilt vid en oöppnad infibulation, återkommer i intervjustudier på området. Kvinnor som genomgått infibulation rapporterar emellertid att en smärtsam samlagsdebut inte behöver vara ett hinder för att njuta av sex längre fram (Johnsdotter et al., 2005; Johnsdotter, 2002). Även andra studier visar att infibulerade kvinnor kan njuta av sex och uppnå orgasm (Catania et al., 2007 om kvinnor i västerländsk kontext; Lightfoot-Klein, 1989 om sudanesiska kvinnor som visade att 90 % hade upplevt orgasm).

För unga tjejer som ännu inte har egna sexuella erfarenheter spelar förväntningar en avgörande roll för hur de ser på sina framtida möjligheter att njuta sexuellt. Fenomenet var inte okänt bland de äldre tjejerna som vuxit upp i Somalia:

18 Se också intervju med Sara Johnsdotter om pilotstudien som förevarande studie tar avstamp i (Larsson, 2008).

[CL frågar:] - *Is there a risk that a girl who is already cut gets even more anxious if people say that it will hurt and bleed a lot, or is it good to prepare her?*

- *I think it's good to prepare her because normally when the girl is circumcised, all they have... when they're about to get married they have phobia of this intercourse because they hear stories like it's very painful, it's this and that, and they have already phobia.*

[CL frågar:] - *Have you heard of it?*

- *Every day, every time yes. And they say, [personally] I don't know, even they don't feel any pleasure when they're having intercourse. Like there is only the man doing his things. She doesn't feel anything, she's not feeling any pleasure, it's like that man's thing. He's the one who's enjoying it (Linda).*

Forskare har uppmanat till försiktighet vid kampanjer och informationsinsatser med betoning på budskap om förstörd sexuell förmåga då det kan få stora negativa effekter på kvinnors självuppfattning och hur man förstår och värderar sin sexualitet och sitt sexuella liv (Ahmadu, 2007; Johnsdotter et al., 2005; Malmström, 2009).

7.4 Vad tycker ungdomarna bör förmedlas om kvinnlig omskärelse?

De äldre nyanlända tjejerna framhöll att kvinnlig omskärelse var det ämne som var viktigast att diskutera i sexuell hälsorådgivning:

[CL frågar:] - *Vad är viktigast att prata om när det gäller sexuell hälsorådgivning?*

- *Om jag skulle hjälpa somaliska kvinnor med detta [sexuell hälsa] skulle det vara mer om FGM. [Det är bra] om tjejerna vet det här och att det är jättemånga problem som ska komma [kan uppstå]. Man ska berätta och förbereda tjejerna. Om de redan har gjort omskärelse ska man berätta för dem så att de inte gör det på sina barn (Fatima).*

På frågan om vad som bör förmedlas om kvinnlig omskärelse var ett vanligt svar att man bör beskriva de komplikationer omskurna tjejer eventuellt kan möta till följd av ingreppet:

[CL ask:] - *What should be told?*

- *The risks, I mean the...*

- *The complications, exactly, a lot of complications actually.*

- *During circumcision there can be bleeding or there can be... well bleeding that's enough. They even use non-sterilized [instruments], there can be infections... there can be menstruation problems because they make the opening very tight so the menstruation can't come out, and there's this other thing, cyst, and psychological [complications].*

- *Also during intercourse they have a lot of pain.*

- *And they don't have [any] pleasure (samtal äldre tjejer, FGD).*

Att informera om medicinska risker och risker i förhållande till sexuell och reproduktiv hälsa ansågs som viktigt, dels för att kunna hjälpa tjejer där det uppstått problem till följd av omskärelsen men främst som ett sätt att förebygga att tjejer omskar sina framtida döttrar: *They [sex educators] will tell you that you will get these complications. You have to be ready, it's inevitable. Also it's good to tell them 'don't do this to your children', that's very important, you can prevent it* (Nura). De unga kvinnorna menade att ungdomar också bör informeras om möjligheten att få hjälp inom hälso- och sjukvården ifall problem uppstår till följd av ingreppet.

De intervjuade som arbetat inom hälso- och sjukvården i Somalia hade erfarenheter av att kvinnorna och männen de mött i sitt arbete ofta hade bristfälliga kunskaper om den anatomiska strukturen på kvinnliga könsorgan. Många kände inte heller till anatomiska skillnader mellan omskurna och icke-omskurna genitalier. Av den anledningen föreslog de att i hälsorådgivningen visa bilder på kvinnans genitala anatomi vid olika typer av omskärelse och bilder där ingrepp i könsorganen inte gjorts.

När vi pratade med de yngre tjejerna om vad de tyckte bör förmedlas till unga omskurna tjejer fick vi andra svar. Några hade funderingar över hur omskärelsen skulle påverka sexualiteten i framtiden medan många hade mest funderingar kring varför ingreppet utförs, vilken typ av ingrepp det finns och vilka länder som praktiserar traditionen. På frågor om vad som bör förmedlas till unga omskurna tjejer svarade Filippa att hon har bra koll på riskerna med omskärelse men undrar ”vad är det bra med det?”:

De säger tjejer omskärs i typ det där hemlandet, de [utför] omskärelse och sånt. Jag bara 'okej vad händer sen? Varför är det så? Vad är det bra med det, vad är det dåliga med det?' ... Det dåliga vet jag, man kan dö om man gjort för mycket omskärelse, men jag vet inget, vad är det bra med det? (Filippa).

I andra studier på områden har man kunnat se att reflektioner kring praktiken startat när man på något vis upptäckt att vad som tidigare betraktats som normalt eller naturligt, i den nya kontexten betraktas som annorlunda (Johnsdotter, 2002). I Somalia är omskärelse något som förknippas med stolthet och är ett tecken på kvinnlighet, medan det i det offentliga samtalet i Sverige beskrivs som en ”stympling” (jfr. Fangen & Thun, 2007). I kontakt med det västerländska samhället sker på det här sättet en omvärdering av praktiken. Det framstår här som betydelsefullt att hjälpa unga tjejer att skapa mening i förhållande till praktiken som utförts, kanske på dem själva eller på någon i deras närhet. Erfarenheten av att ha genomgått omskärelse kan bli lättare att bära om man också förstår något av motiven till att det en gång ägde rum (Schultz & Lien, 2013).

De unga kvinnornas olika utgångspunkter i frågan kan delvis förklaras med att de äldre tjejerna redan tagit del av kampanjer kring kvinnlig omskärelse medan de yngre tjejerna uttryckte att de fått mycket begränsad information om praktiken. Deltagarna lät oss på olika vis förstå att de inte hade egna sexuella erfarenheter – man kan därför tänka sig att de förväntningar på sexuella konsekvenser av ingreppet som de äldre tjejerna gav uttryck för snarare speglar den information om ingreppet de tagit del av genom universitetsstudier i Somalia och information via internet. I den allmänna diskussionen på området ligger fokus på att förebygga kvinnlig omskärelse genom att lyfta fram negativa konsekvenser för den sexuella hälsan. De äldre tjejerna som växt upp i Somalia tycktes i större utsträckning ha tagit del av och präglats av den allmänna diskussionen på området. Deltagarna som vuxit upp i Sverige eller kommit till Sverige som unga tonåringar uttryckte många funderingar kring omskärelse och tycktes till skillnad från de äldre nyanlända tjejerna inte ha hunnit bilda sig en bestämd uppfattning av fenomenet.

7.5 Om att ta upp frågan med berörda ungdomar

Av tjejerna som gått i svensk grundskola hade de flesta aldrig hört personal på skolan nämna kvinnlig omskärelse. När det talats om kvinnlig omskärelse upplevde flera att det enbart omnämns i sammanhang som upplevts som stigmatiserande mot somalier: *[Skolan sa] bara att ja i Somalia finns det, i Afrika, HIV och omskärelse ... Också är det bara oss [somalier] de snackar om* (äldre tjej, FGD). En av tjejerna berättade i intervjun att hon trots funderingar aldrig frågat skolsköterskan (som hon annars vanligen konsulterade i sexuella hälsofrågor): *Jag har aldrig frågat skolsköterskan för typ de flesta av dem vet ingenting om det med omskärelse när man säger det* (Filippa). Filippas uppgav att anledningen till att hon inte pratat med sin skolsköterska om omskärelse var att hon inte förväntade sig att någon skulle kunna ge svar på hennes frågor. Det vilket visar vikten av att ungdomar har vuxna omkring sig som signalerar att det finns utrymme att lyfta frågan.

I möte med skolsköterskor i Malmös grundskolor framkom att det upplevdes som svårt att diskutera frågan i brist på direktiv och handlingsplaner för att gå vidare ifall det under samtal skulle visa sig att någon är i behov av vård eller behandling i relation till kvinnlig omskärelse.¹⁹ Med andra ord, ifall det skulle uppstå problem i relation till kvinnlig omskärelse och det inte finns tydliga vårdalternativ för att avhjälpa problemet, uppfattades det som svårare att ta upp frågan. I skrivande stund pågår ett regeringsuppdrag att ta fram ett vägledande material riktat till vårdpersonal för att säkra ett gott bemötande och omhändertagande av omskurna kvinnor och flickor inom vården. Vägledningen ska bl.a. innehålla rekommendationer för vård, behandling och även förebyggande arbete relaterat till kvinnlig omskärelse. Materialet är ännu inte publicerat men kan i framtiden tjäna som underlag för diskussioner för hur skolor kan hantera frågan lokalt.²⁰

Bland ungdomarna i studien var samtliga överens om att den som håller i sexualrådgivning borde ta upp frågan om kvinnlig omskärelse. Så här gick en diskussion mellan två av deltagarna:²¹

19 Samtal med skolsköterskor i samband med föreläsning om kvinnlig omskärelse vid grundskoleförvaltningen i Malmö 11 december 2014.

20 Uppdraget beskrivs i regeringsbeslut U2013/5292/JÄM.

21 I intervjun var intervjufrågorna på engelska då det var ett språk alla tre förstod, däremot valde en av tjejerna att svara på frågorna på svenska som sedan översattes till engelska.

Linda: - I think the nurses also should know and have information about this [circumcision], school nurses.

[CL frågar]: - Should the nurse bring it up or should she wait for the girl to bring it up?

Linda: - No, no, she [the nurse] should bring it up. As we already think in our country, since everybody practices this, we expect that the doctor and the nurse know about us already. So the nurse should bring up this [question], to know the situation of that person... When you go to the health center, the first thing they ask is basic information; whether you are married, whether you are single or not, and this [circumcision] should be in the basic information.

[CL till Limja]: - And you agree?

Limja: - Men det kan vara känsligt också. Andra tjejer som inte har det här med FGM [känner till praktiken], det kan vara känsligt för dem. [De tänker] 'varför är den här frågan med i hälsokontrollen?'

[CL frågar:]- För de som själva är eller de som inte är [omskurna]?

Limja: - De som inte är [omskurna], för att de är emot den här saken, så därför vill de inte att det står någonstans. De som redan är [omskurna] kanske skäms, de vill inte säga [att de är omskurna].

[CL översätter till engelska och frågar]: - How is a good way to approach her [a circumcised girl] and show her that it's okay to talk about and if you have questions I can give you answers?

Limja: - Sjuksköterskorna eller de som blir omskurna, har inte så mycket idéer om omskärelse, så därför kan de inte prata om ämnet så mycket, de vet bara lite. [Det är bra att] de [sjuksköterskorna] säger till den här personen att det här gäller för dig, de har redan gjort omskärelsen, vad finns det för hjälp för den här personen? Finns det hjälp – okej då ska man prata om det [omskärelse], men finns ingen hjälp [att ge] så okej det har redan hänt, men man ska akta så att andra flickor inte blir omskurna (Limja).

Vad citatet belyser är att yrkesverksamma som möter exempelvis somaliska familjer genom sitt yrke inte på förhand kan veta hur den eller de personer de har framför sig förhåller sig till frågor om kvinnlig omskärelse. Det kan finnas tjejer som tycker att ämnet är svårt att prata om, men det kan också finnas tjejer som välkomnar frågan eller som inte reflekterat alls över saken: *Jag har alltid tänkt mig att det inte är en så viktigt fråga för mig* (Filippa). För Filippa har frågan blivit mer betydelsefull först på senare tid, då hon ville veta ”vad som är det bra med det”. I Sverige är det olagligt att omskära kvinnor men för kvinnor som kommer från länder där kvinnlig omskärelse är socialt accepterat och en utbredd företeelse betraktas tillståndet ofta som det självklara och naturliga (NCK, 2011). Ofta är det först i kontakt med den västerländska bilden av praktiken som kvinnor och flickor får sin tidigare förståelse av ingreppet prövat när de kommer till ett samhälle där det är vanligare att inte vara omskuren (ibid.), vilket skulle kunna vara en del av förklaringen till att omskärelse för Filippa fått ökad betydelse med tiden.

Medan det kan finnas tjejer som tycker det är besvärligt att prata om kvinnlig omskärelse var det ingenting som kom fram i intervjuerna i den här studien. I intervjuerna talades det fritt och öppet om det och på ett obesvärat sätt. Några av deltagarna talade fritt för varandra om hur det gått till när de själva omskars, vem som var med när ingreppet utfördes och vad som hände efteråt:

CL: Vilka är med när man gör det?

Tjej1: Mamman ska vara där men det är inte hon som ska göra [ingreppet]. Två tjejer ska hålla dig [skrattar]. Du ska inte få sån spruta [bedövning] som hjälper dig.

Tjej2: Fick ni inte spruta?!

Tjej1: Excuse me?!

Tjej2: Jag.. vi fick!

Tjej1: Jo bara lite, men du känner ju vad som händer.

Tjej2: Ja.

Tjej3: Jag såg [vad som hände].

Några av de yngre tjejerna hade funderingar kring vad som händer när man är infibulerad, hur det går till vid förlossning eller vid möten med vården. Nedan är ett exempel från när tjejerna talade om gynekologiska undersökningar:

Tjej1: Min är sydd.

ZA: Men det [gynekologisk undersökning] går inte när man är hopsydd.

CL: Nej utan det måste vara när man är öppnad.

Tjej1: Efter mitt bröllop kanske.

[Tjejerna skrattar]

Tjej2: Men efter man har varit gift och man har fött barn, ska det fortfarande vara hopsytt?

De intervjuade hade flera förslag på hur skolan kan prata om omskärelse på ett respektfullt sätt. Ett förslag var att låta frågan ingå i en allmän hälsoscreening på skolan eller vid vårdcentraler (som nämnts i tidigare citat). En av de yngre tjejerna menade att omskärelse är viktigt men att det inte behöver vara ett isolerat ämne: *Det behövs inte ett speciellt ämne att idag ska vi bara snacka om oskuld eller omskärelse* (yngre tjej, FGD). Istället menade hon att ämnet kunde vara något som diskuterades precis som andra ämnen som hör till skolundervisningen.

Det fanns också invändningar mot att prata om kvinnlig omskärelse i en klass där inte alla känner till traditionen:

Since the FGM is nothing that all people have, I mean it's a culturally limited thing, so I think it's good to just talk about it in private. Because Swedish ladies they don't have [FGM] and Arab ladies they don't have, not all of them (Nura).

Erfarenheter från sexualundervisning med vuxna SFI-studenter visar att negativa framställningar om kvinnlig omskärelse riskerar att reproduceras i klassrum där elever med varierade erfarenheter och kunskaper om kvinnlig omskärelse blandas.²² Även erfarenheter från en studie i Norge visar att det kan vara problematiskt att diskutera omskärelse i ett klassrum där enbart ett fåtal kvinnor är omskurna:

22 Samtal med Kristina Blomberg, lärare i sexuell hälsa på SFI (2014-10-15).

Noen av våre informanter hadde opplevd det som svært krenkende når omskjæringstemaet kom opp i skoleklassen. Det var altså ikke det å samtale om det i seg selv, men det å bli belært om det av en vestlig kvinne, som ikke selv hadde erfart det, som kunne føles ydmykende, og som kunne lokke frem skamfølelser [Fangen & Thun, 2007:111].

I det norske eksemplet framhålls betydelsen av lærarens etniske tilhørighet, något som inte diskuterades i våra intervjuer. Men liksom i Fangen och Thuns studie framkom i vår studie att det inte var ämnet som sådant som kunde vara besvärligt att prata om, utan snarare sammanhanget där samtalen fördes. I Sverige finns ett exempel från en konflikt på en skola i Rinkeby som blossade upp i samband med ett mediedrev om kvinnlig omskärelse. I korthet blev somaliska tjejer trakasserade av andra tjejer som hävdade att de saknade förmåga att ha ett givande sexualliv.²³ Mot bakgrund av dessa exempel framstår det som en god idé att snarare låta samtal om omskärelse ingå som en del av enskilda hälsosamtal på skolor, åtminstone om det kan antas att eleverna i klassen tagit del av negativa framställningar av fenomenet och att det därför finns risk att samtalen i klassrummen blir stigmatiserande mot de grupper som kommer från områden där omskärelse är vanligt förekommande.

7.6 Sammanfattning

I intervjuerna kom frågan om kvinnlig omskärelse upp spontant fastän det inte var en fråga som varit med i intervjuguiden när studien inleddes. Ofta kom diskussionerna in på sexualitet i relation till kvinnlig omskärelse. De äldre tjejerna som vuxit upp större delen av sitt liv i Somalia uttryckte starkt negativa förväntningar på sexualitet i relation till kvinnlig omskärelse och många var övertygade om att ingreppet medför förlorade sexuella känslor och sexuell njutning. De yngre tjejerna och de äldre tjejerna som vuxit upp i Sverige gav uttryck för mer blandade föreställningar.

Såväl internationellt som nationellt pågår en mobilisering mot kvinnlig omskärelse (WHO, 2008). Många av studierna som görs på området utförs inom ramen för ett politiskt projekt som syftar till att praktiken att omskära flickor och kvinnor ska överges. Karakteristiskt

23 Händelsen beskrivs i Johnsdotter & Essén (2004).

för kampanjerna är det starka fokuset på negativa konsekvenser för den sexuella och reproduktiva hälsan (Ahmadu, 2007). Det finns forskning som visar att omskurna kvinnor har goda möjligheter att njuta sexuellt, men dessa bilder kommer inte fram i den allmänna diskursen. I de offentliga berättelser som unga omskurna kvinnor får ta del av saknas positiva exempel som förmedlar att omskurna kvinnor kan njuta av sin sexualitet. Bilderna riskerar att färga unga tjejers förväntningar på sexualitet och hur de ser på sina egna möjligheter som sexuella varelser.

I diskussionerna med de unga kvinnorna framgår att de efterfrågar samtal om kvinnlig omskärelse. De uttryckte att de har bra insikt i de medicinska riskerna men undrade 'vad är det bra med det?'. Frågorna de var upptagna av var konsekvenser för den sexuella och reproduktiva hälsan, var ingreppet utförs och varför.

Ungdomarna hade många förslag på hur information om omskärelse kan kommuniceras: några förslag var att integrera frågan i ordinarie undervisning i skolan, att införa ämnet i den allmänna hälsokontrollen i skolan eller att ha workshops på temat med grupper som kan tänkas berörda. Ämnet framstod inte som tabu att tala om (se också Fangen & Thun, 2007; Johnsdotter, 2002), medan sammanhanget där samtalet förs däremot framstår som av större betydelse.

8. SEXUELL HÄLSORÅDGIVNING PÅ BÄSTA SÄTT

8.1 Vill lära sig om sex och sexuella konsekvenser

Alltså jag tycker det är bra att få så mycket information som möjligt, det tycker jag är bra. Och att nån ska komma och presentera ämnet för att sex är väldigt intressant för de flesta och speciellt ungdomar och då lyssnar man. Så att ha djupgående lektioner om det och prata om det tycker jag är väldigt bra (äldre tjej, FGD).

Deltagarna i studien hade varierande erfarenheter av sexuell hälsorådgivning. Medan några hade fått kontinuerlig information genom studier (antingen i grundskolan i Sverige eller genom universitetsstudier i Somalia) ansåg majoriteten att kunskaperna de fått om sex och samlevnad var otillräckliga. När man frågar ungdomar om deras erfarenheter av sexualundervisning i skolan är det så svaren brukar se ut (Ekstrand et al., 2011; Tikkanen et al., 2011). Samtliga ansåg att ungdomar behöver kunskaper inom området för sexuell hälsa, men vilka kunskaper ungdomar anses behöva eller när det är lämpligast att förmedla kunskapen var de inte eniga om. Här spelade faktorer som vistelsetid i Sverige, och då särskilt tid i den svenska skolan, roll för inställningen till sexuell hälsorådgivning.

I fokusgrupperna ingick ett moment där de ämnen ungdomarna tyckte skulle ingå i sexuell hälsorådgivning skrevs upp på en tavla. Ämnena spände över en vid bredd av områden. De yngre listade följande områden som viktiga: preventivmedel, sjukdomar, graviditet, porr, sex, kärlek, familj, oskuld, kvinnlig omskärelse, killar

och *haram*. Bland de äldre nyanlända tjejerna omfattades följande ämnen: att få barn, trohet/otrohet, STI, säkert sex, preventivmedel, undvika tidigt äktenskap, mens, kvinnlig omskärelse, sexuella övergrepp, kommunikation vid sex samt sexuella tabun. En engelsk studie rörande sexualinformation genom skola och föräldrar (Ancheta, et al., 2005) visade att ju större bredd av ämnen som berörs i informationen till ungdomar desto mer ökar deras möjligheter att praktisera metoder för säkrare sex. Det kan med andra ord finnas vinster i att inkludera flera ämnen inom ramen för sexualpreventivt arbete.

De flesta i de yngre grupperna var överens om att en bra sexualrådgivning tar upp ämnen som hur sex går till, hur kroppar ser ut inklusive kvinnlig omskärelse, hur graviditet eller sexuellt överförbara sjukdomar kan undvikas liksom sociala frågor som att ta ansvar och att hålla sig från gruppträck att ha sex. Kunskap om hur sex går till liksom hur man skyddar sig från oönskade sexuella konsekvenser framstod som det starkaste behovsområdet:

Jag tror sjukdomar eller hur man skyddar sig [är viktigast]. För att om man inte är medveten om vad som kan hända så tror jag en hel del kan starta, röra upp sig [bli intresserade av sex]. Det är mycket viktigt att veta konsekvenserna av ens handlingar (yngre tjej, FGD).

Medan sexuella risker var ett starkt tema i samtliga intervjuer var det inte alla som höll med om att det var det viktigaste behovsområdet:

[CL frågar:] - Förra gången sa ni [i fokusgruppsdiskussionen] att preventivmedel och sjukdomar var viktigast att få veta om, håller du med?

- Nej, jag tycker inte det var det viktigaste... Jag tyckte alltså själva sexet, hur det [fungerar], jag tyckte det är det viktigaste... och hur din kropp är uppbyggd, det här med att våra kroppar är olika... Jag tycker sånt är viktigare. Så sånt här om sjukdomar, det är viktigt men jag tycker att man borde lära sig det lite efter [när man först lärt sig om sex] (Amina).

Amina menade att ungdomar först behöver informeras om vad sex är för att sedan kunna förstå konsekvenserna. Hon tyckte därför det

vore bra om skolpersonal informerade ungdomar ”steg för steg” som hon uttryckte det, genom att börja med hur det är när ungdomar blir intresserade av varandra och börjar vilja ha sex, för att sedan beskriva hur sex går till och sedan vilka konsekvenserna kan bli. Aminas tankar om vad sexuell hälsorådgivning borde innehålla skilde sig på flera vis från de övriga deltagarna i studien som menade att rådgivningen borde ha stor emfas på när sex kan innebära risker: *Skolan ska berätta om sex och vilka sjukdomar som finns, och om det [sex] är bra eller dåligt... Det är dåligt när man inte vet vad man gör* (Zoya). Här får vi spekulera i vad Zoya menar med om sex är ”bra eller dåligt”. En tolkning kan vara att hon menar att sexuell hälsorådgivning borde innehålla en *moralisk* vägledning som hjälper ungdomar att veta under vilka former sex är acceptabelt. Något som stödjer tolkningen är att samma uttryck kom upp i samband med att de äldre tjejerna berättade att avhållsamhet var det viktigaste budskapet att kommunicera vid rådgivningen: *What't right and what's wrong* (Linda). En annan tolkning är att Zoya syftade på att sex utan tillräckliga kunskaper kan innebära risker för den enskilde, för att ”det är dåligt när man inte vet vad man gör”, men *att göra*, att ha sex, är fortfarande accepterat. Faran med att börja ha sex utan tillräckliga kunskaper var ett återkommande tema i intervjuerna:

Jag tycker inte man borde stressa sig in i det [sex]. Bara för att din kompis har gjort det [haft sex] behöver inte du göra det, det tycker jag är jätteviktigt och att man ska göra det med den personen som det känns rätt med... sen är det viktigt att man kan det [vet om sex] och vet att man kan få sjukdomar. Som jag sa att en natt kan förstöra hela ditt liv... hela ditt liv kan gå bort, så det är viktigt att man har lite kunskap om det [sex], man ska inte gå direkt på det. Man kan bli gravid, man kan bli sjuk... man kan dö, man kan få HIV alltså allting kan hända dig, hela ditt liv kan förstöras... man kan få ett barn och sen så går ditt liv åt ditt barn och sen kanske inte du lever ditt liv, det är mycket sånt som kan hända... problem med familjen, att familjen inte vill veta av dig, alltså inte vill veta nånting om dig mer, de kastar ut dig, eller kanske du är tvungen att bli dödad och kanske rymmer till ett annat land. Allt sånt, vad som helst kan hända. Man måste tänka, man måste vara klok och smart. Tycker jag (Mariah).

Mariahs svar visar tydligt varför det kan vara viktigt för unga tjejer att både få kunskap om sex och preventivmedel men också få möjlighet att diskutera möjliga medicinska såväl som sociala konsekvenser av sexuella handlingar. Flera av tjejerna i intervjuerna berättade om skolkamrater eller vänner som lidit svåra konsekvenser till följd av att de haft oskyddat sex eller blivit påkomna med att ha haft sex utan att vara gifta.

Hur sex fungerar eller hur man kan ha sex utan risk för negativa konsekvenser var ingenting som diskuterades i hemmet:

Usually in our culture they don't tell you [about sex], you just get to know when you get older and older, and the only thing you know in that age [teenage] is to avoid any relationships with men which is not allowed in our religion (äldre tjej, FGD).

De flesta menade att somaliska föräldrar inte vill prata med sina barn om sex när de är yngre av rädsla för att det ska uppmuntra ungdomar till sex. Tidigare studier på området som berört föräldrars inställning till somaliska ungdomars sexualitet har visat att somaliska föräldrar kan finna det problematiskt att västerländsk sexualprevention ofta syftar till att få ungdomar att ha "säkert sex" medan föräldrarna försöker lära ungdomarna att *inte* ha sex (Berns-McGown, 2007; Johndotter & Essén, 2004).

Det här understryker vikten av andra forum som är tillgängliga för ungdomar och som kan erbjuda adekvat information för att säkra att ungdomar informeras om sex och samlevnad och om var de kan få stöd och hjälp kring frågor som rör ämnet.

Behovsområdena kan tänkas se olika ut beroende på den sexuella handlingsrepertoar ungdomar samlat på sig. Medelåldern för sexualdebut låg i UngKAB-undersökningen på 16 år (Tikkanen et al., 2011).²⁴ För att öka ungdomars handlingsutrymme och stärka deras förhandlingsläge i förhållande till praktiker för säkrare sex borde således information om detta beröras redan innan de avslutar grundskolan. Tjejerna i den här studien uttryckte alla att de har förväntningar på sig att inte ha sex före äktenskap. UngKAB-studien visar att de som debuterar sent har mindre erfarenhet av STI och sexuellt risktagande. De har också mindre erfarenhet av kontakt med det hiv-/STI-preventiva arbetet. Däremot visar UngKAB-studien att gruppen uppger att de har lika stora kunskaps- och insatsbehov som

²⁴ Ungdomarna i studien fick själva definiera vad de ansåg skulle räknas som sexualdebut.

övriga när det gäller sexuella frågor. De som debuterar senare än andra är med andra ord också en viktig grupp att nå i det hälsofrämjande arbetet (ibid.).

8.2 Skolan en viktig aktör

Majoriteten av ungdomarna uppgav att de föredrog skolan som plats för sexuell hälsorådgivning och information framför andra alternativ (vårdcentral, ungdomsmottagning, familj, vänner, internet, radio/TV, chattrådgivning, somalisk hälsorådgivare, imam): *Skolan för det är ändå där vi redan lär oss... Alla vet sedan femman att vi ska ha det [sexualkunskap] i skolan så det är vad som förväntas* (Kim). Liknande resultat framkommer även i andra studier på området. I en fokusgruppsstudie med unga tjejer i gymnasiet konstaterar Ekstrand et al. (2005) att ungdomarna, trots att de ansåg att de fått för lite sexualinformation genom skolan, hade stort förtroende för skolan när det gällde att erbjuda information om sexuella hälsofrågor. Förtroendet var ofta större för skolan än andra informationskällor.

Ungefär hälften av de yngre tjejerna kände till ungdomsmottagningen och hade varit där på studiebesök med sin skolklass. Flera uppgav att de inte i första hand skulle vända sig till ungdomsmottagningen men menade att det vore bra om ungdomar genom skolan får information om var ungdomsmottagningen finns och vilka tjänster de kan erbjuda. Samma bild kom fram i Kånåhols med kollegors (2011) studie om ungdomars upplevelser av sex- och samlevnadsundervisning på ungdomsmottagningen.

8.3 Information av någon som kan

I materialet blev det tydligt att ungdomar använder sig av många informationskällor för att lära sig om sexualitet eller få rådgivning i enskilda frågor (se även Ekstrand et al., 2011; Kånåhols et al., 2011; Tikkanen et al., 2011). Bland ungdomar som är sexuellt aktiva är det mer vanligt att de vänt sig till sexualupplysningskanaler som ungdomsmottagning eller sexualupplysare för rådgivning i sexuella frågor (Salehi et al., 2014; Tikkanen et al., 2011). Informanterna uppgav genomgående att de ville ha information från ”någon som kan”. Ofta ville man få information av lärare, extern expert, skolsköterska eller kurator:²⁵

²⁵ I Somalia finns inte ett yrke motsvarande kurator utan det var något vi förklarade för de äldre nyanlända tjejerna i fokusgrupperna.

Always it's good to [have the information] delivered from someone who is a professional... I mean someone who knows or someone who is trained. Whether he is a social worker or sheik or teacher, it doesn't matter. Someone who really has the knowledge and knows how to treat different cultures, that's important, knows the way to deliver information (Nura).

De yngre menade att det var bra med information från någon extern expert som de föreställde sig är kunnig och professionell och som i egenskap av utomstående också erbjuder större trygghet vad gäller konfidentialitet: *Någon från ungdomsmottagningen, sjuksköterska eller kurator. Inte lärare, det känns lite bättre när det är typ nån utanför som kommer och pratar om det och så ser man dem inte igen [skrattar]* (äldre tjej, FGD). Samma resultat framkom i en intervjustudie bland ungdomar i London (Coleman & Testa, 2008b). Nura beskrev att fördelen med skolpersonal är att de känner eleverna bättre än någon annan utanför familjen.

Att utstråla säkerhet och kännedom om ämnet menade ungdomarna var viktiga egenskaper hos den som ger information eller håller i rådgivning i ett ämne som annars många elever upplever som genant och pinsamt. Humor och en avslappnad inställning till ämnet var andra egenskaper som lyftes fram som viktiga: *Alltså hon [läraren] var också öppen och hon tog det... hon var väldigt lättsam i sitt sätt, hon var inte för seriös och hon var inte för oseriös heller, så det var väldigt bra* (äldre tjej, FGD). Medan många tyckte att läraren borde hålla i sexualundervisning för att det är lättare att prata med någon som är bekant för dem, uttryckte flera att de ofta uppfattade lärare som obekväma med ämnet. Relationen till just läraren beskrevs också som ett möjligt hinder för ungdomar att våga prata om sexuella frågor, något som inte förväntades vara ett problem i relation till en kurator eller skolsköterska:

Lärare [är bra] för att det är ju meningen att det är de som ska lära ut sex och samlevnad och sen ifall man tycker det är obekvämt så hade kurator eller skolsköterska varit mer bekvämt kan man säga (Ellen).

Skolsköterskan hon vet mer, alltså hon vet mer om kroppen... och för henne är det inte skämmigt, hon kan berätta allting tydligt. Det är vissa lärare som tycker att det [ämnet] är riktigt pin-

samt och sånt, men för henne [skolsköterskan]... hon förklarar allting tydligt när du frågar henne (Filippa).

När tjejerna fick svara på frågan om vem de helst vill få information ifrån om sexuella frågor visade det sig att majoriteten ville ha information från sin skolsköterska. Samma resultat kan man se i pilotstudien som den här studien tar avstamp i (se Larsson, 2008 för reportage kring resultatet). Utöver möjlighet till diskretion hos skolsköterskan lyftes flera fördelar fram, bland annat professionalitet, kunskap om ungdomar och pubertetsutveckling, tillgänglighet och tystnadsplikt: *Alltså de brukar alltid vara där och svara på mina frågor och sånt, och så har de också tystnadsplikt. Så du kan ställa frågor om vad du vill (Amina)*. Skolsköterskan ansågs också kunna erbjuda rådgivning när ungdomar ska ta ställning till sexuella frågor:

Alltså det jag mest älskar med skolsköterskor är, de säger till dig om du borde göra sakerna eller om du inte borde, om det är bra för dig eller om det inte är det. Det är därför jag alltid hejar på dem... [de] ger dig råd... visar dig vägen (Filippa).

Bland de äldre nyanlända var det vanligare att uppge att man främst skulle vänt sig till människor i ens nätverk som vänner, familj eller släkt snarare än att vända sig till någon utomstående professionell. För personer som avslutat skolan sågs det också ofta som en självklarhet att vända sig till en vårdcentral för rådgivning vid behov.

Flera av de äldre nyanlända tjejerna menade att religiöst kunniga personer, en imam eller shejk, kunde vara ett sätt att nå fram till grupper där det traditionellt sett är tabu att prata om sexualitet. För att rådgivningen ska bli adekvat menade gruppen att det vore bra om den religiöst kunnige också hade erfarenhet och kunskap kring sexuell hälsa eller kompletterades av en person kunnig i sexuella hälsofrågor.

8.4 Kombination mellan grupp- och enskild rådgivning

Flera i fokusgrupperna menade att samtal i grupp är en bra metod för sexuell hälsoinformation. Flera fördelar med gruppinformation fördes fram; dels möjlighet att inta en passiv roll, särskilt för personer som inte förväntas visa intressera sig för sexuella frågor, och dels för möjligheten att lära av varandras frågor: *En stor grupp [är bra], så*

om du glömmet en sak ska den här personen [bredvid] komma ihåg någonting annat (yngre tjej, FGD). Medan flera tyckte att information tillsammans med klasskamrater var ett bra alternativ önskade de flesta en grupp som de själva valt då det upplevdes som tryggt och man då kunde vara säker på att det som sades inte ”lämnade rummet”. Några menade å andra sidan att det finns fördelar med att inte känna gruppen heller: *Jag tror det kan vara både och, för om man känner varandra kanske man inte vill säga saker för att man vet att man inte vill få höra det sen, om man vet att det är främlingar och man inte kommer träffa dem igen, så det beror på* (äldre tjej, FGD).

I kapitlets inledande avsnitt gavs flera exempel på hur förväntningar på unga kvinnors sexualitet begränsar deras möjligheter att delta på lika villkor i den klassvisa sexualundervisningen i skolan.²⁶ Att visa ett för stort intresse för sexuella frågor kan äventyra tjejernas position som en ”bra tjej”. Av den anledningen förespråkade ungdomarna ofta gruppsamtal i kombination med obligatoriska enskilda samtal:

Båda två [är bra]. I grupp för att personen som sitter framför mig kanske berättar något som jag inte visste om, och man lär sig alltid. Och enskilt kan man få reda på frågor, svar man själv tänkt på och man kanske inte vågar prata inför alla, så båda två är faktiskt bra (Mariah).

Enskilt det kan också vara bra... Man kanske inte vågar ställa en fråga bland alla tjejerna. [Enskilt] kan du ställa den fråga du ville ställa själv, då vet ingen att du själv har ställt den frågan. För kanske vet till exempel dina tjejkompisar inte att du har haft sex och såna saker så vill du kanske ställa en mer privat fråga helt ensam (Amina).

Genom att införa ett obligatoriskt moment där samtliga elever träffar skolsköterskan för enskilda samtal som en del i sexuell hälsoråd-givning, minskar risken att det uppstår rykten som äventyrar flickors ärbarhet:

You know, they [other pupils] don't know why she is going there. It's better than asking in the middle of all people listening to her

²⁶ Samtal med Kristina Blomberg som håller i SFI-undervisning på temat sexuell hälsa visar att dessa erfarenheter också finns bland de äldre grupperna, där hon sett exempel på att äldre kvinnor korrigerat yngre och män korrigerat kvinnor (2014-10-15).

problem. ... they can't imagine why she is going, maybe they say 'ah she had some sexual question' but when I am sitting in front of them [in the classroom] and saying I have this and this, maybe all boys can hear... so I think it's always good to be in private (Nura).

Någon menade att enskilda samtal också kunde kännas pinsamma för personer som sällan brukar tala om sex. Samtidigt framhöll en annan att det kan vara en fördel om samtalet inte nödvändigtvis behövde handla om sexualitet utan kunde handla om de livsfrågor ungdomen själv ansåg relevanta. I Lindgrens (2008) studie om elevers upplevelser av ett sexualupplysningsprojekt som handlade om just kombinationen av grupprådgivning och enskild, projektet *Livssamtal*, såg hon att styrkan i rådgivningen låg i de enskilda momenten.²⁷ Genom att göra rådgivningen obligatorisk blev insatsen inte längre stigmatiserande.

Flera av deltagarna i den här studien hänvisade till fokusgruppsituationen (se kap. 2) som ett exempel på hur sexuell hälsorådgivning kan utformas på ett sätt som är bekvämt för deltagarna. För unga vuxna som inte längre går i skola föreslogs sexualinformation eller rådgivning i workshopform med hälsoinformation på modersmål.

För ungdomar i behov av enskild rådgivning framstod skol-sköterskan som det bästa alternativet. Några menade att en tjej som blivit gravid eller är orolig efter att ha haft oskyddat sex möjligen skulle vända sig till en vän eller berätta för en kvinnlig släkting som står henne nära, fast mest troligt menade de är att hon inte skulle berätta det för någon: *It would be like a stigma if you tell anybody, so really you should be going to a hospital* (äldre tjej, FGD). Vid oönskad graviditet beskrevs ett övervägande om abort som en process som sker inom den enskilde: *Om det händer en somalisk tjej kanske hon ska ta livet av sig eller så ska hon döda barnet [göra abort] utan att säga det till någon* (Zoya). Erfarenheterna visar sammantaget att det finns behov av att erbjuda preventiv- och abortrådgivning på andra sätt än genom ungdomsmottagningar. Här framstår skolsköterskan som det bästa alternativet.

²⁷ Grundkonceptet i projektet var att samtliga elever i årskurs åtta bjöds in till två personliga samtal. Samtalen skedde efter att de som arbetade i projektet träffat eleverna i grupp. Samtalen var frivilliga (se Björngren Cuadra 2010 för en beskrivning av projektet).

8.5 Hälsorådgivningens upplägg och struktur

Flera hade upplevelsen att ungdomar tycker att sexualitet är svårt att prata om. När ungdomarna skulle beskriva hur sexuell hälsorådgivning kan utformas på ett sätt som är bekvämt för den enskilde lyftes könsseparerad undervisning fram som en viktig aspekt:

Det var inte känsligt [under sexualundervisningen] men om vi hade varit en blandad grupp så hade ingen vågat snacka och man tänker 'usch det är äckligt' (yngre tjej, FGD).

Jag tycker det är lättare när det är uppdelat... Alltså killarna de... håller på och ska skämta om det och så vidare. Generellt är det så (äldre tjej, FGD).

Merparten menade att könsseparerad undervisning och undervisning av någon från samma kön som en själv vore att föredra. Detta delvis på grund av de olika genusnormer tjejer och killar har att förhålla sig till där tjejer har större krav på sig att uppvisa sexuell återhållsamhet och dygdighet (se kap. 5). En tjej som visar för mycket intresse för rådgivningen, ställer frågor eller visar nyfikenhet, riskerar annars att få dåligt rykte (se även Forsberg, 2007; Kånåhols et al., 2011; Lindgren, 2008). Kyskhetsnormer kan på det här sättet begränsa unga tjejers möjlighet att delta på lika villkor i undervisningen på samma sätt som att starka heteronormer kan begränsa HBTQ-personers möjlighet att uttrycka sin sexualitet i undervisningen (se Lindgren, 2008). Ungdomarna menade också att det skulle vara lättare att prata om kropp och pubertetsutveckling i könsseparerade grupper. Någon menade att gymnasieåldern var en bra ålder att börja ha mixade grupper. En annan menade att mixade grupper kunde vara bra för att ungdomarna ges möjlighet att höra varandras frågor eller ta del av varandras perspektiv. I en klass användes en metod där killar och tjejer fått ställa och svara på frågor till varandra anonymt. Frågorna och svaren lästes sedan upp i klassrummet.

I en kunskapsöversikt över hiv-preventiva interventioner (Tikkanen, 2007) kunde man se att interventioner i grupp är särskilt effektiva när det gäller förändringar i beteende och attityder till sexualitet. Författaren finner förklaringen i att sexualiteten och normer kring sexualitet skapas och formas socialt i samspel med andra. I samspelet med andra i gruppen tvingas deltagarna att reflektera över sin

egen sexualitet och sitt förhållningssätt (ibid.). I grupp får deltagarna möjlighet att utmana varandras föreställningar om sexualitet vilket i förlängningen kan bidra till förändrade normer och handlingsmönster. Gruppövningar skulle på det här sättet kunna bidra till att t.ex. utmana och förändra normer som begränsar unga tjejers möjligheter att delta på lika villkor i undervisningen. Samtidigt behöver de ske på ett sätt som inte innebär att individer kränks eller att det sker på bekostnad av olika gruppers möjligheter att delta.

När vi frågade ungdomarna om hur de skulle föredra att sexuell hälsoinformation förmedlas fick vi varierade svar. Det framstår som att ju större variation desto bättre. Bland förslagen fanns att använda tecknade bilder, verklighetstrogna modeller av kroppen, anonyma frågelådor och anonyma frågor till klasskamrater av motsatt kön, filmer, broschyrer, läroböcker och radioprogram som berör sex- och samlevnadsområdet. Som berördes i avsnitt 6.3 menade ungdomarna också att det är viktigt att avsätta tillräckligt med tid för undervisningen eller rådgivningen för att ungdomarna ska hinna känna sig trygga och pinsamhetskänslor ska avta.

När ungdomarna ombads ge förslag på hur den sexuella hälso- rådgivningen borde utformas när den är som bäst, var det många som hade svårt att svara på frågan. En förklaring skulle kunna vara att många saknade egna erfarenheter av rådgivning och information och därmed saknade referensramar och exempel att utgå från. Istället var det många som under samtalen spontant refererade till fokusgruppssituationen som en bra metod. Se kap 2.2 för en beskrivning av metoden.

8.6 Sammanfattning

I det här kapitlet har vi sammanfattat de faktorer ungdomarna i studien menade utmärker en bra sexuell hälsorådgivning. Flera av ungdomarna uttryckte att de har otillräckliga kunskaper om sexualitet och relaterade områden. Störst kunskapsbehov uttryckte de gällande sex och hur oönskade konsekvenser av sex kan undvikas.

En iakttagelse utifrån materialet är att det inte är *hur* undervisning eller rådgivning förmedlas som verkar vara ungdomarnas största bekymmer – de var generellt nöjda med hur sexualundervisning och rådgivning förmedlas – utan snarare förefaller *bristen* på tillgängliga möjligheter till rådgivning och information vara det ungdomarna

är mest upptagna av. Det pekar på behovet av att titta på insatsers tillgänglighet i vid bemärkelse och se över utformning av insatser utifrån deras plats och form.

Deltagarna beskriver skolan som en neutral arena där införandet av obligatoriska besök hos skolsköterska eller kurator i kombination med grupprådgivning skulle innebära minskad risk för stigma samtidigt som insatsen skulle säkerställa att unga erbjuds möjlighet att få rådgivning och information kring de frågor ungdomarna själva anser relevanta. Ett sådant projekt har testats framgångsrikt i Malmö stad och beskrivs i en kartläggning över hiv/STI-preventiva insatser i Skåne (Björngren Cuadra, 2010; jfr Lindgren, 2008). Projektet är numera nedlagt.

Genomgående ville ungdomarna ha information från ”någon som kan”, alltså en person som uppfattas som kunnig och utstrålar säkerhet i samtal om sex och samlevnad. Medan enskild rådgivning på ungdomsmottagning inte uppfattades som ett tillgängligt alternativ menade ungdomarna att en skolsköterska eller möjligen en skolkurator skulle kunna fylla den rollen. För att unga tjejer ska ha möjlighet att uttrycka sig kring sin sexualitet i sexualundervisningen föreslogs också grupprådgivning i könseparerade grupper.

Ungdomarnas uppfattning var att många unga tycker att sexualitet är ett svårt ämne att tala om. För de som hade erfarenhet av sexuell hälsorådgivning hade känslor av pinsamhet och genans avtagit i takt med att undervisningen fortskred. Det framstår därför som viktigt att avsätta tillräckligt med tid för rådgivning och information kring sexualitet som ett komplement till ett öppet förhållningssätt som signalerar att det är tillåtet att lyfta fram och diskutera frågor om sexualitet.

Många av resultaten överensstämmer med vad som framkommit i tidigare forskning. Vad som är nytt i den här studien är att det visar på behovet av att se över insatsers tillgänglighet utifrån ungdomars synvinkel. Flera faktorer kan spela roll för upplevelsen av insatsers tillgänglighet; diskussionsklimatet i klassrummet kan vara en faktor som spelar roll, och insatsens läge och plats kan vara en annan.

9. SEXUALINFORMATION RIKTAD TILL NYANLÄNDA

9.1 Att prata om sexualitet när det är tabu

I texten har i huvudsak sexuell hälsorådgivning och information för unga tjejer i grundskole- och gymnasieålder varit i fokus. I det här avsnittet diskuteras sexualinformation och rådgivning för vuxna eller unga vuxna migranter som inte gått i svensk grund- eller gymnasieskola där sex- och samlevnadsundervisning är ett obligatoriskt ämne.

Diskussionerna om vad som utmärker en bra sexualrådgivningssituation liknade i flera avseende varandra oavsett om målgruppen som diskuterade var unga tjejer i den mångkulturella skolan eller unga vuxna migranter. Det här avsnittet är inte lika omfattande som tidigare avsnitt utan syftar till att belysa de områden där skillnader i diskussionerna trädde fram. Två teman var särskilt starka: information och rådgivning på modersmål samt information och rådgivning som ges på ett kulturellt sensitivt sätt:

Since Malmö and Sweden is becoming a multicultural country I think it would help if the teacher in the school knows the cultures or the backgrounds of these students, for example Arabs, Somalis or Afghans... And the information-giver should have some information about the mentality about these students – for example I am coming from this country and these things [discussion of sexual matters] are a disgrace or it gives social stigma to our people or to our culture – so that I can give her the information the best way I could (Nura).

I exemplet hänvisar Nura till sexualundervisning eller rådgivning på skolor med elever som kommer från många olika länder, både grund- och gymnasieskola men även SFI-undervisning eller annan form av gruppinformation med människor med olika etnicitet eller kulturell bakgrund.

Flera gånger hänvisades till vikten av att rådgivningen, oavsett om den sker enskilt eller i grupp, förmedlas på ett kulturellt sensitivt sätt. Med det menades en rådgivning som tar i beaktande att samtal om sexuella frågor inom många samhällen uppfattas som tabu med följden att många kan uppleva ämnet som svårt att prata om. Av den anledningen krävdes också en annan ingång till ämnet menade de unga kvinnorna: *I think it's good to do a connection between science, body and culture. Instead of saying 'okay today we're talking about sex', that's not a good thing to do [laughs]* (Nura). Exempel på andra ingångar var att visa bilder och tala allmänt om kroppen för att sedan komma in på t.ex. sexuellt överförbara sjukdomar eller att visa bilder på kroppen och inleda med att beskriva kroppens anatomi och fysiologiska processer. Någon uppskattade hemuppgifter från språkundervisningen där de läst romaner som berört ämnet: *Här i Sverige brukar vi läsa romaner som handlar om sex och sånt, men vi läser dem inte på skolan utan sen har vi diskussion men inte direkt information* (Fatima).

Ett annat sätt som förespråkades var att involvera religiöst kunniga personer i undervisningen. Dessa föreslogs kunna användas för att ge legitimitet åt de ämnen undervisningen eller rådgivningen berör:

[ZA översätter från somaliska]: *När det gäller preventivmedel är alla [muslimer] misstänksamma att det är haram, men det är inte haram. Koranen säger också att man ska ha preventivmedel på grund av mammans hälsa, barnets hälsa, för familjeplaneringen. Om man hittar en imam eller annan [religiöst kunnig]... det handlar om den personens som förvandlar informationen, det är jätteviktigt att betona hur du framför informationen* (äldre tjej, FGD).

Även bland de yngre tjejerna i fokusgrupperna var det just i religionen många hittade stöd för att inhämta kunskap om sexualitet:

Jag har varit lite mer praktiserande i min religion de senaste åren och det jag har funnit är att i islam, att man alltid ska fråga... kunskap är väldigt viktigt och man ska inte skämmas för kunskap, utan ta chansen att fråga. Och jag har lyssnat på en föreläsning om sex och sånt från folk som är kunniga inom islam och det de har sagt har fått mig att rodna, förstår du? För att det är så detaljerat... Och jag är ändå sån att jag har lärt mig i skolan, jag vet allt detta. Men [här var det] ännu mer detaljerat och folk frågar och så vidare. Så det är väldigt uppmuntrat i vår religion och vår kultur egentligen men det finns också en stor blygsel som också är rekommenderad. Men alltså när det är kunskap så ska man fråga, man ska ta chansen (äldre tjej, FGD).

Samtidigt som några tidigare uppfattade att religionen förbjöd dem att intressera sig för sexuella frågor kunde religionen på det här sättet vara ett sätt att legitimera kunskapen: *Even [it is good to] mention some religious quotes. We have this Qu'ran, the holy Qu'ran talking about all different aspects of life. So since we are Muslims, religion is a good way to get into the topic* (äldre tjej, FGD). Genom att länka det som sägs till en specifik helig text kan det uppfattas ha legitimitet i religionen (se även Ouis, 2009b). På det här sättet kan religiösa hänvisningar användas som en ingång för samtal om sexualitet eller sexuella hälsofrågor. Gemensamt för förslagen är att de inte hastar sig in i ämnet direkt utan använder kulturellt och religiöst legitima ingångar för ämnet.

9.2 Gruppsammansättningens betydelse

I samtal med lärare för sexuell hälsa i SFI-undervisning uttryckte dessa att det generellt inte är något problem att initiera lektioner eller samtal om sexuell hälsa.²⁸ De delade också med sig av erfarenheter från tillfällena då problem uppstått när studenterna kontrollerat eller reglerat varandra för att de visat för mycket intresse för frågorna. Lärarnas generella uppfattning var att det vid undervisning kring sexuell hälsa fungerar bäst för studenterna när de delats in i grupper som har gemensamt språk, etnicitet och är av samma kön. Detta framhöll också informanterna i våra fokusgrupper. Under datainsamlingen inbjöds vi att delta vid sexualundervisning på SFI för

28 Samtal med SFI-lärare Kristina Blomberg och kollega 15 oktober 2014.

somaliska kvinnor. Vid undervisningen användes tolk och flera av kvinnorna som deltog i undervisningen uttryckte att åldern på tolken var avgörande för att undervisningen skulle bli lyckad. De beskrev en situation med en tolk där ålderskillnaden var för stor, vilket gjorde att tolken hade svårt att få gehör inom gruppen.

Ålder var även en viktig faktor när det gällde gruppsammansättningen. Så här berättar en av de äldre tjejerna som deltagit i sex- och samlevnadsinformation genom SFI:

Jag kunde inte lyssna så bra för att hela gruppen... de flesta var äldre människor så jag skämdes lite, jag gick bort, för de visade bilder av hur man ska skydda sig och ja... alla [de äldre] kvinnorna [sa] 'nej vi vill inte se, vi vet redan, vi är äldre'. Det var lite kaos där. Det varför mycket tyckte jag [med bilder]... När man är i samma ålder är det ingen fara, det är inga problem, man kan titta tillsammans på vad som helst, men när det finns åldersskillnad, då är det känsligare (äldre tjej, FGD).

Åldersindelning blir av särskild relevans för undervisning som vanligen sker i åldersblandade grupper, t.ex. SFI-undervisning, information genom etableringsprogram för nyanlända eller vuxenutbildningar.

I berättelserna både i fokusgruppen med nyanlända äldre tjejer och i samtal med lärarna från SFI-undervisningen var det tydligt att normer kring ärbarhet och kyskhet var närvarande (se avsnitt 4.2 och kap. 5). Exemplet visar att det kunde vara svårt för de yngre kvinnorna att ta till sig undervisningen för att de äldre kvinnorna signalerade att det är något ogifta kvinnor inte borde visa intresse för. Dessa erfarenheter fanns också i samband med gruppundervisning med både kvinnor och män, där männen korrigerat kvinnorna genom uttalanden om att undervisningen var *haram* och ingenting kvinnorna borde delta i.²⁹

9.3 Sammanfattning

I rapporten har fokus främst varit på skolungdomars upplevelser och erfarenheter av sexuell hälsorådgivning. I det här kapitlet har vi tagit upp röster från nyanlända ungdomar som inte tagit del av obligatoriska sexualpreventiva insatser i skolan. Delvis andra behov framträder i det här materialet.

²⁹ Samtal med SFI-lärare Kristina Blomberg och kollega 15 oktober 2014.

I föregående kapitel konstaterades att *hur* rådgivning förmedlas inte tycks ha någon avgörande betydelse för huruvida insatsen upplevs som tillgänglig eller inte. I samtalen med de nyanlända tjejerna var detta tema däremot framträdande.

Att involvera religiösa ledare i utbildning kring sexuell hälsa var en metod som föreslogs för att få legitimitet för ämnet bland troende grupper där sexualitet traditionellt är ett tabubelagt ämne. Ett annat förslag var att i utbildning och rådgivning hänvisa till religiösa texter som en ingång till samtal om sexualitet.

Resultatet visar att gruppammansättningen är av stor betydelse för hur generella informationsinsatser faller ut. Deltagarna i studien föreslog en indelning av personer efter ålder, religion och språk eller etnicitet, i den mån verksamheten som möter målgruppen har möjlighet till det. Erfarenheter från SFI-undervisning i sexuell hälsa visar att indelning efter etnicitet/nationell tillhörighet kan vara påkallad i vissa lägen, men det förutsätter att det finns organisatoriska förutsättningar för detta.

I fråga om insatser riktade mot nyanlända framstår det som viktigt att ta grupperns olika förutsättningar och villkor i beaktande. Tjejerna i studien hade både utbildning och arbetslivserfarenhet kring arbete med sexuella och reproduktiva frågor, och deras behov av information och rådgivning skiljer sig naturligtvis från andra grupper av nyanlända som inte tidigare tagit del av utbildning eller information om ämnet tidigare. Häri ligger också utmaningen i att utforma insatser för personer med migrationsbakgrund. Personer som migrerat har olika skäl till migrationen, kan ha olika migrationsstatus, utbildningsnivå och olika erfarenheter av sexualinformation och sexuell hälsorådgivning. Länsstyrelsens samhälls- och hälsokommunikatörer har i uppdrag att träffa alla nyanlända i regionen inom två år efter deras ankomst. I samhällsinformationen ingår information kring sexuell hälsa på modersmål. Flera av dem som samhälls- och hälsokommunikatörerna möter läser eller ska påbörja SFI-studier inom kommunen där skolklasserna är blandade och många inte delar språk. Vissa studenter har med sig kunskaper om sexuell och reproduktiv hälsa sedan tidigare medan andra inte har det. Detta skapar väldigt olika förutsättningar för undervisningen. Kommunernas SFI-undervisning har heller inte krav på att integrera sexuella hälsofrågor i sin undervisning, vilket innebär att människor

med migrationserfarenheter inte alltid bereds samma möjligheter att få tillgång till sexuella hälsoinsatser. Det kan ses som en rättighetsfråga och något som behöver undersökas närmare genom vidare studier. Den senaste kartläggningen av tillgängliga insatser med migrationsperspektiv i regionen gjordes 2010 av Björngren Cuadra.

10. DISKUSSION OCH FÖRSLAG

I det följande diskuteras studiens resultat med fokus på hur erfarenheterna kan användas i diskussioner om sexuell hälsorådgivning och preventiva hälsoinsatser.

10.1 Generella insatser med specifik utformning

I den internationella litteraturen på området föreslås riktade insatser för att sexualpreventiva insatser ska bli tillgängliga för migrantgrupper. Bland annat FN har förespråkat ett kulturellt sensitivt arbetssätt och kommunikation för att öka tillgängligheten för migrantgrupper med varierade erfarenheter och attityder till diskussioner om sexuell hälsa (UNFPA, 2014). Hur ”kulturellt sensitiv” ska förstås och omsättas i praktiken är svårt att ge ett entydigt svar på.

I den här studien framstod det inte som viktigt att insatsen *som sådan* utformas på något annat sätt än i dag – ungdomarna var i stort sett nöjda med den sexualundervisning och rådgivning de fått. Ungdomarna uttryckte istället att *bristen på* rådgivning var ett problem snarare än vad rådgivningen innehöll eller hur den förmedlades. En iakttagelse är att det finns behov av att se över hur verksamheter som idag erbjuder sexuell hälsorådgivning är utformade och deras tillgänglighet utifrån plats och form. Var är insatsen belägen? Uppfattas den som tillgänglig av ungdomarna?

Materialet visar att ideal som föreskriver för tjejer att de inte ska visa intresse för sexualitetsfrågor, för att de då riskerar att inte uppfattas som ”moraliskt goda tjejer”, kringskar deras möjligheter att tillgodogöra sig sexuell hälsorådgivning. Genom generella insatser som inte entydigt går att koppla till sexualitet kan ungdomar som lever med starka kyskhetsideal ta del av insatser utan att riskera att

få sin ärbarhet ifrågasatt. Skolan framhölls som den enskilt viktigaste platsen för sexuell hälsorådgivning och hälsoinformation. För ungdomarna var skolan en neutral plats, naturlig att vistas i, till skillnad från ungdomsmottagningar som starkt förknippades med sex. Särskilt viktig framstår skolsköterskans roll. Medan ungdomarna beskrev många fördelar med att ha sexualinformation och rådgivning i grupp efterfrågades rutiner för enskild sexuell hälsorådgivning tillsammans med antingen skolsköterska eller kurator på skolan. Genom att göra insatserna generella och obligatoriska kan ungdomar inte anklagas för att visa ett för stort sexuellt intresse (Lindgren, 2008). Genom att förändra insatsers utformning i fråga om *plats* och *struktur* tas kulturella hänsyn i beaktande utan att insatserna är riktade eller riskerar att vara stigmatiserande. Många av förslagen och lösningarna ungdomarna diskuterade och efterfrågade går att lösa med enkla medel. Sexualundervisning kan och ska i dag integreras i samtliga skolämnen (Skolverkets webbsida, 2014-12-01). Det finns alltså goda möjligheter att lämna utrymme för sexualundervisning inom ordinarie verksamhet. För att möjliggöra obligatorisk rådgivning enskilt och på gruppnivå för samtliga elever behövs däremot resurser avsättas i form av tid.

10.2 Lyssna på ungdomarnas berättelser

Flera sexualpreventiva projekt i regionen har framgångsrikt haft ett upplägg där utgångspunkten är elevers medverkan och delaktighet i utformningen av sexualinformation och rådgivning på skolan.³⁰ Detta arbete behöver göras kontinuerligt för att vara uppdaterat på vilka frågor ungdomar har att hantera. Dels behövs kontinuerligt studier som undersöker ungdomars erfarenheter och behovsområden, dels behövs kunskap om ungdomars villkor i den lokala kontexten – vilka frågor är ungdomarna upptagna av? Samtidigt som utgångspunkten i arbetet borde vara ungdomens frågeställningar kan den professionella också behöva initiera teman för att frågor inte ska förbigås. Som materialet visar kan t.ex. ungdomar med mycket begränsad kunskap om sexualitetsfrågor ha svårt att formulera sig kring vilka behovsområden de har.

³⁰ I en kartläggning över hiv/STI-preventiva insatser beskrivs t.ex. de tidigare projekten Livssamtal och SåSant i Malmö stad och projektet Sex och samverkan som drivs i Lund (Björngren Cuadra, 2010).

10.3 Kvinnlig omskärelse – en parentes

Medan studier visat att äldre somaliska kvinnor ofta ger en positiv bild av sex (se Johnsdotter et al., 2005) gav de unga kvinnorna i den här studien uttryck för mer blandade föreställningar, något pilotstudien också visade.³¹ Bland de äldre tjejerna som vuxit upp i Somalia hade majoriteten en bild av att omskurna kvinnor har en förstörd förmåga att njuta sexuellt. De yngre tjejerna hade mer varierande föreställningar. En förklaring till skillnaden kan vara att de lite äldre tjejerna genom universitetsstudierna i Somalia präglats mer av könsstämpningsdiskursen som länge varit dominerande i samhällsdebatten och i forskningen globalt. Föreställningarna har inte stöd av den forskning som gjorts på området, som visar att många omskurna kvinnor njuter av sex och att de flesta kan få orgasm (se översikt av Obermeyer, 2005). Tjejerna lät oss på olika sätt förstå att de inte hade tidigare sexuella erfarenheter, så istället kan uttalanden om förlorad sexuell förmåga ses som uttryck för den offentliga diskursen om kvinnlig omskärelse.

I studien efterfrågade vi inte vilka egna sexuella erfarenheter de unga kvinnorna har utan resultatet speglar *socialt erkända* idéer som finns kring fenomenen som studerats (se avsnitt 2.1). Det behöver inte innebära att dessa idéer är självupplevda eller giltiga för alla i gruppen som studeras, däremot säger de någonting om diskursen kring fenomenet och i förlängningen om vilka förväntningar som finns kring ett fenomen. I ett forskningssammanhang innebär det att vi bör ta i beaktande att personerna vi möter ofta ger uttryck för perspektiv som redan är i omlopp, en situation som benämns ”the looping effect” (Hacking 2006).

I en växelverkan mellan kulturella normativa diskurser som produceras och förmedlas bland annat genom massmedia och forskning, skriver sig också ”sanningar” in i individens medvetande och påverkar hur vi alla, på en individuell nivå, upplever och talar om ett fenomen (Simon & Gagnon, 1986). För unga kvinnor som ännu inte har etablerat ett eget förhållningssätt till sin sexualitet och format en självbild av vilka de är som sexuella varelser kan representationerna på det här sättet få betydelse för hur de i framtiden kommer att se på sin sexualitet och dess möjligheter.

31 Se Larsson 2008 för ett reportage av studien

Massmediala framställningar av kvinnlig omskärelse är ofta präglade av en negativ framställning av omskurna kvinnors sexualitet. Ofta skildras de värsta tänkbara scenarierna som inte sällan innehåller blodiga knivar eller rakblad (NCK, 2011). Mediabilderna ger inte utrymme för erfarenheter från omskurna kvinnor som visar att de kan njuta sexuellt och har förmåga till sexuella känslor. Det kan vara av stort värde för enskilda unga tjejer som genomgått omskärelse att få information om den forskning som visar att de har stora möjligheter till en positiv sexualitet, och att studier har visat att trots att rikt innerverad vävnad från vulva tas bort kan kvinnor fortfarande uppleva orgasm och njutning (Heiman, 2007).

Yngre tjejer som ännu inte påbörjat någon sexuell karriär och därför saknar erfarenheter att jämföra med riskerar att präglas negativt av den bild av omskurna kvinnors sexuella förmåga som förmedlas i den offentliga diskussionen.

Skolsköterskorna framstår som en nyckelgrupp för att förmedla en positiv bild av sex till omskurna flickor. Ett sätt att uppmärksamma frågan är att införa frågor om kvinnlig omskärelse som en del i den rutinmässiga hälsokontrollen av elever, eller att på andra sätt i samtal med berörda grupper av ungdomar signalera en tillåtelse att tala om. Det finns flera modeller för hur man kan arbeta med sexuella frågeställningar. En modell som ofta används i sexualrådgivningsarbete är PLISSIT-modellen (Annon, 1976). Modellen beskriver sexualrådgivningsarbete på olika nivåer där den första nivån (P) *Permission to talk* handlar om att rådgivaren har en tillåtande, icke-dömande hållning och ett inkluderande språk i mötet med den man arbetar mot. På så vis ges utrymme för flera erfarenheter och synsätt. Ett sätt för den som möter frågorna att visa att denne tar in ungdomens upplevelse är att vara lyhörd för de begrepp som används av den unga själv. Å ena sidan kan ett ord som ”stympning” vara svårt för en ung tjej att internalisera i sin självbild. Å andra sidan kan en tjej som faktiskt upplever att hon har varit med om en stympning uppleva att ordet ”omskärelse” förminskar ingreppets betydelse. I kunskapsöversikten från Nationellt centrum för kvinnofrid (NCK) används metaforen att *parentessätta* sin förförståelse av ett fenomen (Englander & Robinson, 2009:38 i NCK, 2011). Syftet med parentessättandet är att öppna upp för den mening personen man möter tillskriver fenomenet, hur den personen beskriver sin upplevelse och erfarenhet av fenomenet.

Risken är annars att man faller in i en etnocentrisk förståelse av fenomenet där det inte ges utrymme för att ta in den unga kvinnans berättelse (NCK, 2011).

Massmediala bilder färgar också det allmänna medvetandet om praktiken. Framställningarna väcker ofta negativa känslor, vilket kan komma att påverka professionellas agerande i frågan (NCK, 2011). Av den anledningen är det extra viktigt att den professionelle som möter ungdomen kan lägga sin förförståelse åt sidan och lyssna in ungdomens berättelse och erfarenheter. Det blir också viktigt att professionella som möter omskurna kvinnor i sitt arbete har tillgång till nyanserad information och kunskapsmaterial. I skrivande stund håller Socialstyrelsen samarbete med Länsstyrelsen Östergötland på att sammanställa ett kunskapsmaterial på området för att förbättra bemötande av omskurna flickor och kvinnor.

10.4 Sexuell hälsorådgivning i en västerländsk kontext

Det finns i västvärlden en långtgående tradition av att undersöka och prata om sexuella frågor. Många migrantgrupper kan uppleva den västerländska sexualupplysningskulturen som främmande eller obekvämt (Johnsdotter, 2002; Ouis, 2009b). Den sexualliberala agendan vilar på idéer om att det är bra att tala om sexualitet och upplysa ungdomar i sexuella hälsofrågor (Lennerhed, 2002). Den västerländska sexualrådgivningen och sexualundervisningen syftar ofta till att få människor att fundera och reflektera över sina egna behov, sin lust och njutning (Carlbom, 2012). För unga kvinnor som lever under starka kyskhetsnormer kan många av dessa idéer stå i kontrast till traditionella idéer om kyskhet och ärbarhet. De liberala idéerna förutsätter ett handlingsutrymme som vi sett kan begränsas av strävan efter att uppvisa ärbarhet eller att vara religiöst rättrogen (se även Carlbom *ibid.*). Vår studie visar att det i en sexualupplysningssituation kan bli problematiskt att ta för givet att alla delar den dominerande liberala sexualsynen i Sverige, då det kan innebära att människor med en strävan efter andra ideal inte upplever sig inkluderade, inte får sina frågor besvarade eller känner sig kränkta i rådgivningssammanhanget.

För att möta denna typ av frågeställningar har ett kulturellt sensitivt arbetssätt förespråkats bl.a. av FN. Kritik mot detta perspektiv har gjort gällande att kultursensitivitet riskerar att landa i stereotypa föreställningar som förstärker fördomar om andra människor.

En välvillig tolkning av kultursensitivitet är att människor ska behandlas med lyhördhet och respekt för sin person. Kännedom om olika religiösa eller traditionella föreställningar kring hälsa, kropp, sexualitet och samlevnadsmönster kan här utgöra verktyg för bättre kommunikation mellan personal och personen de möter. För de som arbetar i människobehandlande verksamheter är det betydelsefullt att man är medveten om att människor man möter i sin profession kan vara känslomässigt och intellektuellt förankrade i olika sexualitetsdiskurser; detta utan att hamna i fällan där fördomar om vilka områden som är känsliga att prata om eller inte styr samtalet. Av vikt är att lyssna in individers tankar och upplevelser.

Spänningsfältet mellan en tillåtande sexualliberal miljö och en traditionell miljö var en fråga ungdomarna önskade mer diskussioner kring sexuell hälsorådgivning. De ofta motsägelsefulla förväntningarna och budskapen om ungas sexualitet kan vara särskilt besvärliga att hantera för ungdomar i färd med att skapa sitt eget sätt att förhålla sig till sexualitet. Utöver detta påverkas unga omskurna kvinnor av nationella kampanjer som förmedlar förväntningar på att omskurna kvinnor har en förlorad förmåga till sexuell njutning och orgasm. Detta gör det ännu viktigare lyfta teman om normer och förväntningar kring sexualitet i rådgivningen och/eller undervisningen. Studien visar att det finns ett klart behov av forum för att diskutera sexuella hälsofrågor och här tycks skolan utgöra den bästa plattformen.

10.5 Studiens förtjänster, begränsningar och framtida forskning

När det gäller forskning som fokuserat sexualprevention riktad mot migranter är få studier gjorda i relation till svenska förhållanden (SMI, 2012). Den här studiens viktigaste bidrag är att den lyfter ett perspektiv som varit frånvarande i forskningen, i relation till studier kring personer med migrationsbakgrund i allmänhet men också genom att den lyfter fram unga somaliska kvinnors röster i synnerhet. Förhållandena som förts fram i studien behöver inte vara giltiga för alla unga somaliska kvinnor. Medan vissa resultat är giltiga för ungdomar i gemen, är somliga resultat specifika för unga somaliska tjejer medan andra delar av resultatet kan förväntas gälla även för andra grupper av ungdomar som möter motstridiga normer och ideal kring sexualitet och hälsa.

Fokusgrupperna bestod till största del av ungdomar som går eller nyligen har gått i svensk gymnasieskola och det är också där fokus i rapporten har varit. De flesta hade tagit del av någon form av sexualundervisning genom skolan. Vår studie visar att behoven av sexuell hälsorådgivning ser något annorlunda ut för gruppen som är nyanlända i Sverige och kanske särskilt för de unga vuxna som står utanför det svenska skolsystemet. Det skulle ha varit värdefullt att se närmare på hur gruppen nyanlända diskuterar dessa frågor, för att insatser ska kunna utformas på ett sätt som motsvarar gruppens behov och förväntningar. Faktorer som vistelsetid i landet, förvärvade språkkunskaper och tidigare erfarenheter av sexuell hälsorådgivning framstår som viktiga att fördjupa sig i. Ett perspektiv som också lyser med sin frånvaro är unga killars upplevelser av sexuell hälsorådgivning i en mångkulturell kontext.

Kvinnlig omskärelse var en fråga som ursprungligen inte var i fokus i den här studien men som berördes av många av tjejerna. Det finns anledning att titta närmare på frågor kring sexuell identitet och sätt att främja en positiv sexuell självbild hos unga omskurna tjejer i relation till ansträngningar som syftar till att förebygga kvinnlig omskärelse.

REFERENSER

- Abdulcadir et al. 2012. Seven things to know about female genital surgeries in Africa. *Hastings Center Report*, 42(6), s. 19-27.
- Ahmadu, F. 2007. "Ain't I a woman too?": Challenging myths of sexual dysfunction in circumcised women. I: Y. Hernlund & B. Shell-Duncan (red.). *Transcultural Bodies: Female Genital Cutting in Global Context*. New Brunswick: Rutgers, s. 278-310.
- Alford, S. 2008. *Science and success: Sex Education and Other Programs That Work to Prevent Teen Pregnancy, HIV & Sexually Transmitted Infections*, Washinton, DC: Advocates for Youth.
- Ancheta, et al. 2005. Reproductive Health Education and Sexual Risk Among High-Risk Female Adolescents and Young Adults. *Journal of Pediatric and Adolescent gynecology*, 18(2), s. 105-11.
- Andersson et al. 2012. Sexual quality of life in women who have undergone female genital mutilation: a case-control study. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 119(13), s. 1606-11.
- Anis et al. 2012. Effects of Female Genital Cutting on the Sexual Function of Egyptian Women. A Cross-Sectional Study. *The Journal of Sexual Medicine*, 9(10), s. 2682-92.
- Annon, J. 1976. The PLISSIT Model: A Proposed Conceptual Scheme for the Behavioral Treatment of Sexual Problems. *Journal of Sexual Education and Therapy*, 2(1), s. 1-15.
- Arousell et al. kommande. Culturally Competent Care for Muslim patients and the Misguided Morality: Myths, Risk and Consequences.
- Balcazar et al. 2009. Cultural competence: Development of a conceptual framework. *Disability and Rehabilitation*, 31(14), s. 1153-1160.
- Berg, C. & Denison, E. 2011. Does Female Genital Mutilation/Cutting (FGM/C) Affect Women's Sexual Functioning? A Systematic Review of the Sexual Consequences of FGM/C. *Sexuality Research ans Social policy*, 9(1), s. 41-56.

- Berg et al. 2010. *Psychological, social and sexual consequences of female genital mutilation/cutting a systematic review of quantitative studies*, Oslo: Kunskapsenteret.
- Berg, L. 2009. Hur blir unga sexuella aktörer? I: C. Magnusson & E. Häggström-Nordin (red.). *Ungdomar, sexualitet och relationer*. Lund: Studentlitteratur.
- Berglund, S. 2008. *Competing Everyday Discourses and the Construction of Heterosexual Risk-Taking Behaviour among Adolescents in Nicaragua - Towards a Strategy for Sexual and Reproductive Health Empowerment*. FoU Rapport 2008:5 Malmö högskola.
- Berns-McGown, R. 2007. Tradition and the Inner City: Somali Women in Regent Park, Toronto. I: M. A. Kusow & S. R. Bjork (red.). *From Mogadishu to Dixon: The Somali Diaspora in a Global Context*. Trenton: The Red Sea Press, Inc, s. 233-254.
- Bjork, S. 2007. Modernity Meets Clan: Cultural Intimacy in the Somali Diaspora. I: M. A. Kusow & S. R. Bjork (red.). *From Mogadishu to Dixon: the Somali Diaspora in a Global Context*. Trenton: The Red Sea Press, Inc.
- Björngren Cuadra, C. 2010. *Kartläggning av preventiva HIV/STI-insatser i Skåne ur ett migrationsperspektiv - AAAQ och grundad tillgänglighet*. Malmö högskola FoU Rapport 2010:3.
- Bryman, A. 2002. *Samhällsvetenskapliga metoder*. Första upplagan. Malmö: Liber.
- Carlbom, A. 2012. Islamisk sexualrådgivning - ett globalt fenomen. I: L. Plantin & S. Månsson, (red.). *Sexualitetsstudier*. Malmö: Liber.
- Catania et al. 2007. Pleasure and Orgasm in Women with Female Genital Mutilation/Cutting (FGM/C). *The Journal of Sexual Medicine*, 4(6), s. 1666-1678.
- Chandra-Mouli et al. 2015. Twenty Years After International Conference on Population and Development: Where Are We With Adolescent Sexual and Reproductive Health and Rights? *Journal of Adolescent Health*, Volume 56, s. 1-6.
- Coleman, L.M. & Testa A. 2008a. Sexual health knowledge, attitudes and behaviours: variations among a religiously diverse sample of young people in London, UK. *Ethnicity & Health*, 13(1), s. 55-72.
- Coleman, L.M & Testa, A. 2008b. Sexual health beliefs, attitudes and perceptions among Black Minority Ethnic youth. *Education and Health*, 26(2), s. 32-36.
- Cook et al. 2003. *Reproductive Health and Human Rights: Integration Medicine, Ethics, and Law*. Oxford: University Press.
- Einstein, G. 2008. From Body to Brain: Considering the Neurobiological Effects of Female Genital Cutting. *Perspectives in Biology and Medicine*, 51(1), s. 84-97.

- Ekstrand et al. 2005. Swedish teenager perceptions of teenage pregnancy, abortion, sexual behavior, and contraceptive habits - a focus group study among 17-year-old female high-school students. *Acta Obstet Gynecol Scand*, Volume 84, s. 980-986.
- Ekstrand et al. 2011. Sex education in Swedish schools as described by young women. *The European Journal of Contraception and Reproductive Health Care*, Volume 16, s. 210-224.
- El-Defrawi et al. 2001. Female Genital Mutilation and its Psychosexual Impact. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 27(5), s. 465-473.
- Elmerstig, E. 2010. Samlagssmärtor hos unga kvinnor ur ett genusperspektiv. I: B. Wijma, G. Smirthwaite, & K. Swahnberg (red.). *Genus och kön inom medicin- och vårdutbildningar*. Lund: Studentlitteratur, s. 389-400.
- Elmerstig, E. 2012. Kropp och psyke i den sexuella upplevelsen. I: S. Månsson & L. Plantin, (red.). *Sexualitetsstudier*. Malmö: Liber.
- Englander, M. & Robinson, P. 2009. ”En fenomenologiskt grundad vård - pedagogisk metod för utbildning i empatiskt bemötande”. *Vård i Norden*, 29(4), s. 38-40.
- Esho et al. 2010. Female genital cutting and sexual function: in search of an alternate theoretical model. *African Identities*, 8(3), s. 221-235.
- Fangen, K. & Thun, C. 2007. Unge somaliske kvinner snakker om omskaering. *Sosiologi i dag*. 37(3-4), s. 107-141.
- FHI. Folkhälsoinstitutet. 2014. ><http://www.folkhalsomyndigheten.se/nyheter-och-press/historik-smi-nyheter/2011/september/i-stort-sett-oforandrat-antall-nyanmalda-hivfall-i-sverige/>< [Hämtad 2014-04-14] Folkhälsomyndigheten.
- Filippi et al. 2014. A pilot Study of Health Priorities of Somalis Living in Kansas City: Laying the Groundwork for CBPR. *Journal of Immigrant Minority Health*, Volume 16, s. 314-320.
- Forsberg, M. 2005. *Ungdomar och sexualitet. En forskningsöversikt år 2005*, Stockholm: Statens Folkhälsoinstitut (FHI).
- Forsberg, M. 2007. *Brunetter och Blondiner, sex relationer och tjejer i det mångkulturella Sverige*. Lund: Studentlitteratur.
- Forsberg, M. 2010. Ungdomar och sexualitet. I: P.O Lundberg & L. Löfgren-Mårtenson, (red.). *Sexologi*. Stockholm: Liber.
- Giddens, A. 1995. *Intimitetens omvandling: sexualitet, kärlek och erotik i det moderna samhället*. Norge: Nya Doxa.
- Giddens, A. 2007. *Sociologi*. Fjärde upplagan. Lund: Studentlitteratur.
- Hacking, I. 2006. Making Up People: clinical classifications. *London Review of Books*, Augusti, 28(16), s. 23-26.
- Heiman, J. 2007. Orgasmic disorders in women.. I: S. Leiblum (red.). *Principles and Practice of Sex Therapy*. New York: The Guilford Press.

- HELMÍ, 2012. *HELMÍ - Health, Migration and Integration. Somaliska och thailändska kvinnors hälsa och arbetsmarknadsanknytning i Sverige*. Malmö högskola, Lunds universitet, Uppsala universitet, Europeiska Integrationsfonden, Smittskyddsinstitutet.
- Hälström et al. 2006. Abortion rate and contraceptive practices in immigrant and Swedish adolescents. *Journal of Pediatric & Adolescent Gynecology*, Volume 19, s. 209-213.
- Häggström-Nordin et al. 2009. Inledning. I: C. Magnusson & E. Häggström-Nordin (red.). *Ungdomar, sexualitet och relationer*. Lund: Studentlitteratur.
- Isotalo, A. 2007. "Did You See Her Standing at the Marketplace?" Gender, Gossip, and Socio-Spatial Behaviour of Somali Girls in Turku, Finland. I: A. M. Kusow & S. R. Bjork, (red.). *From Mogadishu to Dixon. The Somali Diaspora in a global Context*. Trenton: The Red Sea Press, Inc.
- Johnsdotter, S. & Essén, B. 2004. *Sexual health among Somali women in Sweden: living with conflicting culturally determined sexual ideologies*. Alexandria, Egypt 10-12 October Advancing knowledge on psycho-sexual effects of FGC: assessing the evidence. Paper presented at INTACT conference.
- Johnsdotter et al. 2005. "Aldrig mina döttrar": En studie om attityder till kvinnlig omskärelse bland etiopier och eritreaner i Sverige. Stockholm: Rädda Barnen.
- Johnsdotter, S. 2002. *Created by God. How Somalis in Swedish Exile Reassess the Practice of Female Circumcision*. Doktorsavhandling: Lunds universitet.
- Johnsdotter, S. 2003. Somali women in Western exile reassessing female circumcision: The role of Islamic teachings. *Journal of Muslim Minority Affairs*, 23(1), s. 361-373.
- Johnsdotter, S. 2010. *Somaliska föreningar som överbryggare. En uppföljning av 28 svensksomaliska projekt som fått stöd av Allmänna arvsfonden, Hälsa och samhälle*, Malmö högskola: okt.
- Johnsdotter, S. 2012a. Sexualitet och kultur. I: L. & M. S. Plantin, (red.). *Sexualitetsstudier*. Malmö: Liber.
- Kirby et al. 2007. Sex and HIV Education Programs: Their Impact on Sexual Behaviours of Young People Throughout the World. *Journal of Adolescent Health*, 40(3), s. 206-17.
- Komisaruk, B.R. & Whipple, B. 2011. Non-genital orgasms. *Sexual and Relationship Therapy*, 26(4), s. 356-372.
- Kånåhols et al. 2011. Swedish adolescents' experiences of educational sessions at Youth Clinics. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 2(3), s. 119-23.
- Larsson, A. 2008. "Omskurna kvinnor kan visst njuta av sex". *Vårdfacket*, Oktober Nr10, s. 23.

- Larsson, M. 2009. Ungdomars sexuella och reproduktiva hälsa i ett folkhälsoperspektiv. In: C. & H. E. Magnusson (red.). *Ungdomar, sexualitet och relationer*. Lund: Studentlitteratur.
- Lennerhed, L. 2002. *Sex i folkhemmet. RFSU:s tidiga historia*. Södertälje: Gidlunds förlag.
- Lightfoot-Klein, H. 1989. The Sexual Experience and Marital Adjustment of Genitally Circumcised and Infibulated Females in The Sudan. *The Journal of Sex Research*, 26(3), s. 375-392.
- Lindgren, Å. 2008. *Att samtala om livet - sex och samlevnadsundervisning på ett annorlunda sätt*. Kandidatuppsats. Malmö högskola
- Länsstyrelsen. 2007. *Hedersrelaterat våld och förtryck. Ett kunskapsunderlag för hälso- och sjukvården*. Länsstyrelsen i Skåne län.
- Löfgren-Mårtenson, L. 1997. Sexuella mognadsnivåer och uttryckssätt. I: L. Löfgren-Mårtenson, (red.). *Sexualitet och integritet*. Lund: Studentlitteratur.
- Löfgren-Mårtensson & Månsson, 2006. "Sex överallt, typ!": om unga och pornografi. Första upplagan. Stockholm: Gothia.
- Mah, K. & Binik, Y.M. 2005. Are Orgasms in the Mind or the Body? Psychosocial Versus Physiological Correlates of Orgasmic Pleasure and Satisfaction. *Journal of Sex and Marital Therapy*, Volume 31, s. 187-200.
- Malmström, M. 2009. *Just Like Couscous: Gender, Agency and the Politics of Female Circumcision in Cairo*. Doktorsavhandling. Göteborgs universitet: School of Global Studies.
- Mills, J. 2012. I Should Get Married Early: Culturally Appropriate Comprehensive Sex Education and the Racialization of Somali Masculinity. *Spectrum*, 1(1), s. 5-30.
- Moreau et al. 2013. Religiosity, religious affiliation and patterns of sexual activity and contraceptive use in France. *The European Journal of Contraception and Reproductive Health Care*, Volume 18, s. 168-180.
- NCK, 2011. *Kvinnlig omskärelse/könsstympning - en kunskaps- och forskningsöversikt*, Uppsala universitet: Nationellt centrum för kvinnofrid.
- Newland, L. 2006. Female circumcision: Muslim identities and zero tolerance policies in rural West Java. *Women's Studies International Forum*, 29(4), s. 394-404.
- Njambi, W. 2004. Dualism and female bodies in representations of African female circumcision: A feminist critique. *Feminist Theory*, 5(3), s. 281-303.
- NT, 2014. "Alla 30 flickor i klassen var könsstympade". *Norrköpings tidning (NT)* Hesser, A. Tillgänglig på: ><http://www.nt.se/nyheter/norrkoping/alla-30-flickor-i-klassen-var-konsstympade-9908656.aspx>< [Hämtad 2014-12-30].

- Obermeyer, C. 2005. The consequences of female circumcision for health and sexuality: An update on the evidence.. *Culture, Health & Sexuality*, 7(5), s. 443-461.
- Open Society Foundations. 2014. *Somalis in Malmö. Somalis in European Cities*, New York: Open Society Foundations.
- Ouis, P. 2009a. Honourable Traditions? Honour Violence, Early Marriage and Sexual Abuse of Teenage Girls in Lebanon, the Occupied Palestinian Territories and Yemen. *International Journal of Children's Rights*, Volume 17, s. 445-474.
- Ouis, P. 2009b. "Den verkliga kulturkonflikten?": Islamisk sexualmoralism i liberala Sverige. *Socialvetenskaplig Tidskrift*. No 3-4, s. 350-368.
- Pavlish et al. 2010. Somali immigrant women and the American health care system: Discordant beliefs, divergent expectations, and silent worries. *Social Science & Medicine*, 71(2), s. 353-361.
- Pedersen, W. 2005. *Nye seksualiteter*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Prop. 2005/06:60. *Nationell strategi mot hiv/aids och vissa andra smittsamma sjukdomar*.
- RFSU:s webbsida, 2014a. *Sex and Politics - Focus SRHR - Youth - Weekday x RFSU*. Tillgänglig på: ><http://www.rfsu.se/en/Engelska/Sex-and-Politics/Focus-SRHR/Youth/WEEKDAY-x-RFSU/>< [Hämtad 2014-12-30].
- Salehi et al. 2014. Factors Associated with Access to Sexual Health Services Among Teens in Toronto: Does Immigration Matter? *Journal of Immigrant Minority Health*, Volume 16, s. 638-645.
- SCB. 2014. *Befolkningsstatistik. Personer med utländsk bakgrund*. Statistiska centralbyrån
- SCB. 2015. *Befolkningsstatistik. Utrikesfödda efter födelseland och år*. Statistiska centralbyrån.
- Schultz & Lien. 2013. Meaning-making of female genital cutting: children's perception and acquired knowledge of the ritual. *International Journal of Women's Health*. Vol 5, s.165-175.
- Simon, W. & Gagnon, J. 1986. Sexual Scripts: Permanence and change. *Archives of Sexual Behavior*, 15(2), s. 97-120.
- Skeggs, B. 1999. *Att bli respektabel: konstruktioner av klass och kön*. Göteborg: Diados.
- Skolverket, 2014. Ämnesintegrerad sex och samlevnad - på skolfrenten intet nytt. Tillgänglig på: ><http://www.skolverket.se/skolutveckling/vardegrund/demokrati-och-likabehandling/sex-och-samlevnad/exempel-och-lasning/amnesintegrerad-sex-och-samlevnad-pa-skolfrenten-intet-nytt-1.189228>< [Hämtad 2014-12-01]

- SMI, 2012. *Migration, sexuell hälsa och prevention: Två kunskapsöversikter med fokus på risktagande och riskutsatthet i samband med migration.* Smittskyddsinstitutet (SMI).
- Socialstyrelsen/SMI, 2011. *Att förebygga HIV och STI. Kunskapsunderlag och vägledning för förebyggande arbete bland ungdomar och unga vuxna.* Socialstyrelsen, Smittskyddsinstitutet (SMI).
- Socialstyrelsen, 2015. *Flickor och kvinnor i Sverige som kan ha varit utsatta för könsstympning. En uppskattning av antalet.* Socialstyrelsen.
- Thabet, S.M. & Thabet, A.S, 2003. Defective sexuality and female circumcision: The cause and the possible management. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Research*, 29(1), s. 12-19.
- Tikkanen et al. 2011. *UngKAB09. Kunskap, attityder och sexuella handlingar bland unga.* Göteborgs universitet, Institutionen för socialt arbete Skriftserien 2011:1.
- Tikkanen, R. 2007. *Kunskapsbaserad hivprevention riktad till män som har sex med män. En sammanfattning av diskussion utifrån sex internationella kunskapsöversikter.* Socialstyrelsen.
- U2013/5292/JÄM. *Uppdrag att ta fram vägledande material.* Regeringsbeslut 11:4: Utbildningsdepartementet.
- UNFPA. 2014. *Guiding Principles for Working form Within.* Tillgänglig på: ><http://web.lb.unfpa.org/culture/guiding.htm>< [Hämtad 2014-12-28].
- UNHCR, 2014. *Regional operations profile - Western, Central and Southern Europe,* ><http://www.unhcr.org/egi-bin/texis/vtx/page?page=49e48f056&submit=GO>< [Hämtad 2014-04-14].
- UNICEF, 2013. *Female Genital Mutilation/Cutting: A statistical overview and exploration of the dynamics of change.* UNICEF.
- WHO, 2008. *Elimination female genital mutilation: an interagency statement UNAIDS, UNDP, UNECA, UNESCO, UNFPA, UNHCHR, UNHCR, UNICEF, UNIFEM, WHO.* WHO.
- WHO, 2014a. *Female genital mutilation. Factsheet.* Tillgänglig på: ><http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs241/en/>< [Hämtad 2014-02-27].
- WHO, 2014b. *Female genital mutilation and other harmful practices.* Tillgänglig på: ><http://www.who.int/reproductivehealth/topics/fgm/prevalence/en/>< [Hämtad 2014-12-15].
- Wray et al. 2014. Constructions and experiences of sexual health among young, heterosexual, unmarried Muslim women immigrants in Australia. *Culture, Health & Sexuality*, 16(1), s. 76-89.

FoU rapporter från Fakulteten för hälsa och samhälle, utgivna från 2008

- 2008:1 Tikkanen, R. Person, relation och situation. Riskhandling, hivstesterfarenheter och preventiva behov bland män som har sex med män.
- 2008:2 Östman, M. och Afzelius, M. Barnombud i psykiatrin – i vems intresse?
- 2008:3 Andersson, F. och Mellgren, C. Processutvärdering av ”Trygga gatan”. Ett projekt för minskad brottslighet och ökad trygghet i nöjeslivsmiljö.
- 2008:4 Östman, M. red. Migration och psykisk ohälsa.
- 2008:5 Berglund, S. Competing Everyday Discourses – And the Construction of Heterosexual Risk-taking Behaviour among Adolescents in Nicaragua: Towards a Strategy for Sexual and Reproductive Health Empowerment.
- 2008:6 Björngren Cuadra, C. Variationens spektrum – en studie av sensibilitet, tillit och vårdetik i hemsjukvård.
- 2008:7 Mallander, O. Nära Vänskap? En analys av kontaktperson enligt LSS.
- 2009:1 Hamit-Eminovski, J. Interactions of Biopolymers at Biological Interfaces – Examples from Saliva and Bacterial Surfaces. (Licentiatavhandling)
- 2009:2 Andersson, O. Hållplats 8. En social intervention för unga kriminella i stadsdelen Rosengård, Malmö stad.
- 2009:3 Johnsdotter, S. Discrimination of certain ethnic groups? Ethical aspects of the implementation of FGM legislation in Sweden.
- 2009:4 Danielsson, M. Transpersona non grata. Den ogiltigförklarade livserfarenheten.
- 2009:5 Eriksson-Sjöo, T. och Ekblad, S. Stress, sömn och livskvalitet – en studie bland flyktingar i SFI-utbildning, lärare och handläggare i Fosie stadsdel, Malmö.

- 2010:1 Gregersen, P. Utopia - utopier som pedagogiskt medel, och deras användning inom akademiskt lärande och kritiskt tänkande.
- 2010:2 Scaramuzzino, R., Heule, C., Johansson, H. och Meeuwisse, A. EU och den ideella sektorn – En studie av det svenska Equalprogrammet.
- 2010:3 Björngren Cuadra, C. Kartläggning av preventiva hiv/STI-insatser i Skåne ur ett migrationsperspektiv - AAAQ och grundad tillgänglighet.
- 2010:4 Tikkanen, R. MSM-ENKÄTEN 2008 – Riskhandlingar, hivtest och preventiva behov bland män som har sex med män.
- 2010:5 Lindell, L och Ek, A.-M. Komplementära metoder i psykiatriska verksamheter – och brukares upplevelser och erfarenheter.
- 2010:6 Perez, E. Akademisk yrkeskompetens i socialt arbete - Om socialt arbete i mångkulturella miljöer
- 2011:1 Berglund, S., Andersson, O. Kihlsten, I., Tengland, P.-A. och Wemme, M. Delaktighet och hälsa. En pilotstudie med ungdomar och beslutsfattare i Simrishamn mot hållbara strategier för ökad egenmakt, livskvalitet och jämlikhet i hälsa. Delrapport 1: Utgångspunkter för en deltagarbaserad aktionsforskningsansats.
- 2011:2 Bengtsson, M. och Wann-Hansson, C. Införande av portfoliomethodik för professionell utveckling mot yrkesrollen som sjuksköterska.
- 2011:3 Finnbogadóttir, H. Domestic violence and pregnancy. Impact on outcome and midwives' awareness of the topic. (Licentiatavhandling)
- 2011:4 Johnson, B. Beroendesjukvård och socialtjänst i samverkan.
- 2011:5 Popoola, M. Lyssna, förklara och förstå. Romska migranters möten med sjukvård i Sverige.
- 2011:6 Richert, T. Mot en mer kunskapsbaserad öppenvård för unga missbrukare. Slutrapport för ett trestadsprojekt kring erfarenhetsutbyte, kunskapsutveckling och systematisk dokumentation.

- 2012:1 Richert, T. Hiv- och hepatitprevention på institution. Utvärdering av ett peer-baserat utbildningsprojekt med syfte att öka kunskapen om blodsmittor hos klienter och personel på SiS-institutioner.
- 2012:2 Mellgren C., Svalin, K., Levander, S. och Torstensson Levander, M. Riskanalys i polisverksamhet. Utvärdering av polisens arbete med riskanalys för våld på individnivå: Skånemodellen och Check 10 (+)
- 2012:3 Eriksson-Sjö, T. Utmaningar och bemötande i flyktingmottagandet. (Licentiatavhandling)
- 2012:4 Nigård, P. Pornografi och sexuell exponering bland unga män och kvinnor (Licentiatavhandling)
- 2013:1 Daneback, K., Månsson S-A. Sexuality and the Internet. A Collection of Papers 2003-2013
- 2013: 2 Mellgren, C., Kronkvist, K. Trygghet i lokalområdet : resultat från Oxie områdesundersökning 2012. Om upplevelser av trygghet, brott och lokala problem
- 2013:3 Johnson, B., Lalander, P. Med narkotikan som följeslagare. Femton texter till Bengt Svensson.
- 2014:1 Perez, E. Vad vet vi om de insatser socialtjänsten gör i hedersrelaterade konflikter inom familjen?
- 2014:2 Ivert, A.-K. och Kronkvist, K. Kartläggning av den lokala problembilden i Norra och Södra Sofielund - Ett kunskapsunderlag för ökad trygghet och minskad brottslighet.
- 2015:1 Rasmusson, E-M. "Ingen har nämnt ordet sex." Kvinnors och mäns erfarenheter av information om sexuell hälsa vid cancersjukdom (Licentiatuppsats).
- 2015:2 Larsson, C., Johnsdotter, S. Sexuell hälsorådgivning i en mångkulturell kontext. Röster från unga svensksomaliska kvinnor.

ISBN 978-91-7104-652-9 (tryck)

ISBN 978-91-7104-653-6 (pdf)

ISSN 1650-2337

MALMÖ HÖGSKOLA
205 06 MALMÖ, SWEDEN
WWW.MAH.SE