



Dept of Obstetrics and Gynecology
University Hospital MAS
University of Lund



Länsstyrelsen i Skåne Län
Maria Lindberg
205 15 Malmö

Slutrapport för projektet "Alternativa strategier till kirurgi för flickor som riskerar att utsättas för hedersrelaterat våld"

Inledning

Dr Birgitta Essén vid Kvinnokliniken, Universitetssjukhuset MAS, Region Skåne, beviljades år 2003 medel av Länsstyrelsen i Skåne Län med 133.000 kr, för skyddat boende m m, för flickor och unga kvinnor som riskerar att utsättas för hedersrelaterat våld beviljades och Kvinnoklinikens egeninsats var den samma.

Den 25 november 2003 beviljade Länsstyrelsen i Skåne Län medel till försöksverksamhet vid en av Kvinnoklinikens specialistmottagningar, i syfte att utveckla en icke-kirurgisk terapi för flickor som riskerar att utsättas för hedersrelaterat våld. Vid Kvinnokliniken, Universitetssjukhuset MAS, har specialitläkare Birgitta Essén, bedrivit en mottagning som riktar sig till kvinnor med migrationsrelaterade frågeställningar inom reproduktiv och sexuell hälsa samt kvinnosjukdomar. Specialistmottagningens inriktning är att förbättra kvinnosjukvården för invandrade kvinnor genom att ta hänsyn till biologiska, socioekonomiska men även kulturella faktorer, vilka kan tänkas påverka flickors och kvinnors reproduktiva hälsa. Mottagningen bygger på tre kliniskt viktiga hörnstenar. Den första är, att kommunikationen mellan vårdgivare och vårdtagare skall vara optimal, d v s att utökad utrymme för konsultation med tolk används. Ett system där telefontolk och minst 40 minuters konsultation erbjuds. Förutom tolk används också s.k. culture brokers, dvs. en kulturkompetent tolk både vad det gäller som vårdgivarens behandlingsmetod. Den andra hörnstenen är, att kultursensitiv vårdplanering erbjuds. Förutom specialistläkaren ingår även en "culture broker" (hälsoinformatör, mediator) i vårdteamet. En culture broker kan beskrivas som en medarbetare, oftast av utländsk börd och väl integrerad i svenska samhället. Detta innebär att individen kan hantera både sin egen kultur från hemlandet och den nya situationen i Sverige. Culture brokers är en slags kulturtolk som är väl insatt i vårdgivarens syfte och arbetsmetoder och patientens sätt att beskriva sin åkomma. Dessutom är vederbörande språkligt är behjälplig med översättning. Den tredje hörnstenen i mottagningen är att varje möte och behandling skall ges utifrån individens medicinska, psykiska och sociala behov med en hög tillgänglighet. Med hjälp av sedvanlig anamnesupptagning (patientens sjukdom och bakgrundshistoria) kartläggs individens problem och behov. Medicinska vårdplaner läggs upp men även vikten av att utveckla den psykosociala nätverksstrukturen för individen ses som en självklar del i specialistmottagningens verksamhet. I vårdplanerna ingår ofta fördjupad undervisning och kunskapsförmedling till patienten då de medicinska frågeställningarna oftast är mycket komplexa och där biologiska mekanismer inte är den enda orsaken till patientens besvär. En förhandling mellan vårdgivaren och patienten brukar också ingå för att optimera amstämmigheten. Patientens och vårdgivarens möjlighet att kontakta mottagningen skiljer sig från traditionella specialistverksamheter. Förutom sedvanligt remissförfarande kan vårdgivare och patienter tidsboka direkt till specialistmottagningen. De har också möjlighet att direkt kontakta Dr Essén via mobiltelefon.

Bakgrunden till att specialistmottagningen startades vid Kvinnokliniken är att forskning som bedrivits under 1990-talet visat att utlandsfödda kvinnor förväntas ha sämre utgångsläge för en god hälsoutveckling, bl.a. är de mer utsatta för särskilda hälsorisker före, under och efter migration. Även kommunikationsproblem, kulturella skillnader och olika förväntningar har visat att insatser inom hälso- och sjukvården, trots goda intentioner, ibland inte fått de utfall och effekter som förväntats när det riktats mot utlandsfödda individer.

Oskuld, skam och hedersvåld

Den centrala frågan från flickor, som kommer från patriarkala familjer, kretsar kring oskulden och mödomshinnan. Frågeställningar uppstår från mer allmängiltiga frågor om kroppens fysiologi, sex och samlevnad, vilket inte alltid skiljer sig från flickor uppvuxna i mindre patriarkala familjer. Mindre förekommande, men dock en relativt stor frågeställning, har varit flickor som inför sitt bröllop anser det vara av stor vikt att oskulden bevisas i form av en blödning vid sexualdebuten på bröllopsnatten. Trots att detta inte är ett nytt problem finns det idag inte en enhetlig handläggning av dessa problem inom vården i Sverige. Detta har lett till att många vårdgivare har handlagt problemet utifrån egna attityder, känslor och erfarenheter, men som inte alltid varit baserade på vetenskaplig erfarenhet. Sjukvården,

skolhälsovården och ungdomsmottagningarna har många gånger avvisat flickor och deras familjer som önskat undersökningar, operationer, intyg eller råd. Privatklinikers erbjudande av kirurgisk operation utav mödomshinnor har däremot ökat. Avsaknad av kvalitetssäkring och studier föreligger i Sverige, oberoende om verksamheten skett vid universitetssjukhus eller i privat regi. Vi har inte funnit någon dokumentation av erfarenhet och uppföljning av kvinnor, vilka genomgått mödomshinneplastikoperation eller annat omhändertagande. Trots att det alltså utförs relativt omfattande hymenplastikkirurgi i Sverige saknas dokumentation av denna verksamhet, såväl från tillsynsmyndigheterna som från läkarkåren som utför operationerna.

Bakgrunden till projekten var således att pröva alternativa metoder om hur man skall bemöta flickor med oskudsrelaterade frågeställningar och den lilla, men mycket viktiga, gruppen av flickor som utsätts för hedersrelaterat våld. Mottagningen ville utvärdera ett alternativ till den plastikkirurgiska terapin som enbart inriktade sig på att operera flickorna samt ett alternativ till den offentliga vårdens och ungdomsmottagningarnas, ibland strikt avvisande, förhållningssätt till denna patientgrupp som primärt efterfrågar kirurgi.

Hypotes

Att erbjuda skuldfyllda flickor ett *samlad vårdkoncept*. Det innebär att ensidig kirurgisk operation av mödomshinnan tonas ned men samtidigt utan förpassning av flickan. Genom att bekräfta flickans oro, förbättras självkänslan och kroppskännetiden samt att självpåtagen skuld nedbringas. Därmed kan flickan möta giftermålet i en *starkare förhandlingsposition* i förhållande till pojkvän och släkt.

Syftet med projektet

Att erbjuda icke-kirurgisk terapi (dvs att ej operera mödomshinnan/hymen) till flickor som söker för oskudsproblematik och riskerar att utsättas för hedersrelaterat våld.

Att via litteraturstudier och kontakt med vårdpersonal vid skolor, ungdomsmottagningar och kvinnokliniker, skaffa underlag för att upprätta en kunskapsbank och utarbeta riktlinjer för vårdens omhändertagande av unga flickor med oskudsproblem inom ramen för hedersvåld.

Det tertiära syftet med mottagningen i ett medicinskt perspektiv var att förebygga våldsam, för tidig död hos unga flickor med invandrarbakgrund.

Projektperiod

December 2003 - januari 2005.

Projektgrupp

Dr Birgitta Essén
Elma Daztarevic, socionom stud
Anna Blomquist, med kand
Dr Lotti Helström
Ola Augustsson-Garphage, kurator

Verksamhet under projektperioden

Projektet startade med att söka mer kunskap om ämnesområdet "hedersrelaterat våld" av Essén, Daztarevic och Blomquist. Litteratursökning utav såväl medicinsk, sociologisk som juridisk svensk- och engelsk litteratur studerades. Hemsidor har också besökts och man tog del av andra organisationers erfarenhet. Detta redovisas i den separata litteraturlistan. Traditionellt har den offentliga vården avvisat patienter med denna typ av problem och man har varit restriktiv med att utföra undersökningar på begäran av släktingar samt ofta nekat utföra intyg om "oskuld". Birgitta Essén och Elma Daztarevic informerade om projektet och mottagningsarbetet vid Kvinnokliniken för ungdomsmottagningar, mödravårdsmottagningar, Terraferm, skolsköterskor, Samverkansgruppen mot kvinnovåld samt gynekologer vid Universitetssjukhuset MAS i Malmö. Vi inbjöd dem till samarbete och möjlighet att remittera flickor till vår nystartade verksamhet.

Dr Lotti Helström och kurator Ola Augustsson- Garphage vid Sesammottagningen vid Karolinska universitetssjukhuset kontaktades och vi tog del av Stockholms erfarenhet. De har allt mer lämnat de kirurgiska ingreppen av mödomshinnan på flickor med oskudsproblem och istället läggs nu fokus på medicinsk och social rådgivning. Projektet tog del av klinikens nya riktlinjer, vilka jämfördes med mottagningsverksamheten vid Kvinnokliniken i Malmö. Då vi fann att målsättningarna och arbetsformerna var jämförbara beslutade projektledare Birgitta Essén att bjuda in Sesammottagningen i projektet för att därmed förstärka kunskapsbanken.

Mottagningsverksamhet

Samtliga flickor och unga kvinnor som sökte sig till Kvinnokliniken under projektåret erbjöds medicinsk rådgivning med jagstärkande konsultation, preventivmedelsrådgivning, rådgivning i samlevnadsfrågor, undervisning om fysiologi och kroppskänedom. Flickorna deltog själva aktivt vid den gynekologiska undersökningen. En individuell vårdplan gjordes upp vid första besöket. Varje konsultation varade 40 minuter och föranledde ofta 1-3 återbesök. Vid återbesöken erbjöds alla flickor att separat träffa hälsoinformatören som var knuten till projektet. Sju flickor (5 från Malmö och 2 från Stockholm) djupintervjuades av socionom Elma Daztarevic och kurator Ola Augustsson-Garphage, om deras erfarenhet och upplevelser av den rådgivning och behandling de fått vid konsultationerna i Malmö respektive Stockholm. Samtliga journaler under projekttiden kvalitetsgranskades utifrån syftet att utvärdera den icke-kirurgiska vård som patienterna erhållit (30 besök). Resultaten har analyserats av Essén och Daztarevic.

Efter varje besök erbjöds patienterna möjlighet att kontakta gynekolog antingen mobiltelefonledes eller akut vid Kvinnokliniken. De hade möjlighet att ringa Kvinnoklinikens tidsbokning direkt för att ändra eller beställa ny tid. Varje patient i Malmö erhöll ett exemplar av inköpt litteratur "Aylas saga" av Höjeberg och Rädda Barnens "Överlevnadshandboken" av Arbabi, Fristorp. Till mottagningen införskaffades också pedagogiskt utbildningsmaterial för att underlätta undervisning i sex och samlevnad samt kroppskänedom. Mottagningen bedrevs regelbundet, även under sommarperioden, med i genomsnitt tre mottagningar varje månad. Totalt hade mottagningen ett 30-tal vårdbesök inom ramen för projektet. Det primära önskemålet var för de flesta patienter att bli opererad - "att få oskulden återställd". Flickorna kom till mottagningen dels via remiss från skolsköterska, skolläkare, barnmorskor inom mödravården eller ungdomsmottagningar, psykiater, barnpsykiater/psykolog, gynekologer, kuratorer inom Socialförvaltning och sjukvård, sociala fältarbetare, socialpedagoger eller frivilliga kvinnoorganisationer (Terraferm, Kvinnojouren), dels genom hörsägen från kamrater eller invandrarföreningar.

Patienterna var i åldern 15-27 år och boende i Malmö/Lundregionen. Alla flickor pratade bra svenska och deras föräldrars etniska bakgrund varierade: Afghanistan, Iran, Kurdistan, Irak, Libanon, Libyen, Marocko, Albanien, forna Jugoslavien, Somalia, Syrien, Palestina och Pakistan. Vid enstaka tillfällen har socialarbetare, väninnor eller pojkvänner deltagit vid konsultationerna och vid några tillfällen önskade patienterna att deras mammor/systrar skulle vara med.

Övriga målgrupper som berörts av verksamheten

Information och kunskapsförmedling har varit ett delsyfte i projektet. Information om erfarenheter av verksamheten har fortlöpande efterfrågats av flera yrkesgrupper inom vården. Projektledare Birgitta Essén har deltagit under ett flertal utbildningsseminarier i Länsstyrelsens regi. Vid ett flertal tillfällen har Region Skåne bett om att få ta del av kunskapen om projektet. Föreläsningar har givits inom ramen för ST- och AT-läkares fortbildning, sjukvårdspersonal vid Universitetssjukhuset i Lund, Centralsjukhuset i Kristianstad, mödravårdsbarnmorskor och läkare i Skåne. Möten har hållits i Malmö med skolsköterskor, skolläkare, mödravårdscentraler, ansvariga för hälsoinformatörer, Samverkansgruppen mot kvinnovåld i Malmö stad, Projektgruppen för Sexuell hälsa i Region Skåne och Barn- och ungdomspsykiatri i Malmö. Invandrarföreningar (somaliska, iranska och kurdiska) har informerats.

Projektledare Birgitta Essén har även haft möten med Plastikkirurgiskt Centrum i Malmö, dr Troilius, och fört samtal med plastikkirurgerna dr Opitz i Malmö samt dr Hober vid Akademikliniken i Stockholm. Information till media har givits vid efterfrågan (Sydsvenska Dagbladet, Skånska Dagbladet, Sydnytt, Göteborgsposten, Läkartidningen, SVT Rapport, Invandrare och minoriteter). Då projektet endast har pågått mindre än ett år, har ingen aktiv informationsspridning från projektgruppen initierats ännu. Vi hade som syfte att ta lärdom av projektet och i första hand driva sakfråga inom professionen.

I juli månad, 2004, hade projektledare Birgitta Essén ett informellt samtal med dåvarande integrationsminister Mona Sahlin. Statsrådet uttryckte ett allmänt intresse för specialistmottagningens verksamhet i Malmö och var i synnerhet positiv till vårdens engagemang i denna fråga. Hon önskade, att projektgruppen skulle hålla henne informerad om verksamheten och att man i framtiden skulle försöka involvera unga pojkar i liknande verksamhet med jagstärkande insatser.

Inhämtning av kompetens för projektgruppen

Området "hedersrelaterat våld" är en komplex fråga och en flervetenskaplig insats är av vikt vid utveckling av metoder för att förebygga och bemöta dem som utsätts för denna typ av våld. Projektgruppen har införskaffat kunskap via experter inom sociologi och antropologi, vilket har varit betydelsefullt inte minst vid analysering av samtalsmaterial. Omfattande artikelsökning, och rekvisering av litteratur har gjorts (vg se bilaga). Vid Transkulturellt Centrum i Stockholm har projektledaren deltagit i fördjupningskurs i transkulturell psykiatri där bl a arbete med culture brokers har studerats. I den ursprungliga projektplanen var det budgeterat för sexologexpert. Denna expertis fick gruppen

kostnadsfritt ta del av via sexolog Loti Helstöm i Stockholm. Däremot tillkom reskostnader till Stockholm.. Inga kostnader för tolk belastade projektet.

Ekonomisk redovisning
Vg se bilaga som inkommer i januari 2005..

Erfarenheter från intervjuresultatet

Bakgrund och familjeförhållande

Om relationen till sina familjemedlemmar berättar flickorna så här:

"Min mamma är min bästa kompis. Hon är med mig överallt, hon är typ min bästa kompis, jag berättar allting för henne, varenda lite sak. Om jag träffar någon kille berättar jag allt för min mamma, jag skäms inte för min mamma.."

En annan flicka berättar att när hon skildes efter ett kort, arrangerat äktenskap i hemlandet anklagades och nedvärderades hon av släkten för att hon skildes. Flickan fick stöd av sin bror, vilket ledde till att släkten hade slutat med anklagelserna. *"Speciellt när jag skilde mig, alla tyckte att jag var liksom dålig kvinna för att jag ville skilja mig från honom. De tyckte att jag borde ta hit honom. Men de andra kvinnorna sa till mig hora och sådana saker. Min svärmor berättade att jag var hora för jag inte blödde, fast jag var oskuld. De anklagade mig att jag inte var oskuld. släkten har slutat hota mig för vad jag har gjort för att min bror hjälpte mig, så har de hotat min bror för att han hjälpte mig, så min bror fick hämta mig."*

Två flickor beskriver sina familjsituationer som ohållbara där våld, kontroll, hot och anmälningar till socialen förekommer. En annan flicka berättar om relationen till sin mor: *"Det är lite så där. Jag rymde hemifrån för att hon slagit mig rätt så mycket och ville gifta bort mig med min kusin . Det var då jag träffade dr. B."*

En flicka berättar om pappans inflytande över hennes liv: *" Jag var förlovad, min pappa hade hittat en kille men han var kriminell. Efter tre månader fick jag reda på att han var kriminell kille, han har mördat en kvinna, och jag skilde mig från honom. Nu har min pappa hittat en annan kille, innan var jag förlovad och nu är jag gift. Jag har åkt till hemland och de tvingade mig att gifta sig. De hade bestämt alltså, min pappas släktingar, bröder och farbröder att de skulle gifta mig. Pappan tog mig först för att jag skulle se killen, en kvart, jag pratade med killen, så kom min pappa och frågade: Är killen bra? Jag sa: han är bra, men han är inte den personen för mig. Han sa: Det viktigaste är att du har sett killen och han har bra familj. Sedan sa jag till honom: gör vad ni vill, alltså jag var ledsen, jag visste inte hur jag skulle göra annars. Om jag skulle ha sagt att jag inte vill ha killen, jag vill inte gifta mig, skulle de kanske tvinga mig, det bli mer bråk, kanske de skulle skjuta mig. Alltså de tvingar tjejer att gifta sig, föräldrarna är där: du måste gifta dig och de frågar bara, låtsats, jag har frågat henne. De gifter sig mest nu för att de ska komma till Sverige."*

Föräldrarna och släkten beskrevs ha stort inflytande i flickornas liv när det gäller att värna om deras framtid och hitta lämpliga killar åt dem.

Bemötande av vården

Flera flickor berättar att de första kontakterna med vården präglades av svårigheter på grund av tidsbrist och dålig information från telefonister i sjukvårdsupplysningen med att hitta den rätta instansen för hjälp med deras problem. *"När jag ringde första gången ringde jag till olika ställen. Jag ringde till K - sjukhuset, jag ringde till H- sjukhus. Många ställen var många var otrevliga. De sa, ja, vi kan inte hjälpa dig. Det är något vi inte gör här. Du får vända dig till annanstans."*

"De förstår inte i vilken situation man är innan man tar luren och ringer. Där sitter man i rummet och har låst dörren. Man tycker att när det är en ung tjej som ringer och då kan man inte svara på det."

"Men de på ungdomsmottagningen förstod inte vad jag behövde för hjälp, jag sa till de vad jag behövde med de sa till mig: det finns inte sådan oskuldproblematik, det var inte nytt för dem men en barnmorska kan inte operera ."

Flickorna efterlyste mer förståelse från vårdens sida för unga tjejers specifika problematik där vården bör hänvisa flickorna till rätta instanser och inte lämna dem utan något svar. De var väl medvetna om sin unika problematik, att det är nytt för den svenska vården men brist på förståelse från vården präglade flickors upplevelser.

Efter projektets start beskrev alla att deras tidigare upplevelser av skeptiska och avvisande bemötande hade ändrats. Att få kontakt med rätt instans i projektet beskrevs inte längre som problemfyllt för dem.

"Först tog jag kontakt med skolsköterska. Kuratorn har jag inte träffat, det var bara skolsköterska som tog kontakt med KK. Så kom jag hit och berättade allt för Dr B. om hur min situation blev. Det är andra gången som jag kommer hit. Första gången var det så att jag hade kontakt med ungdomsmottagningen men de kunde inte hjälpa mig så mycket, det var såna barnmorskor och de sa att du borde kontakta dr B. för hon jobbar mer med tjejer som har sådana problem. De ringde och bokade tid och skrev en remiss annars skulle jag betala. Jag blev väldigt glad att man kunde prata och veta hur andra tjejer har inte bara jag."

"Jag hade kontakt med kurator. Jag berättade för henne om min situation. Så hon skickade mig till KK." "Efter det som hade hänt mig med min pojkvän så denna dan jag ringde hit, jag ringde först. Jag sa till de, jag ville boka tid för att undersöka mig, så sa de: Javisst, så bestämde vi tiden. Jag kom hit själv, ensam. Allting var OK."

Flickor uppger att ungdomsmottagningar ger stöd och hjälp med upplysningar om skydd och preventiv rådgivning men avvisas om de pratar om att få intyg eller om de vill opereras i underlivet. Under projekttiden började man hänvisa flickor till KK. Alla intervjuade flickor, förutom en som själv tog kontakt, rekommenderades till KK via kurator, skolsjuksköterska eller ungdomsmottagning i ett tidigt skede.

Förväntningar på vården vid första mötet

"Man borde få operera mödomshinna, t ex. om man är på hot: liv och död, det måste finnas annan hjälp. Till exempel jag vill inte operera mig nu, men innan jag behövde mycket hjälp. De visste att jag inte var oskuld, men de sa: nej, det finns inte (möjlighet till operation, intervju. anm). Men det måste finnas någon slags hjälp här i Sverige som de gör. Jag har hört många tjejer som säger: man kan operera vad som helst, men inte mödomshinna. Du vet man kan operera bröstet men det måste finnas att den också kan opereras. Det är många tjejer, det är inte bara jag, nu snackar jag inte bara om mig, det är många som har samma problem. De tycker att det måste finnas någon mottagning för tjejer att man kan operera och göra sådana saker att man inte behöver bli så hotad."

"När jag träffade Dr. B. sa hon att de inte opererar mödomshinna. Det finns de som gör det, men det finns bara privat och det är inte säkert, alltså inte hundra säkert, att det blöder. Det kostar kanske fem tusen, tio tusen, men det är bara privat. "

"Först ville jag, alltså, jag kände oj, man kände man blev tvungen, alltså innan jag gick till henne. Det finns som jag läste på nätet, men den doktor, en känd läkare, han gör det privat, han opererar. Jag ville först men sedan ville jag inte, när Dr. B. sa det är inte 100% säkert, så tänkte jag: vad ska jag göra, vad ska jag operera man blöder ändå inte."

Under konsultationstiden på specialistmottagningen fick alla information om att operation inte erbjuds eftersom dokumentation av att operera mödomshinnan saknas. Det fanns inte garanti eller vetenskapliga belägg (som projektgruppen hittat) som med säkerhet tydde på att man skulle blöda, att det förhindrade våldsam för tidig död eller att det skulle förebygga självmord.

"Jag hade andra förväntningar om att jag skulle bli opererad. Om jag skulle träffa någon annan man att jag blir flicka igen. Men det finns operationer för sådant hos privata läkare men det kostar. Om jag skulle träffa någon annan att den ser ut som att jag är oskuld. Att han inte ställer till något problem så att han inte skulle säga att jag har tappat min oskuld."

"Har du fortfarande sådana önskningar?" (intervjuaren)

"Ja, det har jag. Jag vill jättegärna ha min oskuld tillbaka. Men de sa att det finns andra möjligheter också. Jag skulle träffa henne innan så att det ser ut som om jag är oskuld. Jag tror inte att jag ska gifta mig nu. Jag kommer att fortsätta att ha kontakt med henne. Jag trodde att jag skulle få annat slags hjälp, men fick en annan hjälp".

"Om jag är oskuld och gifter mig känner jag att jag är hans. Han känner som om jag är mycket nära han. Han kommer att ta hand om mig jättemycket. Verkligen gilla mig och älska mig. Men om jag inte vore oskuld då kommer han att alltid se mig som av mindre värde. Jag är inte så viktig att hålla sig fast vid."

"Jag önskade att hon skulle hjälpa mig, att hon skulle ge mig tips på vad jag skulle göra, vad skulle jag säga. Jag får så mycket hjälp av henne. Jag har kontakt med henne fortfarande."

" Jag visste att de skulle hjälpa mig på något sätt, de skulle ge mig råd att de skulle göra något så att jag inte skulle bli orolig. Exakt från första mötet uppfylldes mina förväntningar".

"Att de skulle stoppa in långa saker i mig, jag var lite rädd, men jag tänkte att kvinnokliniken var bara för kvinnor typ, inte för unga tjejer, därför först jag gick till ungdomsmottagningen. Jag visste inte att det är OK. att unga tjejer fick också komma hit. Jag behövde bara bevis att jag är oskuld och det fick jag."

Utifrån samtalen med att flickorna tolkar vi det så, att de inte var låsta i sina krav på operation utan visade en öppenhet för alternativa strategier. Flickor som önskade att få hjälp och råd hur de skulle agera för att minska sin oro, upplevde ändå att deras förväntningar hade uppfyllts. En del flickor blev förvånade över vårdens utformning när de fick hjälp i form av samtal och inte operation.

Upplevelser av de nya vårdstrategierna

"Det känns faktisk mycket bra att jag träffar en vuxen som vill prata med. För mig själv känns det jätte bra, i alla fall. Innan jag träffade henne var jag jätte rädd för, jag har inte berättat för mina föräldrar eller för mina kusiner. Här är nån som möts av en kvinna som vill prata med en och vill, hon vill hjälpa mig."

"När jag träffade henne var jag lite blyg, att jag inte kunde riktigt berätta allting. Jag visste inte vad jag skulle förklara, första gången, men sen Dr B berättade för mig, hon förklarade allting hur det funkar. Till slut kände jag mig glad, lättad i hjärta att jag berättade det."

"När jag kommer hit så känner jag mig trygg, det känns att de kan hjälpa mig, de kan, de fattar mer. Jag fick rätt så mycket information som jag inte visste. Jag var lite rädd från början men sedan hon förklarade för mig hur det ska ser ut när jag kommer att gifta mig, att sedan kan jag komma till henne. Allt de där sakerna. Jag fick mycket råd av henne. Man känner sig nöjd när man går ut härifrån."

"När jag var rädd kändes trygg att jag kunde komma eller boka tid när som helst."

Jag var glad att jag kunde komma hit och höra hur andra flickor har det . Det kändes trygg för att man kunde prata med henne. De var snälla och de förstod också. Det är inte bara första gången att Dr B har träffat mig utan hon har träffat många andra tjejer som har samma problem. Hon är mer som hjälper tjejer."

Möte med kvinnoläkare hade en positiv inverkan på flickor som från början var mer blyga, rädda och tveksamma om att förklara sina problem. Att anförtro sig och dela med sig sina innersta problem med doktor som visar viljan att hjälpa, förmedla kunskap och har ett förhållningssätt som inger en trygghetskänsla, gjorde att flickorna kände sig bekräftade. Kännedom om att det fanns andra flickor som hamnade i liknande situationer och att flickan inte var ensam om sitt problem, underlättade också. Läkarens tillgänglighet och möjlighet för flickor att komma till mottagningen eller boka tid förstärkte känslan av trygghet. Doktors hjälp kunde bestå av stöd och samtal i jagstärkande syfte, *gynekologisk undersökning med patientmedverkan* , intyg om normal anatomi, råd och kunskapsförmedling. I framtiden kan man tänka sig att erbjuda gruppsamtal t ex på ungdomsmottagningar mellan flera unga flickor med liknande frågeställningar i syfte att utbyta erfarenheter sinsemellan. På lång sikt bör ungdomsmottagningar även erbjuda denna verksamhet till pojkar.

"Det var inte för mig, det var att alla, typ, när en tjej är förlovad, det är regel, det är inget att skämmas typ, att killen ska fråga alltid är tjejen oskuld eller inte. Även om jag säger nej, måste jag ha en sorts bevis av en doktor, innan vi gifter oss, att jag är oskuld. Det är inte bara jag, det är många som gör så, de vill ha någon sorts bekräftelse. Det är ingenting att skämmas, det är inget bråk, ingenting men det är ändå en regel, en tradition att man ska göra så. Jag och min mamma ville ha bevis, så den jag visste om var bara ungdomsmottagning men de gav oss Dr B nummer, det är hon vi ska kontakta för det sa de."

En viktig del av samtalet mellan vårdgivaren och patienten kretsade kring information om sambandet mellan blödning, oskuld och sexdebut. Kunskap och uppfattningar om sexualitet som flickorna hade med sig hemifrån stämde ibland inte med verkligheten. Information gavs om vad som är normal blödning vid första samlaget. Av 100 kvinnor blöder ca 25- 30 kvinnor. *Det vanliga är att inte blöda vid sexdebuten.* Blödning vid samlag förekommer oftare vid ofrivilligt samlag/våldtäkt, om flickan inte är köns mogen, om kvinnan inte har lust eller det föreligger slidinfektion eller allmän blödningsbenägenhet.

Flera flickor pratade om sina bristfälliga kunskaper och kännedom om kroppen. Mötet med kvinnoläkare i projektet har sannolikt givit ny kunskap. Flickorna fick i "uppgift" att försökta förklara vidare för sin omgivning att oskulden inte är detsamma som blödning. I vårdkonceptet som vi erbjöd flickorna, ingick denna förhandlingssituation för att öka individens eget ansvar.

" Jag fick veta mer. Det är viktigt med blödning att det inte är alla kvinnor som blöder. Jag tyckte en del saker men jag hade fel. Innan tyckte jag: Var det mitt fel att jag inte fick blöda? Men det var hans fel också, han var sjuk. Men jag visste inte varför jag inte fick blod, alltså, jag hade inte den erfarenhet, ingen kunskap, jag har inte varit med om det innan. Dr B har berättat till mig. Min kunskap har ändrats sig. Jag fick lära mig. Dr B. undersökte mig och sa att det var helt normalt, hon förklarade för mig allting. "

"Jag berättade för min mamma och de andra också att det inte är alla som blöder. Men, det är inte alla som tycker så. Jag har funderat mycket och berättade med de andra hur det är. Våldigt sakta har jag berättat. Jag sa att det är en läkare som sa, att jag har varit hos en läkare."

"Första gången när jag gick till dr B. var jag mycket rädd, alltså man kände sig rädd att det var mitt fel, allt, eftersom jag tappade min oskuld. Sedan när jag pratade med henne så kändes normalt. Hon sa: du är 20 år och det är normalt att du har haft sex. Då kände jag mig inte så mycket rädd, innan jag kände mig hela tiden ledsen, jag visste inte hur jag skulle tänka, vad skulle jag göra, men efter kände man sig mycket mer trygg och fri. Det kändes inte längre att det var mitt fel när någon skulle säga till någon att du är en hora för att du har tappat din oskuld. Man får mer självförtroende när man går och pratar med någon. Man känner oh, det är inte mitt fel. Jag tycker att många tjejer borde ha kontakt med någon att de ska kunna prata. Jag mådde mycket dåligt, det är många gånger har jag försökt göra självmord."

"Tänkte mycket när jag fick information om blödningen. Efter möte hade mor diskuterat med mig om oskulden hemma. Hon sa: det kan inte vara sant att alla som inte blöder har sin oskuld kvar. Mor vänder sig upp och ner. Ibland säger hon: ja doktor har rätt, men sedan säger hon: nej, det kan absolut inte vara sant."

"När jag sa att det inte är alla som blöder att det är 75 stycken som inte blöder och det är 25 som blöder av sammanlagt 100 kvinnor så sa systemen: Ja, mamma, jag blödde inte första bröllopsnatten fast jag var oskuld. Jag var rädd att det var något fel med mig."

"Hos oss är det om tjejen blöder så är hon oskuld. Jag vet inte, jag tycker att det är någon sjuk grej. Jag vet att ett finns tjejer som är oskulder och inte blöder."

"Jag är mycket glad att jag fått den hjälpen av Dr B: vilken medicin man ska ta, hur jag ska ta hand om min kropp. Jag är mycket glad att jag har fått den hjälp av henne. Jag kan förstå när hon pratar..., jag vet hur det är, men männen kan inte förstå, för de är tillbaka för fem hundra år sedan".

En flicka berättar: "Jag har vetat mycket av det hon har sagt men inte det om blödningen. Jag tänkte inte så mycket på det. Jag chockades av det. Jag tänkte det var mindre som inte blödde."

"Jag ändrade mina uppfattningar till det bättre. Alltså innan fick jag tro att det måste vara oskuld, inget får hända, man tänker inte mycket på att man måste skydda sig, att det var det. Vi hade ingen skydd, jag visste inte hur jag skulle göra det, man fick hjälp för att skydda sig, och nu vet man att det inte är så farligt, bara veta vad som behövs. Det var rätt så bra".

Rädsla och skuldkänslor om förlorad oskuld genomsyrade första mötet med doktorn. Rädslan avtog under samtalens gång då flickorna fick veta att det var en normal process att flickor i deras ålder att ha haft sex. Även möjlighet att prata med en doktor minskade troligtvis flickornas skuldkänslor. Via återbesök förmedlade flera flickor sin ändrade uppfattning om sexualitet, från att från början varit övertygade om att oskulden är det enda som gällde som skydd mot hot till ett mer allmänt förbättrad självkänslan och kroppskännetomen. Den tidigare självpåtagna skulden hade nedbringadats enligt våra tolkningar. En handfull flickor återkom efter deras bröllop och berättade om en *starkare förhandlingsposition* i förhållande till pojkvän, föräldrar eller övrig släkt.

Rädslan förändrades

Våld och hot var vanliga inslag i några flickors vardag.

"Min pappa brukar säga till mig: han brukar inte säga om du ligger med en kille han brukar säga: Om du gör något fel med en kille så kan hända mycket olika saker, antingen blev du utslängd från mitt hem eller det kan hända att du bli mördad."

"Om man inte gifter sig och haft sex, eller är man sambo, eller har pojkvän så blir direkt halsen av. Mina föräldrar vågade inte göra det, men de försökte döda mig med kniven, både mamma och pappa försökte sätta kniven på halsen på mig, flera gånger innan jag rymde hemifrån."

"Innan var jag tillsammans med en kille, där nere i (hemlandet) som jag tyckte om, men jag fick inte gifta mig med honom. De ville skjuta mig, så de hade vapen där nere, när jag var för tre år sedan, alltså 2001.. jag hittade honom själv, jag var tillsammans med honom, så min farbror ville skjuta mig. Alltså jag har bara varit tillsammans med honom alltså pratat med honom, ingenting hände, men de ville skjuta mig. De kände bara honom och sedan frågade varför du går med honom. De ville skjuta."

"Jag är rädd för att jag inte kommer att leva längre. Att det kommer någon som planerar bakom mig. Det är den som jag är rädd för."

"Din rädsla. Om det är en skala mellan 0-10 hur pass rädd är du just nu?" (Intervjuaren)

"Jag är rädd. Jag säger 10, 9-10".

"Jag var mycket rädd, mycket rädd att jag inte visste med vem jag skulle snacka och hur jag skulle klara mig i framtiden. Så jag fick hjälp från skolsköterskan, jag snackade med henne och hon rekommenderade mig hit. Så började min rädsla gå bort. Nu är det inte så mycket rädsla man vet att man kan komma hit när som helst och träffa dem. Alltså alla har möjligheter att få hjälp. Jag känner mig inte rädd alls. Jag känner mig helt vanligt som alla andra ungdomar."

"När jag kom hit första gången var jag 100 % rädd. Sedan var det perioder så här. Nu är 30%"

"Jag kom hit för att undersöka mig. Då var jag rädd. Det var för några månader sen. Det har blivit bättre. Svårt att tänka sig hur det skulle hända om jag inte fått kontakt med er. Jag vet att jag har någon att prata med. Någon vuxen som jag kan dela mina problem med som kan ge mig tips om mina bekymmer."

"Om man känner sig dåligt i de stunderna att jag gör det, att jag bryter mot reglerna som mina föräldrar har, men sedan tänker och återvänder jag till de råd som skolsköterska och läkare gav mig så är det ingen rädsla. Den som de sa att det inte är alla som behöver blöda hjälper mig."

"Ha kontakt med dr B. och alla som kan hjälpa mig, kunna prata hur det går till, lyssna på förslag inte bara tänka på mina förslag. Tex. om Dr. B. säger att det inte finns sådana operationer så måste jag tänka på det. Det finns inte bara en väg, du kan ta, du kan välja och prova saker. Jag kör alltid som jag vill, men jag lyssnar på din idé, hennes idé och sedan blir det någonting av det."

För alla flickorna, utom hos en, hade *rädslan minskat*. Från början var flickorna rädda för de närståendes reaktioner och kände oro. En del flickor uttrycker sig positivt om möjligheten att de kan komma och få tips. Utifrån erfarenheter av projektet bedömer vi att färre flickor skuldbeläggs sig efter ett antal besök på specialistmottagning. Vårdkonceptet har förmodligen *förbättrat flickornas självkänsla och därmed har jagat har stärkts*.

Diskussion om effekt och erfarenhet av mottagningen

Länsstyrelsens stöd till denna verksamhet har, enligt vår erfarenhet, hjälpt till att lyfta denna problematik, från att ha legat övervägande på individnivå inom privat verksamhet, till den offentliga vården.

Mödomshinnan är ingen hinna. Projektgruppens erfarenhet var att om man använder beskrivningen *mödomsringen/slemhinneveck* är patienten en mer korrekt uppfattning av underlivets anatomi. Genom att patienten själv medverkar vid den gynekologiska undersökningen, t ex att se sin egen mödomsring, var ett annat sätt att öka individens kroppskänedom och därmed förstärka självkänslan (flickornas egna ord; *"oskulden var inte tappad"*).

Vår erfarenhet är, efter att ha samtalat med patienterna, att ingen av dem spontant använder ordet "hedersvåld" när de berättar om vad de varit utsatta för. Projektgruppen gjorde reflektionen att få brott i Sverige benämns utifrån förövarens syfte. Ekonomisk brottslighet benämns inte som t ex "girighetsbrott" trots att detta skulle öka förståelsen för bakomliggande omständigheter om varför en del människor, i olika kulturer och trostillhörigheter, är beredda att begå dessa brott trots att de är olagliga. Mord i samband med rån benämns som "rånmord" och inte som mord i "syfte att upprätthålla ett byte". Våld som begås på grund av att maken är svartsjuk på sin hustru benämns som "kvinnovåld" och inte som "svartsjukerelaterat våld". Före projektstarten använde projektgruppen orden *hedersvåld och hedersrelaterat våld*. Det stämmer väl med engelsk litteratur. I många arbeten om hedersvåld beskrivs våldsutövarens syfte vara att upprätthålla familjens heder. Forskare använder beskrivningen för att öka förståelsen hos majoritetsbefolkningen, om de bakomliggande omständigheter varför förövare från olika kulturer och trostillhörigheter, begår denna typ handling trots att de vet att den är olaglig. En tolkning är att forskare och beslutsfattare i syfte att bättre kunna förebygga vill lyfta fram det mångkulturella och att särskilja från "vanligt" våld mot kvinnor i Sverige (som också oftast utförs av en nära manlig bekant till offret). Ingen av personerna i projektmaterialet använder ordet "hedersvåld/hedersrelaterat hot" när de berättar om vad de varit utsatta för. De beskrev oro, lojalitetskonflikter, om olika strategier att förhandla för att minska hotet om våld, bristen över förståelse från omgivningen etc. Detta är likartade upplevelser som återfinns i beskrivningar från kvinnor som utsatts för "vanligt" kvinnovåld. Empirin pekar på, att vårdens förebyggande insatser inte omfattar s k "hedersvåld" i någon systematisk mening. Gruppen av unga flickor med invandrarbakgrund, som söker vård för oskuldsproblematik eller hedersrelaterat hot, beskrev att de hade erfarenhet av att bemötas av en skepticism från vårdpersonal; "att det är inget vi befattar oss med". Kvinnosjukvården i Sverige har de senaste 10 åren bedrivit förebyggande och behandlande insatser för våldsutsatta kvinnor och nationella eller regionala vårdplaner tillämpas ofta.

Är det då tillräckligt starka skäl att särskilja hedersvåld från kvinnovåld i allmänhet, när projektets resultat visar delvis på hur hotade eller oroliga flickor upplever att de avisats från offentlig vård eller rekommenderats en dyr, enkelriktad kirurgisk behandling (där dokumenterad effekt mot att förhindra en våldsam, för tidig död dessutom helt saknas)?

Brottsoffret är en ung kvinna och förövaren ofta en man. Detta projekt lägger fram ett vårdkoncept hur vården skulle kunna möta dessa kvinnors oro och hot om våld, så kallat "kvinnovåld". Vi hoppas därmed att hälso- och sjukvården i allmänhet och kvinnosjukvården i synnerhet ser detta som ett uppdrag. En alltför ensidig vikt på det mångkulturella i denna typ av våld kan snarare hindra det förebyggande arbetet med våldsoffret - motsatsen till syftet!

Malmö 041217

För projektgruppen
Birgitta Essén

Bilaga 1

Semistrukturerade frågor om hedersrelaterat våld och oskuldspromatik

Bakgrund och uppväxtvillkor

- Ålder, ursprungsland, tiden i Sverige, civilstånd, religion, sysselsättning.
- Hur ser din familjesituation ut? Hur många är ni i familjen?
- Beskriv din relation till mamma, pappa och eventuella syskon.

Bemötande av vården

- Beskriv dina upplevelser av möten med vården (gynekolog, barnmorskor, skolsköterskor)
- Vad hände efter mötena med gynekolog?
- På vilket sätt har besöket hos gynekologen påverkat dina uppfattningar om sexualitet? Berätta!
- Beskriv hur du upplever det som du och din läkare kommit fram till, exempelvis att återkomma på besök med jämna mellanrum, ha direktkontakt via mobiltelefon osv.
- Motsvarade mötena med gynekolog dina förväntningar?

- På vilket sätt har din syn på anatomi och kroppens funktion förändrats efter kontakt med vården? Efter gynekologisk undersökning?

- Hur är din rädsla nu?
- Hur tycker du att du själv kan hjälpa dig i denna situation framöver?

Sociala kontakter inriktade på vård och skolan

- Med vilka umgås du?
- Har du kontakt med svenska ungdomar i /eller utanför skolan?

- Hur har informationen som du har fått om sex, samlevnad och preventiv rådgivning i skolan varit? Berätta!
- Berätta om hur kontakter med vården, ungdomsmottagningen, sjuksköterskan fungerat?

- Hur fick du kontakt med KK (via barnmorska, skolkurator)?
- Beskriv förväntningarna inför besöket på KK

Syn på äktenskap och sexualitet

- Är det viktigt för dig att din blivande man har samma etniska tillhörighet som du? Berätta!
- Vilka förväntningar har din familj på dig vad gäller ditt äktenskap?
- Hur ser du på oskulden? Varför är oskulden viktigt för dig/din familj/omgivning?
- Vad innebär det för dig att ha bra eller dålig rykte?
- Vilka är konsekvenserna om du förlorar din oskuld?

Normer och kulturens/religions betydelse

- Hur ser omgivningen/familjen på dig och ditt uppförande?
- Hur uppfattar du att religion/kultur ser på kvinnors sexuella liv?
- Hur bör en ärbär kvinna vara?
- Hur ser familjen/omgivningen på dem som överskrider gränser?
- Vad är det viktigt för dig?

Bilaga 2

Litteraturgenomgång av engelskspråkliga artiklar om hedersvåld
(Review of literature about honour related crimes and public health)

1. Fischbach and Herbert (1997) "Domestic violence and mental health..."

Gives a good summary on the medical (focus on psychiatric) implications of domestic violence. Honour crime is not treated specifically but is listed in their 'lexicon' on domestic violence together with f ex rape, dowry-related deaths, STD-exposure and marital rape. The literature review is made from a cross-cultural perspective, including low-income developing countries as well as the West World. Domestic violence is shown to be culture specific, were the aspect of 'honour' being one example. The authors propose that a "significant portion of the mental distress or disorder observed in women is directly related to their experience as victims of domestic violence" (p. 1168) in all parts of the world. The review emphasises depression, posttraumatic stress disorder, substance abuse and suicide; depression put forward by the authors as the most serious mental health problem for women. Noteworthy is that

"suicide is reported in the aftermath of rape and other displays of violence against women, particularly in cultures where virginity is highly prized". [Compare this to the extreme fear reported by women seeking help for virginity issues in other articles on the subject of honour crime].

More aspects on public health: the conclusion is made that health care professionals are in the best position to "identify, counsel and empower women experiencing domestic violence". However they are not always trained to tackle this position and need further training ["case identification, danger assessment, intervention and prevention strategies"]. Starting with a quotation (Christiani) exposing the connection between public health and human rights, the article gives examples on how domestic violence more and more is considered a violation of human rights. Although honour crime is not treated specifically in this article it has the most serious and useful 'public health' perspective of all the articles I have read so far. It has a thorough review on the mental health problems domestic violence could result in, also including suggestions to how to combat the problem.

2. Baker (1999) "Family killing fields: honor rationales in the murder of women"

Seems to be one of the standard works on honour as a factor in domestic violence.

NB that many old sources of information/research are used, (oldest is Campbell, from 1964, and his research on traditional societies in Greece). In the previous article the discussion concentrates on the mental effects of domestic violence, of which honour crimes is one example. The theme is further developed in this article, but where Fischbach and Herbert deal with the sequelae, Baker brings to notion the rationales, specifically investigating honour as a motive. Focus is laid on femicide, thus narrowing the broad concept of 'domestic violence'.

The author makes a cross-cultural comparison and argues that honour can be seen as a background motive for killing women of the family both in traditional and Western societies.

In traditional societies she finds three dimensions in the context of honour: control over female behaviour (especially sexuality), the shame that results from lack of control and the involvement of the community. In traditional societies, the murders are performed to save the honour of the entire (native) family in the view of the community, and often many family members of the woman's native family plan and execute the killing together. "A wife's adultery and a daughter's premarital sexual activity are the most extreme violations of patriarchal community norms in certain societies, and therefore the ones that merit the most severe penalties, sometimes even death."

The virginity issue and role of young unmarried women for the honour of the family has no parallel in the West, where the cause of violence commonly is adultery, or the suspicion of it. Control over women is the common denominator, but as earlier mentioned all women of the family can draw dishonour over the family in traditional societies. An interesting point is that the woman's native family suffers most from the dishonour and thus are the most likely to plan - and benefit from - a murder of the woman to restore honour. In this context Baker also analyses the different roles played by family members when a murder is planned; trying to find a question to the answer why the other women of the family remain silent although knowing of what is due to happen. Baker states that the honour rationale is global, but the 'community dimension' is lost in the West World. In the societies where this dimension applies she also describes how dishonour caused by the action of women in the family man undermine the family's economic and marital prospects. This has also been claimed in honour killing cases in Sweden. In the West women tend to be murdered by their intimate partners. Honour is a motive, but it is the individual honour of the man he wants to preserve and the murder is never planned with help of others. Similar for all cultures is the desire to control women in the family. The role women of proximate family play in the establishing of honour of men in the family is an important, however not unique, point made in this article. The theoretical basis on honour killings laid out in this article should be compared to the article "The killing seemed to be necessary" by Eldén in her thesis. The legal case she writes about has very few of the motives laid out as 'honour rationales' in this article.

This article does not include any aspects of public health or legislation but rather aims to investigate the role 'honour' plays in the murdering of women by intimates. The author does so by finding further dimensions in the concept of honour and applying them to societies globally. Numerous examples are given from both West-world and traditional societies (Arabic, Jewish, zadrugas in Yugoslavia, the Andes, Greece, Turkey, India, the United States). The importance of virginity and chastity of women for keeping up honour is emphasised.

3. Araji (2001): "Family violence including crimes of honor in Jordan"

The article contains a literature review and an investigation of the attitudes towards family violence and honour crime among university students in Jordan. Honour crime is defined as "a family member killing a woman because of actual or suggested sexual misconduct". To begin, the authors have reviewed the literature searching for an explanation to the culturally and socially determined behaviour behind family violence. [note the different vocabulary used] They find a foundation to this type of violence in patriarchal societies. In Middle Eastern and Islamic culture patriarchy is related to the culture of honour which adds a further dimension to the need for control over women. [Baker (1999) is quoted frequently.]

Araji then moves on to account for the psychological, cultural and structural aspects of violence. An interesting conclusion is that in a country such as Jordan, where the cultural code emphasises honour and shame, the otherwise deviant behaviour of violence in some contexts is made normative (p. 6). The findings in literature of family violence is then used to build nine hypotheses around the expected answers from students. One is that students will perceive family violence as well as crimes of honour as serious problems.

Araji finds one explanation to the rising number of honour killings in Jordan (p. 4) in the rapid social change the country is undergoing, with the West coming closer through television, emigration etc. The reasoning behind this conclusion (Muslim men feeling greater need to control women of the family when their social position is altered/threatened) however tragic, could also apply to the narrations of European immigrant women who have found their parents more controlling in the new country. [See f. ex the article about Moroccan immigrants in the Netherlands (Buitelaar 2002)]. Article basically gives a summarised review of honour crime in general, Jordan used as an example, from a sociologic, demographic and class perspective. The investigation only concludes that student think of honour crime as a serious problem! However the fact that 13% of the male and 11% of the female students reported personal exposure to the phenomenon is of interest.

4. Arin, Canan (2001): "Femicide in the name of honour in Turkey "

The article, which seems to have debate as main object, starts with case reports of young women who have been murdered in Turkey. Scientific work by Arin is referred to in other articles, e.g. by Sev'er, but this seems to be one of the few published in English. Arin reports from a part of rural Turkey where the local chief prosecutor claims that honour murders occur as frequently as every 2-3 months, this being the actual and not reported figure. The foundation to honour killings is found in "feudal patriarchal traditions" (again, see Sev'er) and Arin describes how these traditions, due to migration, spread into Turkish cities as well as other countries of Europe. The author uses the term "customary murders" as a synonym to "honour crime" to clarify that "it is forms of tradition or custom that have given this form of femicide a kind of legitimacy". The reasons for customary murders are described similar to f. ex Baker, with the basis in traditional societies where women and their honour are seen as property (an understanding based on Marxist feministic theory) of the entire family.

This article contains one of the few descriptions of how the murders are planned and executed; how the murder is planned by a family council and the youngest brother chosen to execute the crime since he is below age of criminal responsibility.

The final point is critique towards the Turkish legislation - Arin mentions the problems occurring in rural parts of Turkey where the police, prosecutors and judge live in the area and thus choose not to continue the legal process. Arin has gone through 24 court cases; in every case penalties are decreased because the fact that crime was committed under "aggravated agitation" is taken into account. She describes it as legal doublethink: honour crime is considered a crime, but a justifiable one.

In a usual homicide case in Turkey the family of the victim can represent his or her rights and life. This leaves women murdered by their family, as in the case of honour murders, without a legal representative. The author suggests a law procedure similar to French that allows NGOs working in the country become a party of legal case to represent the young woman's interest.

This is not an academic article and contains no research apart from the report from selected court cases. It could be of interest as an example of how a state (i.e. Turkey) handles honour crimes in a legal context. [Good summary of what seems to be a very common view on the definition and background of honour crime.]

5. Buitelaar (2002): "Negotiating the rules of chaste behaviour"

What makes this article stand out is its aim to investigate the symbolic role of "virginity" for second generation immigrants, and further how these women compromise and change the traditional values they were brought up with to match the values of their peers. The investigation is based on narrations of 26 second-generation immigrants from Morocco whom all are in their thirties. This, together with the fact that the women interviewed are well customized to and integrated in the Dutch (dominant) society since they all are working and highly educated, could make the conclusions of the article less applicable to the objective of this review.

Buitelaar finds that nearly all her interviewees have tried to compromise a way to act not to offend their parents, damaging the family a reputation and honour, but still being able to participate in school and an ordinary social life with their Dutch peers. (The concept of honour is here linked to virginity but the author broadens the concept from just "technical" virginity to the general chastity of women including behaviour etc.) Problems however occurred in the daily, innocent contact with boys, which the interviewees adopted different strategies to handle. The adaptation is linked to the construction of an

ethnic identity of one's own; in dialogue with other minorities, the dominant society, the woman's own minority, and country of origin.

Interestingly, Buitelaar finds that nearly all women have negotiated on their parent's control over their behaviour, however without questioning the importance of virginity itself. Rather they have "stretched the rules" of what constitutes chaste behaviour, adopting it to what could be combined with the dominant society's view. However she has experienced reluctance from the interviewed women to discuss virginity from a private viewpoint. The author treats this problem thoroughly from a social anthropologist and sociologic angle. In the stories of the interviewed women it comes clear that the wish for increased autonomy when women grew older and wanted to move to own apartments/to college etc not always went without struggle. The only part of the article where violence is mentioned is connected to when the women describes leaving the family home. Without much further discussion it is stated that three of the 26 interviewees had experienced repeated violence from their fathers.

From a public/reproductive health viewpoint, it is interesting to read the narrations of how the interviewees moved on into adulthood. Buitelaar gives numerous examples of how the strategies for friendly relationships with boys, worked out during adolescence to satisfy both parents and peers, later lead to ambiguity in the adult contact with men. Matters such as falling in love and sexuality became associated with feelings of guilt and conflict.

6. Logmans (1998): "Should doctors reconstruct the vaginal introitus.?"

This article is presented by its authors as an "ethical dilemma" and is published in the Education and debate-section of the British Medical Journal. The opening section is a follow-up of the 20 first women operated with hymenorrhaphy in a hospital in Rotterdam, the Netherlands, from 1993 and onwards. A very brief description of the operation method used is given ("The epithelial layer that has grown over the ruptured hymen is removed and the hymenal remnants are adapted by a circular running suture or by left to right approximation". p. 459) Patients were followed up after three weeks. Only ten of the patients were then evaluated "long term", however the method for these follow-ups never is explicitly described. It is only stated that all ten find a "satisfactory outcome" of the procedure. Logmans et al justifies the procedure comparing it to cosmetic surgery, and denies any similarities to traditional clitoridectomy. Striking is that ten of the twenty women followed up claim "forced sexual intercourse" as a motive to why they wanted the procedure.

Five other authors, with different perspectives, have been invited to give short comments on the ethical problems associated with the procedure. Their texts range in focus from a philosophical viewpoint, objecting against the doctors participating in an operation aiming to deceive, to a more public health/gynaecological approach where one author asks the question how many women who in actuality bleed the first time having sexual intercourse. Another points out the fact that this low-risk procedure can be health advantageous for these young women since they otherwise could be at risk of violence.

This is one of the few articles actually describing the surgical method used for reconstructing hymens. From what I found it also includes the only follow-up study (although no data or presentation of method is presented) of women that have undergone hymenorrhaphy. The cross-scientific approach gives many useful angles of the cultural and ethical arguments used to justify this kind of operation.

7. Kulwicki (2002): "The practice of honor crimes: a glimpse of domestic violence."

Kulwicki starts by reaching the conclusion that very little is written about domestic violence in the Arab world; an extensive literature review has been made with very few results. Then the article is narrowed to the case of Jordan and the concept of domestic violence as a whole somewhat forgotten.

The research part of the article is a review of court records of homicides for one year. The statistic background is very small, yet it is remarkable that of the 89 homicide cases investigated, 38 involved women and 23 of these were reported as honour crimes (i.e 26% of total number of homicides and 61% of those involving women). Only 16 of these "honour crime- files" were available for review. One should question the significance of these results, when each woman represents 6,66 percentage points. However one cannot help noticing that the most frequently reported cause of death is "pregnancy out of wedlock" and in 9 of 16 reports the brother of the victim has committed the crime.

In the discussion, Kulwicki in addition examines the legalities surrounding honour crime from a perpetrator angle. Lebanon, Syria and Jordan all have similar criminal law that allow excuse from penalty for crime when honour can be seen as a motive. (A comparison is made to "passion crimes" in current US law, where an insanity plea often is used in defence of the criminal.) To answer the question why honour is an excuse to criminal action against women, the cultural context is analysed in more detail.

As other scholars on the subject of domestic violence (see for example Bekker), Kulwicki sees a discrepancy between "honour crime" (involving shame/dishonour of the whole family) and the domestic violence in a

couple involved in a sexual relationship. What makes this article stand out is the thorough discussion of what constitutes the difference. The distinction between patrilinear and patriarchal family systems is rather simplifying, but as a cross-cultural analysis it is interesting. (NB that Kulwicki is second author in the article Hadidi (1998): A review of 16 cases of honour killings in Jordan in 1995. It is the same court files, but analysed in more detail in the aspect of forensic/legal medicine.)

8. Kressel (1992): "Shame and gender"

Kressel have made a social anthropologist comparative study of Bedouins living in Ramala , Israel and Bedouins in the Negev Highlands. The language associated with the concepts of "honour" and "shame" respectively is analysed. Kressel works from the theory that femininity in these groups is associated to shame, whereas honour is linked to masculinity. A conclusion reached is that women raise their daughters into this understanding with the use of certain words related to "shame" or the Arabic word "ird". Then the author seeks to explain why this is done, what women can benefit from upholding the role of shame. One example used is that it is women performing the female circumcision in the groups investigated. The article is very academic and its main part is an analysis of different forms of Arabic vocabulary. This could be interesting if the approach was more general, but here it is completely focused on the small groups investigated. The sources date back to investigations from 1935.

9. Sev'er (2001): "Culture of honour, culture of change: a feminist analysis."

A noteworthy aim of this article is to dissociate honour crime from a religious belief system such as Islam. Rather Sev'er sees it as "one extreme in the worldwide patriarchal violence against women". The analysis has a feminist approach, discussing three different forms of academic feminism (Marx/Engel's theory, radical and social feminism) and trying to find which one that could be most effective in the understanding of and work against honour crimes.

A review of the modernizations the Turkish society gone through and a summary of the background of the legal system in the country is the foundation of the discussion. The legal system emphasises the role of the family and assault of a family member increase the punishment (like in f ex Sweden). Contradictory to this, Turkey (like Jordan , Syria and Lebanon) reduce sentences for honour related crimes, the criminal act being justified by the involvement of "provocative factors" (i.e. the women's behaviour). As in the article by Kressel, the vocabulary surrounding "honour" in Turkish is reviewed and found extensive. The word "namus" stands for the sexual honour of women, which reflects upon the entire family (men's namus is determined on the behaviour of women). It is related to the virginity and chastity of women. The control over namus is executed by the brothers and father of the unmarried woman, and later passed on to her husband and father- brothers in law. A fall in namus of the family, "dusmek" can be cleansed by killing of the woman.

Sev'er briefly describes how the importance of virginity leads to rich rituals around the first sexual experience during the wedding night. In this description it is noteworthy that the rituals have decreased in importance to being merely symbolic (e.g. the bride wearing a scarlet belt around the waist) in modern, urban areas whereas they still are vivid in the rural, poorer parts of Turkey . Here gynaecological virginity examinations still can be requested before marriage.

After the description of different methods for feminist analysis, the authors review some of the honour crimes that have found their way to the mass media and apply the analyses on some of them. They finish by forwarding ideas on "how to break the cycle" of honour crimes. The ideas deserve attention and have a broad focus, yet here as in other reports little notice is given to the potential role of the health care system.