

Temanotat

Sudan: Kjønnslernlestelse av kvinner



Utlendingsforvaltningens fagenhet for landinformasjon (Landinfo) skal som faglig uavhengig enhet innhente og analysere informasjon om samfunnsforhold og menneskerettigheter i land som Utlendingsdirektoratet, Utlendingsnemnda og Justis- og beredskapsdepartementet til enhver tid har behov for kunnskap om for å kunne løse sine oppgaver.

Landinfos rapporter og temanotater er basert på opplysninger fra både offentlige og ikke offentlige kilder. Opplysningene er innsamlet og behandlet i henhold til kildekritiske standarder. Kilder som av ulike grunner ikke ønsker å bli offentliggjort, er ikke nevnt ved navn.

Opplysningene som blir lagt fram i rapportene og temanotatene, kan ikke tas til inntekt for et bestemt syn på hva praksis bør være i utlendingsforvaltningens behandling av søknader. Landinfos rapporter og temanotater er heller ikke uttrykk for norske myndigheters syn på de forhold og land som rapportene omhandler.

© Landinfo 2012

Materialet i denne publikasjonen er omfattet av åndsverklovens bestemmelser. Uten særskilt avtale med Landinfo er enhver eksemplarframstilling og tilgjengeliggjøring bare tillatt i den utstrekning det er hjemlet i lov.

Alle henvendelser om Landinfos rapporter kan rettes til:

Landinfo
Utlendingsforvaltningens fagenhet for landinformasjon

Storgaten 33 A

Postboks 8108 Dep

N-0032 Oslo

Tel: 23 30 94 70

Fax: 23 30 90 00

E-post: mail@landinfo.no

www.landinfo.no

Temanotat **Sudan: Kjønnsmestelse av kvinner**

SUMMARY

Female genital mutilation (FGM) is very common in Sudan. Most girls in Sudan are subjected to the most severe form, i.e. infibulation. Religion, tradition and sexuality are central issues in the context of FGM. In spite of campaigns to eradicate FGM, the practice is still highly prevalent, but women's intention to circumcise their daughters seems to have decreased during the last decade or so. Even though the practice seems to be preserved by women, men carry great responsibility for its continuance. In societies where women have few options, and marriage to a large extent is an economical necessity, marriageability and preserved virginity at first marriage are important issues.

SAMMENDRAG

Kjønnslemlestelse av kvinner er svært utbredt i Sudan. De fleste utsettes for den mest omfattende formen, det vil si infibulering. Denne praksisen begrunnes med religion, tradisjon og seksualmoral. På tross av opplysningsvirksomhet og holdningskampanjer, utsettes fortsatt mange kvinner for kjønnslemlestelse, men holdningsendringer kan spores. Praksisen er først og fremst et kvinneanliggende, men menn bærer et betydelig ansvar for at den fortsetter. Krav om at kvinnen skal være jomfru for å være en akseptabel ekteskapskandidat i samfunn hvor ekteskapet er det sosiale og økonomiske sikkerhetsnettet for kvinner, bidrar i sterk grad til at praksisen opprettholdes.

INNHold

1. Innledning	5
2. Kjønnsmlestelse i Sudan	6
2.1 Utbredelse	6
2.2 Utbredelse fordelt på typer kjønnsmlestelse	8
2.2.1 Type kjønnsmlestelse og religiøs tilhørighet	8
2.3 Hva er begrunnelsen for kjønnsmlestelse i Sudan?	8
2.4 Holdninger til kjønnsmlestelse	9
2.5 Kjønnsmlestelse – hvem tar beslutningen?	10
2.6 Når blir kjønnsmlestelse utført?	10
2.7 Reinfibulering	10
2.8 Hvem utfører kjønnsmlestelse?	11
2.9 Sosiale sanksjoner mot dem som ikke er omskåret og/eller deres foreldre	11
3. Muligheter til beskyttelse mot kjønnsmlestelse	12
3.1.1 Nasjonalt lovverk mot kjønnsmlestelse	12
3.1.2 Lovverk mot kjønnsmlestelse på delstatsnivå	13
3.2 Trusler mot aktivister	13
4. Kjønnsmlestelse i sudanske eksilmiljøer	13
5. Referanser	14

1. INNLEDNING

Dette temanotatet omhandler kjønnslemlestelse i Sudan og det inneholder derfor kun enkelte henvisninger til sørsudanske forhold.¹

I notatet brukes begrepet kjønnslemlestelse som er parallelt med det engelske begrepet *female genital mutilation* (FGM), som også er i tråd med norsk lovverk. Begrepet benyttes også av Verdens helseorganisasjon og ulike menneskerettighetsorganisasjoner. Det er imidlertid viktig å merke seg at kvinnene som rammes av kjønnslemlestelse ikke ser på dette som lemlestelse, og kan reagere negativt på at de kan fremstilles som ”ødelagte” (Almroth 2005). I møte med disse kvinnene er det først og fremst viktig å ikke stigmatisere ved ordbruk som i våre ører er korrekt, men som lett kan skape barrierer når man skal arbeide mot denne praksisen. Bruken av begrepet omskjæring er derfor i slike sammenhenger formålstjenlig (Barre, foredrag i Oslo 3. mars 2008).

Kjønnslemlestelse er et samlebegrep for forskjellige typer og grader av inngrep hvor de ytre kvinnelige kjønnsdelene fjernes helt eller delvis, eller påføres annen varig skade. Verdens helseorganisasjon (WHO) klassifiserte i 1997 fire kategorier av kjønnslemlestelse, type V følger UNICEF (Landinfo 2007):

- I. Klitoridotomi: Splitting eller fjerning av klitorishetten, kan innebære amputasjon av deler av eller hele klitoris.
- II. Klitoridektomi: Klitorisamputasjon og hel eller delvis fjerning av de indre kjønnsleppene.
- III. Infibulasjon: Fjerning av deler av eller alle ytre kjønnsdeler, og sammensynging av vaginalåpningen. Før kvinnen kan ha samleie må åpningen utvides, og ved fødsel er det nødvendig å åpne vaginalåpningen helt. Denne formen omtales også som faraonisk. Gjensynging etter fødsel kalles reinfibulasjon.
- IV. Andre typer kjønnslemlestelse: De fleste andre former for kjønnslemlestelse grupperes i type IV. Det kan dreie seg om stikk, gjennomhulling og kutt i klitoris og/eller kjønnsleppene; om å brennemerke eller etse hele eller deler av klitoris og området rundt; skraping i området rundt vaginalåpningen (såkalte angurya-kutt); kutt i vagina (gishiri-kutt); å ha etsende stoffer eller urter i vagina for å skape blødninger slik at åpningen blir trangere eller smalere; samt ethvert annet inngrep som innebærer skade på kjønnsdelene.
- V. Symbolsk kjønnslemlestelse: Stikk eller små kutt i klitoris slik at det kommer noen dråper blod, hvor hensikten er symbolsk heller enn å skape varige mén på kjønnsdelene.

Inngrepet utføres stort sett av tradisjonelle omskjærere uten helseutdanning. Jenter som ikke opplever kroniske smerter, alvorlige blødninger og blodforgiftning etter inngrepet, plages i mange tilfeller av svangerskapsproblemer, store smerter ved samleie, andre gynekologiske problemer og traumer senere i livet. For små jenter er det naturlig nok vanskelig å forstå at deres nærmeste familie tillater at de blir utsatt

¹ Staten Sør-Sudan ble erklært uavhengig 9. juli 2011.

for inngrepet. Tradisjonen opprettholdes av frykt for at barna ikke skal bli gift og for at de skal utestenges, noe som kan få alvorlige sosiale konsekvenser.

Kjønnslemlestelse er videre en måte for menn å kontrollere kvinnes seksuelliv i bred forstand, men det er også flere andre ulike begrunnelser for å utføre og opprettholde denne praksisen, se for øvrig Landinfos temanotat *Kjønnslemlestelse av kvinner i Vest-Afrika* (Landinfo 2007, s. 11-14).

Type II eller fjerning av klitoris utgjør ca. 80 % av alle inngrep i Afrika. Mellom 80 og 90 % av sudanske kvinner har gjennomgått infibulering eller type III-inngrep. Denne formen for kjønnslemlestelse utgjør imidlertid bare ca. 15 % av sakene i Afrika under ett.

2. KJØNNSLEMLESTELSE I SUDAN

Forskning og undersøkelser rundt kjønnslemlestelse har lang tradisjon i Sudan (Almroth 2005). Allerede på 1960-tallet var sudanske leger engasjert i dette arbeidet, men det var først på 1970-tallet det organiserte arbeidet mot FGM vokste i styrke. Mot slutten av 1970-tallet tok både Sudan Family Planning Association og Sudan Society of Obstetrics and Gynaecology i bruk anbefalinger med sikte på å avskaffe kjønnslemlestelse. I kjølvannet av dette ble ulike frivillige organisasjoner som hadde samme målsetning etablert. I dag er det flere statlige og frivillige organisasjoner som arbeider på feltet. På tross av denne relativt langvarige innsatsen er kjønnslemlestelse fortsatt svært utbredt i Sudan (UNMIS TV 2011). Det kan spores positive endringer, men det synes først og fremst å ta form av en overgang fra infibulering (type III) til klitoridektomi (type II) (Almroth et al. 2001). Se for øvrig kapittel 2.7 om holdninger til kjønnslemlestelse.

2.1 UTBREDELSE

Man antar at ca. 89 % av sudanske kvinner er kjønnslemlestet, til tross for at holdningene til praksisen til dels er betydelig endret i løpet av de siste tiårene (Ahmed, Hebshi & Nylund 2009). Nedgangen i utbredelse, sammenlignet med tall fra undersøkelser på slutten av 1990-tallet som eksempelvis demografi- og helseundersøkelsen foretatt i årene 1996-2000 blant 5 860 kvinner, er svært liten.² Den viste at 91 % av kvinnene på landsbygda og 89 % av kvinnene i byer hadde vært utsatt for kjønnslemlestelse³ (Unicef 2000, SNCTP 2000, SHHS 2007, Ahmed, Al Hebshi & Nylund 2009).

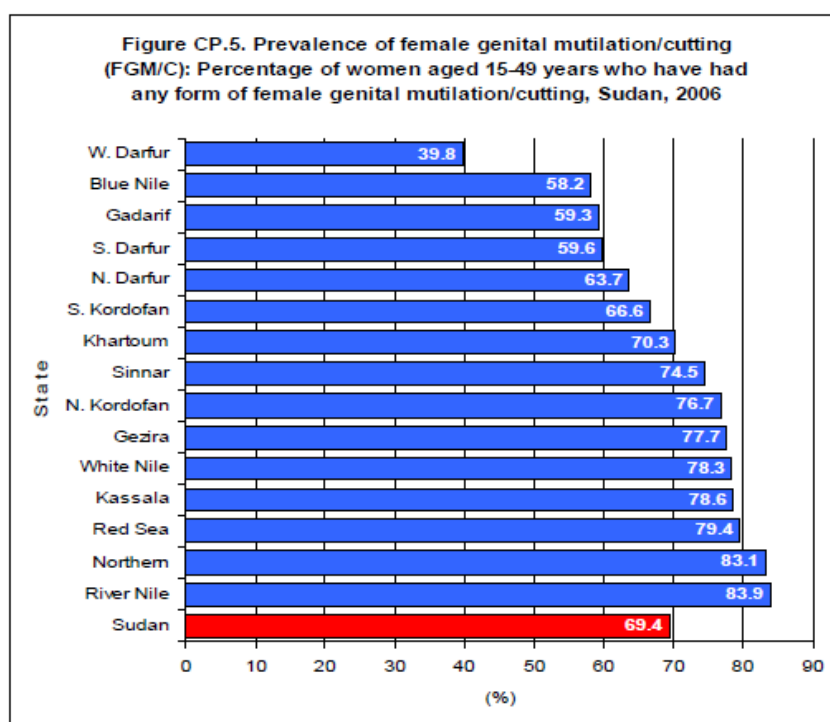
² Undersøkelsen ble foretatt av svenske Rädda Barnen og Sudan National Committee on Traditional Practices (SNCTP).

³ I henhold til Household Health Survey fra 1999 var forekomsten 69,4 %. Det er en betydelig forskjell fra andre oppgitte tallanslag, men skyldes etter alt å dømme rekalkulering og tilpasning til standardindikatorer.

2006-undersøkelsen viser imidlertid, i likhet med tidligere undersøkelser, at det er til dels betydelige geografiske variasjoner – fra ca. 40 % i Vest-Darfur til nesten 84 % i Nildalen (i aldersgruppen 15-49 år, jf. SHHS 2007).⁴

Ifølge MSF-Belgia er utbredelsen av type III i Red Sea State rundt 85 %. MSF konsentrerer seg særlig om beja-gruppene i delstaten. I lavere sosiale lag er praksisen nær universell. MSF observerer en holdningsendring gjennom prosjektet de driver mot kjønnslemlestelse i Red Sea State, men dette medfører først og fremst en overgang fra type III til type I og type II (møte i Khartum, mai 2008).

Samtidig mener vi det er viktig å understreke at hverken tilhørighet til et bestemt område, sosial eller økonomisk klasse eller etnisk gruppe kan garantere eller utelukke om en jente blir utsatt for kjønnslemlestelse.



Figur 1: Forekomst av FGM (SHHS 2007).

Ifølge Dr. Nahid Jabrallah, koordinatoren for det sudanske nettverket mot kjønnslemlestelse, foreligger en nasjonal strategi mot kjønnslemlestelse for 2008-2018, og målet der er nullforekomst i 2018 (intervju i Khartum, 3. mai 2008).⁵ Forekomsten varierer riktignok etter regionale og etniske skillelinjer, men kjønnslemlestelse, som tidligere i hovedsak ble praktisert blant arabiske kvinner særlig i Nildalen nord for Khartum, har spredd seg til enkelte andre sudanske folkegrupper som tradisjonelt ikke har praktisert kjønnslemlestelse. Dette skyldes ikke minst kulturell påvirkning fra de gruppene som har høy prestisje i samfunnet

⁴ SHHS 2006-tallene er bearbejdet i tråd med UNICEFs standardindikatorer for å gjøre dem sammenlignbare med tidligere undersøkelser. Forekomsten for kvinner i gruppen 15-49 år ble rekalkulert og man kom dermed frem til en prosentandel på 89 (Ahmed, Al Hebshi & Nylund 2009).

⁵ Nettverket mot kjønnslemlestelse omfatter 44 organisasjoner som jobber mot kjønnslemlestelse. Nahid Jabrallah representerer også senter for barne- og kvinnestudier og er dessuten teknisk rådgiver for UNICEF-prosjekter rundt kjønnslemlestelse og seksuelle overgrep.

(Berggren et al. 2006). Sørsudanske migranter og flyktninger i Sudan har for eksempel begynt å praktisere kjønnslemlestelse, og skikken har gradvis spredt seg blant ulike folkegrupper i vestlige og sørlige deler av landet.⁶

Nahid Jabrallah bekreftet dette bildet i møte med Landinfo i Khartoum i mai 2008. Migranter og internt fordrevne fra Sør-Sudan bosatt i Sudan har overtatt en rekke andre kulturtrekk fra nordsudanere som klesdrakt, hudbleking, osv. Men påvirkningen som angår kjønnslemlestelse skjer, ifølge Jabrallah, i liten grad på grunn av ekteskap mellom sørsudanske kvinner og sudanske menn. Slike ekteskap er uvanlig på grunn av rasismen man finner blant sudanere (og først og fremst Nildal-arabere).

2.2 UTBREDELSE FORDELT PÅ TYPER KJØNNSLEMLESTELSE

Det er hovedsakelig kjønnslemlestelse type III – infibulering som utføres, og anslagsvis 74 % av sudanske kvinner er infibulerte. Den sudansk-arabiske benevnelsen er *khifad fir'uni* ("faraonisk omskjæring"). Dette innebærer fjerning av deler av eller alle ytre kjønnsdeler, og sammensyning av vaginalåpningen (Unicef u.å., SNCTP 2000). Det minst omfattende inngrepet, som kan klassifiseres som type I eller type II utføres på ca. 22 % av jentene og en "mellomløsning" foretas på 2 % (Unicef u.å.). På arabisk kalles dette inngrepet ofte *sunna* ("i tråd med islamsk tradisjon"), på sudansk-arabisk er et annet vanlig begrep *qat' al-bazr* ("å kutte bort frøet").

På tross av opplysningskampanjer og arbeid for å bevisstgjøre kvinner om problemene som kommer i kjølvannet av inngrepet, har utbredelsen vært relativt stabil i en årrekke (Berggren et al. 2006; Almroth 2005).

2.2.1 Type kjønnslemlestelse og religiøs tilhørighet

Typen kjønnslemlestelse som utføres varierer også avhengig av religiøs tilhørighet. Ifølge Unicef (u.å.) er type III (infibulering) vanligst blant muslimske kvinner (83 % sammenlignet med 27 % kristne). Type I og II praktiseres hovedsakelig blant kristne (46 %).

2.3 HVA ER BEGRUNNELSEN FOR KJØNNSLEMLESTELSE I SUDAN?

Ekteskap og seksualitet er ifølge forskere og observatører viktige årsaker til at kjønnslemlestelse praktiseres:

Marriage, or future marriage, and sexuality are central in the context of FGM, and the practice is often seen as a symbol of decency, dignity and fertility. The fact that adult women are repeatedly subjected to genitally mutilating operations when they undergo reinfibulation shows converge in the context of FGM, and much of the fundamental motives for the continuation of the practice are found in this interaction. (Almroth 2005, s.14).

⁶ Hundretusener av sørsudanere som oppholdt seg i Khartoum og andre større byer i det daværende Nord-Sudan vendte tilbake til Sør-Sudan i tiden etter fredsavtalen i 2005 og frem til selvstendigheten i 2011. I møte med Landinfo i mai 2008 opplyste den stedlige representanten for MSF-Belgia at det er igangsatt mindre undersøkelser rundt kjønnslemlestelse i grupper fra Sør-Sudan, men at det foreløpig foreligger få resultater.

Blant sudanske kvinner er også estetikk kvinnelighet viktige argumenter. Ideen om at kvinner som ikke blir kjønnslemlestet vil utvikle abnormt store kjønnsorganer, eller at kjønnsorganene til kvinner som ikke er kjønnslemlestet er uestetiske, står sterkt (Abusharaf 2009, s. 89).

Skikken markerer, ifølge enkelte kilder, dessuten det første skrittet i overgangen fra barndom til voksentilværelse, selv om jenta sosialt sett forblir et barn frem til hun gifter seg (SOAT 1999).

2.4 HOLDNINGER TIL KJØNNSLEMLESTELSE

Holdningene blant kvinner til FGM er til dels betydelig endret i løpet av de siste 15-20 årene. Sudan Household Health Survey fra 2006 (SHHS 2007) viste at 51 % av gifte/tidligere gifte kvinner mellom 15 og 49 år ønsket å videreføre tradisjonen, sammenlignet med 79 % i 1989/90⁷ (Ahmed, Al Hebshi & Nylund 2009). Geografisk bakgrunn, alder og utdanningsstatus bidrar fortsatt til ulike holdninger. Jo høyere utdanning og jo bedre økonomi, desto mindre er støtten til denne tradisjonen: bare 28 % av de mest velstående og best utdannede støttet FGM, mens 63 % av de dårligst stilte støttet denne praksisen. Blant kvinner i Khartum var andelen 32 % for, mens blant kvinner i Kassala var andelen 69 % (SHHS 2007). Overraskende nok viste den samme undersøkelsen at yngre kvinner i større grad støttet opp om praksisen sammenlignet med eldre kvinner – 58 % av kvinnene i aldersgruppen 15-19 mot 49 % av kvinnene i alderen 45-49.

En anonym spørreundersøkelse blant 414 universitetsstudenter i Khartum i 2000 viste at ca. 56 % av de spurte kvinnene var omskåret. Selv om noe i overkant av 8 % av de kvinnelige studentene mente at kjønnslemlestelse var viktig i forbindelse med ekteskap, opplyste nesten 75 % av de mannlige studentene at de foretrakk en ikke-omskåret ektefelle (Herieka & Dhar 2003).

I møte med Landinfo i mai 2008 viste Dr. Nahid Jabrallah til Salima-kampanjen.⁸ Denne kampanjen har fokus på at (kvinne-) kroppen er hel og sunn (*salima* er arabisk for "hel, intakt"), og det er derfor ingen overflødige deler som må fjernes (samtidig

⁷ Undersøkelsen i 1989/90 ble foretatt blant mer enn 5 000 kvinner (Unicef 2000). Blant bybefolkningen var andelen 70 %, men den var ca. 80 % i rurale områder. Det er, med andre ord ingen dramatisk forskjell mellom by og land. Utdannelsesnivå derimot ga derimot et langt sterkere utslag i holdninger til FGM: 80 % av kvinnene uten skolegang eller med utdanning på grunnskolenivå, var for å opprettholde praksisen, mens bare 40 % av kvinnene med videregående utdanning delte denne holdningen. Fordelingen med hensyn til type inngrep var ganske jevnt fordelt: – 48 % av kvinnene mente at sunna type I/II var å foretrekke (dette var hovedsakelig kristne kvinner), mens 46 % var for infibulering. Undersøkelsen viste altså forskjeller avhengig av region, religion og utdannelsesnivå.

Støtten til FGM var lavest blant kvinner fra Darfur (67 %) og Khartum (68 %), og sterkest blant kvinner fra sentrale deler av landet (86 %) og Kordofan (90 %). Kristne kvinner med videregående/høyere utdanning i byer var generelt mer kritiske til å opprettholde denne tradisjonen enn muslimske kvinner med lav eller ingen utdanning.

⁸ Kampanjen benyttet lokal kultur og brukte språk, musikk, dikt, sanger, dans, maling, og festligheter. I delstaten Gedaref belønnet dessuten myndighetene familier som valgte å ikke kutte sine døtre.

Kampanjen trakk dessuten lærdom fra arbeidet med å motarbeide skikken med å lage ansiktsarr innenfor den sørsudanske etniske gruppen shilluk, som ifølge Ahmed et. al (2009) i dag bare praktiseres i enkelte avsidesliggende områder. Hvorvidt informasjonskampanjer alene har bidratt til den utviklingen er kanskje usikkert. Abusharaf (2009, s. 81) omtaler nemlig en shilluk-kvinne som lever som internt fordreven i Khartoum, og hun peker på det er mangelen på eksperter som kan lage ansiktsarr som har gjort det vanskelig å opprettholde skikken i Sudan.

som mannlig omskjæring er religiøst påkrevd). Da Jabrallahs egen datter fylte sju år arrangerte hun et selskap for datterens venninner og mødrene deres for å feire at datteren er hel, og ikke omskåret. Dette for å markere noe positivt, og ment som en erstatning for festen de som utfører kjønnslemlestelse arrangerer for å feire inngrepet.

2.5 KJØNNSLEMLESTELSE – HVEM TAR BESLUTNINGEN?

Press for å gjennomføre kjønnslemlestelse kommer som regel innenfra familien og storfamilien, og det forekommer at andre familiemedlemmer enn foreldrene får utført kjønnslemlestelse. Særlig gjelder dette jentebarn som bor hos besteforeldre, og hvor iallfall den ene av foreldrene ønsker at inngrepet skal gjøres (Jabrallah, intervju 3. mai 2008).

Det er et sosialt press rundt kjønnslemlestelse, men ifølge Jabrallah forekommer ikke maktbruk utenfor familiesfæren. Dette presset må for øvrig sees i sammenheng med at kvinner er presset i mange sosiale sammenhenger – som rundt bruk av hijab, klesstil, osv. Det er imidlertid uhøflig å spørre om noen er kjønnslemlestet når de er over en viss alder.

2.6 NÅR BLIR KJØNNSLEMLESTELSE UTFØRT?

Studier foretatt i Sudan indikerer at 86 % av kvinnene hadde gjennomgått kjønnslemlestelse før de var 10 år. 74 % var i alderen 5-9 år da inngrepet ble utført (SNCTP 2001). Inngrepet utføres vanligvis i tiden april til juli når det er skoleferie (SOAT 1999). Det hender også at kvinner som ikke er kjønnslemlestet utsettes for press til å få utført kjønnslemlestelse når de skal gifte seg (intervju med Nahid Jabrallah, 3. mai 2008).

Det er svært få rapporteringer om kjønnslemlestelse utført på babyer i Sudan. Ett unntak er beja-stammen i Øst-Sudan som utfører kjønnslemlestelse på spedbarn fram til de er to-tre måneder (SOAT 1999). MSF-Belgia bekrefter at bejaene vanligvis utfører kjønnslemlestelse i løpet av første leveår (møte i Khartum, mai 2008).

2.7 REINFIBULERING

Infibulerte sudanske kvinner gjennomgår vanligvis reinfibulering etter fødsler. Den sudansk-arabiske benevnelsen er *adal* eller *al-adil*, som i denne sammenhengen betyr å rette opp og forbedre (Almroth 2005; Berggren 2006). Studier gjennomført tidlig på 1980-tallet viste at 50-80 % av de spurte kvinnene var reinfibulerte.

Dybdeintervjuer som ble gjennomført i 2002/2003 av tolv kvinner og ti menn, alle fra Khartum-distriktet, men med ulik etnisk og sosial bakgrunn, gir en viss innsikt i årsakene og holdningene til denne omfattende praksisen (Berggren et al. 2006). To undersøkelser foretatt i 2002 i Omdurman blant et utvalg av menn hvor fokus var synspunkter på reinfibulering, viste at mellom 30 og 60 % av de spurte foretrakk at deres koner ble reinfibulert etter fødsler (Magied, Sulima & Kawther 2002).

Betydningen av renselse og stramming av vaginalåpningen etter fødsler var sentral for kvinnene. Enkelte av kvinnene omtalte også forskjønnelse av kjønnsorganene som et argument for reinfibulering.

Denne undersøkelsen synliggjorde også at kvinnene hadde liten reell innflytelse på beslutningen om reinfibulering. De følte alle et sterkt press fra sine medsøstre, ikke

minst fra slektninger, og da først og fremst mødrene og andre eldre kvinner i lokalsamfunnet. Denne undersøkelsen sier ingenting om hva kvinner eventuelt risikerer dersom de motsetter seg det sosiale presset om reinfibulering, men studien peker på at også mennene var ofre for konsekvensene av denne praksisen, og flere av mennene gir uttrykk for at det beste hadde vært om deres koner i utgangspunktet ikke hadde vært utsatt for kjønnslemlestelse.

I møte med Landinfo i mai 2008 forklarte koordinatoren i det sudanske nettverket mot kjønnslemlestelse, Dr. Nahid Jabrallah, at reinfibulering er et ekstremt privat anliggende. Dette må sees i sammenheng med det generelt lave opplysningsnivået om seksualitet, og at det fremdeles er svært ømtålig å ta opp dette temaet.

2.8 HVEM UTFØRER KJØNNSLEMLESTELSE?

Ifølge helse- og husholdsundersøkelsen fra 2006 (SHHS 2007, s. 151) utgjør såkalte tradisjonelle fødselshjelpere ca. 53 % av dem som utfører kjønnslemlestelse, mens ca. 41 % utføres av sykepleiere eller jordmødre. Under én prosent er leger. 2006-tallene indikerer at det har vært en viss overgang fra bruk av tradisjonelle fødselshjelpere til helsepersonell, sammenlignet med tall fra tidligere undersøkelser på slutten av 1990-tallet (Unicef u.å.). De tradisjonelle, lokale omskjærerne har lært ”yrket” av sine mødre eller andre kvinnelige slektninger, og de er ofte også fødselshjelpere i lokalsamfunnet (SOAT 1999).

Type inngrep bestemmes på forhånd av jentas mor eller bestemor, og betalingen skjer delvis før, delvis under og delvis etter inngrepet for å sikre best mulig service. Betalingen er en viktig inntektskilde for disse kvinnene, og dette bidrar til å vanskeliggjøre arbeidet mot FGM (SOAT 1999.).

2.9 SOSIALE SANKSJONER MOT DEM SOM IKKE ER OMSKÅRET OG/ELLER DERES FORELDRE

Jenter som ikke har gjennomgått FGM er, ifølge SOAT (1999), under et sterkt sosialt press. De utsettes for latterliggjøring og kalles for *ghalfa* (”ikke-omskåret”) og *nigisha* (”uren”). Jentene og kvinnene som ikke er omskåret betraktes ofte som hyperseksuelle (Berggren et al 2006), og dette er ikke ønskelig eller attraktivt i ekteskapsammenheng.

Kvinnens situasjon og posisjon varierer selvsagt fra område til område og mellom ulike etniske grupper, men familiens betydning overskygger disse forskjellene. Dr. Nahid Jabrallah hevdet i møte med Landinfo i mai 2008 at stigmaet for kvinner som ikke har gjennomgått kjønnslemlestelse ikke er så stort som tidligere. Men ekteskap og familie er hjørnesteinene i det sudanske samfunnet, og generelt sett har jenter ingen eller få valgmuligheter og vil vanskelig kunne overleve uten støtte i lokalsamfunnet (Berggren et al. 2006). Jenter og kvinner har vanligvis langt mindre utdanning enn menn, og arbeidsmulighetene for kvinner, særlig utenfor byene, er begrenset. Jabrallah mente at press fra en framtidig ektefelle kan forekomme, men hvordan en jentes far/familie vil møte press, avhenger av familien. Jabrallah ga uttrykk for at jenter ikke vil tvinges til å gjennomføre kjønnslemlestelse i forbindelse med ekteskap.

3. MULIGHETER TIL BESKYTTELSE MOT KJØNNS- LEMLESTELSE

3.1.1 Nasjonalt lovverk mot kjønnslemlestelse

Det er i dag intet nasjonalt lovverk som forbyr FGM i Sudan,⁹ selv om det har vært en rekke forsøk på å introdusere slike lover på føderalt plan. FGM-motstandere har støttet en rekke forslag, blant annet forsøkte man å få inn en bestemmelse i Barneloven i 2008, men regjeringen droppet forslaget i 2009 (Bedri 2009), og loven har derfor ingen bestemmelser om FGM (UNICEF, e-post til ambassaden i Khartum 2011).

Man har også forsøkt å inkorporere FGM-problematikken i helselovgivningen, men heller ikke der har man lyktes.

Det viktigste initiativet har ifølge UNICEF (e-post til ambassaden i Khartum 2011) vært lovutkastet om FGM som ble utarbeidet i 2007, men som ennå ikke er oversendt regjeringen til vurdering. Dette lovutkastet kriminaliserer ikke bare selve praksisen, men også aktivitet som støtter praksisen.

I møte med Landinfo i mai 2008 opplyste Nahid Jabrallah at myndighetene utstedte et dekret i 2003 om at helsepersonell ikke får utføre kjønnslemlestelse. De har heller ikke anledning til å utføre reinfibulering. Det finnes imidlertid ikke noe formelt lovforbud, og dermed er det vanskelig å ta saker til rettsapparatet. Nettverket mot kjønnslemlestelse driver lobbyvirksomhet for å få et lovforbud, og har på oppfordring fra myndighetene også utarbeidet et lovforslag.

Selv om dagens straffelov ikke inneholder noe konkret forbud mot kjønnslemlestelse, påpeker amerikanske myndigheter at straffelovens bestemmelser om "fysisk skade" muligens kan tolkes til å omfatte kjønnslemlestelse (U.S. Department of State 2001). Dette er imidlertid ikke prøvd rettslig for sudanske domstoler.

I møte med Landinfo i mai 2008 ga Nahid Jabrallah ett eksempel på bruk av rettsapparatet for å forhindre kjønnslemlestelse. I denne saken fikk en skilt kvinne vite at eksmannen planla å utføre kjønnslemlestelse på deres felles datter. Ved hjelp av nettverket mot kjønnslemlestelse fikk hun tilbake den daglige omsorgen for de felles barna på grunn av farens planer om kjønnslemlestelse, og stanset dermed mannens forsøk på dette.

3.1.2 Lovverk mot kjønnslemlestelse på delstatsnivå

Selv om man foreløpig ikke har lyktes i å forby FGM på nasjonalt plan, har det vært en viss utvikling på delstatsnivå. I november 2008 vedtok delstatsregjeringen i Sør-Kordofan to lover: en barnelov med en bestemmelse om kriminalisering av FGM, og en konkret lov om kvinnelig kjønnslemlestelse som forbyr både selve handlingen og

⁹ Sudan var faktisk det første afrikanske landet som innførte lovgivning som delvis forbød kjønnslemlestelse. I 1946 ble det innført et tillegg til straffeloven som forbød infibulering, men tillot mindre omfattende inngrep. Denne lovgivningen ble opprettholdt ved Sudans uavhengighet i 1957, og straffen for å utføre infibulering var bøter og/eller fengselstraff i inntil syv år. Strafferammen ble redusert til fem år i 1974 (SOAT 1999). Dagens straffelov omtaler imidlertid ikke kjønnslemlestelse.

arbeid som fremmer praksisen. Hittil har to jordmødre i Sør-Kordofan blitt straffet med hjemmel i den nye loven. Fire andre delstater – Gedaref, Vest-Darfur, Red Sea og Sør-Darfur, har også implementert et lovforbud (UNICEF, e-post til Norges ambassade i Sudan 2011; UNMIS TV 2011).

3.2 TRUSLER MOT AKTIVISTER

I møte med Landinfo i mai 2008 opplyste Dr. Nahid Jabrallah at kvinneaktivister som jobber mot kjønnslemlestelse, seksualisert vold og lignende utsettes for press fra myndighetenes side. Ikke-statlige organisasjoner som jobber med denne typen spørsmål har problemer med å bli registrert hos myndighetene, og det er også en velorganisert kampanje for kjønnslemlestelse, som åpenbart har tilgang på mye ressurser. Disse motkreftene beskylder anti-kjønnslemlestelse aktivistene for å ha en skjult agenda, være utenlandske agenter, uislamske, osv. Trusler, press og mistenkeliggjøring er vanlig, men Jabrallah kjente ikke til tilfeller av vold.

4. KJØNNSLEMLESTELSE I SUDANSKE EKSILMILJØER

Det foreligger lite konkret informasjon om utbredelsen av kjønnslemlestelse i sudanske eksilmiljøer. Dr. Nahid Jabrallah, koordinatoren for det sudanske nettverket mot kjønnslemlestelse, opplyste imidlertid i møte med Landinfo i mai 2008 at en del sudanske jenter bosatt i utlandet sendes til Sudan for å få utført kjønnslemlestelse. Hun viste også til eksempler på at sudanere bosatt i andre arabiske land henter personer som kan utføre kjønnslemlestelse i oppholdslandet.

5. REFERANSER

Skriftlige kilder

- Abusharaf, R.M. (2009). *Transforming Displaced Women in Sudan. Politics and the Body in a Squatter Settlement*. Chicago/London: The University of Chicago Press.
- Ahmed, S., Al Hebshi, S. & Nylund, B.V. (2009, mai). *Sudan: An in-depth analysis of the social dynamics of abandonment of FGM/C*. Firenze: UNICEF Innocenti Research Centre. Tilgjengelig fra http://www.unicef-irc.org/publications/pdf/iwp_2009_08.pdf [lastet ned 17. januar 2012]
- Almroth, L. et al. (2001). A community based study on the change of practice of female genital mutilation in a Sudanese village. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics*, 74, 179-185.
- Almroth L. (2005, mai). *Genital mutilation of girls in Sudan: Community- and hospital-based studies on female genital cutting and its sequelae*. Stockholm: Karolinska Institutet. Tilgjengelig fra <http://diss.kib.ki.se/2005/91-7140-236-5/> [lastet ned 17. januar 2012]
- Bedri, N. (2009). Backlash in the fight against FGM in the Sudan. *CSBR E-News*, 3(1), 1-2. Tilgjengelig fra http://www.wwhr.org/files/CSBR_enevs_spring09.pdf [lastet ned 17. januar 2012]
- Berggren, V. et al. (2006). Being victims or beneficiaries? Perspectives on female genital cutting and reinfibulation in Sudan. *African Journal of Reproductive Health*, 10, 2.
- Herieka, E. & Dhar, J. (2003, 16. januar). Female genital mutilation in the Sudan: survey of the attitude of Khartoum university students towards this practice. *Sexually Transmitted Infections*, 79, 220-223. Tilgjengelig fra <http://sti.bmj.com/cgi/content/abstract/79/3/220> [lastet ned 17. januar 2012]
- Magied, A.M.A., Suliman, E.B., Kawther, D.M. (2000, desember) Re-circumcision: the hidden evil of FGM in Sudan - Female Genital Mutilation - Statistical Data Included. *Ahfad Journal: Women and Change*, 17(2), s. 3-14. Tilgjengelig via http://findarticles.com/p/articles/mi_m2872/is_2_28/ai_86049642/?tag=mantle_skin;content [lastet ned 17. januar 2012]

Det lenkede dokumentet er et sammendrag av forskningsartikkelen slik den ble publisert i Ahfad Journal.
- [SHHS] (2007, april). *Sudan Household Health Survey 2006 (Draft)*. Khartoum/Rumbek: Federal Ministry of Health, Government of National Unity & Government of Southern Sudan, Federal Ministry of Health.. Tilgjengelig fra http://www.unfpa.org/sowmy/resources/docs/library/R105_MOHSudan_2007_SHHS2006report_29Apr2007.pdf [lastet ned 17. januar 2012]

- SNCTP, dvs. Sudan National Committee on Traditional Practices (2000). *Summary on: Female Genital Mutilation (FGM) Psycho-sociosexual Consequences & Attitude Change in Khartoum North & East Nile Provinces*. Khartoum: SNCTP.
- SNCTP (2002, november). *Summary on: Female circumcision survey for girls in age group (4-10) in greater Khartoum, Atbara, Elfasher and Elfula*. Khartoum: SNCTP.
- SNCTP (2003). *Summary on: A research study on: Knowledge attitude practice of adult population aged (15-49) years towards FGM & HIV/AIDS among the internal displaced persons (IDPs) in Mayo farms (Khartoum state, Sudan)*. Khartoum: SNCTP.
- SOAT, dvs Sudan Organisation against Torture (1999). *Female genital mutilation in Sudan*. London: SOAT.
- UNICEF (2005, november). *Sudan FGM/C country profile*. New York: UNICEF. Tilgjengelig fra http://www.childinfo.org/files/Sudan_FGC_profile_English.pdf [lastet ned 17. januar 2012]
- U.S. Department of State (2001, 1. juni). *Sudan: Report on Female Genital Mutilation (FGM) or Female Genital Cutting (FGC)*. Washington, D.C.: U.S. Department of State. Tilgjengelig via <http://www.unhcr.org/refworld/docid/46d5787dc.html> [lastet ned 6. februar 2012]
- UNMIS TV (2011, 9. juni). UNcover Sudan Show 6 – FGM. *UNMIS TV*. Tilgjengelig via <http://www.youtube.com/watch?v=XOPL0MtQeQk> [lastet ned 17. januar 2012]

Muntlige kilder

- Asha Barre. Foredrag i Oslo, 3. mars 2008.
- Norges ambassade i Sudan. E-postutveksling med UNICEF 30. oktober 2011.
- Nahid Jabrallah. Koordinator for nettverket mot kjønnslemlestelse i Sudan. Møte i Khartoum 3. mai 2008.
- Médecins sans frontières (Belgia), ved Tarek Daher, Head of Mission. Møte i Khartoum 4. mai 2008.