

Temanotat

Eritrea: Kjønnsllestelse av jenter



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 2013

Materialet i denne publikasjonen er omfattet av åndsverklovens bestemmelser. Uten særskilt avtale med Landinfo er enhver eksemplarfremstilling 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

Storgata 33 A

Postboks 8108 Dep

N-0032 Oslo

Tel: 23 30 94 70

Fax: 23 30 90 00

E-post: landinfo@landinfo.no

www.landinfo.no

Temanotat Eritrea: Kjønnsmestelse av jenter

SUMMARY

Female genital mutilation is an old tradition with potential serious health implications for the individuals subjected to it. It is a widespread tradition in Eritrea. Regional belonging, economic factors and mothers' degree of education are variables that correlate with the probability that Eritrean girls are subjected to female genital mutilation, and with which kind of mutilation the girls are subjected to. For example, urban women are less likely to be infibulated than rural women. Yet these factors can neither exclude nor guarantee that a woman will be subjected to female genital mutilation.

More than 60 percent of the girls subjected to female genital mutilation in Eritrea are cut before they are one year old. However, more than 15 percent are subjected to female genital mutilation after their fifth birthday – which is most common in areas where the most extensive form of female genital mutilation (infibulation) is practiced.

All forms of female genital mutilation are prohibited in Eritrea – but the law is not satisfactorily enforced.

However, advocacy and mobilization campaigns aiming to change attitudes among different groups of society have probably led to a reduction in the practice of FGM among younger girls (0-15 years).

SAMMENDRAG

Kjønnslemlestelse er en gammel og potensielt meget helsefarlig tradisjon som er utbredt i Eritrea. Blant annet regional tilhørighet, økonomiske forhold og mors grad av utdanning korrelerer med sannsynligheten for om ei eritreisk jente blir kjønnslemlestet og også hvilken type kjønnslemlestelse hun utsettes for. Det er for eksempel en lavere sannsynlighet for at kvinner fra urbane strøk blir utsatt for kjønnslemlestelse enn det er for kvinner fra rurale strøk. Imidlertid kan disse variablene verken utelukke eller garantere at en eritreisk jente blir utsatt for kjønnslemlestelse.

Over 60 prosent av de eritreiske jentene som kjønnslemlestes gjennomgår inngrepet i løpet av sitt første leveår. Samtidig kjønnslemlestes over 15 prosent av jentene etter fylte fem år, og dette gjelder særlig i områder hvor den mest omfattende formen for kjønnslemlestelse (infibulasjon) praktiseres.

Alle former for kjønnslemlestelse er forbudt i Eritrea, men lovverket håndheves ikke tilfredsstillende.

Det har trolig vært en reduksjon i antall kjønnslemlestelser i Eritrea på grunn av bevisstgjørings- og mobiliseringskampanjer rettet mot ulike grupper i samfunnet. Reduksjonen gjelder særlig i aldersgruppen 0-15 år.

INNHold

1. Innledning	5
2. Generelt om kjønnslemlestelse.....	5
2.1 Ulike typer kjønnslemlestelse.....	6
2.2 Helseproblemer etter kjønnslemlestelse	6
2.3 Relevante helseforhold i Eritrea	7
3. Kjønnslemlestelse i Eritrea	8
3.1 Utbredelse i Eritrea.....	8
3.2 Begrunnelser for kjønnslemlestelse i Eritrea.....	10
3.3 Typer kjønnslemlestelse eritreiske jenter utsettes for.....	11
3.4 Hvor gamle er jentene når de kjønnslemlestes?.....	13
3.5 Hvem er omskjærerne?	14
3.6 Lovverk.....	15
3.6.1 Håndhevelse av lovverk.....	15
3.7 Holdningsskapende arbeid.....	15
3.8 Holdninger til fortsatt praksis	16
3.8.1 Muligheter til å unngå kjønnslemlestelse.....	17
4. Referanser	18

1. INNLEDNING

Dette temanotatet omhandler kjønnslemlestelse av jenter i Eritrea. Innledningsvis beskriver notatet hva kjønnslemlestelse er og hvilken helsemessig risiko praksisen forbindes med. Videre redegjøres det for landspesifikke forhold knyttet til utbredelse, typer kjønnslemlestelse, begrunnelser for praksisen samt relevant lovverk og håndhevelse av dette.

Temanotatet bygger dels på offentlig tilgjengelig informasjon i form av trykte publikasjoner og nettpublikasjoner, og dels på samtaler med informanter i diplomati- og organisasjonsmiljøer i Eritrea og Sudan i februar 2011, og i Eritrea i januar/februar 2013. Informantene er anonymisert.

Det foreligger imidlertid lite ny offentlig statistikk og informasjon, og derfor bygger dette notatet i hovedsak på informasjon, tall og statistikk fra 2002 og 2003. Internasjonale organisasjoner som vanligvis innhenter denne type informasjon, hindres i sitt arbeid i Eritrea, og bygger selv på gammel informasjon. Dermed blir kildetilfanget begrenset og muligheten til å kvalitetssikre informasjon vanskelig.

Store deler av det statistiske materialet som benyttes i dette temanotatet er basert på *Demographic and Health Survey 2002* – en omfattende spørreundersøkelse utført blant et representativt utvalg av den eritreiske befolkningen, som ble publisert i 2002 (National Statistics and Evaluation Office & ORC Macro 2003). Resultater fra nyere tilsvarende undersøkelse myndighetene hadde ansvaret for i 2010 er ikke offentliggjort,¹ men enkelte kilder hevder at denne undersøkelsen viser reduksjon av antall kjønnslemlestelser av unge jenter. At undersøkelsen ikke er offentliggjort innebærer at eventuelle resultater fra de seneste årenes innsats mot kjønnslemlestelse i landet i begrenset grad er tilgjengelig.

Muntlig informasjon som ble meddelt Landinfo i Eritrea i 2013, tilsier at det trolig har vært en nedgang i antall unge jenter og kvinner som kjønnslemlestes i Eritrea i løpet av de siste årene. Dette diskuteres nærmere i kapittelet om utbredelse i Eritrea.

2. GENERELT OM KJØNNSLEMLESTELSE

Kjønnslemlestelse er et samlebegrep som omfatter alle former for inngrep hvor ytre kvinnelige kjønnsdelar fjernes helt eller delvis, eller på annen måte påføres varig skade uten at det foreligger medisinsk begrunnelse for inngrepet (WHO 2010). Landinfo kjenner til at begrepet ”kjønnslemlestelse” er omstridt, men bruker termen for å omtale praksisen da dette er i tråd med norsk lovverk, og de fleste FN-organer og menneskerettighetsorganisasjoner. Begrepet reflekterer også hva praksisen faktisk innebærer. ”Omskjæring”, ”Female Genital Mutulation” (FGM) og ”Female Genital Cutting” (FGC) viser til det samme.

¹ Undersøkelsen gjennomført i 2010 er ikke publisert og vil sannsynligvis ikke bli det, ifølge kilder Landinfo møtte i Eritrea i 2011 og 2013.

WHO og flere FN-organer (2008) har dokumentert at kjønnslemlestelse praktiseres i 28 afrikanske land. Tre millioner jentebarn risikerer å kjønnslemlestes hvert år på kontinentet – hvilket tilsvarer over 8200 jenter hver dag.

2.1 ULIKE TYPER KJØNNSLEMLESTELSE

WHO et al. (2008) benytter en firedelt klassifisering av ulike former for kjønnslemlestelse:

- **Type I/klitoridektomi:** Delvis eller fullstendig fjerning av klitoris². Type I kjønnslemlestelse kalles også *sunna*.
- **Type II/eksisjon:** Delvis eller fullstendig fjerning av klitoris og indre kjønnslepper, med eller uten amputering av ytre kjønnslepper.
- **Type III/infibulasjon:** Reduksjon av vaginalåpningen ved å kutte av og sy sammen indre og/eller ytre kjønnslepper, med eller uten amputering av klitoris. Alle ytre kjønnsdeler kan fjernes. Vaginalåpningen er etter inngrepet normalt på størrelse med en blyants omkrets og sørger for at urin og menstruasjonsblod kan passere. Før kvinnen kan ha samleie må åpningen utvides. Ved fødsel er det nødvendig å åpne vaginalåpningen helt. Gjensynging etter fødsel kalles *reinfibulasjon*.
- **Type IV:** De fleste andre former for kjønnslemlestelse grupperes her. Det kan dreie seg om gjennomhulling og kutt i klitoris og/eller kjønnsleppene; om brennemerking eller etsning av hele eller deler av klitoris og området rundt; å ha etsende stoffer eller urter i vagina for å skape blødninger slik at åpningen blir trangere; samt ethvert annet inngrep som innebærer skade på kjønnsdelene. Etersom type IV er en samlebetegnelse, er variasjonen svært stor.³

Det er stor variasjon innad i de ulike kategoriene, og skillet mellom kjønnslemlestelse type I og II er glidende. Det kan derfor være vanskelig å kategorisere kjønnslemlestelsen som type I eller type II (jf. Shell-Duncan & Hernlund 2000, s. 3-7).

2.2 HELSEPROBLEMER ETTER KJØNNSLEMLESTELSE

Kjønnslemlestelse forårsaker store smerter og medfører risiko for alvorlige umiddelbare og langsiktige komplikasjoner. Komplikasjonene varierer med type inngrep og hygieniske og sanitære forhold, både under utførelsen av kjønnslemlestelsen og på sikt.

Umiddelbare komplikasjoner kan være kraftige blødninger, traumer, sjokk, sår og infeksjoner. Blødninger er vanligst. Årsaken er at klitorisarterien kuttet når klitoris amputeres. Infeksjoner er svært utbredt, og kan føre til koldbrann. Ved

² Med klitoris menes her de ytre delene av klitoris, klitorishodet (*glans clitoris*).

³ UNICEF har skilt ut en egen kategori, type V, som innebærer stikk eller små kutt i klitoris som i liten eller ingen grad etterlater synlige spor på kjønnsdelene. Denne formen omtales derfor gjerne som symbolsk kjønnslemlestelse. Type V viser til inngrep som er signifikant mindre smertefulle sammenliknet med andre former for kjønnslemlestelse (UNICEF 2005). I henhold til WHO's definisjon, omfattes disse formene for kjønnslemlestelse i type IV.

kjønnslemlestelse kan jenta få bruddskader som følge av at hun holdes fast under sterk motstand. Sterk og alvorlig smerte kombinert med psykisk belastning kan føre til at kjønnslemlestedede jenter og kvinner blir traumatisert. Smerter og hevelse kan vanskeliggjøre urinerings i etterkant av lemlestelsen. Store eller langvarige blødninger, traumer, infeksjoner og stivkrampe (tetanus) kan også forårsake dødsfall (Kirkens Nødhjelp 2004; WHO et al. 2008, s. 33).

Over tid øker risikoen for fødselskomplikasjoner for kvinner som er kjønnslemlestet. Foruten revninger og blødninger under og etter fødselen, er også sannsynligheten for at nyfødte barn dør større dersom mor er kjønnslemlestet. Sannsynligheten øker med kjønnslemlestelsens alvorlighetsgrad (WHO et al. 2008, s. 34).⁴

Kjønnslemlestelse kan medføre redusert fruktbarhet, vannlatingsproblemer, økte menstruasjonsmerter, redusert seksuell følsomhet og fysisk og psykisk smerte ved samleie. Kjønnslemlestedede av type III må kuttes åpne før samleie kan gjennomføres og i forbindelse med fødsler. Det er vanlig at kjønnslemlestelser av type III gjentas flere ganger da vevet ikke heles. Gjentatte kjønnslemlestelser av type III øker og gjentar risikoen for umiddelbare og langsiktige komplikasjonene (WHO et al. 2008, s. 34).

2.3 RELEVANTE HELSEFORHOLD I ERITREA

Tabellen under viser statistikk knyttet til helsesektoren i Eritrea, og sammenliknet med tilsvarende tall i Norge der denne informasjonen er tilgjengelig. Tallene er hentet fra WHO (2012) hvis ikke annet er nevnt.

Demografisk variabel	Eritrea	Norge
Barnedødelighet (dødsfall per 1000 levende fødte før fylte fem år)	61	3
Barnedødelighet, nyfødte (dødsfall per 1000 levende fødte før fylte 28 dager)	17	2
Mødredødelighet (dødsfall per 100 000 levende fødsler)	240-752 ⁵	7
Andel fødsler bistått av helsepersonell (prosentandel)	28 ⁶	-
Antall leger per 10 000 innbyggere	< 1	41,6
Antall sykepleiere, jordmødre per 10 000 innbyggere	5,8 ⁷	319
Antall sykehussenger per 10 000 innbyggere	7	33

Helsefasiliteter, kompetanse, utstyr og medikamenter er sterkt begrenset i Eritrea. Tilgang på ekspertise og helsetilbudet er generelt mangelfullt. Særlig vanskelig er

⁴ Dødelighetsraten for babyer under og umiddelbart etter fødsel er 15 prosent høyere hvis mor har blitt utsatt for kjønnslemlestelse type I, 32 prosent høyere for babyer hvis mødre har blitt utsatt for kjønnslemlestelse av type II og 55 prosent høyere for babyer hvis mødre er utsatt for infibulasjon eller kjønnslemlestelse type III, sammenliknet med dødelighetsratene for barn født av mødre som ikke er kjønnslemlestet (under ellers like forhold). Tallene viser til institusjonsfødsler i utvalgte land i Afrika sør for Sahara. WHO antar at dødelighetsraten er enda høyere når fødslene foregår utenfor den profesjonelle helsesektoren (WHO Study Group 2006).

⁵ Mødredødelighet varierer sterkt avhengig av kilder. WHO (2012) presenterer estimatet på 240 dødsfall per 100 000 levende fødsler, mot Verdensbankens (u.å.) 752 dødsfall per 100 000 levende fødsler. Representanter for nasjonale og internasjonale organisasjoner som Landinfo møtte i Eritrea i februar 2011, anslo mødredødeligheten til å være rundt 450 per 100 000 levende fødsler.

⁶ Tatt fra WHO 2011. WHO 2012 oppgir ikke tall.

⁷ Tatt fra WHO 2011. WHO 2012 oppgir ikke tall.

det utenfor byene. Til tross for dette, ligger landet relativt godt an i forhold til enkelte av tusenårsmålene i henhold til myndighetenes egen innberetning.

3. KJØNNSLEMLESTELSE I ERITREA

3.1 UTBREDELSE I ERITREA

Kjønnslemlestelse av jenter ble forbudt i 2007 (se punkt 3.6). Siden den tid har myndighetene og ulike organisasjoner arbeidet aktivt mot FGM. Kombinasjonen av forbudet og slik aktivisme, har ifølge noen kilder bidratt til en holdningsendring og til å redusere antallet kjønnslemlestelser (internasjonal organisasjon 1 og 2, januar/februar 2013).

I 2002 ble den nasjonale forekomsten av kjønnslemlestelse oppgitt til å være 89 prosent (National Statistics and Evaluation Office & ORC Macro 2003, s. 197).⁸ Nesten et tiår senere, i 2010, ble det anslått at totalt 83 prosent av alle kvinnene i alderen 15-49 år var kjønnslemlestet (diplomatisk kilde, e-post 2012).⁹

Lederen for en velorientert eritreisk organisasjon som Landinfo møtte i Eritrea i februar 2011, understrekte imidlertid sin mistro til statistikken grunnet utbredt underrapportering. Det er flere kilder som har påpekt at statistikken må leses varsomt. Forfatteren av rapporten *A study on female genital mutilation in Eritrea* Worku Zerai, understreket i 2003 at statistisk materiale om kjønnslemlestelse som fenomen er heftet med usikkerhet, og at underrapportering er sannsynlig. I sin rapport viste hun blant annet til at mange kvinner på lavlandet ikke anså klitoridektomi som kjønnslemlestelse, noe som også påvirker spørreundersøkelsers utfall (Zerai 2003, s. 4).¹⁰

Representanter for nasjonale og internasjonale organisasjoner som Landinfo har vært i kontakt med siden 2012, mener i varierende grad at forekomsten av kjønnslemlestelse er redusert de siste åtte til ni årene (internasjonal organisasjon 1 og 2, møter i Eritrea 2013; tidligere ansatt i privat internasjonal organisasjon, møte i Eritrea 2013; diplomatisk kilde, e-post 2012).¹¹ De vektlegger samtidig at forekomsten varierer avhengig av familiers bosted i rurale eller urbane områder.

U.S. Department of State sier i sin menneskerettighetsrapport for Eritrea i 2011 at kjønnslemlestelse nærmest er utradert i urbane strøk. En av de internasjonale organisasjonene (internasjonal organisasjon 1) Landinfo møtte i Eritrea i 2013, gav tilsvarende informasjon når det gjaldt Asmara. En annen kilde (tidligere ansatt i privat internasjonal organisasjon, samtale i Eritrea 2013) hevdet at antall

⁸ Noe som tilsvarende en nedgang på 6 prosent fra den forrige *Demographic and Health Survey* fra 1995.

⁹ Den diplomatiske kilden har innhentet informasjon fra internasjonal organisasjon i Asmara.

¹⁰ Alle *tigre, kunama, bilen og hedareb*-respondentene i Worku Zerai's undersøkelse fra 2003 var kjønnslemlestet. Blant *nara, afar, saho og tigrinja* var andelen kjønnslemlestede godt over 90 prosent (Zerai 2003, s. 10).

¹¹ Denne kilden viser blant annet til samtaler med internasjonal organisasjon, og upublisert rapport fra Eritrean Population and Health Survey – EPHS 2010.

kjønnslemlestelser hadde gått radikalt ned, og at relativt få praktiserte det i dag. Samme kilde sa at FGM trolig vil være avskaffet i løpet av få generasjoner. Vedkommende viste til at i Asmara er praksisen tilnærmet utryddet, og hevdet videre at mange miljøer nå tar avstand fra kjønnslemlestelse (se punkt 3.7), selv om det fortsatt finnes ”lommer” i landet hvor FGM praktiseres.¹²

Til sammenligning ble det så sent som i 2011 antatt at rundt 95 prosent av kvinnene på landsbygda var kjønnslemlestet (U.S. Department of State 2011).¹³

Flere internasjonale kilder (internasjonal organisasjon 1 og 2, møter i Eritrea 2013; diplomatisk kilde, e-post 2013) opplyser altså om at det synes å være en signifikant nedgang, men påpeker samtidig at en mangler konkrete offisielle data. Det er kjent at myndighetene har gjennomført undersøkelser som viser nedgang i antall kjønnslemlestelser, men at de ikke har offentliggjort resultatene. Nevnte kilder (internasjonal organisasjon 1 og 2) sa at de på nasjonalt nivå har informasjon som viser at kjønnslemlestelse i aldersgruppen 0 til 15 år har gått betydelig ned siden *Demographic and Health Survey 2002* ble utført (se punkt 3.4). Særlig gjelder det aldersgruppen 0 til 5 år:

- 12,9 prosent i aldersgruppen 0 til 5 år er kjønnslemlestet, og
- 33 prosent i aldersgruppen 5 til 15 år.¹⁴

Ut fra kildenes uttalelser (internasjonal organisasjon 1), er det er kun i South Red Sea regionen (Dehubawi Keih Bahri) hvor utbredelsen har økt. Regionen vil trolig bli innsatsområde i arbeidet for ytterligere reduksjon av FGM.

I statistikk materialet fra 2002, *Demographic and Health Survey 2002*, fremgikk det at forskjellene i utbredelse mellom by og land var små; 86,4 prosent av jenter/kvinner i urbane strøk ble anslått å være kjønnslemlestet, mot 90,5 prosent på landsbygda (National Statistics and Evaluation Office & ORC Macro 2003, s. 198). De seneste uttalelsene fra noen av Landinfos kilder kan altså tyde på at det er særskilt i urbane områder at det angivelig har vært en nedgang i antall kjønnslemlestelser siden 2002.

Det fremgikk av den samme undersøkelsen av 2002 at utbredelse av kjønnslemlestelse korrelerte med variabler som mors utdannelse, regionalt bosted, alder og inntekt. Mors grad av utdannelse så ut til å være den sterkeste faktoren. Forekomsten var imidlertid gjennomgående høy (National Statistics and Evaluation Office & ORC Macro 2003, s. 203):

- 78,3 prosent av jentene/kvinnene i den yngste aldersgruppa (15-19 år) i helseundersøkelsen var selv kjønnslemlestet, mot 95 prosent av kvinnene i den eldste aldersgruppen (45-49 år).

¹² At kjønnslemlestelse i urbane strøk ”nærmest er utradert” stemmer trolig ikke. Informasjon Landinfo har viser at antallet går ned, men at det fortsatt skjer i hele landet.

¹³ 80 prosent av Eritreas befolkning bor på landsbygda (WHO 2011).

¹⁴ Diplomatsk kilde (2012) understreker at en internasjonal organisasjon i landet med styrke hevder at disse tallene er tilnærmet korrekte. Den internasjonale organisasjonen har trolig tilgang på hele/deler av EPHS 2010, og mener å kunne gå god for opplysningene i helseundersøkelsen. Landinfo mener informasjonen er troverdig.

- 89 prosent av mødrene og 62, 5 prosent av døtrene var kjønnslemlestet. Jo eldre moren er, desto høyere er sannsynligheten for at døtrene hennes er kjønnslemlestet. Imidlertid ble det understreket i rapporten at unge mødre kan ha døtre som ikke er gamle nok til å kjønnslemlestes enda. Hele 16,5 prosent av kvinnene som ikke selv var kjønnslemlestet hadde døtre som var det.
- 67,5 prosent av døtrene til kvinner uten noen form for utdanning var kjønnslemlestet, mot 40 prosent av døtrene til kvinner med videregående utdanning.
- Prevalensen blant kvinner var noe lavere i Zoba Maekel (Sentralregionen) og Zoba Debub (Region Sør) enn i andre regioner, og var i nasjonal sammenheng lavest i Asmara, hvor forekomsten i 2002 var på 83 prosent.
- Blant kvinner som tilhører de 20 prosent rikeste, var prevalensen av kjønnslemlestelse 84 prosent, mot en prevalens på 94 prosent blant de 20 prosent fattigste kvinnene.

3.2 BEGRUNNELSER FOR KJØNNSLEMLESTELSE I ERITREA

Forbud, økonomi, regional tilhørighet, og mors grad av utdanning påvirker sannsynligheten for kjønnslemlestelse. Men verken tilhørighet til et bestemt område, sosial eller økonomisk klasse, forbud eller arbeid mot kvinnelig omskjæring kan garantere eller utelukke om ei jente blir utsatt for kjønnslemlestelse.

I Eritrea oppgis ulike grunner til at kjønnslemlestelse praktiseres. En hyppig nevnt årsak er at mødre velger å kjønnslemleste sine døtre grunnet datterens fremtidige sosiale status. Å ikke omskjære datteren kan føre til stigmatisering, og reduserte muligheter for ekteskap (Kirkens Nødhjelp 2004; National Statistics and Evaluation Office & ORC Macro 2003; representant for internasjonal organisasjon, møte i Sudan 2011).

Også religion brukes som begrunnelse. Et flertall av kvinnene som deltok i undersøkelsen av 2002, mente at kjønnslemlestelse utgjorde et religiøst krav.¹⁵ Dette gjaldt på tvers av variabler knyttet til alder, bosted og inntekt. I en dokumentar (Kirkens Nødhjelp 2004) mente de fleste av de muslimske respondentene at kjønnslemlestelse utgjorde et religiøst krav om renhet.¹⁶

Kjønnslemlestelse utføres blant alle religiøse grupper i Eritrea. Jo mer omfattende kjønnslemlestelsen er, desto sterkere synes religiøst funderte begrunnelser å være (National Statistics and Evaluation Office & ORC Macro 2003, s. 208, 213). I *Demographic and Health Survey 2002* er det imidlertid ikke skilt mellom etnisk eller religiøs tilhørighet blant respondentene.

Andre begrunnelser er knyttet til personlig hygiene og seksualmoral. Blant eldre uten utdanning og fattige kvinner begrunnes kjønnslemlestelse hyppigst med referanser til religion og seksualmoral. Zerai (2003, s. 44) nevner at barn kjønnslemlestes for å

¹⁵ Blant kvinner i Central Zone, Asmara, blant de 20 prosent rikeste og hos kvinner med minimum videregående utdanning mente mellom 40 og 50 prosent av respondentene at kjønnslemlestelse utgjorde et religiøst krav.

¹⁶ Respondentene refererte til kravet som "tahara" (renhet).

sikre datterens fertilitet, da det anses som vakkert og for å forhindre at klitoris vokser.

3.3 TYPER KJØNNSLEMLESTELSE ERITREISKE JENTER UTSETTES FOR

Alle typer kjønnslemlestelse praktiseres i Eritrea.¹⁷ Ifølge *Demographic and Health Survey 2002* er det kjønnslemlestelse type IV som har vært mest utbredt (46 prosent) på nasjonalt nivå, tett fulgt av infibulasjon eller type III (38,6 prosent), og deretter klitoridektomi/type I eller eksisjon/type II (4,1 prosent). Kirkens Nødhjelp (2004) oppgir at kjønnslemlestelse type II er lite praktisert i Eritrea.

Demographic and Health Survey 2002 skiller ikke mellom type I og II. Det blir heller ikke gjort i tabellen under. Ifølge Worku Zerai-studien fra 2003 (Zerai 2003), praktiserte 36 prosent type I/II, hvorav type II kun utgjorde 4 prosent.¹⁸

Hvilken type kjønnslemlestelse som praktiseres, korrelerer med variabler som foreldres inntekt, bosted og grad av utdanning. Infibulasjon eller kjønnslemlestelse av type III er mest utbredt på landsbygda, blant de med lavest inntekt og utenfor Asmara. I Zoba Maekel og Debub (Region Sør) er infibulasjon relativt sett sjeldnere enn i de regionale sonene for øvrig, hvor infibulasjonsraten er svært høy. Kvinners alder påvirker i liten grad typen kjønnslemlestelse de er utsatt for.

I tabellen under presenteres den prosentvise fordelingen av ulike typer kjønnslemlestelse blant kvinner slik situasjonen fremstod i 2002. Fordelingen er sortert på variablene ruralt/urbant bosted, alder, regional tilhørighet og inntekt (basert på National Statistics and Evaluation Office & ORC Macro 2003). Kvinner med ukjent type kjønnslemlestelse er ikke inkludert.

¹⁷ *Demographic and Health Survey 2002* bruker ikke type I-IV i sin kategorisering av kjønnslemlestelsesformer, men betegnelsene "flesh removed" (type I/II), "sewn closed" (type III) og "nicked, no flesh removed" (type IV).

¹⁸ Imidlertid har ikke Zerai inkludert kjønnslemlestelse type IV i sin undersøkelse. Det er uvisst hvorvidt eller hvor stor andel av det som i Zerai's studium kategoriseres som eksisjon eller klitoridektomi, ville blitt kategorisert som type IV, dersom denne typen var medregnet.

Variabel		Type I/ II	Type III	Type IV
Alder	Yngste aldersklasse (15-19 år)	4,1	33,8	49,7
	Eldste aldersklasse (45-49 år)	4,8	35,8	48,4
Rural/urban	Rural	2,3	51,5	39,1
	Byer utenom Asmara	2,3	35,1	54,8
	Asmara	11	5,5	56,4
Regional tilhørighet	Southern Red Sea	0,3	56,5	39,8
	Maekel	11	4,7	57,8
	Northern Red Sea	2,2	78,1	17,9
	Anseba	1	68,7	27,4
	Gash-Barka	1,6	63,3	32,1
	Debub	2,6	11	72,1
Inntektsklasse	Laveste 20 prosent	1,7	74,8	20,9
	Mellomste 20 prosent	2,6	42,2	46,4
	Høyeste 20 prosent	7,5	11,3	59,9
Totalfordeling		4,1	38,6	46

Ifølge Zerai (2003) har infibulasjon blitt praktisert blant 58 prosent av den eritreiske befolkningen. Imidlertid er det forskjeller i hvordan infibulasjonen har blitt utført mellom folkegrupper:

- *Afarene* kutter hele ytre deler av klitoris, og både indre og ytre kjønnslepper fjernes. Jenta bindes rundt hofter, lår og legger, og enkelte ganger rundt føttene – til sårene har grodd. Dette kan ta flere uker. Operasjonen gjentas etter hver fødsel, såkalt reinfibulasjon (Zerai 2003, s. 6).
- *Tigre* praktiserer ikke lengre total fjerning av klitoris og kjønnsleppene, ifølge Zerai. I stedet kuttes kjønnsleppene før sammensying. Kjønnslemlestelsen gjentas inntil fjerde fødsel eller lengre, avhengig av kvinnens ønsker.
- Infibulasjon blant *benamir* og *hedareb* innebærer at klitoris og indre kjønnslepper fjernes og ytre kjønnslepper sys sammen.
- Hos *kunama* fjernes klitoris og ytre kjønnslepper.

Da Zerai publiserte resultatene fra sin undersøkelse i 2003, var forekomsten av infibulasjon høyest blant følgende folkegruppene (prosentvis andel infibulasjon av totale kjønnslemlestelser i parentes): *hedareb* (95), *nara* (94), *bilen* (91), *afar* (80), *saho* (86), *kunama* (79) og *tigre* (68) (Zerai 2003, s. 14). Kirkens Nødhjelp (2004) har opplyst at type I-kjønnslemlestelser er mest utbredt blant den kristne befolkningen i høylandet.

Ifølge de tidligere undersøkelsene, har hvilken type kjønnslemlestelse kvinner selv er/har vært utsatt for, korrelert med hvilken type kjønnslemlestelse de utsetter sine døtre for. Igjen påvirker foreldrenes, særlig morens grad av utdannelse, inntektsklasse, regional tilhørighet og urbant/ruralt bosted hvilken type kjønnslemlestelse som velges for egne døtre. Mors alder er i liten grad en

påvirkningsfaktor i valg av type kjønnslemlestelse. Infibulasjon (type III) er, som hos mødrene, mest utbredt på landsbygda og blant døtrene til kvinner med lav inntekt. I Zoba Maekel og Debub er infibulasjon relativt sett sjeldnere enn i de regionale sonene forøvrig, hvor infibulasjonsraten hos jentebarn er svært høy. Ifølge 2002/2003-materialet, var sannsynligheten for at en datter til en kvinne med minimum videregående utdanning hadde vært utsatt for infibulasjon noe over 6 prosent. Til sammenlikning var det nesten 50 prosent sjanse for at datteren til en kvinne uten noen form for utdanning var infibulert.

I tabellen under presenteres den prosentvise fordelingen av type kjønnslemlestelse blant døtrene til respondentene (alle kvinner) i *Demographic and Health Survey 2002*. Kvinner og døtre med ukjent type kjønnslemlestelse er ikke inkludert.

Mors bakgrunn		Prosentandel som har minst én kjønnslemlestet datter	Type I/II	Type III	Type IV
Alder	Yngste aldersklasse (20-24 år) ¹⁹	39,8	6,2	30,2	58,5
	Eldste aldersklasse (45-49 år)	82,3	7,3	35,8	52,1
Mors type kjønnslemlestelse	Type I/II	59,3	73,5	9,4	12,1
	Type III/infibulasjon	73	3	84,3	11,7
	Type IV	64,1	2,6	2,2	93,2
	Ikke kjønnslemlestet	16,5	9,6	11,8	75,4
Ruralt/urbant bosted	Rural	64,9	4,2	46,8	46,3
	Byer utenom Asmara	64,6	5,3	32	59,6
	Asmara	50,7	13,8	3,4	69,3
Regional tilhørighet	Southern Red Sea	78,2	1,1	66,3	32
	Maekel	54,1	14	2,7	69,4
	Northern Red Sea	71,8	4,3	66	28,9
	Anseba	76,6	3,8	58,8	36,5
	Gash Barka	61,8	3,9	58,4	36,2
	Debub	56	4,3	12,1	4,4
Inntektsklasse	Laveste 20 prosent	71	2,9	67,4	28,8
	Mellomste 20 prosent	60,1	4,4	35,3	57,5
	Høyeste 20 prosent	53,6	9,6	8,9	72,1
Utdanningsgrad	Ingen utdanning	67,5	5,1	49	43
	Minimum videregående utdanning	40	10,8	6,4	74,1
Totalfordeling		62,5	5,8	37,8	52,2

3.4 HVOR GAMLE ER JENTENE NÅR DE KJØNNSLEMLESTES?

Demographic and Health Survey 2002, Zerai (2003) og kilder Landinfo snakket med i Eritrea i februar 2011, viser at kjønnslemlestelser stort sett utføres på barn før fylte

¹⁹ Den yngste aldersklassen fremstilt i *Demographic and Health Survey 2002* på dette punktet er 15-19 år. Imidlertid er det få mødre i dette intervallet og Landinfo ønsker ikke å generalisere på bakgrunn av et for lite utvalg. Derfor har vi valgt å gjengi neste aldersintervall som den yngste, representative aldersklassen.

ett år. Blant respondentene til *Demographic and Health Survey 2002*, hadde 62 prosent av de kjønnslemlestedede gjennomgått operasjonen innen de var fylt ett år. 49 prosent ble kjønnslemlestet innen åtte uker etter fødsel. Flertallet av de spurte kvinnene i Southern Red Sea-regionen, Maekel og Debub ble kjønnslemlestet innen fire uker etter fødsel. Samtidig ble én av seks på landsbasis kjønnslemlestet etter fylte fem år. Flertallet av de spurte kvinnene i Northern Red Sea-regionen, Anseba og Gash Barka ble kjønnslemlestet etter spedbarnstiden, vanligvis etter fylte fem år. Kvinner i urbane strøk ble i større grad kjønnslemlestet i ung alder sammenliknet med kvinner som vokste opp på landsbygda (National Statistics and Evaluation Office & ORC Macro 2003, s. 199).

Worku Zerai (2003, s. 15-16) har fordelt respondentenes alder ved kjønnslemlestelsestidspunktet på tilhørighet til folkegrupper. 90 prosent av *afarkvinnene*, 50 prosent av *sahokvinnene* og 48 prosent av *bilenkvinner* ble kjønnslemlestet i løpet av første leveuke. 59 prosent av *kunamakvinnene* ble kjønnslemlestet da de var mellom ett og fire år, mens 40 prosent ble kjønnslemlestet etter fylte fem år. 50 prosent av *hidarebkvinnene*, 42 prosent av *nara* og 31 prosent av *tigre* ble kjønnslemlestet etter fylte fem år og før 15-årsdagen.

I tabellen under, som er basert på funnene fra *Demographic and Health Survey 2002*, sammenliknes voksne kvinners alder på kjønnslemlestelsestidspunktet med alderen til respondentenes døtre da de ble kjønnslemlestet. Det skilles også mellom yngre og eldre kvinner. Dette gjøres for å se etter endring over tid. Tallene viser den prosentvise fordelingen blant kvinner som kjente til dette tidspunktet for egen eller sine døtres del (National Statistics and Evaluation Office & ORC Macro 2003, s. 200-203).

Bakgrunn/aldersspenn		Alder, kjønnslemlestelsestidspunkt						
		< 8 dager	8-30 dager	1-2 måneder	2-11 måneder	1-2 år	3-4 år	> 5 år
Kvinner	Alle aldre	17,5	18,8	12,4	13,5	4,8	8	16,2
	45-49 år	23	21,7	12,9	9,6	2,5	7,5	14,5
	15-19 år	13,7	17,4	13,4	19,2	6,9	6,9	14,3
Døtre	Total	15	22	14	18	8	10	14

Tabellen viser at andelen jenter i de yngre aldersgruppene som ble kjønnslemlestet i løpet av sin første leveuke er langt lavere enn for kvinner i alderen 45-49 år. Samtidig er det også en merkbar økning i andel jenter som kjønnslemlestes mens de er mellom to måneder og to år. Den samme tendensen, dog noe svakere, gjelder for andelen jenter som kjønnslemlestes i aldersspennet tre til fire år. Andelen jenter som kjønnslemlestes etter fylte fem år er stabil over tid.

En internasjonal kilde Landinfo snakket med i Sudan i februar 2011, opplyste at *tigrinjaer* utfører kjønnslemlestelse type I umiddelbart etter fødsel, mens *tigre* utfører kjønnslemlestelse ved fem til sju års alder.

3.5 HVEM ER OMSKJÆRERNE?

Færre enn 1 prosent av kjønnslemlestelsene i Eritrea utføres av medisinsk personell. 84 prosent av respondentene i *Demographic and Health Survey 2002* opplyste at tradisjonelle omskjærere utførte deres kjønnslemlestelse, mens 8 prosent ble omskåret av tradisjonelle fødselshjelpere. Sistnevnte utførte i større grad de

alvorligste formene for kjønnslemlestelse (National Statistics and Evaluation Office & ORC Macro 2003, s. 200-201).

3.6 LOVERK

Alle former for kjønnslemlestelse av jenter ble forbudt i Eritrea i 2007 (Proclamation 158/2007). Artikkel fire omhandler straffnivået for brudd på denne loven med følgende paragrafer:

1. *Whosoever performs female circumcision shall be punishable with imprisonment of two to three years and a fine of five to ten thousand (5,000.00 to 10,000.00) Nakfa²⁰. If female circumcision causes death, imprisonment shall be from five to ten years.*
2. *Whosoever requests, incites or promotes female circumcision by providing tools or by any other means shall be punishable with imprisonment of six months to one year and a fine of three thousand (3,000.00) Nakfa.*
3. *Where the person who performs female circumcision is a member of the medical professions, the penalty shall be aggravated and the court may suspend such an offender from practicing his/her profession for a maximum period of two years.*
4. *Whosoever, knowing that female circumcision is to take place or has taken place, fails, without good cause, to warn or inform, as the case may be, the proper authorities promptly about it, shall be punishable with a fine of up to one thousand (1,000.00) Nakfa.*

3.6.1 Håndhevelse av lovverk

Til tross for et tydelig lovverk mot kjønnslemlestelse av jenter, ble lovverket trolig lite håndhevet da det først trådte i kraft i 2007. En representant for en internasjonal organisasjon (internasjonal organisasjon 3, samtale i Asmara 2013) og en eritreisk advokat Landinfo møtte i Eritrea i februar 2011, ga vage antydninger om at straffeforfølgelse hadde skjedd, men ingen kunne vise til konkrete saker eller straffutmålinger. Situasjonen er nå endret. Tilnærmet 250 saker skal være ført for retten. Det er utplassert en type sikre "postbokser", hvor skriftlig informasjon og tips om lovbrudd kan innleveres. Informasjonen fra nevnte bokser skal i flere sammenhenger ha dannet grunnlaget for rettsaker (diplomatisk kilde, e-post 2012).

3.7 HOLDNINGSSKAPENDE ARBEID

Det kan synes som om myndighetene har valgt ulike strategier for holdningsendring før og etter implementering av nytt lovverk. Før 2007 ble det brukt forholdsvis store ressurser på folkeopplysning ved bruk av plakater, filmer og samtaler med eldrerepresentanter. Etter at loven trådte i kraft, ble utskrifter av den delt ut over store deler av landet. Såkalte overvåkingskomiteer ble opprettet, bestående av medlemmer fra National Union of Eritrean Women (NUEW)²¹ og tidligere

²⁰ 1000 nakfa (ERN) tilsvarer omtrent 497 NOK per 24. mai 2013.

²¹ NUEW er en nasjonal kvinneorganisasjon som ble startet av Eritrean People's Liberation Front. EPLF skiftet senere navn til People's Front for Democracy and Justice (PFDJ).

omskjærere. Overvåkingskomiteene overvåker landsbyer og tar i mot anonyme tips om praktisering av kjønnslemlestelse. Komiteene har ikke eksistert over hele landet, men i bruk der de har vært tilgjengelige (diplomatisk kilde, e-post 2012).

Etter 2007 har myndighetene også mobilisert 400 religiøse ledere på tvers av alle (godkjente) trossamfunn over hele landet for at de skulle fordømme kjønnslemlestelse. I tillegg har myndighetene utviklet og kringkastet 20 radiosekvenser på ni forskjellige lokalspråk for ytterligere å øke bevisstheten rundt praksisens skadelige virkninger (leder av eritreisk organisasjon, samtale i Eritrea i februar 2011; eritreisk advokat, samtale i Eritrea i februar 2011; UNHCR 2011, s. 29, fotnote 224). Kirkens Nødhjelp, som ikke lenger har myndighetenes tillatelse til å arbeide i Eritrea, arbeidet tidligere i Eritrea med å engasjere tidligere omskjærere og religiøse ledere i kampen mot kjønnslemlestelse.²²

NUEY (National Union of Eritrean Youth), som er tilknyttet myndighetene i landet, har vært aktivt med på å spre informasjon og bevisstgjøre eritreere om FGM (NUEY, samtale januar/februar 2013).

Det er ikke blitt offentliggjort noe statistisk materiale de seneste årene, og derfor kan man heller ikke si noe sikkert om graden av innvirkning myndighetenes innsats mot kjønnslemlestelse i praksis har hatt.

En velinformert representant for en eritreisk organisasjon som Landinfo møtte i Eritrea i februar 2011, mente at myndighetenes innsats bare i begrenset grad hadde påvirket omfanget av kjønnslemlestelsespraksisen i Eritrea. I 2013 derimot var det velinformerte kilder som hevdet at nettopp lovverket og myndighetenes adressering av FGMs negative virkninger var en viktig årsak til at antall kjønnslemlestelser blant jenter og unge kvinner trolig har gått ned (se punkt 3.1).

3.8 HOLDNINGER TIL FORTSATT PRAKSIS

I 1995, da National Statistics and Evaluation Office & ORC Macro utførte den første Demographic and Health Survey, svarte 38 prosent av de spurte kvinnene at de ønsket at kjønnslemlestelsespraksisen skulle opphøre.

I *Demographic and Health Survey 2002* var dette tallet økt til 49 prosent på landsbasis. Motstanden mot kjønnslemlestelsespraksisen har i denne perioden økt på tvers av variabler knyttet til alder, bosted, utdanning og inntekt. Eksempelvis økte motstanden mot kjønnslemlestelse fra 28 til 37 prosent blant kvinner på landsbygda, og fra 15 til 26 prosent blant kvinner i Gash-Barka. 86 prosent av kvinnene som ikke selv er kjønnslemlestet ønsker å avskaffe praksisen, mot 24 prosent av kvinnene som er utsatt for kjønnslemlestelse type III. 81 prosent av kvinnene med minimum videregående utdanning støtter avskaffelsen av kjønnslemlestelse, mot 30 prosent av kvinnene uten noen form for utdanning. Motstanden mot kjønnslemlestelse avtar med respondentenes alder. Imidlertid er det verdt å merke seg at holdningsendring ikke automatisk leder til praksisendring (National Statistics and Evaluation Office & ORC Macro 2003, s. 206).

²² Internasjonale private organisasjoner har ikke lenger tillatelse til å arbeide i Eritrea.. Kirkens Nødhjelps (KN) var den siste av norske organisasjoner som avsluttet sitt engasjement i 2012. Eritrea ønsker ikke internasjonale private organisasjoners støtte, og har i praksis hindret og overvåket nevnte organisasjoner arbeid.

Til sammeligning, skal hele 61 prosent av respondentene i Worku Zerai undersøkelse av 2003 (Zerai 2003) ha ønsket at kjønnslemlestelsespraksisen skulle *fortsette*. Holdningene til kjønnslemlestelse varierte ikke signifikant med respondentenes etniske tilhørighet, med unntak for tigrinyaer. Blant tigrinya ønsket bare 31 prosent at praksisen skulle fortsette.

Ifølge Kirkens Nødhjelp (2004) har noen religiøse ledere vært sentrale hindere i kampen mot kjønnslemlestelse, ettersom noen muslimske ledere fortsetter å promotere kjønnslemlestelse type I.

I 2010 skal 90,5 prosent av kvinnene og 91,3 prosent av mennene i urbane områder ha svart negativt på spørsmålet om praksisen skulle fortsette (diplomatisk kilde, e-post 2012).²³

3.8.1 Muligheter til å unngå kjønnslemlestelse

I teorien skal begge foreldrene godkjenne at barnet deres utsettes for kjønnslemlestelse. Ifølge eritreiske kilder Landinfo snakket med i februar 2011, vil både naboer og øvrig familie utgjøre viktige påvirkningsfaktorer, og faren vil ofte ikke blande seg inn i praksis. Bestemødre er ofte de sterkeste pådriverne for at jentebarn skal kjønnslemlestes. Flere påpekte også i samtale med Landinfo at bestemødre i mange tilfeller utfører inngrepet på sine barnebarn uten foreldrenes samtykke.

Ifølge undersøkelsen *Demographic and Health Survey 2002*, opplevde 95 prosent av kvinnene med minst én kjønnslemlestet datter aldri at noen protesterte mot kjønnslemlestelsen av den yngste datteren (National Statistics and Evaluation Office & ORC Macro 2003, s 204).

Fortsatt vil bruk av lovverket og aktivt arbeid mot kjønnslemlestelse være viktig. Åpenhet om problemet og større kunnskap om hva kjønnslemlestelse innebærer vil ytterligere kunne redusere praksisen i årene framover.

²³ Urbane områder utenom Asmara og noen få andre byer i Eritrea vil trolig ikke kvalifisere til urban status internasjonalt.

4. REFERANSER

Skriftlige kilder

- Kirkens Nødhjelp (2004). *Behind the curtains of agony: Combating female genital mutilation in Eritrea*. Oslo: Kirkens Nødhjelp.
Ikke tilgjengelig hos Landinfo
- National Statistics and Evaluation Office [Eritrea] & ORC Macro (2003, mai). *Eritrea: Demographic and Health Survey 2002*. Calverton, Maryland: National Statistics and Evaluation Office & ORC Macro. Tilgjengelig fra <http://www.measuredhs.com/pubs/pdf/FR137/FR137.pdf> [lastet ned 14. mai 2013]
- National Statistics Office [Eritrea] & Macro International Inc. (1997). *Eritrea: Demographic and Health Survey 1995*. Calverton, Maryland: National Statistics Office & Macro International Inc. Tilgjengelig fra <http://www.measuredhs.com/publications/publication-FR80-DHS-Final-Reports.cfm> [lastet ned 14. mai 2013]
- [Proclamation 158/2007] (2007, 20. mars). *A Proclamation to Abolish Female Circumcision*. Asmara: Government of Eritrea. Tilgjengelig fra <http://www.unhcr.org/refworld/docid/48578c812.html> [lastet ned 14. mai 2013]
- Shell-Duncan, B. & Hernlund, Y. (2000). Female "circumcision" in Africa: dimensions of the practice and debates. I: Shell-Duncan, B. & Hernlund, Y. (Red.), *Female "Circumcision" in Africa: Culture, controversy and change*. Boulder, CO: Lynne Rienner, 1-40.
- UNHCR (2011, april). *UNHCR Eligibility guidelines for assessing the international protection needs of asylum-seekers from Eritrea*. Geneve: UNHCR. Tilgjengelig fra <http://www.unhcr.org/refworld/pdfid/4d4fe0ec2.pdf> [lastet ned 14. mai 2013]
- UNICEF (2005). *Changing a harmful social convention: female genital mutilation/cutting*. Firenze: UNICEF. Tilgjengelig fra http://www.unicef-irc.org/publications/pdf/fgm_eng.pdf [lastet ned 14. mai 2013]
- U.S. Department of State (2011, 8. april). *2010 Human Rights Report: Eritrea*. Washington, D.C.: U.S. Department of State. Tilgjengelig fra <http://www.state.gov/g/drl/rls/hrrpt/2010/af/154345.htm> [lastet ned 13. mai 2013]
- Verdensbanken (u.å.). *Eritrea: Country Brief*. Washington, D.C.: Verdensbanken. Tilgjengelig fra <http://web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/COUNTRIES/AFRICAEXT/0,,contentMDK:20196467~pagePK:146736~piPK:226340~theSitePK:258644,00.html> [lastet ned 13. mai 2013]
- WHO (2011, mai). *World Health Statistics 2011*. Geneve: WHO. Tilgjengelig fra http://www.who.int/whosis/whostat/EN_WHS2011_Full.pdf [lastet ned 13. mai 2013]
- WHO (2012). *World Health Statistics 2012*. Geneve: WHO. Tilgjengelig fra http://who.int/gho/publications/world_health_statistics/2012/en/ [lastet ned 3. mai 2013]
- WHO (2010, februar). *Female genital mutilation, Fact sheet N°241*. Geneve: WHO. Tilgjengelig fra <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs241/en/index.html> [lastet ned 3. mai 2013]
- WHO et al. (2008). *Eliminating Female genital mutilation. An interagency statement*. Geneve: WHO. Tilgjengelig fra http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241596442_eng.pdf [lastet ned 6. mai 2013]
- WHO Study group, dvs. WHO Study group on female genital mutilation and obstetric outcome (2006, 3. juni). *Female genital mutilation and obstetric outcome: WHO collaborative prospective study in six African countries*. Geneve: WHO. Tilgjengelig fra

<http://www.who.int/reproductivehealth/publications/fgm/fgm-obstetric-study-en.pdf> [lastet ned 6. mai 2013]

- Zerai, W. (2003, april). *A study on female genital mutilation in Eritrea*. Asmara: Ministry of Health. Tilgjengelig fra http://www.stopfgm.net/dox/worku_zerai_fgm_eritrea_2003.pdf [lastet ned 13. mai 2013]

Muntlige kilder

- Diplomatsk kilde. E-post 6. desember 2012.
- Eritreiske kilder. Samtaler i Asmara 2011.
- Eritreisk advokat. Samtale i Asmara, februar 2011.
- Internasjonal organisasjon 1. Samtale i Asmara, januar/februar 2013.
- Internasjonal organisasjon 2. Samtale i Asmara, januar/februar 2013.
- Internasjonal organisasjon 3. Samtale i Asmara, februar 2011.
- Leder av eritreisk organisasjon. Møte i Eritrea, februar 2011.
- NEUY National Union of Eritrean Youth. Samtale i Asmara, januar/februar 2013.
- Representant for internasjonal organisasjon. Møte i Sudan, februar 2011.
- Tidligere ansatt i privat internasjonal organisasjon. Samtale i Asmara, januar/februar 2013.