

Temanotat

Kvinnelig kjønnslemlestelse i Sudan og Somalia



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

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

© Landinfo 2008

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

SUMMARY

Kjønnslemlestelse av kvinner er svært utbredt i både Somalia og Sudan. Over 90 prosent av alle jenter i Somalia utsettes for den mest omfattende formen, det vil si infibulering, og i Nord-Sudan er andelen tilsvarende. Denne praksisen begrunnes med religion, tradisjon og seksualmoral, og på tross av opplysningsvirksomhet og holdningskampanjer skjer endringer svært langsomt. Praksisen er først og fremst et kvinneanliggende, men menn bærer et betydelig ansvar. 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.

SAMMENDRAG

Female Genital Mutilation is very common in Somalia and Sudan. More than 90 percent of girls in Somalia are subjected to the most severe form, i.e. infibulation, and in North-Sudan the percentage is more or less the same. 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 there might be some signs of change. Even though the practice seems to be preserved by women, men carry a great responsibility. In societies where women have few options and marriage to a large extent is an economical necessity, marriageability is an important issue.

INNHold

1. Innledning	5
2. Kjønnsmlestelse i Sudan	7
2.1 Utbredelse og form	7
2.2 Hva er begrunnelsen for kjønnsmlestelse i Sudan?	9
2.2.1 <i>Kjønnsmlestelse – hvem tar beslutningen?</i>	9
2.3 Når blir kjønnsmlestelse utført?.....	9
2.4 Reinfibulering	9
2.5 Hvem utfører kjønnsmlestelse?	10
2.6 Holdninger til kjønnsmlestelse	10
2.7 Muligheter til beskyttelse mot kjønnsmlestelse	11
2.7.1 <i>Lovverk mot kjønnsmlestelse</i>	11
2.7.2 <i>Håndhevelse av eventuelt lovverk</i>	11
2.7.3 <i>Sosiale sanksjoner mot dem som ikke er omskåret og/eller deres foreldre?</i>	12
2.8 Trusler mot aktivister.....	12
3. Kjønnsmlestelse i Somalia	13
3.1 Utbredelse og form	13
3.2 Hva er begrunnelsen for denne tradisjonen i Somalia?	13
3.3 Når blir kjønnsmlestelse utført?.....	13
3.4 Reinfibulering.....	13
3.5 Hvem utfører kjønnsmlestelse?	14
3.6 Holdninger til kjønnsmlestelse	14
3.7 Muligheter til beskyttelse mot FGM	15
3.7.1 <i>Lovverk mot kjønnsmlestelse</i>	16
3.8 Sosiale sanksjoner mot dem som ikke er omskåret og/eller deres foreldre?	16
4. Referanser	17

1. INNLEDNING

I dette notatet brukes begrepet kjønnslemlestelse, som er parallelt med det engelske begrepet *female genital mutilation* (FGM) som er i tråd med norsk lovverk. Dette 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; foredrag av Barre mars 2008). 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 (foredrag av Barre 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.¹ Inngrepet utføres stort sett av tradisjonelle omskjærere uten helseutdannelse. 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 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 seksualliv i bred forstand, men det er også flere ulike begrunnelser for å utføre og opprettholde denne praksisen, se for øvrig Landinfos temanotat fra 2007, *Kvinnelig kjønnslemlestelse i Vest-Afrika* (Landinfo 2007).

Type II eller fjerning av klitoris står for ca. 80 prosent av alle inngrep i Afrika. Mellom 80 og 90 prosent av somaliske og sudanske kvinner har gjennomgått infibulering eller type III inngrep.

Denne formen for kjønnslemlestelse utgjør imidlertid bare 15 prosent av sakene i Afrika generelt. Etniske somaliere i Kenya og Etiopia praktiserer også infibulering (World Bank & UNFPA 2004).

¹ 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 sammensying 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 (Landinfo 2007).

Forekomsten av kjønnslemlestelse i Afrika er for øvrig like variert som kontinentets ulike kulturer og varierer fra 5 prosent i Den demokratiske republikken Kongo til anslagsvis 98 prosent i Somalia (World Bank & UNFPA 2004).

2. KJØNNSLEMLESTELSE I SUDAN

Forskning og undersøkelser i forbindelse med 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 anti-FGM-aktivitetene 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. Det kan spores visse positive endringer, men det synes først og fremst å ta form av en overgang fra infibulering til klitoridektomi (Almroth et al. 2001).

2.1 UTBREDELSE OG FORM

Man antar at 89 prosent av nordsudanske kvinner i aldersgruppen 15-49 år har blitt utsatt for kjønnslemlestelse (Unicef 2000; SNCTP 2000). En demografi- og helseundersøkelse foretatt blant 5 860 kvinner i Sudan i årene 1996-2000 av svenske Redd Barna og Sudan National Committee on Traditional Practices (SNCTP), viste at 91 prosent av kvinnene på landsbygda og 89 prosent av kvinnene i byer hadde vært utsatt for kjønnslemlestelse.² Ifølge Dr. Nahid Jabrallah, koordinatoren for det sudanske nettverket mot kjønnslemlestelse, foreligger for øvrig en nasjonal strategi mot kjønnslemlestelse for 2008-2018, og målet der er nullforekomst i 2018 (intervju mai 2008).³

Det er hovedsakelig infibulering (*khifad firuni* er den sudansk-arabiske benevnelsen) som utføres, og anslagsvis 74 prosent av sudanske kvinner er infibulerte. Dette innebærer fjerning av deler av eller alle ytre kjønnsdeler, og sammensying av vaginalåpningen (Unicef 2000; SNCTP 2000).

Det minst omfattende inngrepet, *sunna (gata al-bazr* er den sudansk-arabiske benevnelsen), utføres på ca. 22 prosent av jentene og en ”mellomløsning” foretas på 2 prosent (Unicef 2000). Typen kjønnslemlestelse som utføres varierer også avhengig av religiøs tilhørighet. Ifølge Unicef (2000.) er infibulering vanligst blant muslimske kvinner (83 prosent sammenlignet med 27 prosent kristne). Sunna praktiseres hovedsakelig blant kristne (46 prosent). 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).

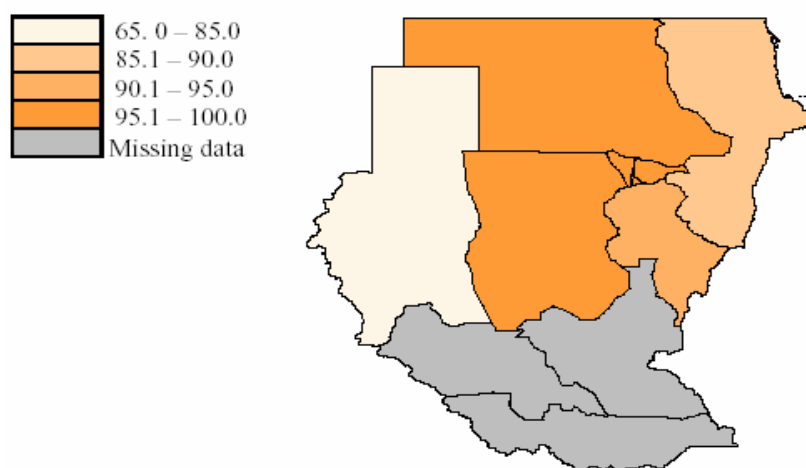
Forekomsten varierer riktignok etter regionale og etniske skillelinjer, men kjønnslemlestelse som tidligere i hovedsak ble praktisert blant (arabiske) kvinner i Nord-Sudan, og særlig i Nildalen nord for Khartoum, har spredt seg til enkelte andre

² I henhold til Household Health Survey fra 1999 var forekomsten 69,4 %. Det er en betydelig forskjell fra andre oppgitte tallanslag, men tall og statistikk er i mange sammenheng politisk følsomt eller farget.

³ 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.

sudanske folkegrupper som tradisjonelt ikke har praktisert kjønnslemlestelse. Dette skyldes ikke minst kulturell påvirkning fra de gruppene som har høy prestisje i samfunnet (Berggren et al. 2006). Sørsudanske migranter og flyktninger i Nord-Sudan har for eksempel begynt å praktisere kjønnslemlestelse, og skikken har gradvis spredt seg blant ulike folkegrupper i vestlige og sørlige deler av landet. Koordinatoren for nettverket mot kjønnslemlestelse, Nahid Jabrallah bekreftet dette bildet i møte med Landinfo i mai 2008.⁴ Migranter og internt fordrevne fra Sør-Sudan bosatt i nord overtar en rekke andre nordlige kulturtrekk som klesdrakt, hudbleking, osv. Men påvirkningen i forhold til kjønnslemlestelse skjer ifølge Jabrallah i liten grad på grunn av ekteskap mellom kvinner fra sør og nordsudanske menn. Slike ekteskap er uvanlig på grunn av rasismen man finner blant nordsudanere (og først og fremst Nildal-arabere).

Man regner med at forekomsten er på ca. 65 prosent i Darfur og 87 prosent i Øst-Sudan (Unicef 2000).⁵ Man har imidlertid ingen estimater for utbredelsen av kjønnslemlestelse i Sør-Sudan. 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 det foreligger foreløpig få resultater.



Figur 1, kilde: Unicef

⁴ Dr. Jabrallah opplyste for øvrig 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 Ifølge MSF-Belgia er utbredelsen av type III i Red Sea State rundt 85 %. MSF konsentrerer seg særlig om beja-gruppene i Red Sea State. Blant bejaene utføres vanligvis kjønnslemlestelse i løpet av første leveår. I lavere sosiale lag er praksisen nær universell, men også her er det en tendens til at folk går bort fra type III og over til type I. 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 (intervju mai 2008).

2.2 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 2005:14)

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).

2.2.1 Kjønnslemlestelse – hvem tar beslutningen?

Press i forhold til kjønnslemlestelse kommer som regel innenfra familien, og det forekommer at andre familiemedlemmer enn foreldrene får utført kjønnslemlestelse. Særlig gjelder dette med jentebarn som bor hos besteforeldre, og hvor den ene av foreldrene ønsker at inngrepet skal gjøres (Jabrallah, intervju 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 i forhold til bruk av hijab, klesstil, osv. Det er imidlertid uhøflig å spørre om noen er kjønnslemlestet når de er over en viss alder.

2.3 NÅR BLIR KJØNNSLEMLESTELSE UTFØRT?

Studier foretatt i Sudan indikerer at 86 prosent av kvinnene hadde gjennomgått kjønnslemlestelse før de var 10 år. 74 prosent var i alderen 5-9 år da inngrepet ble utført (SNCTP 2001). Inngrepet utføres vanligvis i tiden april til juli da 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, Jabrallah mai 2008).

Det er svært få rapporteringer om kjønnslemlestelse utført på babyer. Ett unntak er beja-stammen i Øst-Sudan som utfører kjønnslemlestelse på spedbarn fram til de er to-tre måneder (SOAT 1999).

2.4 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 prosent 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).

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 medsøstere, særlig fra kvinnelige slektninger og 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.

2.5 HVEM UTFØRER KJØNNSLEMLESTELSE?

Ifølge Unicef (2000) utgjør såkalte tradisjonelle fødselshjelpere over 60 prosent av dem som utfører kjønnslemlestelse, mens ca. 35 prosent er jordmødre. Under én prosent er leger. 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 før, under og 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.).

2.6 HOLDNINGER TIL KJØNNSLEMLESTELSE

En omfattende demografi- og helseundersøkelse foretatt blant mer enn 5 000 kvinner i 1989/90 (Unicef 2000), viser at de i varierende grad støtter opprettholdelsen av denne praksisen.

79 prosent av kvinnene i aldersgruppene 15-49 år var for å opprettholde skikken. Blant bybefolkningen var andelen 70 prosent, men den var ca. 80 prosent i rurale områder, med andre ord ingen dramatisk forskjell mellom by og land. Utdannelsesnivå derimot ga et langt sterkere utslag i holdninger til FGM. 80 prosent av kvinnene uten skolegang eller med utdanning på grunnskolenivå, var for å opprettholde praksisen, men bare 40 prosent av kvinnene med videregående utdanning delte denne holdningen.

Fordelingen med hensyn til type inngrep var ganske jevnt fordelt – 48 prosent av kvinnene mente at sunna var å foretrekke (dette var hovedsakelig kristne kvinner), mens 46 prosent var for infibulering.

Undersøkelsen viste altså forskjeller avhengig av region, religion og utdannelsesnivå.

Støtten til FGM var lavest blant kvinner fra Darfur (67 prosent) og Khartum (68 prosent), og sterkest blant kvinner fra sentrale deler av landet (86 prosent) og Kordofan (90 prosent).

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 ..

En anonym spørreundersøkelse blant 414 universitetsstudenter⁶ i Khartum i 2000 viste at ca. 56 prosent av de spurte kvinnene var omskåret. Selv om noe i overkant av 8 prosent av de kvinnelige studentene mente at kjønnslemlestelse var viktig i forbindelse med ekteskap, opplyste nesten 75 prosent 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. 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 som mannlig omskjæring er religiøst påkrevd). Da Jabrallahs egen datter var 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, slik de som utfører kjønnslemlestelse gjør for å feire inngrepet.

2.7 MULIGHETER TIL BESKYTTELSE MOT KJØNNSLEMLESTELSE

2.7.1 Lovverk mot kjønnslemlestelse

Sudan var det første afrikanske landet som innførte lovgivning mot kjønnslemlestelse i 1946, da et tillegg til straffeloven 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. Denne strafferammen ble redusert til fem år i 1974 (SOAT 1999). Dagens straffelov omtaler imidlertid ikke kjønnslemlestelse, men straffelovens bestemmelser om "fysisk skade" kan muligens omfatte kjønnslemlestelse (US Department of State 2001). 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 lovforbud, og dermed er det vanskelig å ta saker til rettsapparatet.⁷

Nettverket mot kjønnslemlestelse driver lobbyvirksomhet for å få et lovforbud, og har på oppfordring fra myndighetene utarbeidet et lovforslag. Forslaget er ferdigstilt av komiteen som har utarbeidet det, men den politiske prosessen med å få det gjennom ministerrådet og parlamentet er så vidt begynt.

2.7.2 Håndhevelse av eventuelt lovverk

Ifølge amerikanske myndigheter skal det være tilfeller hvor "omskjærere" blitt arrestert, men det gis ikke nærmere informasjon om dette. Utfallet av en sak fra 1992 der FGM skal ha blitt behandlet i forhold til lovgivningen om fysisk skade, er heller ikke kjent (US State Department 2001). I møte med Landinfo i mai 2008 ga Nahid Jabrallah imidlertid ett eksempel på bruk av rettsapparatet. En skilt kvinne fikk vite

⁶ Spørreskjema ble delt ut til 500 tilfeldig valgte studenter i juli 2000.

⁷ Dr. Jabrallah redegjorde for at det også finnes helsepersonell som arbeider for kjønnslemlestelse, blant annet en fødselslege som har skrevet bok sammen med flere andre hvor hun propaganderer for kjønnslemlestelse, og hevder at såkalt sunna-omskjæring er i tråd med shari'a.

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.

2.7.3 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 ekteskaps-sammenheng. Kvinners 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.

2.8 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.

3. KJØNNSLEMLESTELSE I SOMALIA

3.1 UTBREDELSE OG FORM

80-98 prosent av alle somaliske kvinner har vært utsatt for infibulering, dvs. fjerning av deler av eller alle ytre kjønnsdeler, og sammensyning av vaginalåpningen (World Bank & UNFPA 2004).

Enkelte kilder (møte COSPE 2007) mener at det vært en endring fra infibulering til sunna de senere årene, men det er vanskelig å vite med sikkerhet hvor omfattende en slik endring eventuelt er. Blant benadirbefolkningen⁸ i kystområdene er sunna vanlig. Blant disse gruppene utføres inngrepet ved fødselen (ibid.).

3.2 HVA ER BEGRUNNELSEN FOR DENNE TRADISJONEN I SOMALIA?

I Somalia er dette ikke en overgangsrite som markerer overgangen fra barn til voksen, men en praksis knyttet til tradisjon og forestillinger om renhet, jomfruelighet og kontroll av uønsket seksualitet.

3.3 NÅR BLIR KJØNNSLEMLESTELSE UTFØRT?

Jentene utsettes for inngrepet når de er mellom fem og åtte år gamle.

En undersøkelse som ble foretatt i Awdal-distriktet i Nordvest-Somalia (Somaliland) og Mandera-distriktet i Nordøst-Kenya bekreftet at kjønnslemlestelse utføres på piker i aldersgruppen 5-8 år (World Bank & UNFPA 2004). Disse funnene støttes av andre undersøkelser, blant annet har alle piker i aldersgruppen 6-8 år som begynner på skolen i Puntland ifølge lokale NGOer gjennomgått infibulering (ibid.). Men ifølge COSPE (møte 2007) utføres kjønnslemlestelse senere på jenter i og fra den somaliske diasporaen, muligens kan kvinnene være i tyveårsalderen.

3.4 REINFIBULERING

Det er svært lite informasjon om forekomsten av reinfibulering blant somaliske kvinner. Enkelte kilder viser på generelt grunnlag til at kvinnene etter fødsler reinfibuleres (US State Department 2001), men ifølge en studie (Johansen 2002) foretatt blant somaliske kvinner i Norge, er det ikke grunnlag for å hevde at reinfibulering er vanlig etter fødsler eller skilsmisser. Dette synet støttes også av andre somaliske kilder (foredrag av Barre mars 2008). Det er imidlertid ifølge Johansen (2002) rykter om at enkelte klaner praktiserer reinfibulering, og det hevdes også at reinfibulering for øvrig bare utføres etter den første fødselen, og da vanligvis bare delvis.

⁸ Benadir-befolkningen som består av en rekke ulike grupper, lever hovedsakelig i kystbyene Mogadishu, Merka og Brava, og er av arabisk, asiatisk og muligens portugisisk avstamning. Selve navnet Benadir referer til kystområdet ved Mogadishu. Fellesbenevnelsen benadir på disse minoritetsgruppene er imidlertid av nyere opprinnelse. Benadir-medlemmene som bor i Mogadishu kalles rer Hamar (folket fra Hamar, dvs Mogadishu). Benadir-medlemmer fra Merka omtales som rer Merka, og benadir-medlemmer fra byen Brava kalles barawaer eller rer Brava.

3.5 HVEM UTFØRER KJØNNSLEMLESTELSE?

Det er stort sett tradisjonelle omskjærere, *guddaay*, som utfører inngrepet. Men antallet profesjonelle helsearbeidere som utfører kjønnslemlestelse er økende (World Bank 2004). Ifølge Verdensbankens undersøkelse (ibid.) utfører de fleste medlemmene av Professional Nursing Association i Mogadishu en mer begrenset kjønnslemlestelse mot betaling. De motarbeider også virksomheten til de tradisjonelle omskjærerne og infibuleringspraksisen.

Komplikasjonene som ofte oppstår etter infibulering har også fått flere familier til å bruke helsepersonell til å utføre inngrepene. Medikaliseringen av inngrepet begynte ifølge Verdensbanken (WB 2004) allerede ved Somalias uavhengighet da en libanesisk lege begynte å utføre disse inngrepene ved Martini-sykehuset i Mogadishu.⁹

3.6 HOLDNINGER TIL KJØNNSLEMLESTELSE

Selv om opprinnelsen til kjønnslemlestelse er uklar, har befolkningsgruppene og samfunnene som praktiserer denne skikken sammenfallende ”mentale kart” og begrunnelser for å opprettholde skikken. Disse begrunnelsene spenner fra religiøse forestillinger til ideer om renhet, skjønnhet og estetikk.

En studie utført av WHO som omfattet 1 744 kvinner i aldersgruppen 15-49 år i Nordøst- og Nordvest-Somalia, viste at 90 prosent av kvinnene foretrakk at man videreførte denne skikken (World Bank & UNPFA 2004). En annen studie gjennomført i distriktet Awdal i Nordvest-Somalia (Somaliland) og blant somaliere i Mandera-distriktet i Kenya viste at mer enn halvparten¹⁰ av de spurte ville at døtrene deres skulle omskjæres (ibid.).

Studien fra Awdal-distriktet viste også at 36 prosent av de spurte mente at kjønnslemlestelse hadde kulturelle og religiøse fordeler, men 42 prosent delte ikke en slik oppfatning. 12 prosent mente at denne skikken forhindret sex før ekteskapet og 16 prosent ga uttrykk for at skikken fremmet skjønnhet.

Begge studiene synliggjorde at over halvparten av de rurale og nomadiske respondentene mente at kjønnslemlestelse var et krav i islam. Blant byboerne var prosentandelen lavere.

⁹ Ulike begrep i tilknytning til FGM i Somalia:

Halalayn: renselse, et begrep som også brukes om omskjæring (alle former). Dette begrepet indikerer at den som ikke er omskjært er både fysisk og mentalt uren og derfor må renses.

Gudniin Fadumo: Fadumas’ omskjæring. Profeten Muhammads datter Fatima (Fadumo på Somali) påståtte omskjæring som henviser til infibulering eller faraonisk type kjønnslemlestelse. Det er imidlertid ingen indikasjoner på at noen av Profetens døtre ble utsatt for omskjæring.

Gudniinka fircooniga ah: faraonisk omskjæring, det vil si infibulering eller type III.

¹⁰ 73 % bosatt i rurale områder, 64 % nomader og 54 % var bosatt i by.

Tallmaterialet viser at selv om mange kvinner forstår at denne skikken er skadelig, mener de allikevel mange kvinner at den skal opprettholdes. Dette viser at problemstillingene rundt kjønnslemlestelse er svært sammensatte. I et samfunn sterkt preget av religion, tradisjon, renhetsidealer, frykt for stigmatisering og fravær av andre nettverk enn de familiære og klanmessige, er presset på mødre (og andre kvinnelige familiemedlemmer) sterkt. Dette presset utøves først og fremst av andre kvinner, men det er utvilsomt slik at mannens (og samfunnets) krav og ideal om jomfruelighet er sterkt medvirkende til disse holdningene. Ekteskapet og familien er fundamentet i samfunnet, og muligheten og frykten for å bli ekskludert fra dette fellesskapet innebærer et press.

Bybefolkningen er mer bevisst enn befolkningen på landsbygda når det gjelder problemene knyttet til kjønnslemlestelse og behovet for å motarbeide denne tradisjonen.

Det er visse tendenser til en positiv endring med hensyn til kjønnslemlestelse i Somalia. Ifølge COSPE (møte 2007) er skikken i hovedsak et kvinneanliggende og den unge generasjonen menn mellom 15-26 år ser ikke på FGM som en forutsetning for ekteskap. Mennene føyer seg ifølge enkelte somaliske kilder etter kvinnenes beslutninger, og det bør derfor være mulig for mødre å motsette seg FGM. Men Verdensbanken (World Bank & UNPFA 2004) og andre somaliske kilder (foredrag av Asha Barre 2008) understreker at mennene har et vesentlig ansvar for at denne praksisen kan fortsette. Omskjæring er for de fleste en forutsetning for ekteskapsinngåelse, og de kommende ektemennene som betaler brudeprisen, krever en omskåret hustru. Fedre spiller også en nøkkelrolle – døtrenes sjanser på ekteskapsmarkedet er dårlige hvis de ikke er omskårede og fedrene risikerer å ikke få brudeprisen.

3.7 MULIGHETER TIL BESKYTTELSE MOT FGM

Mulighetene for familier til å unngå eller hindre at døtre utsettes for kjønnslemlestelse er begrenset (møter med UNICEF 2005 og COSPE 2007). Hvis foreldrene ikke er hjemme og passer på jentene, vil andre kvinnelige familiemedlemmer sørge for at inngrepet blir utført. Ifølge COSPE (møte 2007) velger enkelte familier sunna, som er mindre omfattende. På denne måten beskytter de sine døtre mot infibulering samtidig som de unngår den sosiale stigmatiseringen som lett rammer jenter og kvinner som ikke har gjennomgått inngrepet (møter med COSPE 2007 og UNICEF 2005).

Ritualet som følger selve handlingen er en begivenhet som markeres med festligheter og det er derfor vanligvis kjent om og når en pike har gjennomgått inngrepet. De som ikke har blitt omskåret (for eksempel jenter som har levd i eksil) kan ifølge COSPE (ibid.) skjule at de ikke har gjennomgått inngrepet, inntil de gifter seg.

3.7.1 Lovverk mot kjønnslemlestelse

Det finnes ikke noe nasjonalt regelverk som forbyr FGM i dagens Somalia, men administrasjonen i Puntland¹¹ innførte lovgivning mot kjønnslemlestelse i 1999. Holdningskampanjene mot kjønnslemlestelse som ble igangsatt på begynnelsen av 1980-tallet, forsvant da regimet kollapset i 1991. I årene etter borgerkrigen har enkelte internasjonale og lokale organisasjoner deriblant National Committee Against FGM og Save Somali Women and Children (SSWC) gjenopptatt sin virksomhet i flere deler av landet. Omfanget, effektiviteten, strategiene og ikke minst lærdommene man kan trekke av disse prosjektene kan imidlertid være diskutabile (World Bank & UNPFA 2004).

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

Markeringen i forbindelse med inngrepet fører også til at lokalsamfunnet vet hvem som har gjennomgått FGM. De som ikke er infibulerte opplever erting, og de kan senere få problemer på ekteskapsmarkedet (møte med COSPE 2007).

¹¹ Puntland (Nordøst-Somalia) erklærte seg som en autonom region i august 1998.

4. REFERANSER

Skriftlige kilder

- 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. *Genital mutilation of girls in Sudan: Community- and hospital-based studies on female genital cutting and its sequelae*. Udatert. Tilgjengelig fra <http://diss.kib.ki.se/2005/91-7140-236-5/> [Nedlastet 12. mars 2008].
- 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. *Female genital mutilation in the Sudan: survey of the attitude of Khartoum university students towards this practice*. Tilgjengelig fra <http://sti.bmj.com/cgi/content/abstract/79/3/220> [Nedlastet 6. mars 2008].
- GALLO, P.G. & ABDISAMED, M. 1985. Female circumcision in Somalia: Anthropological traits. *Antropologischer Anzeiger*. 43 (4): 311-326.
- IRIN, 2003. SUDAN: Government to ban FGM. *IRIN News*, 3. september. Tilgjengelig fra <http://www.irinnews.org/report.aspx?reportid=45912> [Nedlastet 6. mars 2008].
- JOHANSEN, E.B. 2002. Pain as a counterpoint to culture: Toward an analysis of pain associated with infibulations among Somali immigrants in Norway. *Medical Anthropology Quarterly*. 16 (3):312-340.
- SNCTP, 2000. *Summary on: Female Genital Mutilation (FGM) Psycho-socio-sexual Consequences & Attitude Change in Khartoum North & East Nile Provinces*. Khartoum: Sudan National Committee on Traditional Practices. Udatert. Tilgjengelig fra <http://www.snctp.org/> [Nedlastet 7. mars 2008].
- SNCTP, 2002. *Summary on: Female circumcision survey for girls in age group (4-10) in greater Khartoum, Atbara, Elfasher and Elfula*. Khartoum: Sudan National Committee On Traditional Practices. November. Tilgjengelig fra <http://www.snctp.org/> [Nedlastet 7. mars 2008].
- 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: Sudan National Committee On Traditional Practices. Udatert. Tilgjengelig fra <http://www.snctp.org/> [Nedlastet 7. mars 2008].
- SOAT, 1999. *Female genital mutilation in Sudan*. London: Sudan Organisation Against Torture. Udatert. Tilgjengelig fra <http://www.soatsudan.org/public/othersources.asp> [Nedlastet 6. mars 2008].

- UNICEF. Udatert. *Sudan fgm/c country profile*. New York: United Nations Children's Fund. Tilgjengelig fra <http://www.childinfo.org/areas/fgmc/profiles/Sudan/Sudan%20FGC%20profile%20English.pdf> [Nedlastet 6. mars 2008].
- US DEPARTMENT OF STATE, 2001. *Sudan: Report on Female Genital Mutilation (FGM) or Female Genital Cutting (FGC)*. Washington DC: US Department of State. 1. juni. Tilgjengelig fra <http://www.state.gov/g/wi/rls/rep/crfgm/10110.htm> [Nedlastet 6. mars 2008].
- WORLD BANK & UNFPA. 2004. *Somalia: Female Genital Mutilation/Cutting in Somalia*. New York: World Bank & UN Population Fund. November. Tilgjengelig fra <http://web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/TOPICS/EXTGENDER/0,,contentMDK:20275883~pagePK:148956~piPK:216618~theSitePK:336868,00.html> [Nedlastet 13. mars 2008].

Muntlige kilder

- Barre, A. Foredrag, 3. mars 2008.
- Cooperazione Per Lo Sviluppo Deipaes Mergenti (COSPE), 2007. Intervju med Hibo Yaasin, Regional Coordinator, 27. mars.
- Save Somali Women And Children (SSWC), 2005. Intervju med Asha Hagi Elmi, Chairlady. 22. september.
- Save The Children, UK, 2005. Intervju med El Khidir Daloum, Programme Director. 21. september.
- UNICEF, 2005. Intervju med Christian Balslev-Olesen, Representative. 21. september.
- Jabrallah, N. Koordinator for nettverket mot kjønnslemlestelse i Sudan. Intervju, 3. mai 2008.
- Médecins sans frontières (Belgia), Intervju med Tarek Daher, Head of Mission. Intervju 4. mai 2008.