

Temanotat

Kjønnslemlestelse i Etiopia



© Landinfo 2016

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

Storgata 33 A

Postboks 8108 Dep

N-0032 Oslo

Tel: 23 30 94 70

E-post: landinfo@landinfo.no

www.landinfo.no

Om Landinfos temanotater

Utlendingsforvaltningens fagenhet for landinformasjon (Landinfo) innhenter og analyserer informasjon om samfunnsforhold og menneskerettigheter i land som Utlendingsdirektoratet (UDI), Utlendingsnemnda (UNE) og Justis- og beredskapsdepartementet har behov for kunnskap om.

Landinfos temanotater er basert på opplysninger fra nøye utvalgte kilder. Opplysningene er behandlet i henhold til [anerkjente kvalitetskriterier for landinformasjon](#) og [Landinfos retningslinjer for kilde- og informasjonsanalyse](#).

Temanotatene bygger på både skriftlig og muntlig kildemateriale. En del av informasjonen som formidles, er innhentet gjennom samtaler med kilder på informasjonsinnhentingsreiser. Landinfo tilstreber bredde i kildetilfanget, og så langt mulig er det innhentet informasjon fra kilder som arbeider uavhengig av hverandre. Alt benyttet kildemateriale er fortløpende referert i temanotatene. Hensyn til enkelte kilders ønske om anonymitet er ivarettatt.

Notatene gir ikke et uttømmende bilde av temaene som undersøkes, men belyser problemstillinger som er relevante for UDIs og UNEs behandling av utlendingssaker.

Landinfo er en faglig uavhengig enhet, og informasjonen som presenteres, kan ikke tas til inntekt for et bestemt syn på hva praksis bør være i utlendingsforvaltningens behandling av søknader. Landinfos temanotater gir heller ikke uttrykk for norske myndigheters syn på de forhold og land som omtales.

About Landinfo's reports

The Norwegian Country of Origin Information Centre, Landinfo, is an independent body within the Norwegian Immigration Authorities. Landinfo provides country of origin information (COI) to the Norwegian Directorate of Immigration (Utlendingsdirektoratet – UDI), the Immigration Appeals Board (Utlendingsnemnda – UNE) and the Norwegian Ministry of Justice and Public Security.

Reports produced by Landinfo are based on information from carefully selected sources. The information is collected and analysed in accordance with [common methodology for processing COI](#) and [Landinfo's internal guidelines on source and information analysis](#).

To ensure balanced reports, efforts are made to obtain information from a wide range of sources. Many of our reports draw on findings and interviews conducted on fact-finding missions. All sources used are referenced. Sources hesitant to provide information to be cited in a public report have retained anonymity.

The reports do not provide exhaustive overviews of topics or themes, but cover aspects relevant for the processing of asylum and residency cases.

Country of Origin Information presented in Landinfo's reports does not contain policy recommendations nor does it reflect official Norwegian views.

SUMMARY

Female Genital Mutilation (FGM) is an old tradition with serious health implications for the individuals subjected to it. FGM is justified through a series of varying religious, moral, social and health-related rationalizations.

Active and targeted programmes against FGM practices in Ethiopia have contributed to a decline in the number of girls subjected to FGM. In the year 2000 51.9 percent of all girls below the age of 15 had undergone FGM in Ethiopia. In 2005 the national average percentage had dropped to 37.7 percent, and in 2011 to 23 percent (CSA 2000; CSA 2006; CSA 2012). Figures are uncertain, but it is presumed that it is further reduced.

Regional, ethnic and social belonging, economic status and level of education are all factors that affect the prevalence of FGM. Yet these factors can neither exclude nor guarantee that any woman has been subjected to FGM, as the prevalence varies within social groups. Even in the regional FGM strongholds, there are pockets where FGM is completely abandoned. Still, ethnicity is the variable that mostly affects the probability that a girl or woman has been genitally mutilated. FGM is today forbidden by law in Ethiopia.

SAMMENDRAG

Kjønnslemlestelse er en gammel og potensielt svært helsefarlig tradisjon. Kjønnslemlestelse utføres med varierende religiøse, moralske, sosiale og helsemessige rasjonaliseringer.

Aktiv og målrettet motarbeidelse av kjønnslemlestelse i Etiopia har medvirket til at andelen jenter som kjønnslemlestes er synkende. I 2000 var 51,9 prosent av alle jenter under 15 år kjønnslemlestet. I 2005 hadde den nasjonale gjennomsnittsprosenten for kvinner under 15 år som var kjønnslemlestet sunket til 37,7 prosent, og i 2011 til 23 prosent (CSA 2000; CSA 2006; CSA 2012). Det er betydelig usikkerhet om hvor stor nedgangen er, men trolig har den prosentvise nedgangen gått ytterligere ned.

Regional, etnisk og sosial tilhørighet, samt økonomiske forhold og grad av utdanning påvirker sannsynligheten for at en etiopisk kvinne eller jente er kjønnslemlestet. Men tilhørighet til en bestemt etnisk gruppe, geografisk tilhørighet, sosial klasse eller en bestemt økonomisk situasjon kan verken utelukke eller garantere at en etiopisk jente eller kvinne blir utsatt for overgrepet. Det er store variasjoner innenfor ulike sosiale grupper, og selv i de regionene hvor kjønnslemlestelse står svært sterkt, finnes det «lommer» hvor kjønnslemlestelse ikke forekommer. Etnisk tilhørighet kan likevel sies å være mest utslagsgivende på sannsynligheten for hvorvidt en jente eller kvinne blir kjønnslemlestet. I Etiopia i dag er kjønnslemlestelse forbudt ved lov.

INNHold

1. Bakgrunn	7
2. Innledning	7
3. Typer kjønnslemlestelse.....	8
4. Kjønnslemlestelse og helse.....	10
5. Begrunnelser for kjønnslemlestelse	10
5.1.1 <i>Seksualitet og seksualmoral</i>	11
5.1.2 <i>Religion</i>	11
5.1.3 <i>Helse/hygiene</i>	12
5.1.4 <i>Estetikk</i>	12
5.1.5 <i>Tradisjon</i>	12
5.1.6 <i>Sosiale forhold.....</i>	12
5.1.7 <i>Holdninger til kjønnslemlestelse</i>	12
6. Praktisering og utbredelse.....	13
6.1 Generelt om omfang	13
6.2 Omfangsberegningsbegrensninger	14
6.3 Regionale anslag på utbredelse og alder ved kjønnslemlestelse.....	14
6.3.1 <i>Afar-regionen</i>	15
6.3.2 <i>Addis Abeba.....</i>	16
6.3.3 <i>Amhara-regionen</i>	17
6.3.4 <i>Harar-regionen</i>	17
6.3.5 <i>Oromia-regionen.....</i>	18
6.3.6 <i>Region sør (SNNPR).....</i>	18
6.3.7 <i>Somali-regionen</i>	18
6.3.8 <i>Tigray-regionen.....</i>	19
7. Strukturelle, sosiale og økonomiske forhold.....	19
7.1 Strukturelle forhold	20
7.1.1 <i>Lovverk mot kjønnslemlestelse</i>	20
7.1.1.1 <i>Håndhevelse av gjeldende lovverk</i>	20
7.1.1.2 <i>Charity and Societies law (NGO-loven)</i>	21
7.1.1.3 <i>Myndighetenes øvrige arbeid mot kjønnslemlestelse.....</i>	21
7.1.2 <i>Patriarkalsk samfunnsstruktur</i>	22
7.1.3 <i>Religiøse ledere</i>	22
7.1.4 <i>Omskjærere</i>	23
7.2 Sosiale og økonomiske forhold	23
7.2.1 <i>Familienettverk.....</i>	23
7.2.2 <i>Utdanningsnivå</i>	24
7.2.3 <i>Urban vs. rural utbredelse</i>	25

7.2.4	<i>Økonomisk status</i>	26
7.2.5	<i>Utbredelse i ulike aldersgrupper</i>	26
8.	Organisasjoners arbeid mot kjønnslemlestelse i Etiopia i 2015	27
9.	Referanser	28

1. BAKGRUNN

Dette notatet er en oppdatering av Landinfos temanotat «Etiopia: Kjønnslēmlestelse» av 14. september 2009. Det tidligere notatet var utarbeidet ved hjelp av skriftlige og muntlige kilder datert opp til 2008. Kildene viste at endring skjer, og at det hadde foregått en prosentvis reduksjon i antall kjønnslēmlestedede. Med unntak av det etiopiske statistikkbyråets Welfare Monitoring Survey fra 2011 (CSA 2012), foreligger det etter 2008 lite ny skriftlig substansiell informasjon som dokumenterer ytterligere reduksjon av hvor mange som utsettes for eller gjennomfører kjønnslēmlestelse i Etiopia.

Nye rapporter og informasjonen som kilder formidlet til Landinfo under en tjenestereise til Etiopia i 2015, bygger derfor i sterk grad på statistikk og undersøkelser gjort i perioden 2005 til 2008. I tillegg bygger imidlertid nye kilder på erfaring og akkumulert kunnskap de har fått gjennom arbeid fram til 2016. Kildene hevder blant annet at det kontinuerlig har skjedd en prosentvis reduksjon av kjønnslēmlestelse i landet.

2. INNLEDNING

Kjønnslēmlestelse har trolig eksistert i mer enn 2000 år. Det vil si det er en førkristen og førislamsk tradisjon. Skikken har særlig vært praktisert i patriarkalske samfunn, og blant annet begrunnet med beskyttelse av kvinner mot voldtekt (28 Too Many 2013, s. 15).¹ Det er en farlig tradisjonell praksis som er dokumentert helseskadelig. Den kan ha store fysiske og psykiske konsekvenser med blant annet store smerter, blødninger, og i verste fall død (WHO 2016).

Praksisen bryter med grunnleggende menneskerettigheter. Kjønnslēmlestelse innebærer fullstendig eller delvis fjerning av ytre kjønnsdeler eller annen skade på jenters eller kvinners kjønnsorganer av ikke-medisinske hensyn (WHO 2016), og begrunnes ofte religiøst, moralsk, sosialt og helsemessig.

Verdens helseorganisasjon (WHO 2016) og UNICEF (2016) anslår at mer enn 200 millioner kvinner og jenter i verden har gjennomgått kjønnslēmlestelse av type I, II og III (se kapittel 3). Bare i Etiopia har mer enn 28 millioner kvinner og jenter blitt kjønnslēmlestet. I Afrika er det kun Egypt som har høyere forekomst (Norad 2015, s. 13).

Kjønnslēmlestelse er begrepet Landinfo bruker gjennomgående i dette notatet. Noen bruker fortsatt det mer nøytrale begrepet kvinnelig *omskjæring* (female circumcision)² for å omtale kjønnslēmlestelse (Boyden, Pankhurst & Tafare 2013, s. 4). Særlig gjelder det medlemmer av grupper som selv opprettholder praksisen, og kvinner som selv er kjønnslēmlestet. Internasjonalt, og i arbeid mot

¹ Det er primært infibulasjon (se kapittel 3) som utføres for å beskytte mot voldtekt (Strøm, samtale mai 2016).

² Omskjæring benyttes også i omtale av det langt mindre helsefarlige inngrepet mange gutter gjennomgår. Omskjæring av menn kan ikke sammenlignes med kjønnslēmlestelse av kvinner, og det er heller ikke tema i dette notatet.

kjønnslemlestelse og med jenter og kvinner som er kjønnslemlestet, benyttes gjerne begrepet *female genital cutting* (FGC) for å forhindre fremmedgjøring og ytterligere stigmatisering av målgruppen. I blant annet bistandssammenheng benyttes også FGM (female genital mutilation). Landinfo bruker begrepet kjønnslemlestelse i tråd med begrepsbruken i norsk lovverk, Verdens helseorganisasjon (WHO), samt de fleste FN-organer og menneskerettighetsorganisasjoner.

3. TYPER KJØNNSLEMLESTELSE

Kjønnslemlestelse er et samlebegrep som omfatter alle former for inngrep hvor ytre kvinnelige kjønnsdeler fjernes helt eller delvis, eller på annen måte påføres varig skade, uten at det er medisinsk belegg for å gjøre det. WHO (2016) opererer med en firedelt klassifisering av de ulike formene for kjønnslemlestelse:

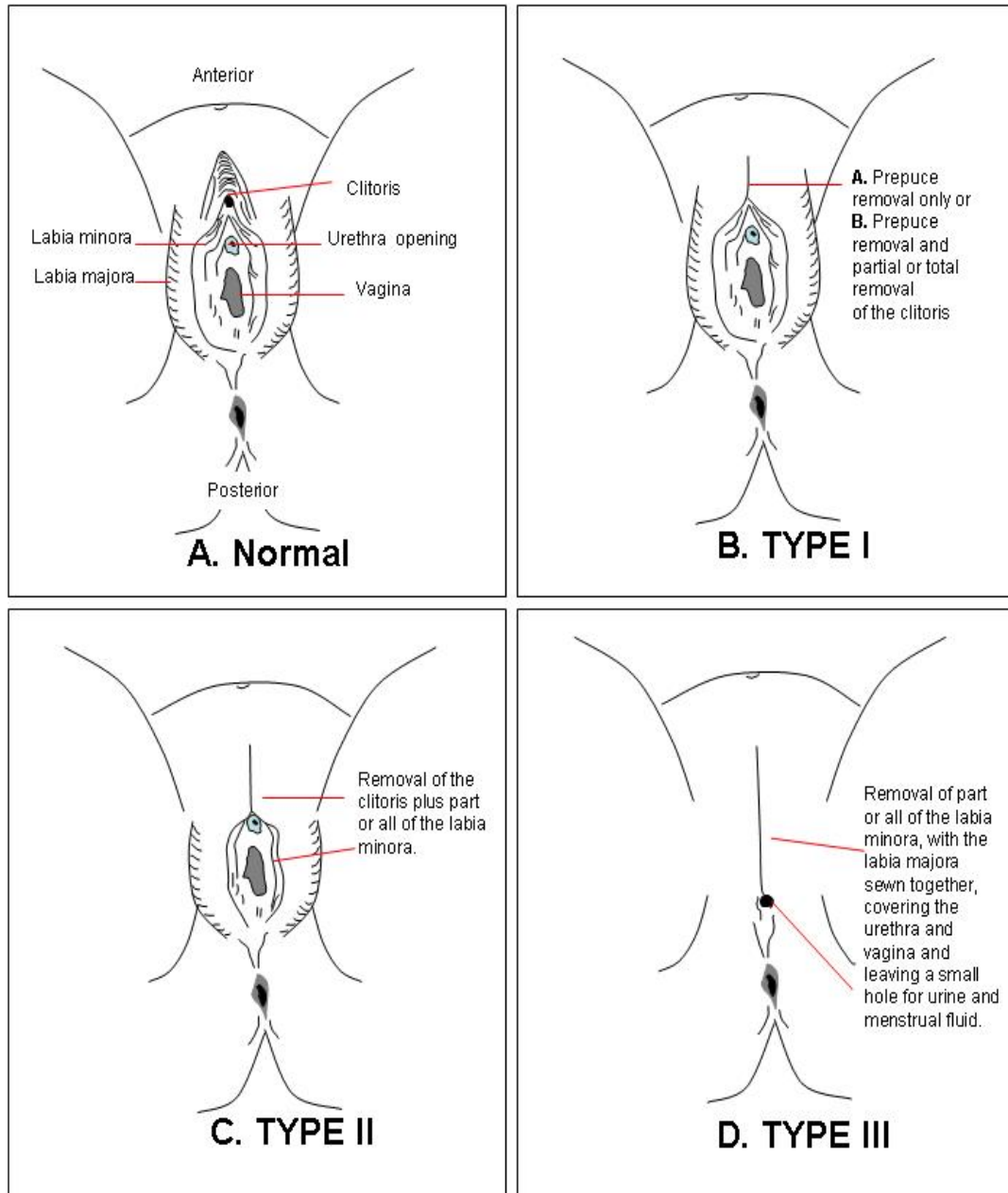
- **Type I:** Delvis eller fullstendig fjerning av klitoris³ (*klitoridektomi*) og/eller klitorishetten/forhuden (*klitoridotomi*). Type I kjønnslemlestelse er også kalt *sunna*.
- **Type II:** Delvis eller fullstendig fjerning av klitoris og indre kjønnslepper, med eller uten amputering av ytre kjønnslepper (ofte kalt *excision* i engelskspråklig kildemateriale).
- **Type III:** Reduksjon av vaginalåpningen ved å kutte og sy sammen indre og/eller ytre kjønnslepper, med eller uten samtidig amputering av klitoris. Alle ytre kjønnsdeler kan fjernes. Kalles ofte *infibulasjon*, etter *fibula* som betyr lås/sperre på latin. Kan også kalles *Pharaonic excision* (Uhlig 2003, s. 747). Vaginalåpningen er etter inngrepet normalt på størrelse med en blyants omkrets og skal sørge for at urin og menstruasjonsblod kan passere. Før kvinnen kan ha samleie må åpningen utvides, og ved fødsel er det nødvendig å åpne vaginalåpningen helt. Gjensyng 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 brennemerkning eller etsing 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 eller smalere; samt ethvert annet inngrep som innebærer skade på kjønnsdelene. Ettersom type IV er en samlebetegnelse, er variasjonen svært stor.

UNICEF skilte tidligere ut en egen kategori, type V. Dette inngrepet er signifikant mindre smertefullt sammenliknet med andre former for kjønnslemlestelse (UNICEF 2005). I henhold til WHO's definisjon, og nå også UNICEF (2013, s. 7), omfattes disse formene for kjønnslemlestelse i type IV:

- **Type V:** Innebærer stikk eller små kutt i klitoris som i liten eller ingen grad etterlater synlige spor på kjønnsdelene. Det kan omtales som *symbolsk*

³ Med klitoris menes her de ytre delene av klitoris, klitorishodet (*glans clitoris*).

kjønnslemlestelse, men også *naturlig omskåret* brukes. På amharisk kalles det *Mariam girz* eller *Sunna-Mariam* (omskåret av Maria). Det skal være relativt mye brukt av amharaene og blant ortodokse kristne (Boyden et al. 2013, s. 19, internasjonal NGO, e-post september 2014).



Kilde: Wikipedia u.å.

4. KJØNNSLEMLESTELSE OG HELSE

De umiddelbare og de langsiktige og fysiske helsemessige konsekvensene av kjønnslemlestelse, varierer med type inngrep (Berg & Underland 2014). Dette gjelder også forhold knyttet til hygiene og sanitære forhold, både mens kjønnslemlestelse utføres, og i perioden etter.

Store helseproblemer kan oppstå i forbindelse med kjønnslemlestelse. Foruten smerter kan umiddelbare komplikasjoner være traumer, sår i genitalregionen, skade på omkringliggende vev og særlig blødninger. Blødninger er den vanligste komplikasjonen. Dette skyldes at klitorisarterien kuttes når klitoris amputeres. Infeksjoner er svært utbredt. Under selve overgrepet kan jenta få bruddskader som følge av at hun holdes fast under sterk motstand. Smerter, utmattelse og den psykiske belastningen overgrepet medfører, kan føre til at jenter og unge kvinner blir traumatisert. Store eller langvarige blødninger, traumer, PTSD (post traumatisk stressyndrom), infeksjoner og stivkrampe (tetanus) kan forårsake død (WHO 2016; 28 Too Many 2013, s. 47; EGLDAM 2008).

Over tid kan de som har vært gjennom kjønnslemlestelse oppleve kroniske smerter, manglende helbredelse, utvikling av infeksjoner og økt risiko for kjønnsykdommer, abscesser/byller, urinveisinfeksjoner og cyster (WHO 2016; Boyden et al. 2013).

Kjønnslemlestelse er også forbundet med redusert fruktbarhet, redusert seksuell følsomhet og fysisk og psykisk smerte under samleie (WHO 2016; EGLDAM 2008, s. 52; Berg & Denison som referert i 28 Too Many 2013, s. 47). Jenter som er utsatt for infibulasjon må defibuleres i forkant av samleie og under fødsler (WHO 2016; 28 Too Many 2013, s. 14). Ettervirkninger av kjønnslemlestelse type III er også forbundet med smerter og problemer med vannlating, under menstruasjon og ved samleie (WHO 2016; Boyden et al. 2013, s. 12).

5. BEGRUNNELSER FOR KJØNNSLEMLESTELSE

Kjønnslemlestelse har vært sett på som en sosial norm (WHO 2016). Det gis forskjellige begrunnelser for kjønnslemlestelse i Etiopia. Felles for alle synes å være en overbevisning om at kvinners seksualitet må og bør kontrolleres, og at praksisen er viktig for at ei jente skal bli kvinne (WHO 2016; 28 Too Many 2013, s. 44; EGLDAM 2008, s. 129-130).

Økt kunnskap om og kjennskap til skadelige virkninger av kjønnslemlestelse, resulterte tidligere ikke i endringer i praksis. Årsaken kan ha vært velbegrunnet frykt hos foreldre og familie for å bli sosialt isolert, og reduserte muligheter for å bli gift hvis en ikke var kjønnslemlestet (WHO 2016; UNICEF 2005, s. 11). Seniorrådgiver ved avdeling for helse, utdanning og forskning i Norad, Nina Strøm (samtale mai 2016), samt nasjonale organisasjoner i Etiopia (kilde A og B, samtaler oktober 2015), viser til en rekke årsaker til at praksisen er mindre utbredt enn tidligere: bedre og mer informasjon, ytterligere kunnskap om fysiske og psykiske

skader ved kjønnslemlestelse, bruk av lovverket, samt dialogprogrammer som har mobilisert hele lokalsamfunn til å enes om å endre lokale normer som opprettholder praktisering av kjønnslemlestelse.

5.1.1 Seksualitet og seksualmoral

Kvinner som ikke er kjønnslemlestet kan anses å være ute av stand til å kontrollere sin seksualdrift, og derfor kunne vanære sin familie (WHO 2016). Kjønnslemlestelse sikrer også at kvinnen er jomfru,⁴ hindrer prostitusjon og forhindrer sex utenfor ekteskap. Det har også vært sett på som en forutsetning for ekteskap (WHO 2016; 28 Too Many 2013, s. 13).

Enkelte etniske grupper hevder at en ikke-kjønnslemlestet kvinne kan være for krevende seksuelt for mannen (28 Too Many 2013, s. 44). Kjønnslemlestedede kvinner skal ha redusert seksuelt begjær (Berg & Denison, som gjengitt i 28 Too Many 2013, s. 47).

Det hevdes at det er fysisk vanskelig for en mann å ha samleie med en kvinne som ikke er omskåret (WHO 2016; EGLDAM 2008, s.47). Menn hevder samtidig at det kan være vanskelig å være gift med eller ha forhold til kvinner som er kjønnslemlestet, fordi det er et problem å tilfredsstillere partneren (Strøm, samtale mai 2016).

Noen mener det fremmer mannens seksuelle nytelse at klitoris er borte. Andre frykter at klitoris vil vokse som en manns penis hvis den ikke fjernes (intervju med etiopisk kilde, februar 2008).

5.1.2 Religion

Til tross for at verken koranen eller bibelen pålegger kjønnslemlestelse, tror mange at praksisen er religiøst begrunnet (WHO 2016; 28 Too Many 2013, s. 46). Kjønnslemlestelse ble praktisert i Etiopia og Afrika før noen av de store verdensreligionene eksisterte, og praktiseres i dag av kristne, muslimer og jøder. Shaykh Musa Mohammed Omer, en muslimsk religiøs leder i Etiopia, sa i et intervju i 2005 at infibulasjon ikke var forenlig med islam, men at det ikke eksisterte noe forbud mot mer moderate former for kjønnslemlestelse i Koranen (IRIN News 2005). En større islamsk konferanse avholdt i 2006, med muslimske representanter fra ulike land, konkluderte med at kjønnslemlestelse var i strid med islam (28 Too Many 2013, s. 45). Verdens helseorganisasjon (WHO 2016) opplyser at enkelte religiøse ledere er for, noen sier at problemstillingen er irrelevant, mens andre er mot kjønnslemlestelse. Seniorrådgiver i Norad, Nina Strøm, hevder derimot at Etiopia nå er et land hvor religiøse ledere i sterk grad er omforent i arbeidet mot kjønnslemlestelse (Strøm, samtale mai 2016).

Harari- og Afar-folket hevder at bønner og offer gjort av en kvinne som ikke er kjønnslemlestet, er uakseptable. Keffa-folket sier det er en fornærmelse mot gud ikke å foreta kjønnslemlestelse (28 Too Many 2013, s. 45).

Kirkens Nødhjelp er en av flere organisasjoner som har arbeidet med å få ulike religiøse retninger til å motarbeide kjønnslemlestelse. Dette er gjort ved at religiøse

⁴ Det er kun type III som kan sikre at kvinnen er jomfru (WHO 2016; Strøm, samtale mai 2016).

ledere gis informasjon om kjønnslemlestelse og at dette brukes i deres forkynnelse og opplæring..

5.1.3 Helse/hygiene

Kjønnslemlestelse antas å forhindre underlivssykdommer blant kvinner, barn og menn. Kjønnslemlestelse er nødvendig for å bli voksen, bli «ren» og klar for å inngå ekteskap (WHO 2016; Boyden et al. 2013, s. 18; 28 Too Many 2013, s. 13). Kvinnen «lukter», og enkelte etniske grupper hevder kvinnen produserer mark med mindre hun kjønnslemlestes (EGLDAM 2008, som gjengitt i 28 Too Many 2013, s. 44). Oromoene hevder at blodtap i forbindelse med kjønnslemlestelse renses kroppen for eventuelle sykdommer (Boyden et al. 2013, s. 19).

5.1.4 Estetikk

En annen begrunnelse for kjønnslemlestelse er estetikk (28 Too Many 2013, s. 13; EGLDAM 2008, s. 47). Mange tror kjønnslemlestelse forhindrer at kjønnsleppene blir for store, og at inngrepet gjør dem estetisk flottere, mer feminine og mindre mandige (WHO 2016).⁵ Afar-folket betrakter klitoris som stygg (EGLDAM 2008, som gjengitt i 28 Too Many 2013, s. 45).

5.1.5 Tradisjon

Ifølge EGLDAM (som gjengitt i 28 Too Many 2013, s. 44) begrunner mange etiopiere kjønnslemlestelse med tradisjon og identitet. Daasanack-folket framhever kjønnslemlestelse som et tegn på kulturell identitet. Er du ikke kjønnslemlestet, kan du ikke, ifølge deres kultur, bli gift med en annen Daasanack.

5.1.6 Sosiale forhold

Kjønnslemlestelse gjøres for å unngå sosiale sanksjoner som skam og stigmatisering. Det kan oppleves som et nødvendig onde for å sikre at døtre blir akseptert og får rett til å delta i samfunnet (WHO 2016). De som lar sine døtre omskjære gjør det ofte på grunn av at samfunnet de er del av, fremmer praksisen. De påvirkes av foreldre, besteforeldre og landsbyledere. Det fremmer muligheten for å bli gift og presenteres som det som er normalt (28 Too Many 2013, s. 5).

I enkelte lokalsamfunn hvor kjønnslemlestelse praktiseres, gis praksisen en positiv verdi; jenter som er kjønnslemlestet er stolte av det. Stolthet og identitet endres dramatisk til skam og tabu for jenter og kvinner som emigrerer til andre samfunn eller til vestlige land hvor kjønnslemlestelse kun er negativt (Strøm, samtale mai 2016).

Kvinner antas å bli for uregjerlige og ikke å underkaste seg menn med mindre de er kjønnslemlestet (EGLDAM 2008, som gjengitt i 28 Too Many 2013, s. 44).

5.1.7 Holdninger til kjønnslemlestelse

Tall fra CSA (2006, s. 254) viste at støtte for kjønnslemlestelse ble halvert i femårsperioden mellom 2000 og 2005, fra 60 til 31 prosent. Mye av kvinners motstand mot kjønnslemlestelse baserer seg på egen erfaring. Kjønnslemlestedede

⁵ En ikke-kjønnslemlestet kvinne er som en mann, hevder enkelte. Det vil si har klitoris som kan erigere som en penis.

kvinner kan være opptatt av å beskytte egne døtre og barnebarn mot praksisen (Boyden et al. 2013, s 34). Etiopia er et patriarkalsk samfunn som har lagt moralske og kulturelle begrensninger på kvinners deltagelse i samfunnet. Sex og seksualitet har vært tabubelagt. Det er en årsak til at vold og mishandling av kvinner er underrapportert. Skam, frykt, kulturell aksept og mangel på beskyttelse, har skapt denne situasjonen (US Department of State 2012, s. 28).

Etiopias lovverk, som forbyr kjønnslemlestelse, ulike trossamfunn og deres leders aktive motstand samt økt informasjon er forhold som trolig redusert antall kjønnslemlestelser de senere årene. Lovverket brukes, og mange er de senere årene arrestert både av de som foretar kjønnslemlestelsen og av de som tillater det (kilde A, oktober 2015).

6. PRAKTISERING OG UTBREDELSE

Alle typer kjønnslemlestelse praktiseres i Etiopia. Type, utbredelse og alder på jentene når de kjønnslemlestes, varierer med blant annet etnisk og geografisk tilhørighet, og foreldrenes grad av utdanning.

Hvordan kjønnslemlestelsen utføres avhenger av alder og type kjønnslemlestelse som praktiseres. Det har stort sett vært tradisjonelle omskjærere uten helsefaglig utdanning som utfører kjønnslemlestelse.

Bruk av medisinsk personell er økende i Etiopia (28 Too Many 2013, s. 72). Omskjærere er vanligvis kvinner, som er høyt respekterte i sine lokalsamfunn. Mange av dem er lokale fødselshjelpere (TBA's «Traditional Birth Attendants»), som er kurset, og dermed besitter mer kunnskap enn lokalbefolkningen ellers om fødsler, mødre- og spedbarns helse (Strøm, samtale mai 2016). Kjønnslemlestelsen utføres normalt i hjemmet, og enkelte familier arrangerer en seremoniell markering i anledning dagen. Er jenta ung, trenger omsorg og i tillegg er motvillig, holdes hun av en slektning mens omskjæreren kutter i eller av de delene av kjønnsorganet som skal fjernes. Av redskaper som kan brukes, er steiner, rituelle kniver, barberblader, og de senere årene skalpeller (Uhlig 2003, s.747). Kjønnslemlestelsen utføres uten bedøvelse.

EGLDAM (2008, s. 51) har tidligere hevdet at kjønnslemlestelse i økende grad har foregått i skjul. Kilder som Landinfo møtte i 2015 (kilde A og B, samtaler oktober 2015) hevder at praktiseringen av dagens lovverk samt økt bevissthet og motstand mot kjønnslemlestelse, kan føre til en reduksjon i praksisen, men at disse faktorene samtidig kan føre til at lemlestelsen i sterkere grad enn tidligere blir foretatt i hemmelighet. Dette gjelder trolig i flere regioner.

6.1 GENERELT OM OMFANG

Omfangsestimatene varierer noe, men undersøkelsen gjennomført av EGLDAM (2008, s. 44), anslo at 56 prosent av etiopiske kvinner og jenter var kjønnslemlestet i 2007, en nedgang fra 73 prosent i en tilsvarende undersøkelse gjennomført i

1998.⁶ Dette er betydelig lavere enn anslaget til Etiopias statistiske sentralbyrå, CSA (2006, s. 254), som anslo at 74 prosent av alle kvinner og jenter i landet var kjønnslemlestet i 2005, en nedgang fra snaue 80 prosent i en tilsvarende undersøkelse CSA gjennomførte i 2000.⁷

Uavhengig av usikkerhet og hvilke tall som benyttes, har det vært en nedgang i andelen kvinner i Etiopia som er kjønnslemlestet de siste ti årene. CSAs undersøkelse fra 2011 (CSA 2012, s. 27) viste at 23 prosent av jenter mellom null og 14 år var kjønnslemlestet. Sammenlignet lå prosentandelen i undersøkelser fra 2005 på 37,7 prosent. Til tross for forsiktighet med sammenligning av tall fra ulike undersøkelser, er den nedadgående trenden markant og betydelig i store deler av Etiopia. Nasjonale organisasjoner (kilde A og B, samtaler oktober 2015) hevder at trenden ser ut til å fortsette. Samtidig må det understrekes at det er store forskjeller mellom Etiopias ulike regioner (28 Too Many 2013, s. 9; Norad 2015, s. 13).

6.2 OMFANGSBEREGNINGERS BEGRENSNINGER

Etiopia har tilnærmet 100 millioner innbyggere. Til tross for en trend som viser at kjønnslemlestelse prosentvis reduseres, er det viktig å være oppmerksom på at grunnet en markant befolkningsvekst i landet, var det flere kjønnslemlestedede i Etiopia i 2008 enn 10 år tidligere (EGLDAM 2008, s. 129). Slik er det fortsatt (kilde A, samtale oktober 2015).

Det er også viktig å være oppmerksom på at nasjonale tall og andelsberegninger representerer nasjonale gjennomsnitt, og at de dermed ikke reflekterer variasjonen i utbredelse mellom ulike folkegrupper og geografiske regioner. I områder som Afar og Somali er fortsatt kjønnslemlestelsesfrekvensen meget høy – og det er også i disse områdene at infibulasjon er mest utbredt (se punkt 6.3.1 og 6.3.7).

De fleste estimater er basert på andeler funnet gjennom selvrapporderingsstudier, og måles ved gjennomføring av demografi og helseundersøkelser i landet (Strøm, samtale mai 2016). Som nevnt er det forbudt og forbundet med mulig straff å foreta kjønnslemlestelse på kvinner. På grunn av tradisjon, kultur, historie og press fra familie, er det trolig flere som ikke innrømmer egne holdninger til praksisen, eller egen eller barns status (kilde A og B, samtaler oktober 2015).

Det er vanskelig å verifisere respondenters tilbakemelding. I områder hvor kjønnslemlestelse er utbredt og sosialt akseptert og forventet, er sannsynligheten for korrekt selvrappordering høyere enn i områder hvor kjønnslemlestelse ikke er like akseptert. Økt bevissthet, rapportering og åpenhet om kjønnslemlestelse kan også føre til selvsensur og underrapportering (kilde B og C, samtale oktober 2015).

6.3 REGIONALE ANSLAG PÅ UTBREDELSE OG ALDER VED KJØNNSLEMLESTELSE

Kjønnslemlestelse skjer i varierende grad over hele Etiopia. Blant Etiopias 66 største etniske grupper, praktiserer 46 kjønnslemlestelse (28 Too Many 2013, s. 39). Det er tydelig ulikhet mellom regionene når det gjelder prevalens. Samtidig er

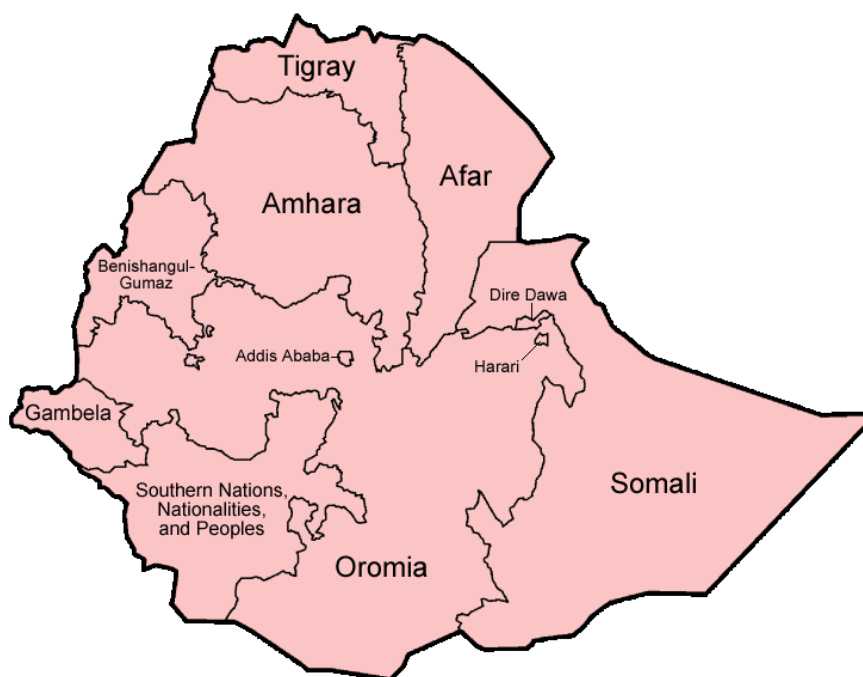
⁶ De nasjonale omfangsberegningene til EGLDAM er basert på standardiserte estimater vektet i forhold til etnisitet.

⁷ Variasjoner mellom EGLDAM og CSAs omfangsestimater skyldes ifølge EGLDAM (2008, s. 130) at EGLDAM baserer beregningene på etniske gruppeprøver/utvalg, mens CSA benytter seg av generelle befolkningsutvalg i regioner.

det stor usikkerhet i dataene som presenteres, og vanskelig å sammenligne data fra ulike undersøkelser gjort på ulikt tidspunkt.

Regionale forhold, ulikhet mellom urbane og rurale områder, etnisk og sosial tilhørighet, økonomi, og kunnskap og utdanning påvirker sannsynligheten for kjønnslemlestelse. Samtidig kan tilhørighet til en etnisk gruppe, geografisk tilhørighet, sosial klasse eller ens økonomisk situasjon verken utelukke eller garantere at en etiopisk jente eller kvinne er eller vil bli utsatt for overgrepet. Det er store variasjoner innenfor de ulike sosiale gruppene.

Etiopias regioner



Kilde: Golbez/maps u.å..

Nedenfor (fra punkt 6.3.1) følger en oversikt over utbredelsen av kjønnslemlestelse i åtte av Etiopias regioner. Gambela-regionen, som ikke er med i oversikten, har færrest kjønnslemlestelser av alle regionene i landet, med ca. 27 prosent totalt (CSA 2006, s. 253). Flere grupper i vest og sør-vest praktiserer ikke kjønnslemlestelse.

De refererte gjennomsnittstallene for omfanget gjelder ikke for alle deler av regionene, men gir et bilde av den samlede forekomsten basert på representative utvalg. Selv i de regionene hvor kjønnslemlestelse står svært sterkt, finnes det "lommer" hvor kjønnslemlestelse ikke forekommer. Merk at utbredelsestallene viser til regioner, ikke folkegrupper (også regioner som har navn etter én bestemt etnisk gruppe har en delvis etnisk sammensatt befolkning). Oversikten er preget av varierende grad av detaljrikdom, noe som skyldes ulik grad av tilgjengelig pålitelig informasjon om forholdene knyttet til kjønnslemlestelse i de enkelte regionene.

6.3.1 Afar-regionen

I Afar-regionen er kjønnslemlestelse fortsatt svært utbredt, og type III (infibulasjon) er den vanligste formen (EGLDAM 2008, som gjengitt i 28 Too Many 2013, s. 36). Folkehelseundersøkelsen i 2005 viste at 91,6 prosent av kvinnene i Afar-regionen

var kjønnslemlestet (CSA 2006, s. 253). Dette viser en nedgang fra funnene i EGLDAMs (2008, s. 44) tidligere undersøkelser fra 1998, som viste en prosent på 94,5. Afar var med det den regionen med lavest prosentvis nedgang i forekomst av kjønnslemlestelse i denne tiårsperioden, med unntak av Somali-regionen, hvor ingen nedgang var registrert.

Det etiopiske statistikkbyråets senere undersøkelser fra 2011 (CSA 2012, s. 27) viste at 59,8 prosent i alderen 0-14 år hadde gjennomført kjønnslemlestelse. UNICEF-ansatt Wossen Mulatu (2015) hevder at kjønnslemlestelse i regionen nå er betydelig redusert – fra 90 prosent i 2008 til 39 prosent i 2013, blant annet fordi UNICEFs programmer har hatt virkning. Tallene må tolkes med forsiktighet, men tilsier at trenden er nedadgående også i Afar.

For 15 år siden hadde 85,1 prosent av mødre i Afar, med minst én datter, minst én kjønnslemlestet datter. 65,6 prosent av de spurte kvinnene i Afar, som hadde hørt om praksisen, mente at kjønnslemlestelse burde fortsette (CSA 2006, s. 253-254). 28 Too Many (2013, s. 73) viser til en trend i Afar vekk fra infibulasjon, og at flere foretar sunna. Kilder Landinfo traff i 2015 hevdet også at sunna, type 1, synes å bli mer og mer utbredt (kilde A og B, oktober 2015).

I Afar kjønnslemlestes jenter fra umiddelbart etter fødselen og fram til de er tolv år. Ifølge 28 Too Many (2013, s. 40) skjer det vanligvis innen de første åtte dagene etter fødsel. Noen tror at små barn opplever mindre smerte, og det anbefales derfor å utføre kjønnslemlestelse så tidlig som mulig.

I Afar er det ikke et konkret rituale forbundet med praksisen. Gjennomføringen ses på som en privat handling gjennomført av familien. Etter eventuell infibulasjon, sys det som er igjen av ytre kjønnslepper sammen ved hjelp av torner og en seig deig lagd av tradisjonelle urter (28 Too Many 2013, s. 42). Så bindes lårene sammen, og den kjønnslemlestedede kan bli liggende slik i flere dager og uker (Uhlig 2003, s.747).

6.3.2 Addis Abeba

Hovedstaden Addis Abeba, med cirka 5 millioner innbyggere, er et konglomerat av mennesker med ulik etnisk og religiøs tilhørighet.

I Addis Abeba var forekomsten blant kvinner 70,2 prosent i 1998, og 52,2 prosent i 2008 (EGLDAM 2008, s. 45; Save the Children/Norwegian Church Aid 2015).

Nedgangen til 2011 er markant; ifølge CSAs Welfare Monitoring Survey i 2011 var 9,2 prosent av jentene mellom null og 14 år i byen kjønnslemlestet (CSA 2012, s. 27). Omtrent det samme tallet ble oppgitt av kilde C (samtale oktober 2015), som hevdet at tilnærmet 10 prosent av kvinnene i byen nå kjønnslemlestes.

I et område av byen hvor Boyden et al. (2013, s. 18) gjorde studier av kjønnslemlestelse, var 63 prosent ortodokse kristne, mens 36 prosent var muslimer. Muslimer intervjuet i undersøkelsen hevdet at praksisen var viktig da den beskyttet mot dårlig oppførsel. Kjønnslemlestedede kvinner var roligere, renere, og hadde mindre lyst til å ha sex med menn.

Prevalensen i Addis Abeba er relativt lav, men enkelte uttrykker overraskelse over at den er såpass høy som den tross alt er. Kilde D (samtale oktober 2015) hevder at risiko for kjønnslemlestelse i Addis Abeba trolig er mindre enn ellers i Etiopia, blant annet fordi befolkningen der har bedre tilgang på informasjon og opplysning,

og mange har høyere utdanning. Boyden et al. (2013, s. 34) hevder i likhet at motstand mot kjønnslemlestelse i Addis Abeba trolig har sammenheng med tilgang på informasjon, og at kvinner som selv er kjønnslemlestet, ønsker å beskytte sine egne døtre og barnebarn. Kildene A, B og D (samtaler oktober 2015) viste til Addis Abeba som et eksempel på at kjønnslemlestelse reduseres relativt betydelig.

I 2011 ble 20 prosent av praksisen ble gjennomført av helsepersonell i Addis Abeba (28 Too Many 2013, s. 38 som viser til en undersøkelse gjort i Addis Abeba i 2011). Kilder (A og B) som Landinfo hadde samtaler med i oktober 2015, hevdet at medikalisering trolig er ytterligere utbredt i Addis Abeba i dag.

6.3.3 Amhara-regionen

Tall fra 2005 (CSA 2006, s. 253) viste at 68,5 prosent av den kvinnelige befolkningen i Amhara-regionen var kjønnslemlestet. I 2008 var prosentandelen i EGLDAMs undersøkelse (EGLDAM 2008, s. 44) redusert til 62,9. Funn fra CSAs Welfare Monitoring Survey fra 2011 (CSA 2012, s. 27) viste at 47,2 prosent av jentene mellom 0 og 14 år i regionen hadde gjennomgått kjønnslemlestelse.

Det er hovedsakelig type I som blir anvendt blant amharaene, men infibulasjon forekommer også (EGLDAM 2008, s. 47). I området Gojjam er kjønnslemlestelse svært uvanlig, men i de tilfellene det forekommer, er det som regel type IV, Mariam girz, som anvendes (etiopisk kvinneorganisasjon, intervju februar 2006, Internasjonal NGO, e-post 9. september 2014).

Amharaene utfører stort sett kjønnslemlestelse på spedbarn i løpet av de åtte første levedagene (28 Too Many 2013, s. 40), og de tror at praksisen gir en form for beskyttelse (protective feature) ved fødselen (Boyden et al. Tafere 2013, s. 19).

Ifølge funnene fra CSAs folkehelseundersøkelse i 2005, hadde 56,8 prosent av mødre med minst én datter i Amhara, minst én kjønnslemlestet datter. 39 prosent av de spurte kvinnene i Amhara mente kjønnslemlestelse-praksisen burde fortsette (CSA 2006, s. 254).

6.3.4 Harar-regionen

Funn fra CSAs folkehelseundersøkelse i 2005 viste at 85,1 av den kvinnelige befolkningen i Harar var kjønnslemlestet (CSA 2006, s. 253). I 2008 rapporterte EGLDAM (2008, s. 45) om en prosentandel på 67,2.

Denne regionen har tradisjonelt vært preget av kjønnslemlestelse type III, men det er under endring. Ifølge EGLDAM (som gjengitt i 28 Too Many 2013, s. 37) var 89 prosent av kjønnslemlestelsene type I, og 5 prosent type II og III. I 2007 var estimatet for type III 12,5 prosent (Bentzen & Talle 2007, s. 15). Harar er sterkt muslimsk, men et område hvor sunna tar mer og mer over fra infibulasjon (kilde A og B, samtaler oktober 2015).

Anslagsvis gjennomføres 10 prosent av kjønnslemlestelsene av helsepersonell (29 Too Many 2013, s. 38).

I Harar har kjønnslemlestelse i økende grad foregått i skjul (EGLDAM 2008, s. 51). Kilder som Landinfo møtte i 2015 hevdet at dette fortsatt er tilfelle (kilde A og B, oktober 2015).

6.3.5 Oromia-regionen

Anslagene for omfanget av kjønnslemlestelse i Oromo-regionen varierer mye. I folkehelseundersøkelsen fra 2005 (CSA 2006, s. 253) ble det estimert at 87,2 prosent av kvinnene i Oromo var kjønnslemlestet. EGLDAM (2008, s. 44) anslo noen år senere en prosentandel på 58,5.

Det er hovedsakelig kjønnslemlestelse type I og II som anvendes i Oromia (28 Too Many 2013, s. 37).

Kjønnslemlestelse gjennomføres ofte før jenta er åtte dager gammel, men kan også skje senere (28 Too Many 2013, s. 41).

Ifølge funn fra folkehelseundersøkelsen i 2005 (CSA 2006, s. 253-254), hadde 34,9 prosent av mødre med minst én datter i Oromia, minst én kjønnslemlestet datter. 29,8 prosent av de spurte kvinnene i Oromia mente kjønnslemlestelse-praksisen burde fortsette. I dag er det færre som ønsker å opprettholde praksisen, hevder kildene A og B (samtaler oktober 2015).

Også i Oromia foregår trolig kjønnslemlestelse i økende grad i skjul (kilde A og B, samtale oktober 2015).

6.3.6 Region sør (SNNPR)

Ifølge EGLDAM (2008, s. 44) sine undersøkelser i 2007, var 30,8 prosent av alle kvinnene i regionen kjønnslemlestet.

Det er hovedsakelig kjønnslemlestelse type I som praktiseres i Region Sør (28 Too Many 2013, s. 37). Kjønnslemlestelsen foretas få dager før kvinnen gifter seg, vanligvis i alderen 15-16 år, men det kan også forekomme nærmere opp i 20 års alderen (etiopisk kvinneorganisasjon, februar 2006). Kilder (A og B) som Landinfo møtte i 2015, hevdet at denne praksisen trolig fortsatt gjelder.

Funn fra Welfare Monitoring Survey 2011 (CSA 2012, s. 27) viste at 9,4 prosent av jentene mellom null og 14 år var kjønnslemlestet. Det er som tidligere nevnt vanskelig å sammenligne tall fra ulike undersøkelser, men også i SNNPR synes prevalensen av kjønnslemlestelser å være synkende.

Folkehelseundersøkelsen i 2005 (CSA 2006, s. 253-254) viste at 23,5 prosent av mødre med minst én datter i Region Sør, hadde minst én kjønnslemlestet datter. 26 prosent av de spurte kvinnene mente kjønnslemlestelse-praksisen burde fortsette. Kilder (A og B, samtaler oktober 2015) mener at det sannsynligvis er færre som ønsker å opprettholde praksisen i dag.

Flere kjønnslemlestelser enn tidligere foregår trolig i skjul (kilde A og B, samtaler oktober 2015; EGLDAM 2008, s. 51). Samtidig viste Ethiopian Welfare Monitoring Survey 2011 (som gjengitt i 28 Too Many, s. 10) at medikalisering øker: over 10 prosent av alle kjønnslemlestelser ble gjennomført av medisinsk personell.

6.3.7 Somali-regionen

Sammen med Afar-regionen har Somali-regionen den høyeste prevalens av kjønnslemlestelse i Etiopia (EGLDAM 2008; CSA 2006). Kilde A, B og C (samtaler oktober 2015) hevder at slik er situasjonen fortsatt. CSA (2006, s. 253) estimerte at 97,3 prosent av kvinnene i Somali-regionen er kjønnslemlestet. Ifølge

EGLDAM (2008, s. 45) var 69,7 prosent av alle kvinnene i Somali-regionen kjønnslemlestet i 1998, mens 70,7 prosent var kjønnslemlestet i 2008. Somali-regionen er den eneste regionen i EGLDAM-undersøkelsene der det ikke er registrert nedgang i utbredelsen av kjønnslemlestelse de siste 10 årene. Organisasjonen 28 Too Many (2013, s. 41) understøtter at nedgangen er minimal i Somali-regionen.

Samtidig hevdet kildene A og B (samtaler i oktober 2015) at funnene i Welfare Monitoring Survey 2011 (CSA 2012, s. 27), som viste at «kun» en prosentandel på 31,7 av jentene under 15 år var kjønnslemlestet, kunne tyde på at færre enn tidligere kjønnslemlestes også i Somali-regionen.

I Somali-regionen har type III (infibulasjon) tradisjonelt vært den vanligste formen (Boyden et al. 2013, s. 13). Kilder (A og B, samtaler oktober 2015) opplyser at det kan synes som om det nå er en økning av type I, det vil si sunna. Som tidligere bemerket; at sunna overtar for infibulasjon reduserer skaden kvinnen påføres, men endrer trolig ikke på normer og reduksjon i antall kjønnslemlestelser, hevder 28 Too Many (2013, s. 73).

Det fremgikk av folkehelseundersøkelsen i 2005 (CSA 2006, s. 253) at over 74 prosent av kvinnene i Somali-regionen ønsket at praksisen skulle fortsette. Kilder (A og B) Landinfo hadde samtaler med i oktober 2015, mente at det var grunn til å tro at færre kvinner ønsker dette i dag.

6.3.8 Tigray-regionen

I henhold til undersøkelsen gjennomført av CSA i 2005 (CSA 2006, s. 253) var 29,3 prosent av den kvinnelige befolkningen i Tigray kjønnslemlestet, mens EGLDAMs undersøkelser fra 2007 viste en prosentandel på 21,2 (EGLDAM 2008, s. 45). Funn fra Welfare Monitoring Survey 2011 (CSA 2012, s. 27) viste at 22,1 prosent av jentene mellom null og 14 år var kjønnslemlestet.

I Tigray praktiseres type I og II (28 Too Many 2013, s. 43). Tigrinjerne utfører som regel kjønnslemlestelse før barnet er fylt ett år, og ifølge 28 Too Many (2013, s. 43) på spedbarn i løpet av de første 8 levedagene.

Flere og flere foretar kjønnslemlestelse i skjul (EGLDAM (2008, s. 51), og kilder (A og B, samtaler oktober 2015) hevdet at det er grunn til å tro at denne praksisen fortsetter.

7. STRUKTURELLE, SOSIALE OG ØKONOMISKE FORHOLD

Det er nedgang i utbredelsen av kjønnslemlestelse i Etiopia. Trolig har den flere forklaringer. Et nytt lovverk, en egen handlingsplan for reduksjon av kjønnslemlestelse (se punkt 7.1.1.3), koordinert arbeid fra myndighetene i samarbeid med FN, intensivert opplysningsarbeid og generelle holdningsendringer, er viktige årsaker til endringer (Strøm, samtale mai 2019; kilde A og B, samtaler oktober 2015).

Tradisjoner er dynamiske og i kontinuerlig endring. Det er derfor vanskelig å generalisere over faktorer som påvirker hvor utsatt jenter og kvinner er i forhold til kjønnslemlestelse. Nedenfor presenteres enkelte strukturelle, sosiale og økonomiske forhold som kan ha betydning for risiko for overgrep.

7.1 STRUKTURELLE FORHOLD

7.1.1 Lovverk mot kjønnslemlestelse

Kjønnslemlestelse er forbudt ved lov i Etiopia (Revidert straffelov 2005; Straffelovens §§ 565 og 566 lyder:

Whoever circumcises a women of any age, is punishable with simple imprisonment for not less than three months, or fine of not less than five hundred Birr (§ 565).

Whoever infibulates the genitalia of a women, is punishable with the rigorous imprisonment from three years to five years (§ 566).⁸

Straffen kan også være en kombinasjon av fengsel og bøter (Norad 2015, s. 10). I samarbeid med private organisasjoner har regjeringen gjennomført kampanjer mot kjønnslemlestelse i hele landet. Fokus har særlig rettet seg mot de regionene hvor praksisen er mest utbredt (Boyden et al. 2013, s. 21).

I 2012 vedtok FN en historisk resolusjon mot kjønnslemlestelse (FGM 67/146), som tar sterkt avstand fra praksisen (UNFPA 2015, s. 7; 28 Too Many 2013, s. 54), og som kan bli et viktig verktøy også for Etiopia i sitt arbeid mot praksisen.

7.1.1.1 Håndhevelse av gjeldende lovverk

Etiopia har som mål å avskaffe kjønnslemlestelse innen 2025 (kilde C, samtale oktober 2015; Norad 2015, s. 33).

Kilde C (samtale oktober 2015) kjente til cirka 200 anmeldte saker, og cirka 110 av disse har ført til rettssak. Save the Children/Norwegian Church Aid (2015) hevder at 507 saker er anmeldt, og at 145 saker har blitt domfelt.⁹ Kilde D (samtale oktober 2015) kjente til flere saker som var anmeldt, og at saker har vært ført for retten. Kilden er usikker på hvor mange det gjelder.

I 2012 skal det ha vært flere tilfeller hvor landets lovverk ble tatt i bruk. I Afar-regionen ble en omskjærer og foreldrene til seks jenter arrestert og dømt. Omskjæreren skal ha fått seks måneders fengsel, og foreldrene 500 birr hver i bot. Saken fikk stor oppmerksomhet på etiopisk fjernsyn, og var bevisstgjørende og opplysende. I 2011 skal åtte kjønnslemlestelsessaker ha vært ført for retten (UNFPA & UNICEF 2013, s. 13), og i 2010 ble ni omskjærere arrestert i Afar. Syv fikk mellom tre og fem års fengsel (IRIN 2010).

I 2009 rapporterte en av Kirkens Nødhjelps samarbeidspartnere om strafferettslig forfølgelse i forbindelse med kjønnslemlestelse. I 2006 i Kembatta i Region Sør, ble en omskjærer fengslet for tre måneder. Hun ble så gitt muligheten til å engasjere

⁸ Lovens fulle navn er «The Criminal Code of the Federal Democratic Republic of Ethiopia 2004, Proclamation No. 414 of 2004».

⁹ Kilden oppgir ikke tidspunkt/år for når sakene var anmeldt eller ført for retten.

seg i anti-kjønnslemlestelse aktiviteter i sitt nærmiljø (Kirkens Nødhjelp, e-post juli 2009).

Problemet med myndigheter og lovverk er at folk på landsbygda ofte ikke ser politi og lovverk som konstruktive problemløsere. Folk kjenner i liten grad til lovverket, og der hvor det er kjent opplever de ofte at det ikke håndheves. Også blant de som skal håndheve lovverket, kan det i praksis være liten interesse for å bruke det, og tradisjonell megling og eventuell benådning blir resultatet (kilde A og B, samtaler oktober 2015; 28 Too Many 2013, s. 55).

Bistandsorganisasjoner og FN, til tross for støtte til loven, er bekymret for at loven medfører at enkelte blir syndebukker for en sosial praksis som er universell i flere områder, og som tas for gitt. Konsekvensen av at enkelte arresteres kan være at kjønnslemlestelse i enda sterkere grad foregår i det skjulte (Strøm, samtale mai 2016).

7.1.1.2 **Charity and Societies law (NGO-loven)**

I januar 2009 vedtok det etiopiske parlamentet «Charity and Societies» loven - vanligvis kalt NGO-loven. Loven krever at alle NGOer registreres på nytt og stiller krav om informasjon om organisasjonens arbeid og fra hvor de mottar økonomisk støtte (Amnesty International 2012, s. 5). Loven regulerer virksomheten til frivillige organisasjoner og legger i praksis lokk på det meste av menneskerettighetsarbeidet som pågår i Etiopia.¹⁰

Loven har fått konsekvenser for nasjonale- og internasjonale frivillige organisasjoner. Det legges restriksjoner på deres arbeid rettet mot menneskerettigheter. I praksis kan slikt arbeid føre til bøter, eventuelt arrestasjon av NGO-ansatte (Amnesty International 2012, s. 5). Flere organisasjoner prøver å omgå lovverket ved å definere sitt arbeid som for eksempel rettet mot «kvinner og helse», og ikke som menneskerettighetsarbeid (kilde C, samtale oktober 2015).

7.1.1.3 **Myndighetenes øvrige arbeid mot kjønnslemlestelse**

Etiopiske myndigheter har i løpet av de siste 20 årene introdusert reformer for å styrke kvinners rettigheter. I praksis har det vært vanskelig å implementere reformene. For eksempel har det ikke blitt satt politisk eller økonomisk makt bak handlingsplaner som The National Policy on Women fra 1993, som har hatt som hensikt å skape kjønnsensitive strukturer på myndighetsnivå, og målsetningene er ikke oppnådd (Norad 2015, s. 9). Selv om alle ministerier nå har egen «gender-enhet» og ansatte som skal fremme likhet mellom kjønnene, er enhetene små, underbemannet og ofte marginalisert.

Etiopia har utarbeidet en handlingsplan for å bekjempe tradisjoner og handlinger som i særlig grad skader jenter og kvinner (Federal Ministry of Women, Children and Youth Affairs 2013). Handlingsplanen kalt *National Strategy and Action Plan*

¹⁰ Human Rights Watch (HRW) omtaler loven på følgende måte: The law considers any civil society group that receives more than 10 percent of its funding from abroad – even from Ethiopian citizens living outside of the country – to be “foreign.” These groups are forbidden from doing any work that touches on human rights, governance, or a host of other issues. Because Ethiopia is one of the world’s poorest countries, with few opportunities for domestic fundraising, such constraints are even more damaging than they would be elsewhere. Under the law, groups based outside the country, such as Human Rights Watch and Amnesty International, are barred from doing human rights-related work in Ethiopia (HRW 2009).

on *Harmful Traditional Practices against Womern and Children in Ethiopia*¹¹ har primært fungert som et referansedokument og gitt retning for det arbeidet som gjøres i Etiopia for blant annet å avskaffe kjønnslemlestelse. Både statlige organer og frivillige organisasjoner har dokumentet som basis i sitt arbeid mot kjønnslemlestelse, og bruker og viser til Handlingsplanen (diplomatkilde, e-post 9. mai 2016).

De senere årene har myndighetene også iverksatt kampanjer for å opplyse om hva kjønnslemlestelse er, og samtidig ta avstand fra praksisen. Primært har kampanjene vært i byområder (kilde A og B). Denne form for informasjonsspredning (advocacy) har trolig vært med på å endre holdninger både i rurale og urbane områder (Boyden et al. 2013, s. 21).

7.1.2 Patriarkalsk samfunnsstruktur

Kjønnslemlestelse omtales gjerne som et kvinneanliggende. Det er riktig i den forstand at det er kvinner og jenter som rammes, og primært kvinner som utfører overgrepet. Men i praksis rammes hele samfunnet, da sosiale patriarkalske konvensjoner, preget av tidligere tider, opprettholdes (Boyden et al. 2013, s. 41-42).

Som nevnt praktiseres kjønnslemlestelse primært for å sikre jenters ekteskapsmuligheter og for å kontrollere og begrense deres seksualitet. Mange mødre velger kjønnslemlestelse for sine døtre. Dette gjøres for å trygge deres framtid, som i et patriarkalsk samfunn i stor grad avhenger av muligheten til å gifte seg.

Patriarkalske strukturer er i dag redusert blant annet på grunn av frivillige organisasjoners aktive arbeid. I noen områder av Etiopia har informasjon om kvinnens rettigheter, holdningsskapende arbeid og bevissthet om hvilke skader kjønnslemlestelse kan resultere i, ført til endring. Det startet i Kembatta i Regionen Sør, men skal ha spredt seg til enkelte andre områder. I Kembatta skal kjønnslemlestelse nærmest være utryddet. Prevalensen er redusert fra 97 prosent i 1998 til 4 prosent i 2008 (Womankind, som gjengitt i 28 Too Many 2013, s. 68).

Alternative ritualer (Alternative Rites of Passage – ARP), som substitutt for patriarkalske tradisjoner, har også redusert kjønnslemlestelse i enkelte områder. De nye ritualene opprettholder mye av den opprinnelige tradisjonen, men skjærer ikke i kvinnens kropp. I områder hvor kjønnslemlestelse inngår som et rituale (i forkant av ekteskap), og hvor det nye ritualet etterfølges av holdningsskapende arbeid rettet mot for eksempel en hel landsby, har ARP vist seg å fungere (28 Too Many 2013, s. 59).

7.1.3 Religiøse ledere

Religiøse ledere var tidligere ofte motstandere av å endre praksisen med kjønnslemlestelse. Motstanden skyldes primært ønske om bevaring av det bestående, og ikke basert på teologisk fundert refleksjon (28 Too Many 2013, s. 45;

¹¹ Handlingsplanen presenterer en situasjonsanalyse for Etiopia, basert på funn fra EGELDAM og CSA-undersøkelsene fra 2007 og 2005. Planen presenterer videre en visjon for et framtidig Etiopia hvor kjønnslemlestelse (*harmful traditional practices*), er utryddet. Handlingsplanen opplyser at arbeidet og engasjementet mot kjønnslemlestelse, fra myndighetenes side, vil ta utgangspunkt i gamle befestede tradisjoner og i erkjennelsen av at store befolkningsgrupper er fattige. Å avskaffe kjønnslemlestelse vil si at nevnte tradisjoner og fattigdom må bekjempes og avskaffes parallelt.

etiopisk kilde, intervju februar 2008). Selv om det nok fortsatt finnes religiøse ledere som ikke ønsker endring, er ledelsen i den ortodokse, den katolske og den lutherske kirken (Mekane Yesus), og mange i de muslimske moskeene, motstandere av praksisen (kilde A og B, samtale oktober 2016). Mekane Yesus kirken driver et aktivt opplysningsarbeid og en rekke programmer rettet mot kjønnslemlestelse (kilde E, samtale oktober 2015). 150 religiøse ledere, som representerte islam, de nevnte kristne kirkene og adventistkirken gikk sammen i 2011 for å advare og formane (admonish) alle som var skyldige i kjønnslemlestelse (28 Too Many 2013, s. 59). Ifølge samme kilde har religiøse ledere tatt initiativer for å skape endring. Et eksempel er fra Somali-regionen hvor islamske ledere har deltatt i opplæring og blitt bevisstgjort til å ta avstand fra kjønnslemlestelse. Religiøse ledere som er pådrivere for endring vil kunne være med på endre religiøs tenkning og strukturer og å forhindre kjønnslemlestelse (se også punkt 5.1.2).

7.1.4 Omskjærere

Kjønnslemlestelse i Etiopia foretas primært av tradisjonelle fødselshjelpere eller tradisjonelle «doktorer». Ofte er dette eldre kvinner som mottar betaling for å gjennomføre inngrep.

Omskjærere har autoritet i lokalsamfunnet. I noen områder i Etiopia, blant annet i Gojjam, har man lyktes i å begrense antallet kjønnslemlestelser ved å informere omskjærere om konsekvensene praksisen har. Det foregår i dag et aktivt arbeid for å omskolere omskjærere (kilde C, samtale oktober 2015), og frivillige organisasjoner i Etiopia, som organisasjonen Covenant for Ethiopian Support i Afar, arbeider med opplæring og omskolering av omskjærere for å få de til å slutte med sin praksis. Resultatet har vært at enkelte omskjærere har avsluttet sin praksis og nå er med på å oppfordre andre til å stoppe med kjønnslemlestelse (28 Too Many 2013, s. 59). Samtidig viser forskning at ensidige programmer rettet mot omskjærere har liten eller ingen effekt. Omskjærerne må knyttes inn i helhetlige programmer som etterspørres i lokalsamfunnet – som for eksempel helse (Strøm, samtale mai 2016).

Som allerede bemerket, foregår det mange i steder i landet en økning i bruk av medisinsk personell og ekspertise til gjennomføringen av kjønnslemlestelse (se blant annet 28 Too Many 2013, s. 38).

7.2 SOSIALE OG ØKONOMISKE FORHOLD

7.2.1 Familienettverk

I vestlig tenkning og ideologi framholdes ofte idealet om enkeltindividers frihet og ansvar for egne meninger. I afrikansk filosofi og tenkning legges vanligvis stor vekt på at enkeltindividet defineres i lys av andre og i relasjon til andre. Dette er blant annet utviklet i Ubuntu, en afrikansk filosofi som legger vekt på generøsitet og ansvar for hverandre. Ordtaket «en person er en person gjennom andre personer» sies å illustrere essensen i Ubuntu (Templeton Prize 2013). I tråd med dette ses ansvaret for barn på som videre enn i vestlig kultur. Viktige avgjørelser som kjønnslemlestelse – om og når og hvordan det skal skje – vil derfor i stor grad påvirkes og til dels tas av medlemmer i storfamilien. De eldre i familien har en

sterk posisjon, og det kan være vanskelig å stå opp mot dem (Austveg, e-post 7. juni 2016;¹² Strøm, e-post 7. juni 2016).

Befolkningen i Somaliregionen i Etiopia har tette kulturelle bånd til befolkningen i Somalia. Forsker Abdi Ali Gele (2013)¹³ beskriver at maktstrukturen i somaliske familier er hierarkisk og ofte basert på alder. Livslang respekt for foreldre er ansett å være foreldres rettighet og barns plikt. Denne formen for beslutningstakingshierarki, samt gjensidig avhengighet i lokalsamfunnet, gir ett inntrykk av hvordan ulike tradisjoner i disse områdene opprettholdes.

Som nevnt i punkt 5.1.1 kan kjønnslemlestelse blant annet sikre mot uønsket graviditet. Det beskytter jenter og kvinner mot uønsket seksualitet, egen og andres. Det kan være en norm, og til dels et krav, at en jente skal være jomfru ved ekteskapsinngåelse. Gifteferdighet er derfor mange steder fortsatt en viktig begrunnelse som gis for at jenter kjønnslemlestes. Kan de ikke bli gift, forblir de familiens ansvar økonomisk og sosialt. Derfor ønsker familien å være med i bestemmelsen om kjønnslemlestelse.

Det er vanligvis mor, tante eller bestemor som tar initiativet til kjønnslemlestelsen. De tilrettelegger for den, og det er oftest kvinner, som tidligere nevnt, som foretar selve inngrepet. Selv om det kan sies at kjønnslemlestelse er en skikk som bygger på patriarkalsk logikk og tradisjon, har menn vanligvis liten rolle i selve handlingen. Menn kan ha problemer med å snakke om kjønnslemlestelse. Det ses på som et kvinneanliggende som menn hverken har kunnskap om, ordforråd for eller føler seg bekvemme med å snakke om (Rye 2002)

Tidligere ble det stilt få spørsmål ved om en jente skulle kjønnslemlestes, «det gjorde en bare» når jentene var i den rette alderen. I senere tid har avgjørelsen i større grad vært gjenstand for diskusjon innad i familier. Med økt kunnskap og mer utdanning stilles det spørsmål ved tradisjoner og skikker som er skadelige, og kvinnen kan i sterkere grad enn tidligere hevde meninger som går på tvers av gjengse oppfatninger og tradisjoner (Austveg, e-post 7. juni 2016; Strøm, e-post 7. juni 2016).

Det hender at jenter selv «presser på» eller ønsker å bli kjønnslemlestet. Endrede normer kan slå tilbake på dem som allerede har gjennomgått inngrepet. Enkelte steder har det vært holdt kampanjer hvor gutter og menn oppfordres til å si at de kun vil gifte seg med kvinner som ikke er kjønnslemlestet. Selv om intensjonen er god, kan det ha som uønsket virkning å redusere jenter og kvinner til kjønnsobjekter og å bidra til å støte ut kvinner som er kjønnslemlestet (Austveg, e-post 7. juni 2016; Strøm, e-post 7. juni 2016).

7.2.2 Utdanningsnivå

Kjønnslemlestelse forbindes ofte med mangel på utdanning. Skolegang vil eksponere jentene for kunnskap og diskusjoner som problematiserer praksisen. De kan bygge relasjoner med andre og sammen kan jentene motarbeide

¹² Berit Austveg er seniorrådgiver ved Statens helsetilsyn,

¹³ Abdi Ali Gele er postdoktor ved Fakultet for helsefag, Institutt for sykepleie og helsefremmende arbeid ved Høgskolen i Oslo og Akershus.

kjønnslemlestelse og tradisjonelle skadelige tradisjoner (kilde A, B og D, samtaler oktober 2015; UNICEF 2013).

Jo høyere utdanning jentene og pårørende har, desto mindre sjanse er det for at de vil utsettes for kjønnslemlestelse, hevder kilde D (samtale oktober 2015). Utdanning har vært og er et satsingsområde i Etiopia. Med utdanning for stadig flere kvinner reduseres prevalensen av kjønnslemlestelse, og særlig blant unge kvinner (Boyden et al. 2013, s. 40).

Funn fra folkehelseundersøkelsen i 2005 (CSA 2006, s. 254) viste at 41,3 prosent av etiopiske kvinner uten noen form for utdanning og med minst én levende datter, hadde minst én kjønnslemlestet datter. Det tilsvarende tallet for kvinner med grunnskoleutdanning var 24,7 prosent, mens 18,7 prosent av etiopiske kvinner som hadde fullført minimum videregående utdanning og som har minst én datter, hadde minst én kjønnslemlestet datter.

Av den samme undersøkelsen fremgikk det at 40,6 prosent av kvinnene uten utdanning mente kjønnslemlestelse burde fortsette, 20,2 prosent av kvinner med grunnskoleutdanning mente kjønnslemlestelse burde fortsette, og 4,7 prosent av kvinner med videregående eller høyere utdanning mente kjønnslemlestelse-praksisen burde opprettholdes (CSA 2006, s. 255). Kildene A, B og D (samtaler oktober 2015) understøttet at mødres utdanningsnivå har klar sammenheng med sannsynligheten for at døtre utsettes for kjønnslemlestelse.

7.2.3 Urban vs. rural utbredelse

EGLDAM (2008, s. 130) har vist til en undersøkelse fra 1998 der det fremgikk at prevalensen av kjønnslemlestelse var noe høyere i urbane områder sammenliknet med rurale strøk. EGLDAM forklarte dette med at utslaget gjorde seg mest gjeldende i urbane strøk i Oromo-regionen, Gambella-regionen og Region Sør hvor det bor mange migranter fra Somalia, og i andre deler av Etiopia hvor praksisen står særlig sterkt.

CSA (2006, s. 253) sine anslag fra 2005 hadde motsatt tendens, i den forstand at andelen jenter og kvinner i alderen 15 til 49 år som var kjønnslemlestet var noe høyere i rurale strøk (75,5 prosent vs. 68,5 prosent). Den samme tendensen gjaldt også andelen mødre som har kjønnslemlestedede døtre. 38,7 prosent av mødre på landsbygda med minst én datter, hadde ifølge CSA minst én kjønnslemlestet datter, mot 30 prosent av mødre i urbane strøk. 6,3 prosent av kvinnene i rurale strøk hadde blitt utsatt for kjønnslemlestelse type III, mot 5,1 prosent av kvinnene i urbane strøk.

Nyere tall fra CSA (2012, s. 27) kan tyde på at forholdet mellom urbane og rurale strøk ytterligere endrer seg. Kjønnslemlestelse er trolig nå mer utbredt på landsbygda enn i byene. Men fortsatt er det stor variasjon mellom regioner. I de rurale regionene Gambella og Afar er prevalensen henholdsvis 7,4 prosent og 59,8 prosent, mens i byene Dire Dawa og Addis Abeba er prevalensen 13,4 prosent og – som tidligere nevnt for Addis Abeba – 9,4 prosent. Forholdet mellom by og landsbygd er henholdsvis 15 prosent og 24 prosent.

Kilde A og B (samtaler oktober 2015) hevdet ut fra sin arbeidserfaring at forskjellen stadig blir større mellom by og land.

Også når det gjelder kvinners holdninger til kjønnslemlestelse, viste folkehelseundersøkelsen fra 2005 at det var forskjell mellom rurale og urbane befolkningssegmenter. 33,1 prosent av kvinnene i rurale strøk mente kjønnslemlestelsespraksisen burde opprettholdes, mot 13 prosent av de spurte kvinnene i urbane strøk. 28 Too Many (2013, s. 52) hevder at forskjellen i sterk grad skyldes mangel på kunnskap og informasjon. Ifølge Verdensbanken (u.å.) bor over 79 millioner etiopiere, altså tilnærmet 80 prosent av befolkningen, på landsbygda.

7.2.4 Økonomisk status

Kvinnens økonomiske status hadde ifølge folkehelseundersøkelsen i 2005 (CSA 2006, s. 254) lite å si for hvorvidt etiopiske kvinner i aldersspennet 15 til 49 år var kjønnslemlestet eller ikke. Når befolkningen ble fordelt i grupper etter økonomisk status, varierte andelen kjønnslemlestedede kvinner mellom gruppene fra 70,6 prosent (den rikeste femtedelen) til 77,6 prosent (den nest rikeste femtedelen). 73 prosent av kvinnene i den fattigste femtedelen av befolkningen var kjønnslemlestet.

Videre hadde 38,2 prosent av mødre i den fattigste femtedelen av befolkningen, med minst én datter, minst én kjønnslemlestet datter. Det tilsvarende tallet for mødre med minst én datter blant den rikeste femtedelen av befolkningen var 33,7 prosent. Også i forhold til andel mødre som hadde kjønnslemlestedede døtre, var kjønnslemlestelse mest utbredt i den nest rikeste femtedelen av befolkningen (41,2 prosent), men forskjellene var tilnærmet marginale.

14 prosent av de fattigste mødrene som hadde kjønnslemlestedede døtre, hadde døtre som var utsatt for infibulasjon. Det tilsvarende tallet for de fire andre femtedelene varierte mellom 0,7 prosent og 2,6 prosent.

Som for urban og rural status, gjorde økonomisk status seg gjeldende i forhold til holdninger til kjønnslemlestelse. Her var det en klar korrelasjon mellom inntektsnivå og støtte til kjønnslemlestelse-praksiser. 48,3 prosent av de spurte kvinnene i den fattigste femtedelen av befolkningen mente praksisen burde fortsette, mot 14,1 prosent av kvinnene i den rikeste femtedelen (CSA 2006, s. 254).

I samtaler med kilde A, B og C ble kombinasjonen kjønnslemlestelse, økonomi og status diskutert. Alle tre kildene hevdet at økonomisk status var viktig og gjorde seg gjeldende i forhold til holdninger og synet på kjønnslemlestelse. De økonomisk mest velstående vil være langt mer restriktive til praksisen enn fattigere befolkningsgrupper, ble det hevdet. Kilde C hevdet at i hennes omgangskrets, som i sterk grad bestod av velutdannede og personer som hadde relativt god økonomi, var alle negative til kjønnslemlestelse.

7.2.5 Utbredelse i ulike aldersgrupper

Jo eldre en kvinne er, desto større er sjansen for at hun er kjønnslemlestet. Mer enn 52 prosent av kvinnene som har vært utsatt for kjønnslemlestelse blir kjønnslemlestet før de har fylt ett år (Mmaka 2016).

Når kjønnslemlestelsen gjennomføres, varierer geografisk, etnisk og med hvilken type praksis som brukes. Nord i Etiopia gjennomføres handlingen vanligvis like etter fødsel. I sør, hvor kjønnslemlestelse mer assosieres med ekteskap, skjer det vanligvis senere.

I Nord-Etiopia, i Tigray, Amhara og blant oromoer som bor nord i Oromia, gjennomføres handlingen vanligvis få dager etter fødselen. Blant oromoene ellers kan kjønnslemlestelsen gjennomføres helt fram til ekteskapet inngås.

I sør, blant Somaliere, Harari-folket og etniske grupper i regionen SNNPR, kan kjønnslemlestelsen skje fra fireårsalderen og til over 20 år.

I en studie foretatt av Beggrav, Talle og Tefferi i 2009 (som gjengitt i 28 Too Many 2013, s. 51) hevdes det at handlingen ofte blir gjennomført tidlig da blødninger stanser raskere, at blødningene er redusert og at smerten er mindre hos yngre jenter.

8. ORGANISASJONERS ARBEID MOT KJØNNSLEMLESTELSE I ETIOPIA I 2015

Mer enn 82 lokale frivillige og internasjonale organisasjoner arbeider i landet for å bekjempe kjønnslemlestelse. En rekke initiativer og strategier er implementert (kilde A og B, samtale oktober 2016). 28 Too Many (2013, s. 75) har utarbeidet en liste over de viktigste organisasjonene som arbeidet for å utrydde kjønnslemlestelse fram til 2013. Nye har trolig kommet til, og enkelte på listen er trolig ikke operative i dag (kilde A og B, samtaler oktober 2015).

Kunnskap om helseskader, dialog, opplæring og bevisstgjøring av de som utfører kjønnslemlestelsen, og tilbud om omskolering og alternative inntektskilder, er eksempler på arbeid som gjøres av organisasjonene (Norad 2015, s. 28).

I perioden 2000-2005 ble arbeidet mot kjønnslemlestelse intensivert av myndighetene i Etiopia, støttet opp av nasjonale og lokale programmer samt gjennom bruk av media. FN, frivillige organisasjoner, religiøse aktører og land som Norge har bidratt til økt aktivitet og med finansiering i dette arbeidet (Strøm, samtale mai 2016).

9. REFERANSER

Skriftlige kilder

- 28 Too Many (2013). *Country profile: FGM in Ethiopia*. London: 28 Too Many. Tilgjengelig fra <http://28toomany.org/media/uploads/ethiopiafinal.pdf> [lastet ned 6. juni 2016]
28 Too Many er en veldedighetsorganisasjon som arbeider for å stoppe kjønnslemlestelse av kvinner. Organisasjonens primære fokus er å drive forskning, og å tilrettelegge for at lokale tiltak kan føre til opphør av kjønnslemlestelse i de 28 afrikanske landene hvor det skjer. Organisasjonen arbeider også nært med andre tilsvarende organisasjoner.
- Amnesty International (2012). *Stifling Human Rights Work. The Impact of Civil Society legislation in Ethiopia*. London: Amnesty International. Tilgjengelig fra <https://www.amnesty.org/en/documents/AFR25/002/2012/en/> [lastet ned 6. juni 2016]
- Bentzen, T. & Talle, A. (2007, juli). *The Norwegian international effort against female genital circumcision*. Oslo: Norad. Tilgjengelig fra: <https://www.norad.no/globalassets/import-2162015-80434-am/www.norad.no-ny/filarkiv/vedlegg-til-publikasjoner/the-norwegian-international-effort-against-female-genital-mutilation.pdf> [lastet ned 26. mai. 2016]
- Berg, R.C. & Underland, V. (2014, mars). *Umiddelbare helsekonsekvenser av kvinnelig kjønnslemlestelse*. Oslo: Kunnskapsenteret. Tilgjengelig fra <http://www.kunnskapsenteret.no/publikasjoner/immediate-health-consequences-of-female-genital-mutilation-cutting-fgm-c> [lastet ned 31. mai 2016]
- Boyden, J., Pankhurst, A., & Tafare, Y. (2013) *Harmful Traditional Practices and Child Protection: Contested Understanding and Practices of Female Child Marriage and Circumcision in Ethiopia*. Oxford: Young lives. Tilgjengelig fra http://www.younglives.org.uk/publications/WP/harmful-traditional-practices-and-child-protection/yl-wp93_boyden-et-al [lastet ned 1. desember 2015]
- CSA, dvs. Central Statistical Agency (2006, september). *Ethiopia. Demographic and health survey 2005*. Addis Abeba: CSA. Tilgjengelig på [http://www.dhsprogram.com/pubs/pdf/FR179/FR179\[23June2011\].pdf](http://www.dhsprogram.com/pubs/pdf/FR179/FR179[23June2011].pdf) [lastet ned 1. juni 2016]
- CSA (2012). *Ethiopia Welfare Monitoring Survey 2011. Summary report*. Addis Abeba: CSA. Tilgjengelig fra <http://catalog.ihns.org/index.php/catalog/3124> [lastet ned 15. mai 2016]
- EGLDAM, dvs. Ye Ethiopia Goji Limadawi Dirgitoch Aswogaj Mahiber (2008). *Follow up National Survey On Harmful Traditional Practices in Ethiopia*. Addis Abeba: EGLDAM og Redd Barna Norge.
Rapporten kan bestilles fra Organization for Development of Women and Children Ethiopia på <http://www.odwace.org/research/48-follow-up-national-survey-on-harmful-traditional-practices-in-ethiopia-february-2008.html>.
- Eriksen M. (2014, 28. februar). *Apgar*. Stavanger: Babyverden. Tilgjengelig fra <http://www.babyverden.no/Baby/Helse/Barseltid/Apgar/> [lastet ned 6. juni 2016]
- Federal Ministry of Women, Children and Youth Affairs (2013). *National Strategy and Action Plan on Harmful Traditional Practices against Women and Children in Ethiopia*. Addis Abeba: Federal Ministry of Women, Children and Youth Affairs. Ikke lenger tilgjengelig på internett.
- Gele, A. (2013) *Female Circumcision at Home and Away: attitudes toward the practice among Somali immigrants in Oslo, Norway, and their corresponding group in Hargeisa and Galka'ayo, Somalia*. Oslo: University of Oslo.
- Global oneness project (2013). Who we are: Human uniqueness and the African spirit of Ubuntu. *Templeton Prize*. Tilgjengelig fra Youtube <https://www.youtube.com/watch?v=0wZtfqZ271w#t=162> [lastet ned 21. juni]
Ubuntu, presentert ved Desmond Tutu i anledning Templeton Prize 2013.

- HRW, dvs. Human Rights Watch (2009, 8. januar). *Ethiopia: New law ratchets up repression*. New York: HRW. Tilgjengelig fra <http://www.hrw.org/en/news/2009/01/08/ethiopia-new-law-ratchets-repression> [lastet ned 15. mai 2016]
- Impact Norway (u.å.) *Fistula-operasjoner i Tanzania*. Oslo: Impact Norway. Tilgjengelig fra <http://impactnorway.org/fistula-operasjoner-i-tanzania/?gclid=CLHe0oTolMoCFcT2cgokecFhw> [lastet ned 6. januar 2016]
- IRIN (2005, mars). Ethiopia: IRIN interview with Sheikh Omer, a muslim religious leader. *IRIN*. Tilgjengelig fra <http://www.irinnews.org/InDepthMain.aspx?InDepthId=15&ReportId=62475> [lastet ned 12. januar 2016]
- IRIN (2010, 19. august). Empowering women to fight FGM/C. *IRIN*. Tilgjengelig fra <http://www.irinnews.org/report/90218/ethiopia-empowering-women-fight-fgmc> [lastet ned 24. juni 2016]
- Landinfo (2007, august). *Kjønnslemlestelse av kvinner i Vest-Afrika*. Oslo: Landinfo. Tilgjengelig fra http://www.landinfo.no/asset/611/1/611_1.pdf [lastet ned 1. juni 2016]
- Landinfo (2008, 25. september). *Kvinnelig kjønnslemlestelse i Sudan og Somalia*. Oslo: Landinfo. Tilgjengelig fra http://www.landinfo.no/asset/746/1/746_1.pdf [lastet ned 6. juni 2016]
- Golbez (u.å.). *Ethiopia Regions English*. Mapsof.net. Tilgjengelig fra Wikimedia https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Ethiopia_regions_english.png [lastet ned 14. juni 2016]
- Missailidis, K. & Gebre-Medhin, M. (2000) Female genital mutilation in Eastern Ethiopia. *The Lancet* 356 (9224), s.137-8. Tilgjengelig fra [http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(00\)02453-3/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(00)02453-3/fulltext) [lastet ned 15. mai 2016] [Betalingstjeneste]
- Mitike, G. & Deressa, W. (2009). Prevalence and associated factors of female genital mutilation among Somali refugees in eastern Ethiopia: a cross-sectional study. *BMC Public Health* 9 (264). Tilgjengelig fra [http://www.reliefweb.int/rw/RWFiles2009.nsf/FilesByRWDocUnidFilename/MYAI-7UHA65-full_report.pdf/\\$File/full_report.pdf](http://www.reliefweb.int/rw/RWFiles2009.nsf/FilesByRWDocUnidFilename/MYAI-7UHA65-full_report.pdf/$File/full_report.pdf) [lastet ned 31. august 2009]. [Ikke lenger tilgjengelig på internett.]
- Mmaka, V. (2016, 13. januar). Ethiopia Still Far From Eradicating FGM. *AllAfrica*. Tilgjengelig fra <http://allafrica.com/stories/201601191548.html> [lastet ned 2. juni 2016]
- Mulatu, W. (2015, 14. april). *Donors appreciative of the joint UNFPA/UNICEF programme to stop FGM/C in Afar Region*. Addis Abeba: UNICEF Ethiopia. Tilgjengelig fra <https://unicefethiopia.wordpress.com/2015/04/14/donors-appreciative-of-the-joint-unfpaunicef-programme-to-stop-fgmc-in-afar-region/> [lastet ned 6. juni 2016]
- Norad (2015, april). *Evaluation of Norway's support to women's rights and gender equality in development cooperation*. Oslo: Norad. Tilgjengelig fra <https://www.norad.no/globalassets/publikasjoner-2015-/evaluering/evaluation-of-norways-support-to-womens-rights-and-gender-equality-in-development-cooperation/evaluation-of-norways-support-to-womens-rights-and-gender-equality-in-development-cooperation-ethiopia.pdf> [lastet ned 15. mai 2016]
- [Revidert straffelov] (2005, 9. mai) *Criminal Code of the Federal Democratic Republic of Ethiopia 2004 [Ethiopia], Proclamation No. 414 of 2004*. Tilgjengelig fra <http://www.wipo.int/edocs/lexdocs/laws/en/et/et011en.pdf> [lastet ned 31. mai 2016]
- Rye, S. (2002) *Circumcision in urban Ethiopia: practices, discourses and contexts*. Oslo: Department of Social Anthropology, University of Oslo.
- Save the Children/Norwegian Church Aid (2015). *Accelerating change towards tolerance to female genital mutilation in Ethiopia*. Oslo. Save the Children/Norwegian Church Aid. [Ikke tilgjengelig på internett]

- SNL, dvs. Store Norske Leksikon. *Dermoidcyste* (sist endret 16. februar 2009). Oslo: SNL. Tilgjengelig fra <http://www.snl.no/dermoidcyste> [lastet ned 6. juni 2016].
- Uhlig, S. (Ed.) (2003). *Encyclopaedia Aethiopica* (Vols. 1, A – C). Harrassowitz Verlag: Wiesbaden
- UNFPA, dvs. UN Population Fund (2015). *Demographic Perspectives on Female Genital Mutilation*. New York: UNFPA. Tilgjengelig fra <http://www.unfpa.org/publications/demographic-perspectives-female-genital-mutilation> [lastet ned 15. mai 2016]
- UNFPA & UNICEF (2013). *Joint Programme on Female Genital Mutilation/Cutting: Annual Report 2012*. New York: UNFPA. Tilgjengelig fra http://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/UNICEF-UNFPA%20Joint%20Programme%20AR_final_v14.pdf [lastet ned 24. juni 2016]
- UNICEF (2005). *Changing a harmful social convention: female genital mutilation/cutting*. Firenze: UNICEF. Tilgjengelig fra https://www.unicef-irc.org/publications/pdf/fgm_eng.pdf [lastet ned 30. mai 2016]
- UNICEF (2008). *Changing a harmful social convention: female genital mutilation/cutting*. Firenze: UNICEF. Tilgjengelig fra https://www.unicef-irc.org/publications/pdf/fgm_eng.pdf [lastet ned 21. juni 2016]
- UNICEF (2013). *Female genital Mutilation (Cutting): A statistical overview and exploration of the dynamics of change*. New York: UNICEF. Tilgjengelig fra http://data.unicef.org/corecode/uploads/document6/uploaded_pdfs/corecode/FGMC_Lo_res_Final_26.pdf [lastet ned 27. juni]
- UNICEF (2014, 22. juli). *Ethiopia commits to eliminating child marriage and FGM by 2025*. UNICEF Addis Abeba: Ethiopia. Tilgjengelig fra <https://unicefethiopia.wordpress.com/2014/07/22/ethiopia-commits-to-eliminating-child-marriage-and-fgm-by-2025/> [lastet ned 15. mai 2016]
- UNICEF (2016). *At least 200 million girls and women alive today living in 30 countries have undergone FGM/C*. New York: UNICEF. Tilgjengelig fra <http://data.unicef.org/child-protection/fgmc.html> [lastet ned 2. juni 2016]
- U.S. Department of State (2012). *Ethiopia 2012 Human Rights Report*. Washington, DC: U.S. Department of State. Tilgjengelig fra <http://www.state.gov/documents/organization/204330.pdf> [lastet ned 23. juni 2016]
- WHO, dvs. Verdens helseorganisasjon (2015). *World health statistics 2015*. Genève: WHO. Tilgjengelig fra http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2015/en/ [lastet ned 1. juni 2016]
- WHO (2016). *Female genital mutilation*. Genève: WHO. Tilgjengelig fra <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs241/en/> [lastet ned 6. juni 2016]
- Wikipedia (2007, 24. januar). *File: FGC Types.jpg*. Tilgjengelig fra https://en.wikipedia.org/wiki/File:FGC_Types.jpg [lastet ned 27. juni 2016]
- World Bank (u.å). *Rural population*. Washington D.C.: World Bank. Tilgjengelig fra <http://data.worldbank.org/indicator/SP.RUR.TOTL> [lastet ned 2. juni 2016]

Muntlige kilder

- Austveg, Berit. Seniorrådgiver i Statens helsetilsyn, e-post 7. juni 2016.
- Diplomatkilde. E-post 9. mai 2016.
- Etiopisk kilde. Intervju februar 2008.
- Etiopisk kvinneorganisasjon. Intervju Addis Abeba, november 2006.
- Internasjonal NGO. E-post 9. september 2014

- Kilde A, nasjonal organisasjon, samtale oktober 2015.
- Kilde B, nasjonal organisasjon, samtale oktober 2015.
- Kilde C, internasjonal organisasjon, samtale oktober 2015.
- Kilde D, internasjonal organisasjon, samtale oktober 2015.
- Kilde E, leder av religiøs organisasjon, samtale oktober 2015.
- Kirkens Nødhjelp. E-post juli 2009.
- NGO-kilde i Addis Abeba. E-post juli 2009.
- Strøm, Nina. Seniorrådgiver i Norad, avdeling for helse, utdanning og forskning. Samtale 31. mai 2016, e-post 7. juni 2016
- Redd Barna Norge. Intervju november 2005.