

Temanotat

Somalia: Kjønnsmestelse av kvinner



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

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

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

© Landinfo 2011

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

Alle henvendelser om Landinfos rapporter kan rettes til:

Landinfo
Utlendingsforvaltningens fagenhet for landinformasjon

Storgaten 33 A

Postboks 8108 Dep

N-0032 Oslo

Tel: 23 30 94 70

Fax: 23 30 90 00

E-post: mail@landinfo.no

www.landinfo.no

Temanotat **Somalia: Kvinnelig kjønnslemlestelse**

SUMMARY

Female Genital Mutilation is very common in Somalia. More than 90 percent of girls in Somalia are subjected to the most severe form, i.e. infibulation. Religion, tradition and sexuality are central issues in the context of FGM. In spite of campaigns to eradicate FGM, the practice is still highly prevalent, but there might be some signs of change. Even though the practice seems mainly to be preserved by women, men also carry a great responsibility for its continuation. In societies where women have few options and marriage to a large extent is an economical necessity, marriageability is an important issue.

SAMMENDRAG

Kjønnslemlestelse av kvinner er svært utbredt i Somalia. Over 90 prosent av alle jenter i Somalia utsettes for den mest omfattende formen, det vil si infibulering. 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. Kravet om at kvinnen skal være jomfruer for å være en akseptabel ekteskapskandidat i et samfunn hvor ekteskapet er det sosiale og økonomiske sikkerhetsnettet for kvinner, bidrar i sterk grad til at praksisen opprettholdes.

INNHold

1. Innledning	5
1.1 Typer av kjønnslemlestelse	5
1.2 Somaliske termer for kjønnslemlestelse	5
1.3 Helseproblemer som følge av kjønnslemlestelse	6
2. Kjønnslemlestelse i Somalia	6
2.1 Utbredelse og form	6
2.2 Hva er begrunnelsen for denne tradisjonen i Somalia?	7
2.3 Når blir kjønnslemlestelse utført?	8
2.4 Reinfibulering	9
2.5 Hvem utfører kjønnslemlestelse?	9
2.6 Hvem tar beslutningen om at kjønnslemlestelse skal gjennomføres?	9
2.7 Holdninger til kjønnslemlestelse	9
2.8 Kjønnslemlestelse i områdene Al-Shabaab kontrollerer	11
2.9 Muligheter til beskyttelse mot kjønnslemlestelse	11
2.9.1 Lovverk mot kjønnslemlestelse	11
2.10 Sosiale sanksjoner mot dem som ikke er omskåret og/eller deres foreldre	11
3. Referanser	13

1. INNLEDNING

I dette notatet brukes begrepet kjønnslemlestelse, som er parallelt med det engelske begrepet female genital mutilation (FGM), noe 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 nødvendigvis ser på dette som lemlestelse og kan reagere negativt på å fremstilles som ”ødelagte” (foredrag av Barre 3. 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 formålstjenlig i slike sammenhenger.

1.1 TYPER AV KJØNNSLEMLESTELSE

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. Inngrepet utføres stort sett av tradisjonelle omskjærere uten helseutdanning.

Verdens helseorganisasjon (WHO) klassifiserte i 1997 fire kategorier av kjønnslemlestelse, type V følger UNICEF (Landinfo 2007, s. 6):

- 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.

Type IV omfatter alle andre typer kjønnslemlestelse og type V symbolske inngrep. Ingen av disse variantene praktiseres i Somalia.

1.2 SOMALISKE TERMER FOR KJØNNSLEMLESTELSE

På somalisk er det sjelden folk bruker Verdens helseorganisasjons begreper. Isteden bruker folk følgende tradisjonelle begreper:

Halalayn: renselse. Dette begrepet brukes om omskjæring av alle former, og indikerer at den som *ikke* er omskåret er både fysisk og mentalt uren og derfor må renses.

Gudniin Fadumo: Fadumos omskjæring. Ifølge somalisk tradisjon var profeten Muhammads datter Fatima (Fadumo på Somali) omskåret ved infibulering (type III).¹

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

¹ Det finnes imidlertid ikke belegg i islamske kilder for at noen av Profetens døtre ble utsatt for omskjæring.

Sunna: ”I tråd med islamsk tradisjon.” Betegnelsen brukes først og fremst om type I og type II, som en del mener er mer i tråd med islamsk praksis enn type III (infibulering).²

1.3 HELSEPROBLEMER SOM FØLGE AV KJØNNSLEMLESTELSE

Selve inngrepet kan i seg selv være helsefarlig, både på grunn av dårlige hygieniske forhold og fordi det innebærer risiko for skader. Mange jenter og kvinner opplever kroniske smerter, alvorlige blødninger og blodforgiftning i tiden etter inngrepet. Imidlertid kan også kvinner som har unngått disse problemene i mange tilfeller rammes av svangerskapsproblemer, store smerter ved samleie og av andre gynekologiske problemer og traumer senere i livet. Psykisk kan også inngrepet oppleves som problematisk. Særlig for små jenter er det naturlig nok vanskelig å forstå at deres nærmeste familie tillater at de blir utsatt for noe så smertefullt.

2. KJØNNSLEMLESTELSE I SOMALIA

2.1 UTBREDELSE OG FORM

Anslagsvis 80-98 prosent av alle somaliske kvinner har vært utsatt for infibulering, dvs. kjønnslemlestelse type III. Dermed har disse fått fjernet deler av eller alle ytre kjønnsdeler, og vaginalåpningen er sammensydd (World Bank & UNFPA 2004).

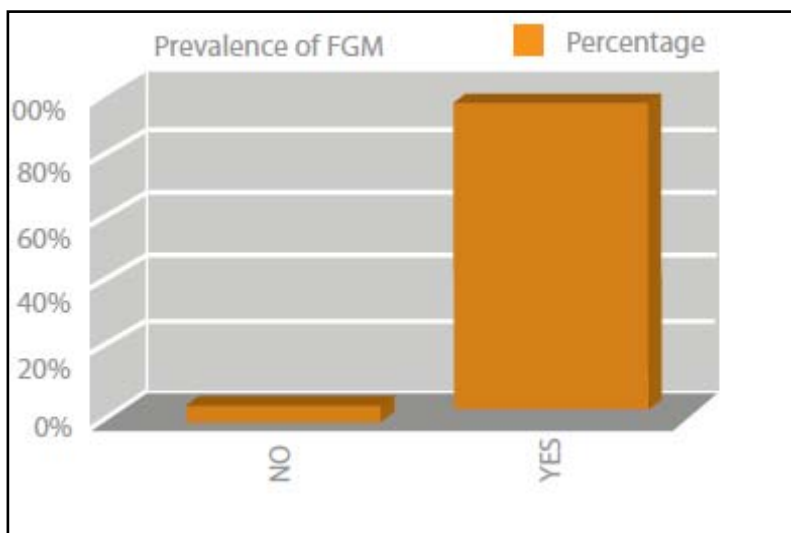
Enkelte kilder (COSPE, intervju 27. mars 2007) mener at det vært en endring fra infibulering (type III) til *sunna* (type II) de senere årene, men det er vanskelig å vite med sikkerhet hvor omfattende en slik endring eventuelt er. Ifølge en somalisk kvinneaktivist bidro dårlig økonomi i mange familier til at forekomsten av kjønnslemlestelse generelt ble redusert på 1990-tallet. Inngrepet og markeringen etterpå, hvor familie og venner skal trakteres, koster penger. Selv i dag er det familier som ikke har økonomisk muligheter til å få utført inngrepet, men slekt i diasporaen trer støttende til, og dette bidrar til at tradisjonen lever videre (intervju i Nairobi, 30. mars 2011).

Blant benadirbefolkningen i kystområdene er *sunna* vanlig (COSPE, intervju 27. mars 2007).³

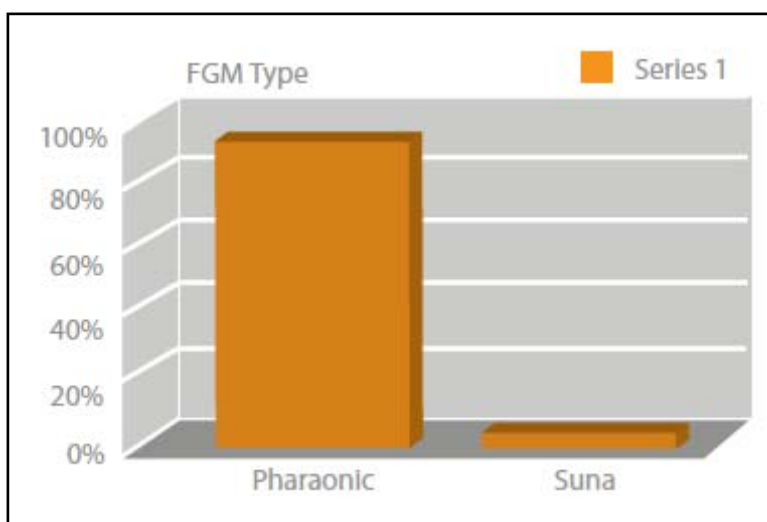
² Det er imidlertid ingen enighet om dette. De som bruker begrepet *gudniin Fadumo* hevder jo implisitt at det nettopp er infibulering som er i tråd med islam, siden termen spiller på at profeten Muhammad skal ha valgt å infibulere datteren sin.

³ 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 refererer til kystområdet ved Mogadishu. Fellesbenevnelsen benadir på disse minoritetsgruppene er imidlertid av nyere opprinnelse.

Benadir-medlemmene 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.



Prosentandel kjønnslemlestede blant utvalg av kvinner i Somaliland 2002-2006 (hentet fra Ismail u.å.)



Figur 1: Form for kjønnslemlestelse blant utvalg kvinner i Somaliland 2002-2006 (hentet fra Ismail u.å.)

2.2 HVA ER BEGRUNNELSEN FOR DENNE TRADISJONEN I SOMALIA?

Tradisjonen opprettholdes av frykt for at jenter og kvinner ikke skal bli gift og for at de skal oppleve sosial marginalisering, noe som kan få alvorlige konsekvenser i et samfunn hvor nettverk er avgjørende i svært mange situasjoner. Kjønnslemlestelse er videre en måte for menn å kontrollere kvinnenens seksualliv i bred forstand (det er også flere ulike begrunnelser for å utføre og opprettholde denne praksisen, se Landinfo 2007, s. 11-13).

Selv om kjønnslemlestelse sannsynligvis er blitt praktisert blant somaliere på Afrikas Horn siden lenge før de ble muslimer, så er det mange somaliere som hevder at kjønnslemlestelse er en islamsk skikk. Det faktum at tre av de fire begrepene på somali nevnt i innledningen er islamske begreper (se del 1.2), viser at skikken også har en sterk religiøs dimensjon i folketroen, selv om ledende moderne islamske teologer fordømmer den (se Landinfo 2007, s. 19-20).

Landinfo understreker at i Somalia er kjønnslemlestelse ikke knyttet til noe overgangsrite som markerer overgangen fra barn til voksen, men en praksis knyttet til tradisjon og forestillinger om renhet, jomfruelighet og kontroll av uønsket seksualitet.

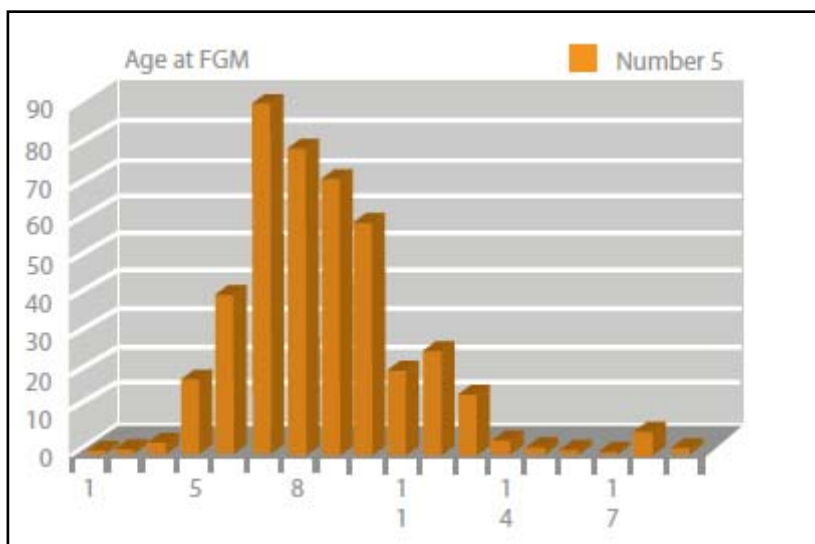
Over 80 prosent av respondentene viste til slike forestillinger i en undersøkelse gjennomført av Puntland Center for Human Rights and Democracy av 450 husholdninger i Garowe, Galkayo og Bosasso. Omskårne kvinner, og særlig de infibulerte, foretrekkes som ekteskapspartnere, fordi ikke-omskårne (og delvis de som har gjennomgått *sunna*, altså type I eller II) forbindes med promiskuitet (Hersi 2010).

2.3 NÅR BLIR KJØNNSLEMLESTELSE UTFØRT?

Det er visse variasjoner med hensyn til når jenter utsettes for denne praksisen, men konklusjonen man kan trekke er at den store majoriteten har vært utsatt for dette innen fylte 10 år. De ulike undersøkelsene er gjennomgående fra Somaliland, men Landinfo understreker at det ikke er grunn til tro at bildet er vesensforskjellig i de sørlige delene av landet.

En undersøkelse som ble foretatt i Awdal-distriktet i Nordvest-Somalia (Somaliland) og Mandera-distriktet i Nordøst-Kenya bekreftet at kjønnslemlestelse som regel 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 (World Bank & UNFPA 2004).

En nyere undersøkelse foretatt blant nesten 4000 jenter og kvinner på Edna Adan Maternity and Teaching Hospital i Hargeisa i Somaliland i perioden 2002-2006, viste at nærmere nitti prosent ble infibulert i åtteårsalderen.



Alder for gjennomført kjønnslemlestelse (hentet fra Ismail u.å.)

En annen feltstudie fra Somaliland gjennomført i 2009 indikerte at jentene stort sett er i alderen 5-10 år når de omskjæres (ANPPCAN Somaliland 2009).

Puntland Center for Human Rights and Democracy sin studie av 450 husholdninger i Garowe, Galkayo og Bosasso viser at av i alt 1105 jenter hadde 96,6 prosent gjennomgått kjønnslemlestelse, og at 88,8 prosent av jentene var i alderen 6-10 år da de ble kjønnslemlestet (Hersi 2010).

Benadir-gruppene gjennomfører kjønnslemlestelse kort tid etter fødsel, og følger dermed noe andre tradisjoner enn befolkningen i Somalia ellers.

Ifølge COSPE (intervju i Nairobi 27. mars 2007) utføres kjønnslemlestelse senere på jenter i og fra den somaliske diasporaen, her kan kvinnene i noen tilfeller være helt opp i tyveårsalderen.

2.4 REINFIBULERING

Det er svært lite informasjon om forekomsten av reinfibulering blant somaliske kvinner. 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 (Barre, foredrag 3. mars 2008). Det finnes 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.

2.5 HVEM UTFØRER KJØNNSLEMLESTELSE?

Det er stort sett tradisjonelle kvinnelige omskjærere, *guddaay*, som utfører inngrepet. Den som utfører inngrepet betales før, under og etter inngrepet, for å sikre best mulig service. Betalingen kan være i kontanter eller varer, og er en viktig inntektskilde for omskjærersken. Prisen for *sunna* er ca. 5 amerikanske dollar, og infibulering koster ca. 15 amerikanske dollar. Prisen varierer også avhengig av familiens økonomiske status (Hersi 2010).

Antallet profesjonelle helsearbeidere som utfører kjønnslemlestelse er økende. Ifølge Verdensbankens undersøkelse 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 (World Bank & UNFPA 2004).

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 allerede ved Somalias uavhengighet, da en libanesisk lege begynte å utføre disse inngrepene ved Martini-sykehuset i Mogadishu (World Bank & UNFPA 2004).

2.6 HVEM TAR BESLUNINGEN OM AT KJØNNSLEMLESTELSE SKAL GJENNOMFØRES?

Ifølge studien som ble gjennomført av PUNCHAD (Hersi 2010) er det mor som i mer enn halvparten av tilfellene bestemmer hvilken type kjønnslemlestelse datteren skal gjennomgå. Ca. ti prosent av beslutningene om type inngrep, tas i samråd med jentas bestemor.

2.7 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 som omfattet 1744 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 & UNFPA 2004). En annen studie gjennomført i distriktet Awdal i Nordvest-Somalia (Somaliland) og blant somaliere i Mandera-distriktet i Kenya viste at mer enn halvparten av de spurte ville at døtrene deres skulle omskjæres ((World Bank & UNFPA 2004).⁴

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

Undersøkelsen ved Edna Adan Maternity and Teaching Hospital i Hargeisa (Ismail u.å.) viste at av 2735 kvinner, svarte over halvparten at de ikke visste hvorfor de var kjønnslemlestet. 34 prosent mente at det var religiøse grunner, og 11 prosent at det var kulturelle eller tradisjonelle årsaker.

Det er en sammenheng mellom utdanningsnivå og ønske om at døtre skal omskjæres. Edna Adan-undersøkelsen viser at 71 prosent av mødre med universitetsutdanning *ikke* ønsker at døtrene skal utsettes for infibulering (undersøkelsen sier ikke om det betyr at eksempelvis *sunna* er akseptert blant disse), mens 66 prosent av dem uten utdanning sa de ville at døtrene skulle omskjæres.

Tallmaterialet viser at selv om mange kvinner forstår at denne skikken er skadelig, mener de likevel 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 kvinners jomfruelighet før første ekteskap 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 (Koronya 2011, UNFPA 2011). Ifølge COSPE (intervju i Nairobi, 27. mars 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 kvinnes beslutninger, og det bør derfor være mulig for mødre å motsette seg FGM.

Verdensbanken (World Bank & UNFPA 2004) og andre somaliske kilder (Asha Barre, foredrag 3. mars 2008) understreker imidlertid 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: døtrene sjanser på ekteskapsmarkedet er dårlige hvis de ikke er omskåret, og fedrene risikerer å ikke få brudeprisen hvis det oppdages etter ekteskapsinngåelsen at døtrene ikke er omskåret. I Somaliland

⁴ 73 % av de spurte var bosatt i rurale områder, 64 % var nomader og 54 % var bosatt i by.

har UNICEF og UNFPA siden 2009 involvert anerkjente islamske teologer i et samarbeid med lokale religiøse ledere for å skape konsensus om at FGM ikke er religiøst fundert. De religiøse lederne nyter stor respekt, og det er derfor viktig at de kan formidle sitt syn på FGM i lokalsamfunnet (UNICEF 2011).

2.8 KJØNNSLEMLESTELSE I OMRÅDENE AL-SHABAAB KONTROLLERER

Den ytterliggående islamistiske bevegelsen Al-Shabaab har, ifølge Landinfos samtalepartnere i Nairobi i mars 2011, forbudt alle former for kvinnelig kjønnslemlestelse i områdene bevegelsen kontrollerer. Praksisen fortsetter imidlertid både i og utenfor Shabaab-kontrollerte områder. Siden tradisjonen står sterkt og ikke lar seg endre i løpet av et par år. Holdningen og forventningen i det somaliske samfunnet er fortsatt at en ung kvinne må være jomfru når hun gifter seg, og at omskårne kvinner i mindre grad har sex før ekteskap enn uomskårne (intervju i Nairobi, 30. mars 2011).

2.9 MULIGHETER TIL BESKYTTELSE MOT KJØNNSLEMLESTELSE

Mulighetene familier har til å unngå eller hindre at døtre utsettes for kjønnslemlestelse er begrensede (UNICEF, intervju 21. september 2005, COSPE, intervju 27. mars 2007). Hvis foreldrene ikke er hjemme og passer på jentene, vil andre kvinnelige familiemedlemmer kunne sørge for at inngrepet blir utført, selv der det er kjent at foreldrene ikke ønsker det. Ifølge COSPE 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 (COSPE, intervju 27. mars 2007, og UNICEF 21. september 2005).

Ritualet som følger selve handlingen er en begivenhet som markeres med festligheter, og det er derfor vanligvis kjent i nærmiljøet 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 skjule at de ikke har gjennomgått inngrepet, inntil de gifter seg.

2.9.1 Lovverk mot kjønnslemlestelse

Det finnes ikke noe nasjonalt regelverk som forbyr FGM i dagens Somalia, men administrasjonen i Puntland innførte lovgivning mot kjønnslemlestelse i 1999.⁵ Holdningskampanjene mot kjønnslemlestelse som ble igangsatt på begynnelsen av 1980-tallet, forsvant da Siyad Barres regime 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 & UNFPA 2004).

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

Markeringen i forbindelse med inngrepet har som nevnt som konsekvens at lokalsamfunnet gjennomgående vet hvilke jenter og kvinner som har gjennomgått FGM. De

⁵ Puntland (Nordøst-Somalia) erklærte seg som en autonom region i august 1998.

som ikke er infibulerte opplever erting, og de kan senere få problemer på ekteskapsmarkedet (COSPE, intervju i Nairobi 27. mars 2007). (Se også del 2.2 og 2.7.)

3. REFERANSER

Skriftlige kilder

- ANPPCAN Somaliland, dvs. African Network for the Prevention and Protection against Child Abuse and Neglect (2009, desember). *Draft report on FGM baseline assessment in Somaliland*. Hargeisa: ANPPCAN Somaliland. Tilgjengelig fra <http://www.mbali.info/doc527.htm> [lastet ned 10. september 2011]
- Hersi, Ahmed Abdirahman (2010, 29. juni). *Baseline survey report on female genital mutilation/cut in Puntland State of Somalia*. Galkayo: . Puntland Center for Human Rights and Democracy. Tilgjengelig fra <http://api.ning.com/files/IfR7VuWPAJJdpQVCIoHIPRermOYyxyuvc03Co9oiwt eLxLT3QwC8wvGONyrvdv66WiNxKIwUQY5E2BUemOU9VNQXf2JJDM8q/BASELINESURVEYREPORTpuntlandfinal1.doc> [lastet ned 10. september 2011]
- Ismail, Edna Adan (u.å). *Female Genital Mutilation survey in Somaliland 2002-2009*. Hargeisa: The Edna Adan Maternity and Teaching Hospital. Tilgjengelig fra <http://www.ednahospital.org/female-genital-mutilation.pdf> [lastet ned 10. september 2011]
- 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.
- Koronya, Charity (2011, 3. juni). *Somali religious leaders and high-level officials join hands to put an end to all forms of FGM/C*. Hargeisa: UNICEF. Tilgjengelig fra http://www.unicef.org/somalia/reallives_8552.html [lastet ned 10. september 2011]
- 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 10. september 2011]
- UNFPA (2011, 30. mai). 3 IDP communities in Garowe, Somalia made declarations on FGM/C abandonment. *Raxanreeb Online*. Tilgjengelig fra <http://www.raxanreeb.com/?p=97896> [lastet ned 10. september 2011]
- World Bank & UNFPA (2004, november). *Somalia: Female Genital Mutilation/Cutting in Somalia*. New York: World Bank & UNFPA. Tilgjengelig fra <http://siteresources.worldbank.org/INTGENDER/Resources/WBSomaliafgm.pdf> [lastet ned 10. september 2011]

Muntlige kilder

- Barre, Asha. Foredrag i Oslo, 3. mars 2008.

- COSPE, dvs. Cooperazione Per Lo Sviluppo Deipaesi Mergenti, ved Hibo Yaasin, regional koordinator. Intervjuer i Nairobi 27. mars 2007 og 30. mars 2011.
- Save The Children UK, ved programdirektør El Khidir Daloum. Intervju i Nairobi 21. september 2005.
- SSWC, dvs. Save Somali Women And Children, ved Asha Hagi Elmi, leder. Intervju i Nairobi 22. September 2005.
- UNICEF, ved stedlig representant Christian Balslev-Olesen. Intervju i Nairobi 21. september 2005.