



LANDINFO

Utlendingsforvaltningens fagenhet for landinformasjon

Temanotat

Somalia

Kjønnslemlestelse av kvinner

14. september 2022



© Landinfo 2022

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

Fredrik Selmers vei 6
Postboks 2098 Vika
0125 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 informasjonsinnhentingstreiser. 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 a nearly universal practice in Somalia. According to numbers from the latest Health and Demographic Survey of 2020, there is no indication of the practice abating. However, some have departed from infibulation in favour of (somewhat) less intrusive operations. Female genital cutting is still viewed as a culturally significant custom and a condition for making a good marriage.

Sammendrag

Kvinnelig kjønnslemlestelse er en nær universell praksis i Somalia. Ifølge tall fra den siste helse- og demografistudien fra 2020, er det lite som tyder på at praksisen er i tilbakegang. Flere har likevel gått bort fra infibulasjon – den mest omfattende typen kjønnslemlestelse – og over til (noe) mindre omfattende inngrep. Kvinnelig omskjæring anses fortsatt som en kulturelt betydningsfull skikk, og som en forutsetning for å kunne gjøre et godt ekteskap.

Innhold

1 Innledning	6
1.1 Kilder	6
2 Utbredelse	6
2.1 FGM og sosiale indikatorer	7
3 Hvordan, hvorfor og når FGM skjer	8
3.1 Typer kjønnslemlestelse	8
3.1.1 Infibulasjon (faraonisk omskjæring).....	9
3.1.2 Sunna-omskjæring.....	9
3.2 Begrunnelser for å utføre FGM	10
3.3 Hvem beslutter at FGM skal gjennomføres?	10
3.4 Hvem utfører FGM?	11
3.5 Når utføres FGM?.....	11
3.5.1 Reinfibulasjon.....	12
4 Endring over tid	13
4.1 En svært marginal nedgang i utbredelse.....	13
4.2 Endring til mindre omfattende former for FGM	13
4.3 Flertallet av kvinner oppgir at FGM bør fortsette	14
5 Mangelfull nasjonal lovgivning mot FGM	15
5.1 FGM i Al-Shabaab-områder	15
6 Reaksjoner mot jenter/kvinner som ikke er omskåret	16
7 Endring i praksis og holdninger i forbindelse med migrasjon til Vesten	17
8 Referanser	18

1 Innledning

Dette temanotatet gir en kortfattet beskrivelse av omfanget av kjønnslemlestelse (FGM) i Somalia, og av lokale begrunnelser for og praksis knyttet til gjennomføringen av inngrepet. Notatet redegjør deretter for noen sentrale utviklingstrekk når det gjelder utbredelse, type FGM og støtte til inngrepet i befolkningen. Avslutningsvis skisseres mulige konsekvenser av å ikke være omskåret i Somalia, og hvordan den somaliske diasporaen i Vesten forholder seg til praksisen i dag.

I dette notatet bruker vi begrepet kjønnslemlestelse, eller forkortelsen FGM (female genital mutilation), når vi omtaler praksisen på et overordnet nivå. Denne termen brukes av Verdens helseorganisasjon (WHO), i norsk lovverk og av menneskerettighetsorganisasjoner. I tillegg bruker vi begrepet omskjæring, som tilsvarer det somaliske begrepet *gudniin*, når vi omtaler lokale begrunnelser for skikken og personer som er omskåret.¹

1.1 Kilder

Etter å ha vært etterlyst i flere år ble det 2020 publisert en stor statistisk studie, *The Somali Health and Demographic Survey 2020* (SHDS 2020), med oppdaterte tall om utbredelse og omfang av FGM i Somalia. Sammenholdt med tidligere og tilsvarende studier, belyser SHDS 2020 også utviklingen over tid. I tillegg til de kvantitative studiene, foreligger det forskningslitteratur og undersøkelser gjennomført av ulike bistandsorganisasjoner, som anvender kvalitative metoder og dermed gir et mer utfyllende bilde av lokale begrunnelser og praktiske overveielser i forbindelse med gjennomføringen av FGM.

Landinfo har også vært i kontakt med ressurspersoner som arbeider med eller har forsket på FGM i Somalia og andre steder.

2 Utbredelse

FGM har en nær universell utbredelse i Somalia. De nyeste tallene kommer fra den omfattende helse og demografi-undersøkelsen SHDS 2020,² hvor i overkant av 99 % av respondentene mellom 15 og 49 år oppga å være omskåret (SHDS 2020, s. 213).

¹ For mer om diskusjonen rundt begrepsbruken, se Johnsdotter & Johansen (2020, s. 8-11).

² Studien er basert på intervjuer og egenrapportering fra et utvalg av 14 651 kvinner i alle regioner i Somalia, med unntak av Nedre Shabelle, Midtre Juba og Bay, hvor intervjuer ikke ble gjennomført grunnet sikkerhetshensyn (SHDS 2020). Landinfo mener det ikke er grunn til å tro at utbredelsen av FGM i disse regionene skiller seg fra utbredelsen i Somalia ellers. I UNICEFs MICS-studie fra 2006 ble det for eksempel funnet at i overkant av 99 % av jenter og kvinner i Sør-Somalia mellom 15-49 år var omskåret (UNICEF 2006, s. 138).

Tallmaterialet i undersøkelsen er ikke organisert geografisk på administrative nivåer, og sier dermed ikke noe om eventuelle variasjoner på delstats- og regionsnivå. I de forrige større kvantitative undersøkelsene med tallmateriale om FGM – UNICEFs *Multiple Indicator Cluster Survey* (MICS) fra 2006 og 2011 – fant man imidlertid at det var liten variasjon i utbredelsen av FGM mellom Sør-Somalia (99 %), Somaliland (99 %) og Puntland (98 %) (UNICEF 2006; 2011; 2014). På bakgrunn av den vedvarende høye andelen av FGM i Somalia, er det ikke grunn til å tro at den geografiske variasjonen er vesentlig endret i dag.

De ovennevnte studiene baserer seg på selvrapporing, og kan være sårbare for under- eller overrapportering, ettersom respondenten kan tenkes å svare det hun tror intervjueren eller omgivelsene forventer av henne. Den høye andelen FGM understøttes imidlertid også av en klinisk undersøkelse av 6000 jenter og kvinner ved Edna Aden-sykehuset i Hargeisa fra 2006 til 2013, som fant at 98 % av de undersøkte var omskåret (Ismail et al. 2016, s. 29).

2.1 FGM og sosiale indikatorer

Ifølge SHDS 2020, og som det fremgår av tabell 1 nedenfor, er det liten variasjon i utbredelse av FGM på tvers av de sosiale indikatorene velstand, bosted og utdanningsnivå (SHDS 2020, s. 220).

Andelen av kvinner som har rapportert å være omskåret, er likevel marginalt lavere i urbane områder, i relativt velstående familier og blant kvinner med høyere utdanning. Studien inneholder imidlertid ingen multivariat analyse av hvordan kombinasjonen av faktorene slår ut, og kan dermed ikke gi nøyaktige tall for forekomsten av FGM blant eksempelvis høyt utdannede middelklassekvinner i byene.

Ifølge en studie basert på fokusgrupper og intervjuer med personer som arbeider med FGM i Somalia, er det kun en liten minoritet i Somalia – bestående av personer med høy utdanning og noen grupper fra diasporaen – som har gått bort fra alle former for FGM (Crawford & Ali 2015, s. 65).

Sosiale indikatorer, særlig utdanningsnivå og velstand, har større betydning for hva slags type FGM man praktiserer og hvilke holdninger man har til praksisen (se kapittel 4.2 og 4.3).

Tabell 1: FGM og sosiale indikatorer

Sosial indikator	Andel FGM
<u>Bosted</u>	
- nomadisk	99,7 %
- ruralt	99,3 %
- urbant	98,8 %
<u>Velstandskvantil³</u>	
- laveste	99,3 %
- andre	99,5 %
- midterste	99,1 %
- fjerde	99,5 %
- høyeste	98,6 %
<u>Utdanningsnivå</u>	
- ingen utdanning	99,3 %
- grunnskole	99,7 %
- «videregående»	97,7 %
- høyere	96,3 %

Tabellen er utarbeidet av Landinfo på grunnlag av data fra SHDS 2020 (s. 220).

3 Hvordan, hvorfor og når FGM skjer

3.1 Typer kjønnslemlestelse

WHO klassifiserer kvinnelig kjønnslemlestelse i fire ulike typer, som i omfang spenner fra «symbolske» nålestikk til infibulasjon. De mest utbredte variantene i Somalia er type I, II og III.

- Type I (Klitoridotomi): Delvis eller fullstendig fjerning av klitoris eller hudfolden over klitoris.
- Type II (Eksisjon): Delvis eller fullstendig fjerning av klitoris og indre kjønnslepper, med eller uten fjerning av vev fra ytre kjønnslepper.
- Type III (Infibulasjon): Innsnevring av skjedeinngangen ved at deler av kjønnsleppene, indre og/eller ytre, skjæres bort og sys eller

³ Et kvantil er i denne sammenheng ett utvalg delt i fem like store deler. SHDS opererer med «wealth quantile» som vi har oversatt til velstandskvantil.

føytes sammen, slik at det dannes et hudsegl som stenger skjede-inngangen. Ofte fjernes også klitoris, delvis eller fullstendig (WHO 2020).

I Somalia skiller det i hovedsak mellom faraonisk omskjæring (*gudniika fircooniga*), som i dette temanotatet omtales som infibulasjon, og sunna-omskjæring (*gudniika sunna*).

3.1.1 Infibulasjon (faraonisk omskjæring)

Infibulasjon er den mest omfattende typen kjønnslemlestelse – og den typen som er mest utbredt i Somalia. Inngrepet innebærer fjerning av deler av eller alle ytre kjønnsdeler og en sammensynging av vaginalåpningen med 4-7 sting, med kun en liten åpning for urin og menstruasjonsblod (Newell-Jones 2016, s. 11).⁴

I forbindelse med samleie og fødsel er det nødvendig at vaginalåpningen åpnes igjen, dette kalles defibulasjon. I Nord-Somalia er det vanlig at dette inngrepet gjøres kirurgisk av en erfaren kvinne før det første samleiet, mens det i Sør-Somalia er forventet at mannen selv skal «åpne» kvinnen etter giftemålet, både i symbolsk og fysisk forstand. I forbindelse med fødsel er det nødvendig med en ytterligere åpning av vaginalåpningen (Johansen 2017, s. 3; Crawford & Ali 2015, s. 77).

Defibulasjon kan også gjøres ved sykehus av medisinske grunner. Dette er imidlertid svært uvanlig i Somalia, og defibulasjon før ekteskap kan avstedkomme mistanke om utenomekteskapelige forhold (Migrationsverket 2019, s. 34).

Reinfibulasjon er når vaginalåpningen sys sammen igjen etter å ha vært åpnet, og regnes som en form for FGM, se kapittel 3.5.1.

3.1.2 Sunna-omskjæring

I Somalia er det en utbredt forståelse at sunna-omskjæring er anbefalt i islam (se kapittel 3.2),⁵ og at inngrepet til forskjell fra infibulasjon ikke er helseskadelig eller faller inn under definisjonen av FGM.

Selv om sunna-omskjæring i WHOs typologi vanligvis defineres som type I, sammenfaller ikke dette med hvordan inngrepet praktiseres i Somalia. Flere undersøkelser har funnet at sunna-omskjæring i praksis innebærer et bredt spekter av FGM-typer, som i alvorlighetsgrad varierer fra klitoridotomeri (type I)

⁴ Blant nomadiske samfunn i Puntland og Mogadishu praktiseres også *fadumo hagoog*, en infibulasjon som innebærer fjerning av ytre kjønnsdeler og besegling av vaginalåpningen uten å sy. Føttene til jenta bindes i stedet sammen over tid, slik at sårene gror inn i hverandre og danner arvev over vaginalåpningen (Crawford & Ali 2014, s. 67, 69).

⁵ Begrepet *sunna* har klare assosiasjoner til islamsk religiøs tradisjon, og har dermed konnotasjoner av «omskjæring som er i tråd med islam».

til infibulasjon (type III). I senere tid har det eksempelvis blitt identifisert varianter som «stor sunna» (*sunna kabir*) eller «sunna 2», som innebærer fjerning av hele eller deler av klitoris, deler av de ytre kjønnsleppene og delvis sammen-synging av vaginalåpningen med 2-3 sting (Crawford & Ali, s. 41-43; Newell-Jones 2016, s. 11).

Utviklingen av mer omfattende sunna-inngrep kan skyldes liten kunnskap blant omskjærere og befolkningen som sådan. Det kan også være en strategi for både å ivareta den tradisjonelle forestillingen om at sammensynging forsikrer jomfrudom, og samtidig få den religiøse anerkjennelse av inngrepet som «sunna» (Johansen 2006a, s. 55).

3.2 Begrunnelser for å utføre FGM

Kvinnelig omskjæring har dype kulturelle røtter på hele Afrikas horn, og bakgrunnen for praksisen er varierende og kompleks.

Praksisen knytter seg blant annet til kulturelle forestillinger om renhet og estetikk, der klitoris anses som et «skittent» og «mannlig» organ, og det infibulerte underlivet anses som det estetiske og moralske idealet (Johansen 2002, s. 235; Johansen 2006b, s. 522).

Kvinnelig omskjæring underbygges også av sterke sosiale og moralske normer om kvinners ærbarhet. Inngrepet anses for å dempe seksualdriften, og, infibulasjon spesielt, for å garantere jomfrudom inntil ekteskapet. Å være omskåret er i mange tilfeller en nødvendig forutsetning for å være en akseptabel ekteskapskandidat, og mange foreldre frykter derfor at døtrene deres vil ha vanskeligheter med å finne en ektefelle dersom de ikke er omskåret (Johansen 2019, s. 3; Crawford & Ali 2014, s. 79-80, 82; Newell-Jones 2016, 27-28).

Det er en også utbredt oppfatning i Somalia at kvinnelig omskjæring er anbefalt i islam (SHDS 2020, s. 210-211). Holdningene overfor praksisen blant islamske skriftlærde i Somalia varierer, men hovedbildet er støtte til mindre omfattende former for FGM. En studie fra Somaliland viste eksempelvis at de fleste skriftlærde oppga å være imot infibulasjon, men å støtte sunna-omskjæring (Newell-Jones 2016, s. 72).

3.3 Hvem beslutter at FGM skal gjennomføres?

Utbredelsen av FGM i Somalia er nær universell, og er med det en sosial konvensjon de fleste tar for gitt. I de aller fleste familier vil de viktigste valgene knyttet til inngrepet dermed ikke dreie seg om hvorvidt det skal gjennomføres, men snarere om de praktiske aspektene ved selve gjennomføringen.

Det er i hovedsak mødre, bestemødre og andre kvinner som organiserer og bestemmer hva slags type omskjæring som skal utføres, mens menn er mindre involvert i prosessen (Newell-Jones 2016, s. 76-77). Selv om fedrene ikke alltid konsulteres, vil farens ord som regel veie tyngst, dersom han involverer seg og for eksempel er uenig i at inngrepet skal gjennomføres (Crawford & Ali 2015, s. 85).

Selv om mange kvinner forstår at skikken er skadelig, mener et flertall likevel at den skal opprettholdes (SHDS 2020, s. 223). Dette understreker at problemstillingene rundt kjønnslemlestelse er sammensatte og strukturelle. I et samfunn sterkt preget av tradisjon, renhetsidealer, frykt for stigmatisering og fravær av andre nettverk og støtteordninger enn de familiære og klanmessige, er presset på mødre og andre kvinnelige familiemedlemmer sterkt. Selv om presset først og fremst utøves av andre kvinner, bunner det i samfunnets krav om kvinners jomfruelighet før første ekteskap, og forestillingen om at omskjæring er nødvendig for å ivareta dette. Siden ekteskapet og familien er fundamentet i det somaliske samfunnet, ligger det et betydelig sosialt press i frykten for at ens datter skal ekskluderes fra dette (Landinfo 2013, s. 10).

Å ikke gjennomføre noen form for FGM vil i Somalia være et radikalt valg som går imot grunnleggende sosiale normer. For at foreldre på eget initiativ skal sette seg opp mot FGM av datteren sin, må de ha kunnskaper om og motforestillinger mot praksisen og robusthet og ressurser nok til å fremme motforestillingene for familie, nettverk og lokalsamfunn.

3.4 Hvem utfører FGM?

De fleste kjønnslemlestelser utføres av tradisjonelle kvinnelige omskjærere (*guudaay*) og jordmødre som tar betalt for inngrepet (Crawford & Ali 2015, s. 46). Tradisjonelt tilhørte omskjærere yrkesgruppen *midgan*, og yrket gikk i arv fra mor til datter. I dag utøves yrket av alle klaner og grupper (Johansen 2006a, s. 56).

Antallet kjønnslemlestelser foretatt av profesjonelle helsearbeidere, enten ved eller utenfor en helseinstitusjon, er økende. I en studie fra Somaliland oppga 5 % av mødre å ha blitt omskåret av profesjonelle helsearbeidere, mens 33 % oppga at deres døtre var det. Studien fant at såkalt medikalisering av kjønnslemlestelse var mest utbredt i urbane områder, selv om en økning også ble observert i rurale områder (Newell-Jones 2015, s. 25). Uten at det foreligger kvantitative undersøkelser, er det grunn til å tro at medikalisering også er økende i øvrige deler av Somalia (Crawford & Ali 2015, s. 46).

3.5 Når utføres FGM?

De fleste jenter blir omskåret før de fyller ti år. I SHDS 2020 oppga 73 % av de omskårne jentene/kvinnene mellom 15 og 19 år, at de ble omskåret da de var 5–9

år gamle, mens 25 % oppga at de var 10–14 år. I underkant av 1 prosent oppga henholdsvis at de var under 5 eller over 15 år da inngrepet fant sted (SHDS 2020, s. 221). Tallene fra SHDS stemmer i hovedsak overens med resultater fra to større kvantitative undersøkelser foretatt i Somaliland, som også kom frem til at flertallet blir omskåret før de er 10 år gamle (Ismail et al. 2017, s. 31; Newell- Jones 2016, s. 22).

I tilfeller hvor sårene ikke har grodd ordentlig eller man av andre grunner ikke er fornøyd med resultatet, forekommer det at justerende inngrep gjøres i løpet av det første året etter inngrepet ble gjort. Det er også anekdotiske rapporter om tilfeller hvor et nytt inngrep gjøres fordi familien ønsker et mer omfattende inngrep enn det opprinnelige (Johansen, e-post februar 2021; Crawford & Ali 2015, s. 74).

Diplomater ved vestlige ambassader i Nairobi som arbeider med FGM-saker, er kjent med tilfeller hvor jenter fra diasporaen har blitt utsatt for FGM ved en høyere alder enn det som er vanlig i Somalia (Spesialutsending Heidi Bonvik, e-post februar 2021).

3.5.1 Reinfibulasjon

Reinfibulasjon er når vaginalåpningen på nytt blir sydd sammen etter at den har blitt delvis eller helt åpnet (defibulasjon) som følge av fødsel, samleie eller et kirurgisk inngrep.

Det foreligger ingen studier om omfanget av reinfibulasjon i Somalia etter fødsel og skilsmisse. Ragnhild Elise B. Johansen, som har forsket på FGM i Somaliland og blant somaliere i diasporaen, mener at det ikke er grunnlag for å si at reinfibulasjon systematisk forekommer etter fødsel eller skilsmisse i Somalia, verken tradisjonelt eller i moderne tid (Johansen 2002, fotnote 14; Johansen 2017, s. 8). Hun viser til at infibulasjon i en somalisk sammenheng gjennomføres for å «bevise» jomfrudom før ekteskapet, og at det følgelig ikke er noe poeng å reinfibulere en gift kvinne etter at hun har født (Johansen, e-postkorrespondanse desember 2021).⁶

Det finnes imidlertid eksempler på at reinfibulasjon har blitt utført på ugifte jenter/kvinner som er utsatt for seksuelle overgrep, begrunnet i at det gjenoppretter forestillingen om jomfrudom (Crawford & Ali 2015, s. 76). Det er også anekdotiske rapporter om tilfeller der ugifte jenter/unge kvinner fra diasporaen, er blitt sendt til Somalia for å gjennomføre en reinfibulasjon (Johansen, intervju januar 2021).

⁶ Johansen (e-postkorrespondanse, desember 2021) påpeker at kilder fra Nord-Somalia kan hevde at reinfibulasjon praktiseres i Sør-Somalia og motsatt, men at disse påstandene ved nærmere undersøkelser ikke kan underbygges, og at inngrepet ikke ser ut til å utføres systematisk verken i nord eller sør.

4 Endring over tid

4.1 En svært marginal nedgang i utbredelse

I årene som fulgte UNICEFs omfattende MICS-undersøkelser i 2006 og 2011, rådet det en forsiktig optimisme om at utbredelsen av FGM i Somalia var på vei ned, særlig i urbane områder (Crawford & Ali 2015, s. 4).

Resultatene fra SHDS-undersøkelsen fra 2020 (se tabell 2) viser imidlertid at den generelle utbredelsen av FGM er om lag den samme som ble funnet i MICS-undersøkelsene, og som det fremgår av tabell 2, er nedgangen i FGM blant de yngste aldersgruppene svært marginal (SHDS 2020, s. 218). Landinfo mener det er grunn til å se den vedvarende høye utbredelsen av FGM i sammenheng med den politiske og humanitære situasjonen i landet, tretti år etter statens kollaps. Samtidig som at myndighetene har svært begrenset kapasitet til å følge opp FGM eller håndheve eksisterende lovgivning (se kapittel 5), anses praksisen av mange både som kulturelt betydningsfull og som en forutsetning for et godt giftemål og dermed tilgang til beskyttelsen og ressurser som familie- og klannettverkene gir (se kapittel 3.2 og 3.3).

Tabell 2: Utbredelse av FGM i ulike aldersgrupper

Alder	Andel FGM
15-19	98,8 %
20-24	98,6 %
25-29	99,5 %
30-34	99,7 %
35-39	99,4 %
40-44	99,6 %
45-49	99,8 %
Total	99,2 %

Tabellen er utarbeidet av Landinfo på grunnlag av data fra SHDS 2020.

4.2 Endring til mindre omfattende former for FGM

Selv om infibulasjon fortsatt er det mest utbredte inngrepet, har det i senere tid vært en nedgang i andelen jenter som infibuleres til fordel for mindre omfattende inngrep.

SHDS 2020 fant at det har vært en jevn nedgang i antallet infibulerte (type III) fra aldersgruppen 45–49 (82 %) til 15–19 (46 %), og en tilsvarende økning i andelen av sunna-omskårne (type I) fra 8,5 % i aldersgruppen 45–49 til 37,2 % i alders-

gruppen 15–19 (SHDS 2020, s. 220).⁷ De uklare og varierende definisjonene av sunna-omskjæring skal ikke påvirke resultatene i SHDS 2020, da de ulike inngrepene er inngående beskrevet i intervjuguiden (SHDS 2020, s. 400).

Nedgangen i andelen infibulasjoner bekreftes av den kliniske studien foretatt ved Edna Adan-sykehuset i Hargeisa. Studien fant at andelen infibulerte blant de undersøkte jentene/kvinnene gikk ned fra 99 % i perioden 2002–2006 til 82 % i perioden 2006–2013 (Ismail et al. 2016, s. 30).

SHDS 2020 inneholder ikke (publisert) datamateriale som kan si noe om i hvilke befolkningsgrupper nedgangen i infibulasjon har vært størst. Studien viser like fullt at typen FGM har en sammenheng med utdanning og i noe mindre grad med ens sosioøkonomiske status. Det er en lavere andel infibulerte blant høyt utdannede (27 %) enn blant dem uten utdanning (70 %), og likeså blant dem i den høyeste økonomiske kvantilen (51 %) enn i den laveste (71 %) (SHDS 2020, s. 220). At det blant de høyt utdannede og relativt velstående er en nedgang i infibulasjon, kan skyldes økt kunnskap om de vedvarende helseplagene som følger av inngrepet og en økt sosial aksept for (noe) mindre omfattende inngrep, som sunna-omskjæring.

4.3 Flertallet av kvinner oppgir at FGM bør fortsette

I SHDS 2020 oppga 76 % av de spurte kvinnene at de mener at kvinnelig omskjæring bør fortsette (SHDS 2020, s. 223). Dette er en høyere andel enn i MICS 2006, hvor 65 % av kvinnene oppga det samme (UNICEF 2006, s. 138).

I studien går det frem at det er en sammenheng mellom utdanning og ønske om å gå bort fra FGM. Av respondentene med høyere utdanning oppga 44 % at kvinnelig omskjæring bør fortsette, mot 78 % av dem uten utdanning. Sammenhengen mellom ønske om å avslutte praksisen og sosioøkonomisk status var noe svakere, da 64 % i den høyeste kvantilen ønsket å fortsette mot 81 % i den laveste. Selv om variasjonene mellom aldersgruppene er små, er det flest (80 %) i nederste aldersspenn, 15–19 år, som ønsker at skikken skal fortsette (SHDS 2020, s. 223).

Det foreligger ingen studier som kan si noe om hvorfor andelen som støtter FGM, tilsynelatende har gått opp, men det kan tenkes å ha en sammenheng med økningen i mindre omfattende former for FGM.

⁷ De øvrige respondentene oppga å ha type II, eller ikke å kjenne til hvilken type de hadde (SHDS 2020, s. 220).

5 Mangelfull nasjonal lovgivning mot FGM

Det finnes ingen nasjonal lovgivning som eksplisitt forbyr eller kriminaliserer FGM i Somalia.⁸ I henhold til den somaliske straffelovens artikkel 440 er det forbudt å skade en annen person, men det er ikke reist tiltale i noen FGM-saker på bakgrunn av denne lovbestemmelsen (28 Too Many 2018a, s. 5).⁹

I Puntland ble det i 2014 fremlagt et lovforslag for delstatsparlamentet om å forby FGM. Forslaget ble imidlertid ikke vedtatt (28 Too Many 2018a, s. 5). Videre utstedte religiøse ledere i delstaten en *fatwa*¹⁰ med forbud mot FGM i 2013, og delstatsregjeringen utstedte et dekret som gjorde det forbudt for helsepersonell å utføre FGM i 2014. Ifølge 28 Too Many (2018a, s. 5) har ingen av disse initiativene ført til at FGM-saker er blitt bragt frem i lyset, eller til konsekvenser for helsepersonell som utfører inngrepet.

I Somaliland utstedte religionsdepartementet i 2018 en fatwa med forbud mot infibulasjon, men forbød ikke sunna-omskjæring (28 Too Many 2018b, s. 3).

5.1 FGM i Al-Shabaab-områder

Ifølge en kilde Landinfo konsulterte i 2011, var FGM forbudt i alle områder Al-Shabaab kontrollerte (Landinfo 2011, s. 11). En kilde konsultert av Migrationsverket i Mogadishu i 2019, bekreftet at organisasjonen tidligere hadde forbudt alle former for FGM, men at de nå aksepterte sunna-omskjæring (Migrationsverket 2019, s. 22-23).

Forbudet skal ifølge de samme kildene ha hatt liten betydning for utbredelsen av FGM i områdene kontrollert av Al-Shabaab (Landinfo 2011, s. 11; Migrationsverket 2019, s. 22-23).

⁸ I den provisoriske grunnloven av 2012 fremgår det av artikkel 15 fjerde ledd at kvinnelig omskjæring er forbudt. Dette forbudet har imidlertid ingen praktisk betydning, da det ikke er utledet i lover med straffebestemmelser (28 Too Many 2018a, s. 5). Det er også verdt å merke seg at den somaliske staten ikke er tilstedeværende i alle områder av Somalia, og at det somaliske rettsvesenet i likhet med øvrige sivile myndigheter har svært begrenset kapasitet.

⁹ Dødsfallet til ti år gamle Deeqa Dahir Nuur i Dhusmareb i 2018, som følge av komplikasjoner etter FGM, vakte stor nasjonal og internasjonal oppmerksomhet, og ble av media omtalt som det første tilfellet hvor somaliske påtalemyndigheter planla tiltale i en FGM-sak (Batha 2018a). Tiltalen skal imidlertid ikke ha blitt tatt ut, da foreldrene ikke ville samarbeide med myndighetene eller identifisere kvinnen som utførte inngrepet (Batha 2018b).

¹⁰ En fatwa er en uttalelse om ett eller flere forhold basert på islamsk rettspraksis. Merk at en fatwa er en anbefaling, og ikke bindende for noen. At det utstedes fatwaer med motstridende argumentasjon og konklusjoner, er dermed ikke et formelt problem.

6 Reaksjoner mot jenter/kvinner som ikke er omskåret

FGM er normen i Somalia, og er blant kvinner ikke et tabubelagt tema (Johansen 2019, s. 8). Etersom nabolagets/landsbyens jenter i samme årskull ofte omskjæres samtidig, og inngrepet markeres med en fest, er det vanlig at lokalsamfunnet har en viss kunnskap om hvilke jenter som er omskåret og ikke (Crawford & Ali 2015, s. 74).

De ulike inngrepene er naturlig nok også et tema blant unge jenter, både blant de som har gjennomgått inngrepet og de som (enda) ikke har det. I en kvalitativ studie som undersøker holdninger til FGM i Somalia, oppga flere av deltagerne at unge jenter selv spurte om å bli omskåret, slik at de kunne være som sine venninner som allerede var omskårne. En far som ikke ønsket at datteren skulle utsettes for inngrepet, fortalte at datteren ble mobbet på skolen og at de andre jentene ikke ville spise sammen med henne (Crawford & Ali 2015, s. 83).

Det foreligger ingen studier om uomskårne voksne kvinners situasjon i Somalia, og dermed heller ikke om hva slags reaksjoner de utsettes for av sine omgivelser. Det finnes imidlertid studier som blant annet har undersøkt synet på uomskårne kvinner i den somaliske befolkningen. En studie fra Somaliland, hvor deltagerne ble spurt om hva samfunnet og de selv mente om uomskårne kvinner, viste at negative karakteristikker, som at kvinnen var uren og «u-somalisk» var utbredte (Nafis Network 2014, s. 29-30).¹¹ I en lignende studie ble uomskårne ofte omtalt som «abnorme», og det ble av deltagerne blant annet trukket frem at uomskårne jenter anses å ha en lavere verdi og å være skamløse (Crawford & Ali 2015, s. 82-83). Uttrykket *kintir* betyr klitoris på somalisk, og brukes, sammen med *kinitrey*, som økenavn på uomskårne jenter og kvinner (Migrationsverket 2019, s. 24)

Det er også en utbredt oppfatning at omskjæring er en forutsetning for å kunne gifte seg og dermed etablere en familie, se kapittel 3.2 og 3.3. Å stå utenfor ekteskapet, eller bli utsatt for annen sosial stigmatisering knyttet til ikke å være omskåret, kan få alvorlige konsekvenser i et samfunn som det somaliske, hvor nettverk er avgjørende i svært mange sammenhenger.

¹¹ Deltagerne ble først spurt om de kjenner (til) en uomskåret kvinne, noe bare 14 av 212 deltagere gjorde. Studien sier ikke noe om evt. forskjeller i holdninger til uomskårne mellom dem som kjenner en uomskåret kvinne og ikke.

7 Endring i praksis og holdninger i forbindelse med migrasjon til Vesten

Det finnes, så langt Landinfo kjenner til, ingen kartlegging av utbredelsen av FGM blant jenter med somaliske foreldre som har migrert til et vestlig land for en kortere eller lengre periode, og som deretter har returnert til Somalia.

Imidlertid finnes det forskningslitteratur som undersøker endringer i utbredelse av og holdninger til FGM blant personer og grupper fra områder hvor kjønnslemlestelse er utbredt og som har migrert til vestlige land hvor kjønnslemlestelse er forbudt, og som ser på mulige årsaker til holdnings- og atferdsendringene i migrantbefolkningen.

I en kunnskapsoppsummering av studier om FGM i diasporamiljøer, konkluderte forskerne Sara Johnsdotter og Birgitta Essén (2016) med at omfanget av FGM går betydelig ned, og i noen tilfeller opphører helt, ved migrasjon til vestlige land. Forfatterne pekte på mulige forklaringer til holdnings- og atferdsendringen, og viste blant annet til at migrasjonen fører til en «kulturell refleksjon» over normer man tidligere har tatt for gitt, og at de sosiale kostnadene ved ikke å gjennomføre FGM forsvinner ettersom holdningene endres og praksisen blir mindre utbredt blant diasporaen. Dessuten bidrar distanse til mindre press fra storfamilien i hjemlandet.

Det foreligger imidlertid også studier som peker i retning av at nedgangen i tilfeller av FGM i diasporamiljøer, ikke nødvendigvis innebærer en tilsvarende prinsipiell holdningsendring mot alle former av FGM. I en studie om holdninger til FGM blant den somaliske diasporaen i Norge,¹² fant antropologen Ragnhild Elise Johansen at motstanden mot FGM ikke er entydig. Mens nær alle deltagerne i studien oppga å være imot infibulasjon, aksepterte eller støttet flertallet sunna-omskjæring, og anså inngrepet som «normalt» og ikke-skadelig. Flere mente også at inngrepet er akseptert i islam (Johansen 2019, s. 11-12).

En nylig studie, foretatt av Ragnhild Elise Johansen og Salma A. E. Ahmed (2021), fant at holdninger til FGM blant kvinner i den somaliske diasporaen i Norge, henger sammen med deres sosiale nettverk. Kvinner som uttrykker prinsipiell motstand mot alle former for FGM, har typisk etnisk mangfoldige nettverk av likesinnede, mens kvinner som er ambivalente til eller støtter praksisen i hovedsak, forholder seg til den transnasjonale somaliske diasporaen. Studien konkluderer med at selv om de aller fleste har gitt opp praksisen i Norge, er det en reell mulighet for at de som er ambivalente eller støttende til FGM, vil gjenoppta praksisen ved re-migrasjon til Somalia eller andre land hvor FGM er sosialt akseptert.

Skriftlige kilder

- 28 Too Many (2018a). *Somalia: The Law and FGM*. London: 28 Too Many. Tilgjengelig fra [https://www.28toomany.org/static/media/uploads/Law%20Reports/somalia_law_report_\(july_2018\).pdf](https://www.28toomany.org/static/media/uploads/Law%20Reports/somalia_law_report_(july_2018).pdf) [lastet ned 3. februar 2021]
- 28 Too Many (2018b). *Somaliland: The Law and FGM*. London: 28 Too Many. Tilgjengelig fra [https://www.28toomany.org/static/media/uploads/Law%20Reports/somaliland_law_report_\(august_2018\).pdf](https://www.28toomany.org/static/media/uploads/Law%20Reports/somaliland_law_report_(august_2018).pdf) [lastet ned 3. februar 2021]
- Bahta, E. (2018a). Somalia announces first prosecution for female genital mutilation. *Reuters*. Tilgjengelig fra <https://www.reuters.com/article/us-somalia-fgm-prosecution-idUSKBN1KF2JE> [lastet ned 3. februar 2021]
- Bahta, E. (2018b). Somalia's first FGM prosecution "hampered" by victim's parents. *Reuters*. Tilgjengelig fra <https://www.reuters.com/article/us-somalia-fgm-prosecution-idUSKCN1L824R> [lastet ned 3. februar 2021]
- Crawford, S. & Ali, S. (2015). *Situational Analysis of FGM/C Stakeholders and Interventions in Somalia*. Oxford: Heart, UK Aid. Tilgjengelig fra <http://www.heart-resources.org/wp-content/uploads/2015/11/Situational-analysis-if-FGM-stakeholders-and-interventions-somalia-UN.pdf> [lastet ned 3. februar 2021]
- Ismail, E. A., Ali, A. A., Mohamed, A. S., Kraemer, T. & Winfield, S. (2016). *Female Genital Mutilation Survey in Somaliland: Second Cohort 2006 – 2013*. Hargeisa: Edna Adan University Hospital. Tilgjengelig fra <https://www.28toomany.org/static/media/uploads/Country%20Research%20and%20Resources/SomaliaSomaliland/fgm-survey-in-somaliland-edna-adan-hospital-1.pdf> [lastet ned 3. februar 2021]
- Johansen, R. E. B. (2002). Pain as a Counterpoint to Culture: Toward an analysis of Pain Associated with Infibulation among Somali Immigrants in Norway. *Medical Anthropology Quarterly* 16 (3), s. 312-340. Tilgjengelig fra https://www.researchgate.net/publication/11162976_Pain_as_a_Counterpoint_to_Culture_Toward_an_Analysis_of_Pain_Associated_with_Infibulation_among_Somali_Immigrants_in_Norway [lastet ned 3. februar 2021]
- Johansen, R. E. B. (2006a). *Experiences and perceptions of pain, sexuality and childbirth. A study of Female Genital Cutting among Somalis in Norwegian Exile, and their health care providers (phd.)*. Oslo: University of Oslo. Tilgjengelig fra https://www.researchgate.net/publication/304490189_Experiences_and_perceptions_of_pain_sexuality_and_childbirth_A_study_of_Female_Genital_Cutting_among_Somalis_in_Norwegian_Exile_and_their_health_care_providers [lastet ned 5. februar 2021]
- Johansen, R. E. B. (2006b). Care for infibulated women giving birth in Norway: An anthropological analysis of health workers management of a medically and culturally unfamiliar issue. *Medical Anthropology Quarterly* 20 (4), 516-544.
- Johansen, R. E. B. (2017). Virility, pleasure and female genital mutilation/cutting. A qualitative study of perceptions and experiences of medicalized deinfibulation among Somali and Sudanese migrants in Norway. *Reproductive Health* 14 (25). Tilgjengelig fra <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5303310/> [lastet ned 5. februar 2021]

- Johansen, R. E. B. (2019). Blurred transitions of female genital cutting in a Norwegian Somali community. *PLoS One* 14 (8). Tilgjengelig fra <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0220985> [lastet ned 15. januar 2021]
- Johansen, R.E.B & Ahmed, S. A. E. (2021). Negotiating Female Genital Cutting in a Transnational Context. *Qualitative Health Research* 31 (3), 458-471. Tilgjengelig fra <https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/1049732320979183> [lastet ned 19. februar 2021]
- Johnsdotter, S. & Essén, B. (2016). Cultural change after migration: Circumcision of girls in Western migrant communities. *Best practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology* 32, 15-25. Tilgjengelig fra <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1521693415001959> [lastet ned 3. februar 2021]
- Johnsdotter, S. & Johansen, R. E. B. (2020). Introduction. I: Johnsdotter, S. (red.), *Female Genital Cutting: The Global North and South*. Malmö: Malmö University.
- Landinfo (2013). *Somalia: Kjønnsmlemlestelse av kvinner*. Oslo: Landinfo. Tilgjengelig fra https://landinfo.no/wp-content/uploads/2018/03/Somalia_Kj%C3%B8nnslemlestelse-av-kvinner.pdf [lastet ned 3. februar 2021]
- Migrationsverket (2019). *Somalia: Kvinnlig kønsstympning*. Norrköping: Lifos. Tilgjengelig fra <https://lifos.migrationsverket.se/dokument?documentAttachmentId=46878> [lastet ned 3. februar 2021]
- Nafis Network (2014). Assessment of the Prevalence, Perception and Attitude of Female Genital Mutilation in Somaliland. Hargeisa: NAFIS. Tilgjengelig fra <https://nafisnetwork.net/wp-content/uploads/2019/07/FGM-Research-Report-2014-1.pdf> [lastet ned 3. mars 2021]
- Newell-Jones, K. (2016, mai). *Empowering communities to collectively abandon FGM/C in Somaliland: Baseline research report*. London: The Orchid Project. Tilgjengelig fra https://www.orchidproject.org/wp-content/uploads/2019/02/somaliland_action_aid_fgm_baseline_report_jan_2016.pdf [lastet ned 4. februar 2021]
- [SHDS 2020] (2020, april). *The Somali Health and Demographic Survey 2020*. Mogadishu: Directorate of National Statistics, Federal Government of Somalia. Tilgjengelig fra https://somalia.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/FINAL%20SHDS%20Report%202020_V7_0.pdf [lastet ned 3. februar 2021]
- UNICEF (2005). *Changing a harmful social convention: Female genital mutilation/cutting*. Sesto Fiorentino: ABC Tipografia. Tilgjengelig fra https://www.unicef-irc.org/publications/pdf/fgm_eng.pdf [laste ned 3. februar 2021]
- UNICEF (2006). *Somalia: Multiple Indicator Cluster Survey 2006*. Nairobi: UNICEF. Tilgjengelig fra https://mics-surveys-prod.s3.amazonaws.com/MICS3/Eastern%20and%20Southern%20Africa/Somalia/2006/Final/Somalia%202006%20MICS_English.pdf [lastet ned 3. februar 2021]
- UNICEF (2011). *Northeast Zone: Multiple Indicator Cluster Survey 2011*. Nairobi: UNICEF. Tilgjengelig fra https://mics-surveys-prod.s3.amazonaws.com/MICS4/Eastern%20and%20Southern%20Africa/Somalia%20%28Northeast%20Zone%29/2011/Final/Somalia%20%28Northeast%20Zone%29%202011%20MICS_English.pdf [lastet ned 3. februar 2021]

UNICEF (2014). *Somaliland: Multiple Indicator Cluster Survey 2011*. Nairobi: UNICEF. Tilgjengelig fra https://mics-surveys-prod.s3.amazonaws.com/MICS4/Eastern%20and%20Southern%20Africa/Somalia%20%28Somaliland%29/2011/Final/Somalia%20%28Somaliland%29%202011%20MICS_English.pdf [lastet ned 3. februar 2021]

WHO (2020). *Female Genital Mutilation*. New York: WHO. Tilgjengelig fra <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/female-genital-mutilation> [lastet ned 15. januar 2021]

Muntlige kilder

Aden, Ubah A. Minoritetsrådgiver i IMDi og forfatter av boken *Wad-Haween («Kvinnedreper»)* om FGM. Samtale, februar 2021.

Bonvik, Heidi. Spesialutsending for intergreringssaker ved ambassaden i Nairobi. Samtale, januar 2021 og e-post-korrespondanse, februar 2021.

Johansen, Ragnhid Elise B. Forskningsleder med spesialkompetanse på FGM ved Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress (NKVTS). Samtale, januar 2021 og e-post-korrespondanse, februar og desember 2021.