

Flygtningenævnets baggrundsmateriale

Bilagsnr.:	446
Land:	Etiopien
Kilde:	Landinfo
Titel:	Temanotat. Etiopia: Kønnslemlestelse av kvinner (FGM)
Udgivet:	22. juni 2021
Optaget på baggrundsmaterialet:	16. november 2021



LANDINFO

Utlendingsforvaltningens fagenhet for landinformasjon

Temanotat

Etiopia

Kjønnslemlestelse av kvinner

(FGM)

22. juni 2021



© Landinfo 2021

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

Alle henvendelser om Landinfos rapporter kan rettes til:

Landinfo
Utlendingsforvaltningens fagenhet for landinformasjon

Storgata 33 A
Postboks 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 informasjonsinnhentesreiser. 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 widespread in Ethiopia. Overall, 65 % of girls and women aged 15 to 49 years have undergone FGM. However, regional differences regarding prevalence, type of circumcision, and age of cutting are significant. The prevalence is highest in the Somali region, and lowest in Tigray. In recent years, prevalence has decreased and attitudes towards FGM have become more negative in most regions. However, female genital mutilation is still considered by many groups in Ethiopia to be a culturally significant practice. Failing to circumcise girls might lead to social marginalization and exclusion in some parts of Ethiopia.

Sammendrag

Kvinnelig kjønnslemlestelse (FGM) er utbredt i Etiopia. Det nasjonale gjennomsnittstallet for den kvinnelige befolkningen i aldersgruppen 15-49 år er 65 %, men de regionale forskjellene er store, både når det gjelder utbredelse, type omskjæring som praktiseres og ved hvilken alder. Utbredelsen er størst i Somali-regionen, og lavest i Tigray. Utbredelsen har gått ned og holdningene til inngrepet har blitt mer negative i de fleste regioner de siste tiårene. Kjønnslemlestelse anses likevel fortsatt av mange grupper i Etiopia som en verdifull skikk, og de sosiale følgene av å ikke være omskåret kan fortsatt være alvorlige i visse deler av Etiopia.

Innhold

1 Innledning	6
1.1 Kort om begrepsbruk	6
1.2 Kildetilfang	6
2 Nasjonal utbredelse	7
3 Endringer over tid	8
3.1 Utbredelsen av kjønnslemlestelse går ned i yngre aldersgrupper	8
3.2 Mindre inngripende typer	9
3.3 Holdningene til FGM har blitt mer negative i deler av befolkningen	9
3.4 Praksisen har fått en mer privat karakter	9
4 Hvordan, hvorfor og når FGM skjer	9
4.1 Typer kjønnslemlestelse	9
4.2 Begrunnelser for å utføre FGM	10
4.3 Hvem utfører FGM, og hvor?	10
4.4 Alder for kjønnslemlestelse	11
4.5 FGM og sosiale påvirkningsfaktorer	11
4.6 Religion	12
4.7 Hvem tar beslutningen om FGM?	12
5 Kjønnslemlestelse er forbudt ved lov	12
5.1 Lovverket håndheves sjeldent	13
6 Utbredelse i utvalgte regioner	15
6.1 Amhara-regionen	16
6.2 Tigray-regionen	17
6.3 Somali-regionen	17
6.4 Oromo-regionen	18
6.5 Addis Abeba	20
6.6 Lokale «hotspots»	20
7 Myndighetenes arbeid mot kjønnslemlestelse	21
8 Hvilket handlingsrom har kvinner for å ikke omskjære døtre?	22
9 Konsekvenser for jenter/kvinner som ikke er omskåret	23
10 Referanser	25
10.1 Skriftlige kilder	25
10.2 Muntlige kilder	27

1 Innledning

I dette temanotatet gir vi en kortfattet beskrivelse av omfanget av kjønnslemlestelse (FGM) i Etiopia. Vi redegjør for noen sentrale utviklingstrekk når det gjelder utbredelse, type FGM og befolkningens holdninger til inngrepet. Avslutningsvis diskuterer vi hvilket handlingsrom foreldre har til å velge å ikke omskjære døtre, og hvilke mulige konsekvenser det kan ha å ikke være omskåret i Etiopia.

1.1 Kort om begrepsbruk

I dette notatet bruker vi hovedsakelig begrepet kjønnslemlestelse, eller FGM (female genital mutilation). Disse begrepene er i tråd med norsk lovverk, og termen brukes også av Verdens helseorganisasjon (WHO) og menneskerettsorganisasjoner. Som et alternativt begrep bruker vi (kvinnelig) omskjæring, som kan oppleves som en mindre støtende term (Johansen 2021). For mer om begrepsbruk, se Landinfo (2007, s. 5).

1.2 Kildetilfang

Kildetilfanget om kjønnslemlestelse i Etiopia er forholdsvis godt. Det viktigste statistiske grunnlaget for å vurdere utbredelse er den nasjonale helse- og demografiundersøkelsen (Demographic and Health Survey, DHS). Denne undersøkelsen gjennomføres regelmessig, vanligvis hvert femte år: 2000, 2005, 2011 og sist i 2016 (CSA & ICF 2017).¹ Det at helse- og demografiundersøkelsen gjennomføres med regelmessig mellomrom med samme standardiserte metodologi, gjør det mulig å sammenligne blant annet utbredelse, type inngrep og holdninger over tid.

I tillegg bygger vi på vitenskapelige publikasjoner av nyere dato. Vi har, med noen unntak, avgrenset publikasjonsdato til perioden 2010 til 2021. Disse arbeidene bygger stort sett på underlagstallene fra helse- og demografiundersøkelsene, men gir i tillegg et mer utfyllende bilde av variasjon, lokale begrunnelser og praktiske overveielser i forbindelse med gjennomføringen av FGM.

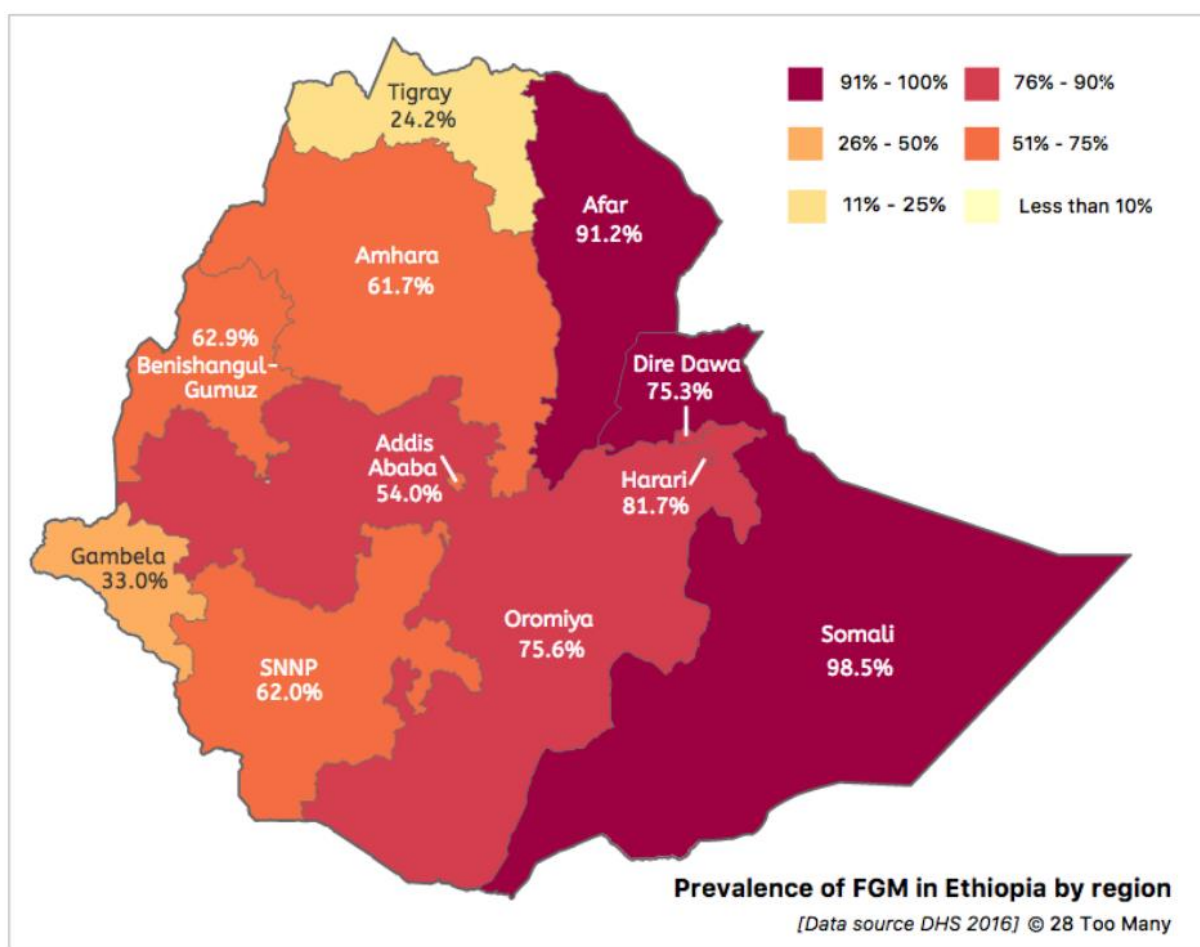
Litteraturen beskriver imidlertid i liten grad beslutningsmønstre innad i familienettverk, og muligheten foreldre har til å velge å ikke omskjære egne døtre. For å få bedre innsikt i denne problemstillingen, har Landinfo tatt kontakt med Kirkens nødhjelp (videokonferanse, juni 2021), som har arbeidet mot kjønnslemlestelse i flere områder i Etiopia siden 1999 (Zachrisen 2019). I tillegg

¹ Datainnhenting for den neste DHS (DHS-VIII Ethiopia) vil etter planen foregå fra oktober 2021 til februar 2022 (DHS 2021).

støtter Landinfo seg på egen erfaring med utredning av problemstillingen i Afrika generelt over lang tid (Landinfo 2007).

2 Nasjonal utbredelse

Det nasjonale gjennomsnittstallet for kjønnslemlestelse for kvinner i aldersgruppen 15-49 år er 65 %. I aldersgruppen 15-19 år er 47 % omskåret (CSA & ICF 2017, s. 315-317; UNICEF 2020, s. 3).



Kilde: 28 Too Many 2018, s. 1.

Det er til dels stor variasjon i utbredelse mellom de ulike regionene i Etiopia, og mellom ulike aldersgrupper. Nasjonale gjennomsnittstall for store aldersgrupper har derfor begrenset verdi. I punkt 3.1 ser vi derfor nærmere på utbredelse i ulike aldersgrupper, og i kapittel 6 ser vi nærmere på utbredelse i noen utvalgte regioner.

3 Endringer over tid

Det har skjedd betydelige endringer i praksisen av kjønnslemlestelse de siste tiårene, både når det gjelder utbredelse, type inngrep som utføres og holdninger til praksisen. Med utgangspunkt i tallene fra DHS i 2000, 2005 og 2016, beskriver vi endring i utbredelse, typer og holdninger.

3.1 Utbredelsen av kjønnslemlestelse går ned i yngre aldersgrupper

Dersom man sammenligner helse- og demografiundersøkelsene fra henholdsvis 2000, 2005 og 2016 (som sitert i Azeze et al. 2020), ser man en klar nedgang i omfang over tid. Dette kommer fram i tabellen under, som viser utviklingen i utbredelse av FGM i tre aldersgrupper i henholdsvis 2000, 2005 og 2016.

Tabell 1: Omfang av FGM i ulike aldersgrupper i 2000, 2005 og 2016 (Azeze et al. 2020, s. 5, 8, 11).

År	Nasjonalt omfang, kvinner 15-49 år, i %	15-19 år %	0-14 år % ²
2000	79,9	70,7	56,2
2005	74,3	64,2	45,6
2016	65,2	47,1	16,7

Når det gjelder aldersgruppen 0-14 år, er dette foreløpige tall, og er derfor ikke sammenlignbare med aldersgruppene 15-19 år og 15-49 år. Døtrene til respondentene var ikke omskåret da undersøkelsen fant sted, men kan ha blitt det på et senere tidspunkt, før fylte 15 år. Et annet forbehold er at enkelte kvinner kan ha vegret seg for å opplyse om at datteren/døtrene er omskåret, ettersom inngrepet har vært forbudt ved lov siden 2005 (se kapittel 5). Til tross for slike forbehold, viser helse- og demografiundersøkelsene en klar nedgang i FGM de siste tiårene i de fleste regioner. Dette inntrykket bekreftes også av Kirkens nødhjelp (videokonferanse, juni 2021).

Den siste helse- og demografiundersøkelsen er fra 2016. Det finnes derfor ikke oppdaterte tall på om den nedgangen som er dokumentert de siste tiåra videreføres, og i tilfelle i hvilket tempo.

Ettersom det ikke er noen særlig nedgang i tallene i de to regionene Somali og Harar, er det grunn til å tro at nedgangen er desto større i de andre regionene. Utbredelse i de ulike regionene omtales nærmere i kapittel 6.

² Tallene i denne kategorien er basert på svar fra mødre som selv er omskåret om hvorvidt døtrene deres (0-14 år) er omskåret. For mødre som ikke selv er omskåret, er tallene lavere for aldersgruppen 0-14 år: 10,1 % i 2000, 8,3 % i 2005 og 1,7 % i 2016.

3.2 Mindre inngripende typer

En annen viktig endring som har skjedd de siste tiårene er at de mest inngripende typene av kjønnslemlestelse (infibulasjon) gradvis erstattes av «mindre» inngripende typer («sunna»)³, særlig i regionene Somali, Afar og Harar, hvor infibulasjon har vært den hyppigste typen (28 Too Many 2013, s. 73; Kirkens nødhjelp, videokonferanse juni 2021; Mehari et al. 2020, s. 7).

3.3 Holdningene til FGM har blitt mer negative i deler av befolkningen

Ifølge UNICEF (2020, s. 12-15) mener et flertall av etiopiere at FGM ikke lenger bør utføres. Mens tre av ti kvinner var mot FGM i 2000, var det tilsvarende tallet åtte av ti i aldersgruppen 15-49 år i 2016. Motstand mot FGM er utbredt i hele befolkningen, men er noe høyere i urbane områder, i husholdninger med høyere inntekt og i yngre aldersgrupper.

3.4 Praksisen har fått en mer privat karakter

Det er ikke lenger vanlig med offentlige feiringer eller seremonier i forbindelse med kjønnslemlestelse. Inngrepet skjer som regel i eget hjem, i private omgivelser, ofte kun med mor og omskjærer til stede, eventuelt nære slektninger. Et unntak er i regioner hvor FGM foretas som et ledd i forberedelse til ekteskapsinngåelse, som i SNNPR⁴ og Sidama (Kirkens nødhjelp, videokonferanse juni 2021).

4 Hvordan, hvorfor og når FGM skjer

4.1 Typer kjønnslemlestelse

Verdens helseorganisasjon (WHO 2020) har definert tre typer kjønnslemlestelse og en samlekategori:

- Type I (Klitoridotomi): Splitting eller fjerning av klitorishetten, som kan innebære amputasjon av deler av eller hele klitoris.
- Type II (Klitoridektomi): Klitorisamputasjon og hel eller delvis fjerning av de indre kjønnsleppene, med eller uten fjerning av de ytre kjønnsleppene.

³ «Sunna» defineres normalt som type I i WHO's typologi (se punkt 4.1), men i en etiopisk sammenheng er det Landinfos forståelse at sunna kan innbefatte mange ulike typer inngrep innenfor kategoriene I, II og IV.

⁴ Southern Nations, Nationalities and Peoples' Region, som ligger i den sørlige delen av Etiopia. Sidama var tidligere en del av SNNPR, men ble en egen regionalstat i 2019.

- Type III (Infibulasjon): Fjerning av deler av eller alle ytre kjønnsdeler, og sammensying av vaginalåpningen.
- Type IV: Samlekategori for alle andre skadelige inngrep i jenters kjønnsorganer uten medisinsk begrunnelse (prikking, gjennomhulling, skraping, osv.).

I Etiopia er en eller annen form av type I og II mest utbredt (73 % av tilfellene), mens type III utgjør 7 % av tilfellene (CSA & ICF 2017, s. 317). Infibulasjon er mest utbredt blant afarer og somaliere, men sjeldent utført i andre etniske grupper (UNICEF 2020, s. 9).

4.2 Begrunnelser for å utføre FGM

Kvinnelig omskjæring har dype kulturelle røtter på Afrikas horn, og bakgrunnen for praksisen er varierende og kompleks. Ethiopian National Committee on Traditional Practices, forkortet EGLDAM etter sitt navn på amharisk (som sitert i 28 Too Many 2013, s. 44-45), har identifisert blant andre følgende årsaker til at kjønnslemlestelse praktiseres. Mens noen av begrunnelsene er utbredt over hele Etiopia, er andre mer lokalt forankret⁵:

- Respekt for tradisjon og kulturell identitet.
- Kontroll av kvinners seksualitet og atferd, garanti for ærbarhet.
- Hygieniske årsaker og forestillinger om renhet, i konkret og rituell forstand.
- Estetiske årsaker.
- Opplevelse av religiøst påbud eller plikt.

4.3 Hvem utfører FGM, og hvor?

Kjønnslemlestelse utføres vanligvis av tradisjonelle omskjærere (UNICEF 2020, s. 8). Disse kvinnene har også gjerne andre oppgaver i sitt lokalsamfunn, blant annet knyttet til fødsler.

Etiopia har nedlagt lovforbud mot såkalt medikalisering av FGM, det vil si at det er forbudt for helsepersonell i offentlige eller private helseinstitusjoner å utføre inngrepet (WHO 2017). Ifølge WHO utfører helsearbeidere FGM i den tro at inngrepet er tryggere når det utføres av kvalifisert helsepersonell. I realiteten bryter et slikt inngrep med «do no harm»-prinsippet innen medisinsk etikk, og er dermed uakseptabel (WHO 2017).

⁵ Se Landinfo 2007 for mer detaljert bakgrunnsinformasjon om bakgrunnen for praksisen.

I en studie av FGM blant kvinner i Amhara- og Afar-regionene, opplyste 96 % av kvinnene med døtre som var omskåret at inngrepet hadde funnet sted i hjemmet (Abebe et al. 2020, s. 9).

4.4 Alder for kjønnslemlestelse

Halvparten av respondentene opplyser at de gjennomgikk kjønnslemlestelse før fylte fem år, 22 % mellom 5 og 9 år, 18 % mellom 10 og 14 år og 6 % over 15 års alder (CSA & ICF 2017, s. 318).

Alderen for når inngrepet utføres, varierer med etnisk gruppe, region og hvilken type som praktiseres (28 Too Many 2013, s. 10).

Overordnet sett går det et skille mellom Nord- og Sør-Etiopia. I de nordlige delene av landet omskjæres barn tidlig, mens de omskjæres senere i de sørlige delene (28 Too Many 2013, s. 50-51). I de nordlige delene av landet (Tigray, Amhara, Afar) utføres inngrepet som regel de første dagene etter fødsel. I sør (Somali, SNNPR, Sidama) er omskjæring først og fremst knyttet til ekteskapsinngåelse, så der skjer inngrepet senere. I de sentrale delene av Etiopia, som for eksempel i Oromia-regionen, er bildet mer sammensatt (28 Too Many 2013, s. 50-51; CSA & ICF 2017, s. 318).

4.5 FGM og sosiale påvirkningsfaktorer

Utbredelsen av FGM, hvilken type inngrep som praktiseres og ved hvilken alder, varierer etter visse sosiale faktorer som bosted, utdanningsnivå og økonomisk status. I regioner hvor FGM er nært universelt utbredt, som i Somali-regionen, er det kun marginal variasjon i utbredelse etter sosiale faktorer. I områder hvor utbredelsen er lavere, spiller slike faktorer inn i større, om enn i varierende, grad.

UNICEF (2020, s. 7), som bygger på helse- og demografiundersøkelsen fra 2016, peker på følgende sammenheng mellom sosiale variasjonsfaktorer og utbredelse av FGM, her illustrert med talleksempler fra aldersgruppen 15-49 år:

- **Bosted.** Kvinner fra landsbygda er i større grad omskåret enn kvinner i urbane områder, henholdsvis 68 % og 54 % (CSA & ICF 2017, s. 317).
- **Utdanningsnivå.** Kvinner uten skolegang er i større grad omskåret (73 %) enn kvinner med grunnskole (62 %) og kvinner med videregående opplæring eller høyere (henholdsvis 50 % og 51 %).
- **Økonomisk status.** Kvinnens økonomiske status har en viss innvirkning på omfanget av kjønnslemlestelse. Omfanget er noe lavere blant kvinner i de høyeste velstandssjiktene (57 %) enn i de lavere økonomiske sjiktene (65 – 71 %).

4.6 Religion

Ifølge Mehari et al. (2020, s. 7) er religion antatt å være den viktigste «driveren» for FGM, og forfatterne viser til at mange, særlig muslimer, anser FGM som en religiøs forpliktelse.⁶

Kjønnslemlestelse praktiseres av tilhengere fra begge de to viktigste religiøse samfunnene i Etiopia, den ortodokse kirke og islam (28 Too Many 2013, s. 45). Imidlertid praktiserer muslimer kjønnslemlestelse i større grad enn kristne. I Somali-regionen, hvor den store majoriteten er muslimer, og utbredelsen av kjønnslemlestelse er nær universell, anses inngrepet som en religiøs plikt, noe som gjør at endringene skjer langsommere i denne regionen enn i andre regioner hvor inngrepet ikke begrunnes på denne måten. Samtidig er religion og etnisitet ofte overlappende faktorer, og dermed er en eventuell årsakssammenheng vanskelig å trekke (28 Too Many 2013, s. 46).

4.7 Hvem tar beslutningen om FGM?

Det finnes, så langt Landinfo har kunnet bringe på det rene, begrenset informasjon om hvem som tar beslutningen om at ei jente skal omskjæres, på familie- og samfunnsnivå.

I en studie av FGM i seks regioner i Etiopia, finner Kirkens nødhjelp (Ababeye & Disasa 2015, s. 38-42) at det først og fremst er barnets mor som er den viktigste beslutningstakeren når det gjelder FGM. Bildet nyanseres noe i Amhara-regionen og i Oromia, hvor mor og far er likestilte beslutningstakere. Andelen av de som opplyser at beslutningen tas av eldre slektninger eller religiøse ledere, er relativt lav.

5 Kjønnslemlestelse er forbudt ved lov

Etiopiske føderalmyndigheter anser kjønnslemlestelse som et betydelig folkehelseproblem (Azeze et al. 2020, s. 3).

Kjønnslemlestelse av jenter og kvinner, uansett alder, er straffbart etter straffeloven (etiopisk straffelov 2004). De relevante bestemmelsene står i straffelovens kapittel III (Crimes Committed Against Life, Person and Health through Harmful Traditional Practices), artikkel 561-570. Etiopia har også ratifisert flere internasjonale konvensjoner som barnekonvensjonen og

⁶ Hverken Bibelen eller Koranen nevner omskjæring, og flertallet av kristne og muslimer i verden praktiserer ikke kjønnslemlestelse. Praksisen er antagelig eldre enn begge religioner (Johnsdotter & Essén 2016, s. 16).

kvinnekonvensjonen (LIFOS 2019, s. 22). I tillegg er det å påføre noen fysisk skade forbudt i henhold til den føderale grunnloven (28 Too Many 2018, s. 3).

Strafferammen varierer etter hvilken type inngrep som er utført, hvorvidt inngrepet har ført til skade på offeret og hva slags rolle den tiltalte har hatt i inngrepet. Under følger noen relevante lovbestemmelser i straffeloven av 2004 (Landinfos oversettelse):

- Artikkel 565: Å utføre FGM på en kvinne uansett alder straffes med fengsel i ikke mindre enn tre måneder, og en bot på minst 500 birr (95 NOK). Straffen kan gjøres betinget.
- Artikkel 566 (1): Infibulasjon straffes med ubetinget fengsel i tre til fem år.
- Artikkel 566 (2): Dersom FGM fører til kroppslig eller helsemessig skade, er strafferammen fem til ti års ubetinget fengsel.
- Artikkel 569: En slektning eller en hvilken som helst annen person som er med å beslutte at kjønnslemlestelse skal finne sted, kan straffes med fengsel i inntil tre måneder eller en straff på opp til 500 birr. Straffen kan være betinget.
- Artikkel 570: Å oppfordre noen til å bryte lovbestemmelsene mot kjønnslemlestelse eller oppfordre til kjønnslemlestelse, kan straffes med fengsel i inntil tre måneder og/eller en bot på minst 500 birr. Straffen kan være betinget.

Det er verdt å merke seg at straffeloven ikke spesifikt gjør det straffbart å unnlate å anmelde eller rapportere tilfeller av FGM som er planlagt eller utført. Imidlertid slår straffeloven fast på generelt grunnlag at det er straffbart å unnlate å rapportere lovbrudd som kan medføre fengselsstraff (noe som i praksis innebærer FGM) (28 Too Many 2018, s. 3-5).

Etiopia er en føderal republikk, og de ti regionalstatene har egne lover. På menneskerettighetsfeltet er den regionale lovgivningen i de fleste tilfeller identisk med den føderale lovgivningen (28 Too Many 2018, s. 3).

5.1 Lovverket håndheves sjeldent

Det finnes lite informasjon om hvorvidt lovbestemmelsene mot kjønnslemlestelse faktisk håndheves⁷, og den informasjonen som finnes, er til en viss grad motstridende. Den svenske landinformasjonsenheten LIFOS (2019, s. 22-24) viser til en del innrapporterte tilfeller, men påpeker at informasjonen er begrenset, i liten grad er etterprøvbare og at nærmere detaljer rundt omstendighetene ved

⁷ Det vil si at politi og påtalemyndighet etterforsker saker de får kunnskap om, på eget initiativ eller som følge av en anmeldelse, for eksempel fra en som kjenner til et planlagt eller allerede gjennomført tilfelle av kjønnslemlestelse.

sakene ikke framgår. Kirkens Nødhjelp (videokonferanse, juni 2021) opplyste at det finnes noen tilfeller av rettsforfølgelse, men at kun om lag halvparten av disse har ført til fellende dom. U.S. Department of State (2020, 2021) opplyser om at myndighetene ikke aktivt håndhever regelverket, og at etiopiske myndigheter har opplyst at det ikke har vært tilfeller av rettsforfølgelse i perioden rapportene dekker. Landinfo konkluderer på bakgrunn av dette med at i den grad lovverket i det hele tatt håndheves, skjer dette sjelden og usystematisk.

28 Too Many (2013, s. 55) peker blant annet på følgende forhold som gjør håndheving av loven vanskelig:

- De fleste befolkningsgrupper i rurale omgivelser bruker ikke politi og rettsvesen for å løse konflikter, men tradisjonelle konfliktløsningsmekanismer.
- Kjennskap til loven er lav hos politi og andre instanser som er satt til å håndheve loven.
- Politi og andre instanser med ansvar for å håndheve loven, henviser til tradisjonell mekling i stedet for rettsforfølgelse. I de tilfellene hvor saken kommer opp for retten, oppfordres det til å finne minnelige løsninger, eller det gis milde straffer.
- I områder hvor håndhevingen av loven er sterk, omgås lovforbudet ved å utføre inngrepet andre steder hvor håndhevingen er svakere.

Generelt anser befolkningen politi og rettsvesen som en lite hensiktsmessig instans til å løse en uoverensstemmelse eller konflikt, særlig innad i en familie. Ethiopian Woman Lawyers Association (som sitert i 28 Too Many 2013, s. 55) opplyser at dette spesielt gjelder i rurale områder.

Det å bruke politi og rettsvesen for å anmelde tilfeller av FGM eller andre forhold som anses for å tilhøre privatsfæren, blir av de fleste oppfattet som sosialt uakseptabelt og noe som vil skade de sosiale relasjonene vedkommende har til sine omgivelser. En deltager fra den etniske gruppen amhara formulerer det på følgende måte i studien til Abebe et al. (2020, s. 11):

Social relations are very important in our community; cutters and those who circumcise their daughters are living amongst us. Exposing them to face legal punishment such as imprisonment is not good, also you will risk losing your neighbors forever.

En annen faktor som gjør det vanskelig for politi og påtalemyndighet å etterforske FGM-saker, er at inngrepet i stadig større grad skjer kun med mor og omskjærer til stede, noe som trolig skyldes lovforbudet og forbud mot såkalt «medikalisering» av FGM. En religiøs leder i Afar-regionen uttrykker det på følgende måte:

What is happening these days is: people practice FGC hidden inside their home without calling anyone. Previously, many people were invited to attend during the procedure, but now only the mother of the victim and the cutter are there, which makes the identification and reporting very complicated. (Abebe et al. 2020, s. 9).

I en studie av FGM i Somali-regionen viser Adinew & Mekete (2017, s. 4) at myndighetene ikke aktivt straffeforfølger de som praktiserer FGM, fordi religiøse ledere og eldre griper inn slik at sakene håndteres i tradisjonelle meglingsinstanser. Dette er særlig tilfelle i områder hvor eldre er høyt respektert og har siste ord, og myndighetenes innflytelse er tilsvarende svak, som i Somali-regionen.

Selv om håndhevingen av loven er svak, opplyser aktivister og myndighetspersoner at lovbestemmelsen likevel bidrar til holdningsendringer hos lokale myndighetspersoner (28 Too Many 2013, s. 55).

6 Utbredelse i utvalgte regioner

Utbredelsen av kjønnslemlestelse varierer så kraftig mellom ulike regioner i Etiopia, at det er lite hensiktsmessig å operere med nasjonale gjennomsnittstall. Mehari et al. (2020, s. 4) deler Etiopia inn i tre hovedgrupper etter utbredelse:

- Høy utbredelse. Kjønnslemlestelse er mest praktisert i de østlige delene av Etiopia, særlig i Somali-regionen (99 %), Afar (91 %) og Harar (82 %).
- Middels utbredelse. Regionalstatene Amhara (62 %), Oromia (76 %), Benishangul-Gumuz (63 %) og SNNP (62 %), samt bystatene Dire Dawa (79 %) og Addis Abeba (54 %), befinner seg i denne mellomkategorien.
- Lav utbredelse. Regionalstatene Gambella (34 %) og Tigray (24 %) har den laveste utbredelsen av FGM i Etiopia.

Under følger en oversikt over utbredelse i fire regionalstater: Amhara, Tigray, Somali og Oromia. Befolkningen i disse fire regionalstatene utgjør rundt tre fjerdedeler av Etiopias anslagsvis 105 millioner innbyggere. Vi har også inkludert informasjon om utbredelse og andre relevante forhold i den føderale hovedstaden Addis Abeba.

I tillegg til informasjon om utbredelse, presiserer vi hvilke typer inngrep som utføres i de ulike regionene, og alder for inngrepet. Vi har også inkludert

informasjon om hvordan praksisen begrunnes lokalt, og andre aktuelle aspekter, i den grad vi har informasjon om det.⁸

Selv om det er hensiktsmessig å se på FGM på regionalstatsnivå, er det likevel viktig å understreke at utbredelsen ikke nødvendigvis følger administrative grenser. I enkelte grenseområder mellom regionalstater kan utbredelsen av FGM være høyere eller lavere enn det tallet for regionalstaten isolert sett vil tilsi. Studien til Geremew et al. (2021, s. 11) viser for eksempel at utbredelsen av FGM er høyere i de sørøstlige delene av Tigray, i områdene som grenser mot Afar-regionen, enn i områdene nord og vest i Tigray. Dette innebærer at gjennomsnittstall for utbredelse i en region ikke tilsvarer realitetene lokalt, men at utbredelse og andre forhold knyttet til praksisen kan variere ganske betydelig innenfor en regionalstat (se også punkt 6.6).

6.1 Amhara-regionen

Amharene utgjør rundt 27 % av befolkningen i Etiopia. De fleste amharer er ortodokse kristne.

Utbredelsen av FGM i Amhara-regionen er på 61,7 % (28 Too Many 2018, s. 1). Utbredelsen av FGM er høyest i de østlige delene av regionen. Det er hovedsakelig type 1 som praktiseres i denne regionen (28 Too Many 2013, s. 40).

Utbredelsen i aldersgruppen 15-19 år har gått ned fra 76 % i 1991 til 50 % i 2016 (UNICEF 2020, s. 18). En deltager i studien til Abebe et al. (2020, s. 10) forteller at:

In Kewot district of the Amhara region, FGC practice has not been as widespread as it has been in the past. A traditional birth attendant shared: “as to my knowledge, FGC is not being practiced in our community. In the old days, FGC was believed to augment the beauty of girls. However, currently, it is considered a harmful traditional practice. We learned that avoiding FGC makes labour easier and reduces birth complications.

Det er vanlig å omskjære jenter i løpet av de første dagene etter fødsel (28 Too Many 2013, s. 40). I en artikkel av Melese et al. (2020), som har undersøkt FGM-praksis blant 325 mødre med barn under fem år i Degadamot-distriktet i Amhara-regionen, kommer det fram at barnet omskjæres rundt den syvende dagen etter fødsel. Alle kvinnene i undersøkelsen oppgir å være ortodokse kristne. I denne tradisjonen er det vanlig at kvinnen døpes med hellig vann rundt den syvende

⁸ En gjennomgang av forskningsartikler om FGM i Etiopia viser, så langt Landinfo har klart å bringe på det rene, at det finnes flere studier av Somali-regionen enn av andre regioner i Etiopia. Dette reflekteres i notatet ved at avsnittet om Somali-regionen er mer utfyllende enn avsnittene om de andre utvalgte regionene, særlig Tigray-regionen og til en viss grad Amhara-regionen, som vi har funnet lite informasjon om.

dagen etter fødsel, og ofte gjennomføres omskjæringen av det nyfødte jentebarnet i forbindelse med mors dåp (Melese et al. 2020, s. 5).

6.2 Tigray-regionen

Tigrayene utgjør rundt 7 % av befolkningen i Etiopia, og er hovedsakelig bosatt i Tigray-regionen nord i Etiopia. Majoriteten av tigrayer er ortodokse kristne.

Utbredelsen av FGM i aldersgruppen 15-49 år er 24,2 %. Praksisen er mest utbredt i øst, i grenseområdene mot Afar-regionen. Dette er den laveste utbredelsen av FGM i Etiopia. Utbredelsen i aldersgruppen 15-19 år har gått ned fra 42 % i 1991 til 19 % i 2016 (UNICEF 2020, s. 18).

Det er først og fremst type I og II som praktiseres i denne regionen. Inngrepet skjer som regel rett etter fødsel, som oftest når barnet er åtte dager gammelt (28 Too Many 2013, s. 42).

6.3 Somali-regionen

Somalierne utgjør rundt 6 % av befolkningen i Etiopia. Befolkningen i Somali-regionen er muslimer.

FGM har en nær universell utbredelse i Somali-regionen (99,5 %), og omfanget har vært stabilt over tid. Utbredelsen av FGM blant somaliere i Etiopia er dermed overlappende med situasjonen blant somaliere andre steder i regionen, i Somalia (Landinfo 2021) og i Kenya (28 Too Many 2013, s. 9).

Alder for gjennomføring av FGM varierer sterkt, fra fire års alder til over tyve år (EGLDAM 2007, som sitert i 28 Too Many 2013, s. 51).

I en kvalitativ casestudie om kjønnslemlestelse i Fafan-sonen (tidligere Jijiga-sonen) i Somali-regionen (Mehari et al. 2020), kommer det fram at kjønnslemlestelse er en praksis som er dypt forankret i somalisk kultur, og representerer verdier som ærbarhet og renhet. Omskjæring tjener som en viktig identitetsmarkør for somaliske jenter og kvinner. Mens kvinner som har gjennomgått kjønnslemlestelse anses som fysisk og spirituelt rene («halalen»), anses ikke-omskårede kvinner som urene (Mehari et al. 2020, s. 20).

Det er en utbredt forståelse i somali-kulturen at omskjæring er anbefalt i islam, og derfor oppfattes omskjæring av mange somaliere som en religiøs plikt de har som muslimer. Det at omskjæring i så stor grad er knyttet til religion, kan forklare hvorfor omfanget av kjønnslemlestelse ikke har gått ned i Somali-regionen, i motsetning til tendensen i de fleste andre regioner i Etiopia.

Infibulasjon («gudnika faronika» på somali) er utbredt i Somali-regionen. Inngrepet skal beskytte jenta mot utenomekteskapelig sex og sikre ærbarhet, noe som er en forutsetning for at kvinner skal kunne inngå et attraktivt ekteskap. Dette forklares slik av deltagere i studien til Mehari et al. (2020, s. 20):

We believe that girls who undergo Gudnika Faronika will not be engaged in premarital and extramarital sex, and they will be good wives. Therefore, being involved in premarital adulterous sex is absolutely prohibited in our religion, and that is why we hate uncircumcised girls.

Girls who do not undergo Gudnika Faronika are viewed as morally weak and uncontrolled and, thus, a dishonour towards the family reputation. Those who fail the pre-marriage virginity check may face social isolation, become unqualified for marriage, and in some cases, ignored by their own family. In addition to marriage denial, girls who don't undergo circumcision would face insulting songs, and social rejection.

Imidlertid har det skjedd en endring i retning av mindre inngripende typer FGM i Somali-regionen. Ettersom FGM er en viktig identitetsmarkør og anses som en religiøs forpliktelse, ønsker svært få å slutte med praksisen. Det å gå over til en mindre inngripende type (såkalt sunna-omskjæring) i stedet for infibulasjon, er derfor et kompromiss som stadig flere velger for sine døtre, særlig i byområder hvor folk kjenner til de helsemessige konsekvensene av infibulasjon. Overgangen fra infibulasjon til sunna-omskjæring støttes også av religiøse ledere i regionen (Mehari et al. 2020, s. 16). En representant for Women's Affairs Office i Somali-regionen formidler følgende:

Now how can we stop female circumcision? We are not ready to abandon it. I have six daughters and I am not ready to leave them uncut. I prefer the Sunna type for my younger daughters. I have already circumcised two daughters... They have undergone Gudnika Faronika. Then I am planning to let the remaining four daughters undergo the Sunna cut... Now I don't want to let my girls undergo Gudnika Faronika. I prefer the Sunna type and I think it is easy and my four girls will not suffer (Mehari et al. 2020, s. 15-16).

6.4 Oromo-regionen

Oromoene er den største folkegruppen i Etiopia, og utgjør rundt 35 % av befolkningen. De fleste med oromo-bakgrunn bor i regionalstaten Oromia, hvor også den føderale hovedstaden Addis Abeba ligger. Det er stor kulturell og religiøs variasjon mellom ulike undergrupper av oromoer. I henhold til tall fra folketellingen i 2007 (som sitert i Østebø og Tronvoll 2020, s. 11), er 50 % av befolkningen i Oromia muslimer, 27 % ortodokse kristne og 18 % protestantisk kristne.

Utbredelsen av FGM i Oromia er 75,6 %. Praksisen er mest utbredt i de vestre og nordøstre delene av regionen. Oromia er den delstaten (ved siden av bystaten Addis Abeba) hvor nedgangen i utbredelse har vært størst; fra 95 % i 1991 til 46 % i 2016 for aldergruppen 15-19 år (UNICEF 2020, s. 18).

Den kulturelle variasjonen mellom undergruppene i Oromia reflekteres også i alder for inngrepet. I de delene av Oromia som grenser til Amhara-regionen utføres kjønnslemlestelse rundt åtte dager etter fødsel, som blant amharaene. I andre deler av Oromia utføres kjønnslemlestelse mye senere, ofte i forbindelse med ekteskapsinngåelse. I Arsi (Sentral-Oromia) utføres FGM noen uker før ekteskapsinngåelsen i mors hus som en del av forlovelsesseremonien (28 Too Many 2013, s. 51).

I en kvalitativ casestudie som sammenligner FGM-praksis i West Arsi-sonen i den østlige delen av Oromia og Fafan-sonen i Somali-regionen (Mehari et al. 2020, s. 22), kommer det fram at kjønnslemlestelse er knyttet til begrunnelser om renhet, jomfruelighet og seksuell tilbakeholdenhet i begge regionene. Imidlertid kan det synes som at det å ikke være omskåret ikke medfører like alvorlige konsekvenser, som for eksempel muligheten til å inngå et attraktivt ekteskap, i Oromia som det gjør i Somali-regionen lenger øst. Ei tenåringsjente i Arsi som er intervjuet av Mehari et al. (2020, s. 22) påpeker at:

In the past, girls who were not circumcised were considered dirty and to have something Najisa [spiritually impure uncut girls]. Boys did not want an uncircumcised girl because she was perceived as unclean. These days, young boys do not bother about FGM/C. Young boys want marriage. They do not worry about FGM/C. Only mothers know whether girls undergo FGM.

I gruppesamtalene som Mehari et al. (2020) gjennomførte i sin studie, kommer det fram at kunnskapen om de skadelige helsemessige konsekvensene forbundet med kjønnslemlestelse var god og hyppigere brakt på bane i Oromia enn i gruppesamtalene i Somali-regionen. Holdningene til FGM var blandede, men de negative holdningene dominerte. Endrede kulturelle normer og kjennskap til de helsemessige konsekvensene av inngrepet, kan være med på å forklare hvorfor omfanget av FGM går ned i Oromia, i motsetning til utviklingen i Somali-regionen i øst. FGM synes i stadig større grad å forbindes med noe som tilhører fortiden, noe som reflekteres i manglende seremoniell feiring av inngrepet. Dette aspektet trekkes fram av faren til ei jente i West Arsi:

I am telling you what I know about my locality. In a very rare situation people may practice female circumcision in secret... There is no ceremony and open celebration of female circumcision. Female circumcision is losing its value over time. People developed negative attitudes towards the

practice. No one appreciates the practice through song and festivities (Mehari 2020, s. 25).

Endrede holdninger til FGM, kunnskap om de helsemessige konsekvensene av inngrepet og kjennskap til loven som forbyr kjønnslemlestelse, kan være med på å forklare hvorfor omfanget av praksisen er på vei ned i Oromia-regionen. Samtidig er det viktig å understreke at nær 76 % i aldersgruppen 15-49 år er omskåret i regionen. Press fra eldre kvinner, særlig svigermødre, i forbindelse med ekteskapsinngåelse, synes å være en faktor som bidrar til å opprettholde praksisen, selv om skiftet fra arrangerte ekteskap til ekteskap inngått etter eget valg gir jenta større valg om hvorvidt hun vil omskjæres (Mehari 2020, s. 1).

6.5 Addis Abeba

Den føderale hovedstaden Addis Abeba, med flere enn fem millioner innbyggere, er et konglomerat av mennesker med ulik etnisk og religiøs tilhørighet. Den største etniske gruppen i Addis er amharene (47 %), deretter oromoene (20 %) og gurage (15 %) (PopulationStat 2020). Men alle Etiopias etniske grupper er til stede i Addis, som er en kosmopolitisk storby.

Utbredelsen av FGM i Addis er 39 % for jenter i aldersgruppen 15-19 år. Addis er et av de områdene i Etiopia hvor nedgangen har vært mest markant (fra 75 % til 39 % fra 1991 til 2016 for aldersgruppen 15-19 år) (UNICEF 2020, s. 18). Det finnes, så langt Landinfo kjenner til, ikke egne tall for utbredelsen av FGM i de ulike etniske gruppene i Addis Abeba.

Landinfo har ikke funnet studier som spesifikt tar opp årsakene til at utbredelsen av FGM er lavere i Addis enn i områdene rundt. En mulig årsak kan være at kvinner i storbyen har større kunnskap om de skadelige konsekvensene av kjønnslemlestelse, både fordi utdanningsnivået er høyere i byen enn på landsbygda, men også fordi kvinner i hovedstaden i større grad eksponeres for holdningskampanjer og lignende, og dermed har bedre tilgang til informasjon. Mindre sosial kontroll og svakere sosiale bånd kan også føre til mindre press fra (stor)familie og omgivelser til å utføre inngrepet. Å leve i en storby, hvor befolkningen i større grad lever i anonymitet enn på landsbygda, hvor alle vet alt om alle og den sosiale konsensusen er stor, kan medføre mindre press og større rom til å foreta individuelle valg for familiene.

6.6 Lokale «hotspots»

I tillegg til stor variasjon mellom de ulike regionene, varierer utbredelsen også innad i mange regioner. Med utgangspunkt i resultatene fra helse- og demografiundersøkelsen fra 2016, har Geremew et al. (2021) identifisert såkalte hotspots i de ulike regionene, hvor utbredelsen lokalt er høyere enn hva gjennomsnittstallene i regionen skulle tilsi. Dette viser at utbredelsen av FGM

ikke er jevn innad i de ulike regionene, men at samvariasjon mellom faktorer som etnisitet, religion og lokalsamfunnets forståelse av FGM kan danne klynger av høy utbredelse på lokalt nivå.⁹

7 Myndighetenes arbeid mot kjønnslemlestelse

Etiopia har en målsetning om å utrydde FGM og barneekteskap innen 2025, som en del av sin forpliktelse til å nå FNs bærekraftsmål om å avskaffe skadelige skikker.

Det er Kvinne-, barne- og ungdomsdepartementet som har det overordnede ansvaret for å gjennomføre arbeidet mot FGM, i samarbeid med National Alliance to End FGM and Child Marriage, hvor også andre departementer, sivilt samfunn, ikke-statlige organisasjoner og FN-organer deltar. Arbeidet er bygget på fem strategier (UNICEF 2020, s. 22, Landinfos oversettelse):

- Gjøre jenter i stand til å uttrykke seg og ta egne valg, og sette familier i stand til å beskytte barna sine mot FGM.
- Styrke lokalsamfunnenes engasjement for å støtte jenter og skape endring rundt de sosiale forventningene til FGM.
- Styrke de ulike sektorene med ansvar for å hjelpe jenter som er utsatt for eller står i fare for å bli utsatt for FGM.
- Beskytte jenters rettigheter og legge til rette for nasjonale tiltak mot kjønnslemlestelse.
- Styrke landets kapasitet til å innhente mer data og empiri for å utvikle politikk og følge med på utviklingen mot kjønnslemlestelse.

Ifølge 28 Too Many (2018, s. 6) er etiopiske myndigheters strategi å prioritere aktiviteter som har som formål å endre holdninger og sosiale normer, framfor å håndheve eksisterende lovverk mot FGM. Etiopiske myndigheter har satt av øremerkede midler på budsjettet til arbeidet mot FGM (28 Too Many 2018, s. 6). Imidlertid er det grunn til å tro at informasjonsarbeidet i større grad når kvinner i urbane omgivelser enn kvinner i rurale områder av Etiopia, der loven mot kjønnslemlestelse i liten grad er kjent.

⁹ Se kart over slike klynger i Geremew et al. 2021, s. 12.

8 Hvilket handlingsrom har kvinner for å ikke omskjære døtre?

I dette avsnittet diskuterer vi i hvilken grad en familie kan foreta et individuelt valg om å ikke omskjære døtre, og hvilke faktorer som i tilfelle avgjør dette. Som nevnt i avsnittet om kildetilfang, finnes det begrenset informasjon om dette aspektet ved kjønnslemlestelse. Avsnittet bygger derfor på Landinfos generelle erfaring gjennom utredning av kjønnslemlestelse i Afrika i over ti år.

Det individuelle handlingsrommet for jentas foresatte til å bestemme hvorvidt FGM skal utføres på døtre, bestemmes av ulike faktorer.

Den viktigste faktoren er utbredelse i egen etniske gruppe. Dersom utbredelsen i egen etniske gruppe er lav eller moderat, er familien og storsamfunnets forventninger til og press på den enkelte kvinne eller familie mindre enn i grupper hvor FGM er en universell praksis. I den etniske gruppen tigray, hvor det er flere jenter som ikke er omskåret enn jenter som faktisk er omskåret, vil det sosiale presset på å gjennomføre FGM være mindre enn i etniske grupper som somali og afar, hvor omskjæring nærmest er en universell praksis. I de sistnevnte gruppene vil det å ikke gjennomføre FGM være et radikalt valg som vil gå imot grunnleggende sosiale normer. For at foreldre på eget initiativ skal sette seg opp mot omskjæring 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.

Bosted og omgivelser vil også kunne spille en viktig rolle for mors forutsetninger for å ta et individuelt valg. Dersom familien bor i omgivelser preget av kulturell ensartethet og stor grad av sosial kontroll hvor «alle vet alt om alle», for eksempel på landsbygda, vil det være vanskeligere å motstå forventninger og press fra omgivelsene enn dersom familien bor i et etnisk, kulturelt og sosialt sammensatt miljø i mer urbane omgivelser, hvor folk i mindre grad følger med på andres gjøren og laden. Dette er for eksempel tilfelle i Addis Abeba, som er en etnisk, kulturelt og sosialt sammensatt by, og hvor befolkningen i tillegg har bedre tilgang til informasjon og utdanningsnivået er høyere.

Foreldrenes, og særlig mors utdanningsnivå, har vist seg å ha innvirkning på mors holdninger til FGM. Jo høyere utdanning mor har, og jo større kunnskap hun har om inngrepets potensielt alvorlige helsemessige konsekvenser for jenter, jo mer vil hun kunne ønske å beskytte datteren mot inngrepet. Også erfaring fra migrasjon vil kunne påvirke beslutningen om å utsette datteren for FGM, fordi mor (og eventuelt også far) får ny kunnskap og revurderer sine holdninger til kjønnslemlestelse som noe «normalt» i møte med ny kultur, verdier og normer (Johnsdotter & Essén 2016).

Foreldrenes sosioøkonomiske status og økonomiske selvstendighet kan også innvirke på deres muligheter til å ta selvstendige beslutninger på familiens vegne. Dersom familien forsørger seg selv og bor i egen husholdning, kan de være mindre mottakelige for press fra storfamilie og omgivelser enn dersom familien er avhengig av storfamilien for å klare seg og lever tettere på dem. I slike situasjoner, hvor de er avhengige av storfamilien, forventes foreldrene i større grad å rette seg etter omgivelsenes forventninger og krav.

Det må understrekes at dette er generelle betraktninger, og at valg om å omskjære døtre er komplekst. Det er derfor vanskelig å forutsi at et gitt sett av forutsetninger (etnisk gruppetilhørighet, mors holdninger, grad av økonomisk selvstendighet, relasjoner til storfamilien) automatisk fører til et gitt utfall når det gjelder foreldres valg om å omskjære jenter.

9 Konsekvenser for jenter/kvinner som ikke er omskåret

Beslutninger om omskjæring finner ikke sted i et sosialt vakuum, men er påvirket av sterke normer som knytter skikken til tradisjonelt viktige verdier i det etiopiske samfunnet, som ærbarhet, jomfruelighet og renslighet. Skikken er også knyttet til grunnleggende identitetsspørsmål, særlig til religion.

Å bryte med etablerte samfunnsnormer kan være kontroversielt, og vil i mange tilfeller kunne avstedkomme reaksjoner fra omgivelsene. Hvilke og hvor store sosiale kostnader det vil ha for foreldre som går imot omskjæring og døtrene deres, vil variere i tråd med storfamilies og nærmiljøets holdninger til skikken.

Kildene presenterer ikke et entydig bilde av eventuelle konsekvenser det kan innebære for foreldrene eller jenta selv dersom hun ikke omskjæres. Mens det i noen grupper trolig ikke vil ha noen konsekvenser i det hele tatt å ikke være omskåret, kan det i andre grupper ha dramatiske følger for den det gjelder. Trolig vil konsekvensene ved å ikke være omskåret være størst i områder hvor FGM er universelt utbredt, som i Somali- og Afar-regionene, mens bildet nok er mer sammensatt i regioner hvor FGM ikke er like utbredt, og ikke er like grunnleggende knyttet til gruppens identitet.

I forskningsartiklene som omhandler Somali-regionen, er det først og fremst frykten for å ikke anses som en aktuell ekteskapskandidat som trekkes fram. Kvinner som ikke er omskåret, oppfattes som u-somaliske og u-islamske, og dermed en lite attraktiv ekteskapskandidat. Inngrepet anses av mange som nødvendig for å sikre jenters jomfrudom og beskytte henne mot promiskuitet og umoralsk oppførsel. I samfunn som har et konservativt syn på kjønn og (kvinnelig) seksualitet, og hvor det å være omskåret er en forutsetning og garanti for ærbarhet, kan det å ikke være omskåret innebære for eksempel å bli valgt bort som ekteskapskandidat (28 Too Many 2013, s. 44; Mehari et al. 2020, s. 19).

Foreldre som velger å ikke omskjære døtrene sine, kan anklages for å ha feilet i oppdragerrollen og ikke ha barnets framtid i tankene:

There is also a level of shame projected onto parents if they do not arrange for their daughters to undergo FGC. Oftentimes they are labelled “careless” and indifferent to the social and economic trajectory of their daughters which is traditionally linked to marriage. Most families expressed that they practice FGC (Abebe et al. 2020, s. 13).

En annen mulig konsekvens av å ikke være omskåret, er å settes utenfor det sosiale fellesskapet og bli sosialt stigmatisert. I en artikkel fra 2017, formidler Adinew & Mekete historien til en kvinne i Somali-regionen som ikke ønsket å omskjære datteren sin, men som følte seg tvunget til å gjennomføre inngrepet på grunn av press fra sitt lokalmiljø i frykt for å bli sosialt utestengt:

Our community is very conservative and resistant to change. They say yes and give their words to government officials and community workers, but they remain the ones who discriminate and outcast those who didn't undergo through this practice. They will harass you if you don't respect and follow their beliefs and values. They don't want to see something different from their way of life. At the beginning, I was not willing to have my daughter circumcised, but later I couldn't withstand the pressure from the elders. They warned me of banning my family from all the social and religious activities if I failed to comply with their order. Then my husband said ‘we have no place to go and can't go against them, please apologize to the elders and prepare our daughter for the procedure’. I was impossible to resist any more; I felt to be left with no option (Adinew & Mekete 2017, s. 3).

10 Referanser

10.1 Skriftlige kilder

- 28 Too Many (2013, oktober). *Country Profile: FGM in Ethiopia*. London: 28 Too Many. Tilgjengelig via <https://www.refworld.org/docid/54bce29e4.html> [lastet ned 7. juni 2021]
- 28 Too Many (2018, juli). *Ethiopia: The Law and FGM*. London: 28 Too Many. Tilgjengelig fra https://www.sorchidproject.org/wp-content/uploads/2019/02/ethiopia_law_report_july_2018.pdf [lastet ned 7. juni 2021]
- Ababeye, B. & Disasa, H. (2015, november). *Baseline/End line Survey: Female Genital Mutilation (FGM) Situation in Six Regions of Ethiopia. Final Report. Submitted to Norwegian Church Aid & Save the Children International*. Addis Abeba: Norwegian Church Aid & Save the Children International. Tilgjengelig via <https://www.norad.no/globalassets/publikasjoner/publikasjoner-2015/ngo-evaluations/2015-ethiopia-evaluation---baseline-end-line-survey---fgm-situation-in-six-regions-of-ethiopia.pdf> [lastet ned 7. juni 2021]
- Abebe, S., Dessalegn, M., Hailu, Y. & Makonnen, M. (2020, 29. oktober). Prevalence and Barriers to Ending Female Genital Cutting: The Case of Afar and Amhara Regions of Ethiopia. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 17(21). Tilgjengelig fra <https://www.mdpi.com/1660-4601/17/21/7960/htm> [lastet ned 2. juni 2021]
- Adinew, Y. M. & Mekete, B. T. (2017). I knew how it feels but couldn't save my daughter; testimony of an Ethiopian mother on female genital mutilation/cutting. *Reproductive Health* 14(162). Tilgjengelig fra <https://reproductive-health-journal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12978-017-0434-y> [lastet ned 7. juni 2021]
- Azeze G.A., Williams A., Tweya H., Obsa M. S., Mokonnnon T. M., Kanche Z.Z., Fite, R. O. & Harries, A. D. (2020, 3. september). Changing prevalence and factors associated with female genital mutilation in Ethiopia: Data from the 2000, 2005 and 2016 national demographic health surveys. *PLoS ONE* 15(9). Tilgjengelig fra <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0238495> [lastet ned 7. juni 2021]
- CSA & ICF, dvs. Central Statistical Agency (CSA) [Ethiopia] and ICF. (2017, juli). *Ethiopia Demographic and Health Survey 2016*. Addis Ababa og Rockville, MD: CSA and ICF. Tilgjengelig fra <https://dhsprogram.com/pubs/pdf/FR328/FR328.pdf> [lastet ned 7. juni 2021]
- DHS, dvs. Demographic and Health Surveys (2021). *Ethiopia: Standard DHS, 2021*. Washington DC: USAID. Tilgjengelig fra <https://dhsprogram.com/methodology/survey/survey-display-586.cfm> [lastet ned 7. juni 2021]
- [Etiopisk straffelov] (2004). *Proclamation No. 414 / 2004. The Criminal Code of the Federal Democratic Republic of Ethiopia*. Tilgjengelig via <https://www.ilo.org/dyn/natlex/docs/ELECTRONIC/70993/75092/F1429731028/ETH70993.pdf> [lastet ned 9. april 2021]
- Geremew, T. T., Azage, M. & Mengesha, E. W. (2021, januar). Hotspots of female genital mutilation/cutting and associated factors among girls in Ethiopia: a spatial and multilevel analysis. *BMC Public Health* 21(186). Tilgjengelig fra <https://bmcpublihealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-021-10235-8> [lastet ned 7. juni 2021]
- Johansen, R. E. (2021, 3. mars). *Kjønnslemlestelse*. Oslo: Store norske leksikon. Tilgjengelig fra <https://sml.sn.no/kj%C3%B8nnslemlestelse> [lastet ned 10. juni 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 7. juni 2021]
- Landinfo (2021, 15. mars). *Somalia: Kjønnsslemlestelse av kvinner*. Oslo: Landinfo. Tilgjengelig fra <https://landinfo.no/wp-content/uploads/2021/03/Temanotat-Somalia-Kjoennsslemlestelse-av-kvinner-15032021.pdf> [lastet ned 10. juni 2021]
- Landinfo (2007, august). *Kjønnsslemlestelse av kvinner i Vest-Afrika*. Oslo: Landinfo. Tilgjengelig fra https://www.landinfo.no/asset/611/1/611_1.pdf [lastet ned 7. juni 2021]
- LIFOS, dvs. Migrationsverkets retts- og landinformationssystem (2019, 14. mars). *Etiopien – Kvinnelig kønssympning*. Norrköping: LIFOS. Tilgjengelig fra <https://lifos.migrationsverket.se/dokument?documentSummaryId=42908> [lastet ned 7. juni 2021]
- Mehari, G., Molla, A., Mamo, A. & Matanda, D. (2020). *Exploring changes in female genital mutilation/cutting: Shifting norms and practices among communities in Fafan and West Arsi zones, Ethiopia*. New York: Population Council. Tilgjengelig fra https://knowledgecommons.popcouncil.org/cgi/viewcontent.cgi?article=2129&context=departments_sbsr-rh [lastet ned 23. mars 2021]
- Melese, G., Tesfa, M., Sharew, Y. & Mehare, T. (2020, 14. august). Knowledge, attitude, practice, and predictors of female genital mutilation in Degadamot district, Amhara regional state, Northwest Ethiopia, 2018. *BMC Women's Health* 20(178). Tilgjengelig fra <https://bmcmwomenshealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12905-020-01041-2> - citeas [lastet ned 7. juni 2021]
- PopulationStat (2020, 7. september). *Addis Abeba, Ethiopia Population*. [s.l.]: PopulationStat. Tilgjengelig fra <https://populationstat.com/ethiopia/addis-ababa> [lastet ned 22. juni 2021]
- U.S. Department of State (2020, 11. mars). *2019 Country Reports on Human Rights Practices: Ethiopia*. Washington DC: U.S. Department of State. Tilgjengelig fra <https://www.state.gov/reports/2019-country-reports-on-human-rights-practices/ethiopia/> [lastet ned 17. mars 2021]
- U.S. Department of State (2021, 30. mars). *2020 Country Reports on Human Rights Practices: Ethiopia*. Washington DC: U.S. Department of State. Tilgjengelig fra <https://www.state.gov/reports/2020-country-reports-on-human-rights-practices/ethiopia/> [lastet ned 7. juni 2021]
- UNICEF (2020). *A Profile of Female Genital Mutilation in Ethiopia*. New York: UNICEF. Tilgjengelig fra <https://www.unicef.org/ethiopia/reports/profile-female-genital-mutilation> [lastet ned 7. juni 2021]
- WHO (2017, 31. januar). *Ethiopia bans medicalization of female genital mutilation*. Genève: WHO. Tilgjengelig fra <https://www.afro.who.int/news/ethiopia-bans-medicalization-female-genital-mutilation-fgm> [lastet ned 18. mars 2021]
- WHO (2020, 3. februar). *Female genital mutilation*. Genève: WHO. Tilgjengelig fra <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/female-genital-mutilation> [lastet ned 7. juni 2021]
- Zachrisen, G. (2019, 10. oktober). Etiopia: Kraftig nedgang i omskjæring av jenter. *Bistandsaktuell*. Tilgjengelig fra <https://www.bistandsaktuell.no/nyheter/2019/intervju-med-kidist-belayneh-etioopia-om-kvinnelig-omskjaring-fgm/> [lastet ned 7. juni 2021]

Østebø, T. & Tronvoll, K. (2020, juli). Interpreting contemporary Oromo politics in Ethiopia: an ethnographic approach. *Journal of Eastern African Studies* 14(4), 613-632.

10.2 Muntlige kilder

Kirkens nødhjelp, Addis Abeba. Videokonferanse. 2. juni 2021.