

Flygtningenævnets baggrundsmateriale

Bilagsnr.:	143
Land:	Etiopien
Kilde:	Landinfo
Titel:	Temanotat. Kønnslemlestelse i Ethiopia
Udgivet:	14. september 2009
Optaget på baggrundsmaterialet:	21. december 2010

Temanotat

Kjønnslemlestelse i Etiopia



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

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

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

© Landinfo 2009

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

Alle henvendelser om Landinfos rapporter kan rettes til:

Landinfo
Utlendingsforvaltningens fagenhet for landinformasjon

Storgaten 33 A

Postboks 8108 Dep

N-0032 Oslo

Tel: 23 30 94 70

Fax: 23 30 90 00

E-post: mail@landinfo.no

www.landinfo.no

SUMMARY

Female Genital Mutilation (FGM) is an old tradition with serious health implications for the individuals subjected to it. FGM is recognised globally as a violation of internationally accepted human rights, and represents a violation of several international agreements, treaties and covenants. FGM is justified through a series of varying religious, moral, social and health-related rationalisations.

Active and targeted campaigning against FGM practices in Ethiopia is an important contributing factor to the declining share of girls that are subjected to FGM. Still, 56 percent of all Ethiopian women and girls have undergone FGM.

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

SAMMENDRAG

Kjønnslemlestelse er en gammel og potensielt svært helsefarlig tradisjon som bryter med en rekke menneskerettigheter, internasjonale avtaler og konvensjoner. Kjønnslemlestelse utføres med varierende religiøse, moralske, sosiale og helsemessige rasjonaliseringer.

Aktiv og målrettet motarbeidelse av kjønnslemlestelse i Etiopia medvirker til at andelen jenter som kjønnslemlestes er synkende. Likevel er anslagsvis 56 prosent av alle etiopiske jenter og kvinner kjønnslemlestet.

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

INNHold

1. Innledning	6
2. Typer kjønnslemlestelse	7
3. Kjønnslemlestelse og helse.....	8
3.1 Relevante helseforhold i Etiopia.....	10
4. Begrunnelser for kjønnslemlestelse	10
4.1.1 Seksualitet og seksualmoral	11
4.1.2 Religion	11
4.1.3 Helse/hygiene	11
4.1.4 Estetikk	11
4.1.5 Tradisjon	11
4.1.6 Sosiale forhold.....	12
5. Praktisering og utbredelse av kjønnslemlestelse i Etiopia	12
5.1 Generelt om omfang	12
5.1.1 Holdninger til kjønnslemlestelse	13
5.2 Omfangsberegningers begrensninger	13
5.3 Regionale anslag på utbredelse og alder ved kjønnslemlestelse.....	14
5.3.1 Afar-regionen	15
5.3.2 Amhara-regionen	16
5.3.3 Harar-regionen	16
5.3.4 Oromo-regionen.....	16
5.3.5 Region sør (SNNPR).....	17
5.3.6 Somali-regionen	17
5.3.7 Tigray-regionen.....	17
6. Strukturelle, sosiale og økonomiske forhold.....	18
6.1 Strukturelle forhold	18
6.1.1 Lovverk mot kjønnslemlestelse	18
6.1.1.1 Håndhevelse av gjeldende lovverk	18
6.1.1.2 Myndighetenes øvrige arbeid mot kjønnslemlestelse.....	19
6.1.2 Patriarkalsk samfunnsstruktur	19
6.1.3 Religiøse ledere	20
6.1.4 Omskjærere	20
6.2 Sosiale og økonomiske forhold	20
6.2.1 Familienettverk.....	20
6.2.2 Utdanningsnivå	21
6.2.3 Urban vs. rural utbredelse	21
6.2.4 Økonomisk status.....	22
6.2.5 Utbredelse i ulike aldersgrupper.....	22

7.	Utvalgte organisasjoner som arbeider mot kjønnslemlestelse i Etiopia	23
7.1	EGLDAM	23
7.2	Ethiopia Women Lawyers Association (EWLA)	23
7.3	Kembatta Women Self-Help Centre/Organisation (KMG)	23
7.4	CARE/Awash FGM Elimination Project.....	23
7.5	Population Media Centre (PMC).....	23
7.6	Ny NGO-lov: konsekvenser for frivillige organisasjoners arbeid.....	24
8.	Andre forhold	24
9.	Referanser	25

1. INNLEDNING

Kjønnslemlestelse er en gammel og helsefarlig tradisjonell praksis som bryter med flere grunnleggende menneskerettigheter, som retten til liv, retten til fysisk integritet, retten til helse og til frihet fra fysisk og mental vold, skade og misbruk.¹ Kjønnslemlestelse innebærer fullstendig eller delvis fjerning av ytre kjønnsdeler eller annen skade på jenters eller kvinners kjønnsorganer av ikke-medisinske hensyn (WHO 2009). Kjønnslemlestelse rasjonaliseres med varierende religiøse, moralske, sosiale og helsemessige begrunnelser.

En rekke FN-organer anslår at mellom 100 og 140 millioner kvinner og jenter i verden har gjennomgått kjønnslemlestelse (av type I, II og III – se kategorisering under), og at ca. 3 millioner jenter og kvinner kjønnslemlestes hvert år (WHO et al. 2008, s. 4). Nær halvparten av disse kommer fra Etiopia og Egypt (UNICEF 2008). De fleste jenter som utsettes for kjønnslemlestelse lever i nærmere 30 land i Afrika. Disse ligger innenfor et geografisk triangel som strekker seg fra Egypt i nordøst til Tanzania i sør og Senegal i vest, og inkluderer også landene på Afrikas horn. Kjønnslemlestelse praktiseres også blant enkelte folkegrupper i Midtøsten og i Asia. Videre forekommer kjønnslemlestelse i Nord-Amerika og Europa blant immigranter fra land hvor kjønnslemlestelse tradisjonelt praktiseres (WHO et al. 2008, s. 4-5).

Som Landinfo (2007, s. 11) har påpekt tidligere er tradisjoner “på ingen måte statiske, men i stadig utvikling over hele verden”. Kjønnslemlestelsespraksis er som andre tradisjoner i kontinuerlig endring, i forskjellig grad, til forskjellig sted og tid. Tiltak mot kjønnslemlestelse virker i varierende grad, og sosioøkonomisk og generell strukturell utvikling påvirker også normalt omfanget av kjønnslemlestelse i lokalsamfunn hvor dette tradisjonelt har blitt praktisert.

Som i Landinfos øvrige publikasjoner av nyere dato om temaet, bruker vi også her begrepet *kjønnslemlestelse*. Noen bruker fortsatt begrepet *omskjæring* (circumcision) for å omtale kjønnslemlestelse.² Særlig gjelder det medlemmer av grupper som selv opprettholder praksisen, og kvinner som selv er kjønnslemlestet. I arbeid mot kjønnslemlestelse og med jenter og kvinner som er kjønnslemlestet, benyttes gjerne heller begrepet *female genital cutting* (FGC) for å forhindre fremmedgjøring og ytterligere stigmatisering av målgruppen. Landinfo bruker begrepet kjønnslemlestelse i tråd med begrepsbruken i norsk lovverk, Verdens helseorganisasjon (WHO), samt de fleste FN-organer og store menneskerettighetsorganisasjoner. Landinfo mener begrepet kjønnslemlestelse best reflekterer hva dette overgrepet innebærer, og det menneskerettighetsbruddet praksisen utgjør.

¹ En rekke regionale og internasjonale avtaler, erklæringer og konvensjoner inneholder bestemmelser som angår kjønnslemlestelse som brudd på menneskerettigheter, herunder: FNs konvensjon mot tortur og annen grusom, umenneskelig eller nedverdiggende behandling eller straff; FNs konvensjon om sivile og politiske rettigheter (særlig artikkel 7); FNs konvensjon om økonomiske, sosiale og kulturelle rettigheter (særlig artikkel 12); FNs konvensjon om avskaffelse av alle former for diskriminering av kvinner (CEDAW); FNs konvensjon om barnets rettigheter; FNs konvensjon om flyktningers rettslige stilling; Handlingsplanen og deklarasjonen vedtatt av FNs 4. verdenskonferanse om kvinner i Beijing; UNESCOs Deklarasjon om kulturelt mangfold; Commission on the Status of Women's Resolusjon om å ende kjønnslemlestelse av kvinner; samt de afrikanske charterne om menneskers og folks rettigheter, med tilleggsprotokoll om kvinners rettigheter (Banjul-charteret), og barns rettigheter og velferd.

² Omskjæring benyttes også i omtale av det langt mindre helsefarlige inngrepet mange gutter gjennomgår, men det er ikke tema i dette notatet.

2. TYPER KJØNNSSLEMLESTELSE

Kjønnslemlestelse er et samlebegrep som omfatter alle former for inngrep hvor de ytre kvinnelige kjønnsdelene fjernes helt eller delvis, eller på annen måte påføres varig skade, uten at det er medisinsk belegg for å gjøre det. WHO (2008) opererer med en firedelt klassifisering av de ulike formene for kjønnslemlestelse:

- **Type I:** Delvis eller fullstendig fjerning av klitoris³ (*klitoridektomi*) og/eller klitorishetten/forhuden (*klitoridotomi*). Type I kjønnslemlestelse er også kalt *sunna*.
- **Type II:** Delvis eller fullstendig fjerning av klitoris og indre kjønnslepper, med eller uten amputering av ytre kjønnslepper (ofte kalt *excision* i engelskspråklig kildemateriale).
- **Type III:** Reduksjon av vaginalåpningen ved å kutte og sy sammen indre og/eller ytre kjønnslepper, med eller uten samtidig amputering av klitoris. Alle ytre kjønnsdeler kan fjernes. Kalles ofte *infibulasjon*, etter *fibula* som betyr lås/sperre på latin. Vaginalåpningen er etter inngrepet normalt på størrelse med en blyants omkrets og skal sørge for at urin og menstruasjonsblod kan passere. Før kvinnen kan ha samleie må åpningen utvides, og ved fødsel er det nødvendig å åpne vaginalåpningen helt. Gjensynging etter fødsel kalles *reinfibulasjon*.
- **Type IV:** De fleste andre former for kjønnslemlestelse grupperes her. Det kan dreie seg om gjennomhulling og kutt i klitoris og/eller kjønnsleppene; om brennemerking eller etsing av hele eller deler av klitoris og området rundt; å ha etsende stoffer eller urter i vagina for å skape blødninger slik at åpningen blir trangere eller smalere; samt ethvert annet inngrep som innebærer skade på kjønnsdelene. Ettersom type IV er en samlebetegnelse, er variasjonen svært stor.

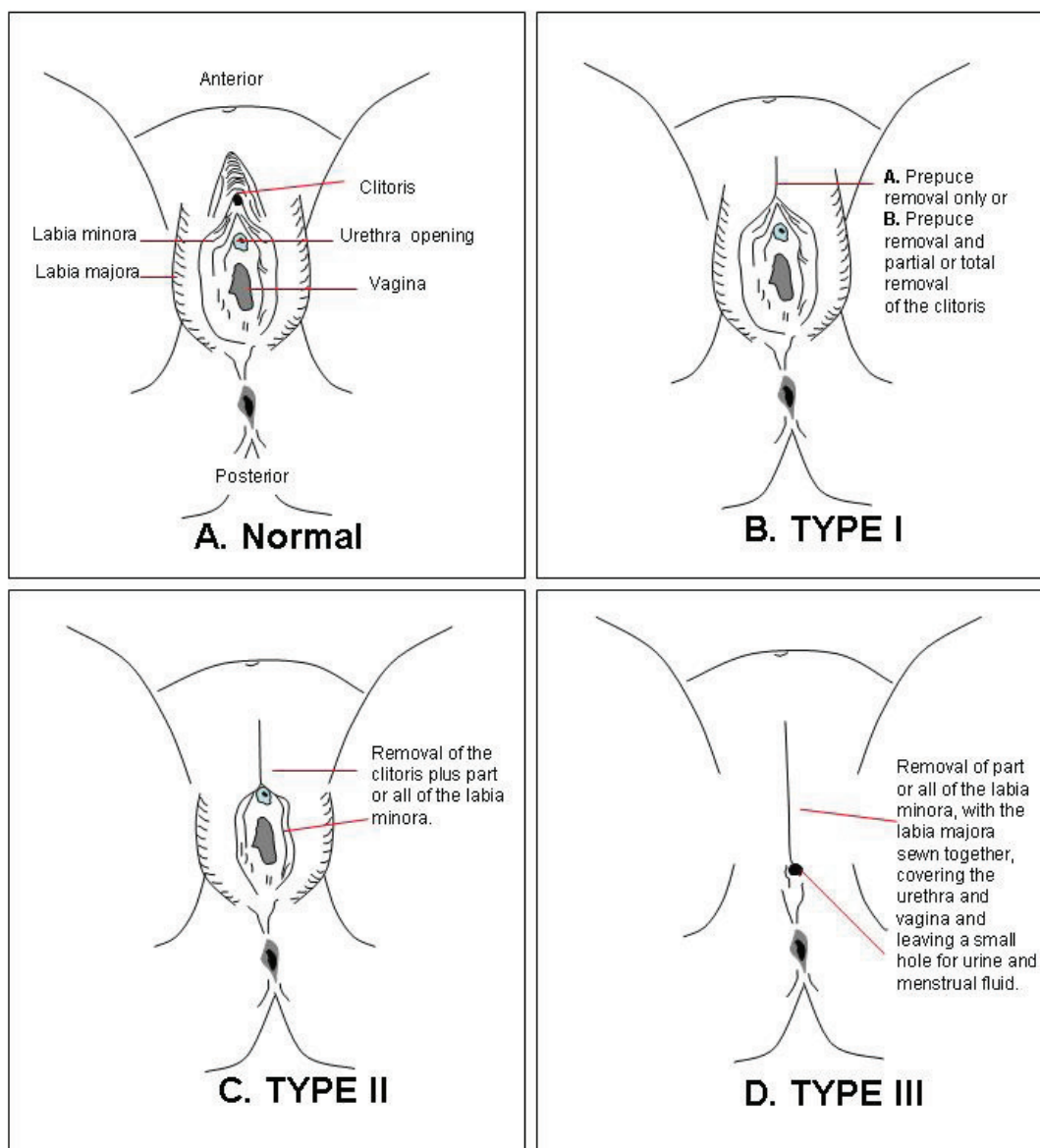
UNICEF har skilt ut en egen kategori, type V. Dette inngrepet er signifikant mindre smertefullt sammenliknet med andre former for kjønnslemlestelse (UNICEF 2008). I henhold til WHOs definisjon, omfattes disse formene for kjønnslemlestelse i type IV:

- **Type V:** Innebærer stikk eller små kutt i klitoris som i liten eller ingen grad etterlater synlige spor på kjønnsdelene. Omtales derfor gjerne som *symbolsk kjønnslemlestelse*.

Foruten stor variasjon innad i de ulike kategoriene, er særlig skillet mellom kjønnslemlestelse type I og II glidende. Følgelig kan enkelte tilfeller av kjønnslemlestelse være vanskelige å tydelig kategorisere som enten type I eller type II (jf. Shell-Duncan & Hernlund 2000, s. 3-7):⁴

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

⁴ Illustrasjonen er hentet fra Wikipedias artikkel om kjønnslemlestelse, og er tilgjengelig fra http://en.wikipedia.org/wiki/Image:FGC_Types.jpg [lastet ned 11. september 2009]. Illustrasjonen kan brukes vederlagsfritt.



3. KJØNNSLEMLESTELSE OG HELSE

Både de umiddelbare og de langsiktige fysiske, helsemessige konsekvensene av kjønnslemlestelse varierer med type inngrep, også inkludert variasjonen innad i de ulike kategoriene for kjønnslemlestelse. Herunder kommer også forhold knyttet til hygiene og sanitære forhold – både mens kjønnslemlestelse utføres, og i perioden som følger etter.

Foruten store smerter kan umiddelbare komplikasjoner være blødninger, traumer, sår i genitalregionen og skade på omkringliggende vev. Blødninger er den vanligste umiddelbare komplikasjonen. Dette skyldes at klitorisarterien kuttes over når klitoris amputeres. Infeksjoner er også svært utbredt, og kan føre til koldbrann. Under selve overgrepet kan jenta som kjønnslemlestes få bruddskader som følge av at hun holdes nede og fast under sterk motstand. Den alvorlige smerten, sammen med utmattelse

som følge av sterk motstand og den psykiske belastningen overgrepet medfører, kan føre til at jenter og unge kvinner som utsettes for kjønnslemlestelse blir traumatisert. Store eller langvarige blødninger, traumer, infeksjoner og stivkrampe (tetanus) kan forårsake dødsfall (EGLDAM 2008, s. 51-52; NTCPE 1999, s. 17-19; WHO et al. 2008, s. 33).

Når kjønnslemlestelse utføres, kan andre organer – som urinrør, vagina og/eller rektum – bli skadet. Avhengig av omfang og lokalisering, kan slike skader lede til fistula (EGLDAM 2008, s. 52). Videre er det ikke uvanlig at gjentatte kjønnslemlestelse-prosedyrer utføres etter kjønnslemlestelse av type III fordi sårene ikke helbredes som ønsket (WHO et al. 2008, s. 33).

Over tid kan jenter og kvinner som har vært gjennom kjønnslemlestelse oppleve kroniske smerter, manglende helbredelse, utvikling av infeksjoner og økt risiko for kjønns sykdommer, abscesser/byller, urinveisinfeksjoner og cyster. Dermoidcyster⁵ er den vanligste langtidskomplikasjonen som følger av kjønnslemlestelse.

Risikoen for revning under og blødninger etter fødsel øker kraftig for kvinner som er kjønnslemlestet. Det antas at også sannsynligheten for fistula som følge av fødselskomplikasjoner forbundet med kjønnslemlestelse øker. Barn født av mødre som er kjønnslemlestet har generelt lavere apgar-score⁶, og apgar-scoren synker jo mer omfattende morens kjønnslemlestelse er. Sannsynligheten for at nyfødte barn dør er større dersom mor er kjønnslemlestet, og sannsynligheten øker med kjønnslemlestelsens omfang (WHO et al. 2008, s. 34). Dødelighetsraten for babyer under og umiddelbart etter fødsel er 15 prosent høyere hvis mor har blitt utsatt for kjønnslemlestelse type 1, 32 prosent høyere for babyer hvis mødre har blitt utsatt for kjønnslemlestelse av type 2 og 55 prosent høyere for babyer hvis mødre er utsatt for infibulasjon eller type 3, sammenliknet med dødelighetsratene for barn født av mødre som ikke er kjønnslemlestet. Disse tallene viser til institusjonsfødsler, og WHO antar at dødelighetsraten er enda høyere når fødslene foregår utenfor den profesjonelle helsesektoren (WHO Study Group 2006).

WHO et al. (2008, s. 34) påpeker at kjønnslemlestelse kan være forbundet med økt risiko for hiv-smitte i tilfeller hvor samme redskap brukes til å amputere og/eller kutte genitalia på flere jenter. Det har pr. i dag ikke blitt dokumentert noen direkte sammenheng mellom hiv-smitte og kjønnslemlestelse.

Kjønnslemlestelse er også forbundet med redusert fruktbarhet, redusert seksuell følsomhet og fysisk og psykologisk smerte under samleie (EGLDAM 2008, s. 52; WHO et al. 2008, s. 34). Jenter som er utsatt for infibulasjon må defibuleres i forkant av samleie og under fødsler, og mange reinfibuleres etter fødsler (NTCPE 1999). Kjønnslemlestelse type III er også forbundet med smerter og problemer med vannlating og under menstruasjon.

⁵ En dermoidcyste kan bestå av talgkjertler, svettekjertler, hårsekker, hår og/eller overhud, og kan bli smertefull eller plagsom avhengig av størrelse og hvor i underlivet den oppstår etter en kjønnslemlestelse (se Store Norske Leksikon u.å.).

⁶ Apgar-score sier noe om et nyfødt barns tilstand på fem områder: hjerterefrekvens, respirasjon/pust, muskeltonus/muskelkraft, reaksjon/vitalitet og hudfarge. Innenfor hvert område gis poeng mellom null og ti, og disse poengene legges så sammen og gir en totalscore på mellom null og ti. Er samlet apgar-score under tre vurderes dette som en kritisk tilstand for barnet. En apgar-score fra sju og oppover regnes som normaltilstand. Apgar-score måles umiddelbart etter fødsel (etter ett og fem minutter) (Barnelegene.no u.å.)

Foruten fysiske smerter og komplikasjoner, påvirker kjønnslemlestelse også jenters og kvinners psykiske helse. WHO et al. (2008, s. 34) viser til posttraumatisk stress, angst, depresjon, hukommelsestap og frykt for samleie som eksempler på psykologiske følger kjønnslemlestelse kan ha. At foreldre og nære voksenpersoner tillater og deltar i kjønnslemlestelse-utførelsen påvirker også tillitsforholdet mellom barn og voksne.

Doktor Elise B. Johansen i WHO peker på en økende tendens til at kjønnslemlestelse utføres av profesjonelt helsepersonell i offentlig eller privat sektor i en rekke land hvor kjønnslemlestelse er vanlig.⁷ Særlig gjelder dette reinfibulering etter fødsel (gjengitt i UNFPA 2009, s. 21).

3.1 RELEVANTE HELSEFORHOLD I ETIOPIA

Som redegjort for over har kjønnslemlestelse en rekke potensielt svært skadelige helsemessige konsekvenser. Ved komplikasjoner som følge av kjønnslemlestelse er det i Etiopia vanlig at jenta det gjelder behandles med folketrobasert medisin snarere enn at sykehus eller leger kontaktes (intervju med etiopisk kvinneorganisasjon, november 2006).

Forholdene i etiopisk helsevesen skiller seg dramatisk fra dem vi finner i Norge (WHO 2009):

	Etiopia	Norge
Barnedødelighet (dødsfall pr. 1000 levendefødte før fylte fem år)	119	4
Barnedødelighet, nyfødte (dødsfall pr. 1000 levendefødte før fylte 28 dager)	41	2
Mødredødelighet (dødsfall pr. 100 000 levendefødsler)	720	7
Andel fødsler bistått av helsepersonell (prosentandel)	6	-
Antall leger pr. 10 000 innbygger	< 1	38
Antall sykepleiere, jordmødre pr. 10 000 innbyggere	2	162
Antall sykehussenger pr. 10 000 innbyggere	2	40

Ifølge EGLDAM (under utgivelse) er praktisering av kjønnslemlestelse i helsesektoren forbudt. Likevel ses en tendens til at kjønnslemlestelse i større grad medikaliseres i Etiopia (EGLDAM 2008, s. 132).

4. BEGRUNNELSER FOR KJØNNSLEMLESTELSE

Det gis forskjellige begrunnelser for kjønnslemlestelse i Etiopia. En overbevisning om at kvinners seksualitet må og bør kontrolleres synes å være felles for alle (EGLDAM 2008, s. 129-130). De ulike forklaringene overlapper ofte hverandre og er ikke gjensidig utelukkende.

Generelt understreker EGLDAM (2008) at selv om kunnskap om og kjennskap til kjønnslemlestelses skadelige virkninger øker, resulterer ikke dette i tilsvarende endringer i praksis. Dette kan skyldes en velbegrunnet frykt hos foreldre og foresatte

⁷ En tendens som gjerne omtales som en *medikalisering* av kjønnslemlestelse.

for at det å ikke være kjønnslemlestet kan føre til sosial isolasjon og redusere mulighetene for ekteskap (se bl.a. UNICEF 2008, s. 11).

4.1.1 Seksualitet og seksualmoral

EGLDAM (2008) understreker at kjønnslemlestelse utføres for å redusere kvinners seksuelle sensitivitet. Kvinner som ikke er kjønnslemlestet regnes som ute av stand til å kontrollere sin seksualdrift, og vil derfor kunne vanære familien. Kjønnslemlestelse utføres følgelig for å forhindre sex utenfor ekteskap.

Videre forestiller mange seg at en ikke-kjønnslemlestet kvinne kan være for krevende seksuelt for mannen sin. En annen myte er at det er fysisk vanskelig for en mann å ha samleie med en kvinne som ikke er omskåret (EGLDAM 2008, s.47).

Det er noen som mener det fremmer mannens seksuelle nytelse at klitoris er borte.⁸ Andre frykter at klitoris vil vokse til å bli som en manns penis hvis den ikke fjernes (intervju med etiopisk kilde, februar 2008).

4.1.2 Religion

Kjønnslemlestelse ble praktisert i Etiopia og Afrika for øvrig før noen av de store verdensreligionene eksisterte. Kjønnslemlestelse praktiseres i dag blant både kristne, muslimer og jøder i Etiopia. Særlig i noen muslimske grupper fremmes religion som begrunnelse for kjønnslemlestelsespraksis, selv om kjønnslemlestelse ikke er nevnt i Koranen (EGLDAM 2008, s. 133). *Shaykh* Musa Mohammed Omer, en muslimsk religiøs leder i Etiopia, sa i et intervju i 2005 at infibulasjon ikke var forenlig med islam, men at det ikke eksisterte noe forbud mot mer moderate former for kjønnslemlestelse i Koranen (IRIN News 2005).

I noen områder er bønner og offer gjort av en kvinne som ikke er kjønnslemlestet uakseptable. For hvilke områder eller religioner dette gjelder, kommer ikke fram av kilden (EGLDAM 2008, s. 48).

4.1.3 Helse/hygiene

Kjønnslemlestelse antas å forhindre underlivssykdommer blant kvinner, barn og menn. Kvinner anses som skitne hvis de ikke er kjønnslemlestet, og forventes å produsere mark og vond lukt med mindre de kjønnslemlestes (EGLDAM 2008, s. 48).

4.1.4 Estetikk

En annen begrunnelse for kjønnslemlestelse som fremmes er estetikk (EGLDAM 2008, s. 48). Mange tror kjønnslemlestelse forhindrer at kjønnsleppene blir for store, og det antas å beskytte underlivets utseende ved eventuelle fall.

4.1.5 Tradisjon

Ifølge NTCPE (1999) og EGLDAM (2008, s. 47) begrunner de fleste etiopiere som praktiserer kjønnslemlestelse opprettholdelsen av kjønnslemlestelse med generelle referanser til hevdvunne tradisjoner.

⁸ Ordet for klitoris på amharisk, *qintr*, har samme stamme som ordet på amharisk for omfattende seksuell aktivitet (nymfomani).

4.1.6 Sosiale forhold

Mange mener at for å gifte seg, for å bli voksen, for å kunne være sammen med andre kjønnslemlestede og for å tilfredsstille forfedrene må kvinner kjønnslemlestes. Kjønnslemlestelse blir utført for å unngå sosiale sanksjoner som skam og stigmatisering, og kan oppleves som et nødvendig onde for å sikre at døtre blir akseptert og får deltakelsesrett i samfunnet.

Kvinner antas å bli for uregjerlige og ikke å underkaste seg menn med mindre de er kjønnslemlestet (EGLDAM 2008, s. 47).

5. PRAKTISERING OG UTBREDELSE AV KJØNNSLEMLESTELSE I ETIOPIA

Alle typer kjønnslemlestelse praktiseres i Etiopia, men type, utbredelse og alder på jentene når de kjønnslemlestes varierer med blant annet etnisk og geografisk tilhørighet, og foreldrenes grad av utdanning.⁹ For mer om sosioøkonomiske faktorer, se kapittel 6.

Hvordan selve kjønnslemlestelsen utføres avhenger av jentas alder og type kjønnslemlestelse som praktiseres. Det er stort sett tradisjonelle omskjærere uten helsefaglig utdanning som utfører kjønnslemlestelse. Omskjærere er vanligvis kvinner, og er høyt respekterte i sine lokalsamfunn. Kjønnslemlestelsen utføres normalt i hjemmet, og familien arrangerer gjerne en seremoniell markering i anledning dagen. Er jenta ung eller motvillig, holdes hun av en slektning mens omskjæreren kutter de delene av kjønnsorganet som skal fjernes: Redskaper som brukes kan være kniv, barberblad, stein eller negler, og kjønnslemlestelsen utføres uten bedøvelse.

Like før ekteskapsinngåelse hender det at jenter eller kvinner som har blitt utsatt for kjønnslemlestelse type III får infibulasjonen kuttet opp av en omskjærer. Som regel er det imidlertid ektemannen som gjør dette før samleie (NTCPE 1999).

5.1 GENERELT OM OMFANG

Kjønnslemlestelse er fremdeles svært utbredt i Etiopia, til tross for en markant nedgang de seneste årene. Omfangsestimatene varierer noe, men den siste tilgjengelige undersøkelsen gjennomført av EGLDAM (2008) anslår at 56 prosent av etiopiske kvinner og jenter var kjønnslemlestet i 2007, en nedgang fra 73 prosent i en tilsvarende undersøkelse gjennomført i 1998 (NTCPE 1998).¹⁰ Dette er et konservativt anslag sammenliknet med anslaget til Etiopias statistiske sentralbyrå, CSA (2006, s. 254), som anslo at 74 prosent av alle kvinner og jenter i landet var

⁹ Noen steder, hvor sunna praktiseres, utføres også *Mariam girz*, som anses som en type IV kjønnslemlestelse (alternativt type V, ifølge UNICEFs kategorisering). *Mariam girz* (som betyr betyr Marias omskjæring på amharisk, Maria som i Jesu mor) er et ritual hvor klitoris tappes for blod ved hjelp av en skarp nål. Foruten blod er det ingenting som fjernes. Dette utføres på jenter som anses å være omskåret av Maria, Jesu mor, det vil si jenter som fra naturens side har et lite utviklet, eller kort, klitorishode (US Department of State 2001).

¹⁰ De nasjonale omfangsberegningene til EGLDAM er basert på standardiserte estimater vektet i forhold til etnisitet.

kjønnslemlestet i 2005, en nedgang fra 80 prosent i en tilsvarende undersøkelse CSA gjennomførte i 2000.¹¹ Uavhengig av hvilke tall som benyttes, har det vært en nedgang i andelen kvinner i Etiopia som er kjønnslemlestet de siste ti årene. EGLDAM (2008) er den nyeste landsomfattende undersøkelsen som tar for seg kjønnslemlestelse i Etiopia, og Landinfo tillegger denne undersøkelsen stor vekt.

Samtidig rapporterer EGLDAM (2008, s. 51) om en tendens til at kjønnslemlestelse i større grad utføres i hemmelighet, og at funn tilsier en medikalisering av kjønnslemlestelse-praksisen i Region Sør.

5.1.1 Holdninger til kjønnslemlestelse

CSA (2006, s. 254) har undersøkt hvilke holdninger kvinner i Etiopia har til kjønnslemlestelse, og melder at nærmere 70 prosent av de spurte kvinnene i den landsomfattende 2005-undersøkelsen mente kjønnslemlestelse burde avskaffes. I 2000 var det kun 40 prosent av de spurte kvinnene som mente det samme. CSA har ikke gjort tilsvarende undersøkelser blant menn generelt eller fedre spesielt i Etiopia. Det foreligger heller ikke undersøkelser som tar for seg øvrige familiemedlemmers eller innflytelsesrike personer i lokalsamfunnet sine holdninger til denne praksisen.

5.2 OMFANGSBEREGNINGERS BEGRENSNINGER

Det er viktig å være oppmerksom på at det på grunn av den markante befolkningsveksten i Etiopia de seneste år i dag er *flere* jenter som kjønnslemlestes enn i 1998 og 2000, til tross for at *andelen* av den kvinnelige befolkningen som er kjønnslemlestet altså har gått ned (EGLDAM 2008, s. 130).

Det er også viktig å være oppmerksom på at nasjonale tall og andelsberegninger representerer nasjonale gjennomsnitt, og at de dermed ikke reflekterer variasjonen i utbredelse mellom ulike folkegrupper og geografiske regioner. I områder som Afar og Somali utføres kjønnslemlestelse fortsatt på nærmere 90 prosent av jentene – og det er også i disse områdene at infibulasjon er mest utbredt (se under).

De fleste kjønnslemlestelse-estimer er basert på andeler funnet gjennom selvrapporteringsstudier. I et klima hvor det blir stadig mer klart at kjønnslemlestelse ikke tolereres kan det oppleves som i respondentens egeninteresse å ikke innrømme egen eller barns status, eller egne reelle holdninger til kjønnslemlestelse. Det er vanskelig å verifisere respondenters tilbakemelding. I områder hvor kjønnslemlestelse er utbredt og sosialt akseptert og forventet, er sannsynligheten for korrekt selvrapportering høyere enn i områder hvor kjønnslemlestelse ikke er like akseptert. Det foreligger likevel rapporter hvor selvrapporteringsstudier tilsvarer verifiserte omfangsundersøkelser, hvor mødre på klinikker undersøkes i forbindelse med fødsler (se Mitike & Deressa 2009, s.17).

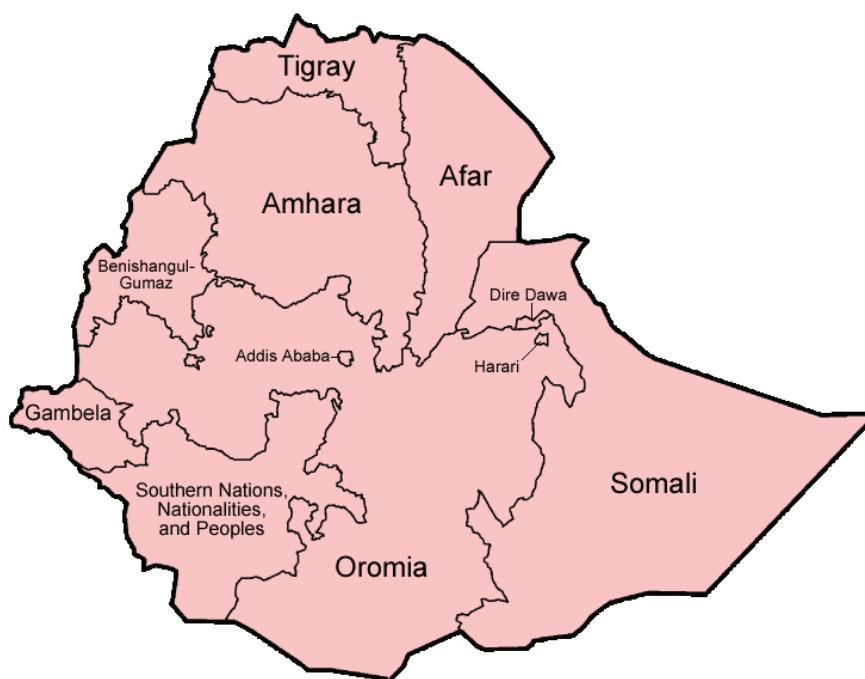
Selv om tall og omfang står sentralt i dette temanotatet, understreker Landinfo at det dreier seg om estimer og at det er viktig å være varsom i bruken av disse tallene. Landinfo minner også om mulighetene for underrapportering. Dette gjelder både

¹¹ Variasjoner mellom EGLDAM og CSAs omfangsestimater skyldes ifølge EGLDAM (2008, s. 130 fn) at EGLDAM baserer beregningene på etniske gruppeprøver/utvalg, mens DHS benytter seg av generelle befolkningsutvalg i regioner.

kjønnslemlestelse-praksis generelt og i forhold til type kjønnslemlestelse som utføres.¹²

5.3 REGIONALE ANSLAG PÅ UTBREDELSE OG ALDER VED KJØNNSLEMLESTELSE

Etiopia er et stort og sammensatt land, hvis ulike kulturer, språk, religioner og geografiske forhold resulterer i en myriade av ulike praksiser og tilnærminger til kjønnslemlestelse. Regional, etnisk og sosial tilhørighet, samt økonomiske forhold og grad av utdanning påvirker sannsynligheten for at en etiopisk kvinne eller jente blir kjønnslemlestet. Samtidig kan tilhørighet til en bestemt etnisk gruppe, geografisk tilhørighet, sosial klasse eller en bestemt økonomisk situasjon verken utelukke eller garantere at en etiopisk jente eller kvinne er eller vil bli utsatt for overgrepet. Det er store variasjoner innenfor de ulike sosiale gruppene. Etnisk tilhørighet kan likevel sies å være mest utslagsgivende på sannsynligheten for hvorvidt en jente eller kvinne er kjønnslemlestet.



*Etiopias regioner.*¹³

Nedenfor følger en oversikt over utbredelsen av kjønnslemlestelse i sju av Etiopias regioner. Kjønnslemlestelse er nærmest fraværende i Gambella-regionen, og flere grupper i vest og sør-vest praktiserer ikke kjønnslemlestelse overhodet. I Addis Abeba var forekomsten blant kvinner 70,2 prosent i 1998, og 52,2 prosent i 2008

¹² Landinfo advarer mot å trekke generelle konklusjoner utfra funn fra fokusgruppeintervjuer i EGLDAM-rapporten fra 2008. Landinfo er av den oppfatning at funn fra fokusgrupper er viktige i den forstand at de kan gi kvalitativ dybdeinformasjon hva gjelder årsaker, personlige erfaringer, effektivt preventivt arbeid, oppfatninger innen en definert gruppe, etc., men ikke som basis for anslag om utbredelse på generell basis.

¹³ Kartet er hentet fra nettstedet mapsof.net (tilgjengelig fra <http://mapsof.net/ethiopia/static-maps/png/ethiopia-regions-english>) [lastet ned 11. september 2009].

(EGLDAM 2008, s. 45), mens for Benishangul-Gumaz var de respektive tallene 52,9 prosent og 43,3 prosent.

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

5.3.1 Afar-regionen

I Afar-regionen er kjønnslemlestelse svært utbredt, og type III (infibulasjon) er den vanligste formen (EGLDAM 2008, s. 131; Save the Children Norway-Ethiopia and Partners, 2008, s. 8). CSA (2006) anslår at 91,6 prosent av kvinnene i Afar er kjønnslemlestet. Ifølge EGLDAM (2008, s. 45) var 94,5 prosent av kvinnene i Afar kjønnslemlestet i 1998, mens 87,4 prosent var kjønnslemlestet i 2008. Afar er med det den regionen med lavest prosentvis nedgang i forekomst av kjønnslemlestelse i denne tiårsperioden, med unntak av Somali-regionen hvor ingen nedgang var registrert.

85,1 prosent av mødre med minst én datter i Afar, har minst én kjønnslemlestet datter. 65,6 prosent av de spurte kvinnene i Afar mener kjønnslemlestelse-praksisen bør fortsette, ifølge CSA (2006, s. 253-4). Ifølge Redd Barnas prosjektpartnere i Afar, velger flere foreldre å gå over til sunna (kjønnslemlestelse type 1) heller enn å gå helt bort fra praksisen (Save the Children Norway-Ethiopia and Partners 2008, s. 19).

I Afar kjønnslemlestes jenter fra umiddelbart etter fødselen og fram til de er tolv år gamle (Save the Children Norway-Ethiopia and Partners 2008, s. 8). Noen tror at små barn opplever mindre smerte, og det anbefales derfor å utføre kjønnslemlestelse så tidlig som mulig. En diplomatkilde Landinfo snakket med i Etiopia i november 2006 opplyste at kjønnslemlestelse var særlig aktuelt for jenter i alderen fire til tolv år i Afar.

Etter infibulasjonen bindes lårene sammen, og den kjønnslemlestedes blir liggende slik i 40 til 60 dager. Ifølge Redd Barna bidrar kjønnslemlestelse sterkt til de skjeve dødelighetsratene mellom gutter og jenter i regionen. Gjennomsnittlig dødelighetsrate for begge kjønn i alderen null til fem år er på 174 pr. 1000 levendefødte. Fordelt på kjønn er det 150 gutter som dør pr. 1000 levendefødte guttebarn, mens 206 jenter pr. 1000 levendefødte jentebarn dør innen fylte fem år (Save the Children Norway-Ethiopia and Partners 2008, s. 8).

Ifølge Redd Barna er det én lege pr. 86 660 innbygger i Afar, og én av tolv gravide jenter og kvinner dør som følge av svangerskapskomplikasjoner (Save the Children Norway-Ethiopia and Partners 2008, s. 8).

Ifølge en diplomatkilde Landinfo intervjuet i Addis Abeba i november 2006 er kjønnslemlestelsespraksisen i Afar oppfattet som tett knyttet til islam. Dette funnet bekreftes av Redd Barna.

5.3.2 Amhara-regionen

I Amhara er mellom 62,9 prosent (EGLDAM 2008, s. 45) og 68,5 prosent (CSA 2006, s. 253) av den kvinnelige befolkningen kjønnslemlestet. I NTCPEs 1998-undersøkelse var det tilsvarende estimatet 81,1 prosent. Det er hovedsaklig type I som blir anvendt blant amharaene, men infibulasjon forekommer også (EGLDAM 2008, s. 47). I Gojjam er kjønnslemlestelse er svært uvanlig, men i de tilfellene det forekommer er det som regel type IV, *Mariam girz*, som anvendes (intervju med etiopisk kvinneorganisasjon, februar 2006).

56,8 prosent av mødre med minst én datter i Amhara, har minst én kjønnslemlestet datter. 39 prosent av de spurte kvinnene i Amhara mener kjønnslemlestelse-praksisen bør fortsette, ifølge CSA (2006, s. 253-4).

Amharaene utfører stort sett kjønnslemlestelse på spedbarn i løpet av de åtte første levedagene (EGLDAM 2008, s. 50).

Amhara er ett av områdene hvor EGLDAM (2008, s. 51) melder om at kjønnslemlestelse i økende grad foregår i skjul.

5.3.3 Harar-regionen

I Harar er mellom 67,2 prosent (EGLDAM 2008, s. 45) og 85,1 prosent (CSA 2006, s. 253) av den kvinnelige befolkningen kjønnslemlestet. I NTCPEs 1998-undersøkelse var det tilsvarende estimatet 81,2 prosent.

En interessant utvikling er at fra i hovedsak å utføre kjønnslemlestelse type III, var antallet som ble utsatt for type III i 2007 kun 12,5 prosent (Bentzen & Talle 2007).

Harar er ett av områdene hvor EGLDAM (2008, s. 51) melder om at kjønnslemlestelse i økende grad foregår i skjul.

5.3.4 Oromo-regionen

Anslagene for omfanget av kjønnslemlestelse i Oromo-regionen varierer mye. EGLDAM (2008, s. 45) anslår at 58,5 prosent av kvinnene i Oromo er kjønnslemlestet. CSA (2006, s. 253) estimerer at 87,2 prosent av kvinnene er kjønnslemlestet. I NTCPEs 1998-undersøkelse var det tilsvarende estimatet 79,8 prosent.

Det er hovedsakelig kjønnslemlestelse type I og II som anvendes i Oromo (intervju med etiopisk kvinneorganisasjon, februar 2006; US State Department 2001).

34,9 prosent av mødre med minst én datter i Oromo, har minst én kjønnslemlestet datter. 29,8 prosent av de spurte kvinnene i Oromo mener kjønnslemlestelse-praksisen bør fortsette, ifølge CSA (2006, s. 253-4).

EGLDAM (2008, s. 50) rapporterer at tidspunktet for når oromoere kjønnslemlester barna varierer, og at det utføres på spedbarn, barn mellom ett og 10 år, barn over 10 år og like før ekteskapsinngåelse. Denne variasjonen underbygges av andre kilder (Missailidis & Gebre-Medhin 2000).

Oromo er ett av områdene hvor EGLDAM (2008, s. 51) melder om at kjønnslemlestelse i økende grad foregår i skjul.

5.3.5 Region sør (SNNPR)

Anslagene for omfanget av kjønnslemlestelse i Region Sør varierer mye. Ifølge EGLDAM (2008, s. 45) er 30,8 prosent av den kvinnelige befolkningen kjønnslemlestet, mot CSA (2006, s. 253) sitt estimat på 71 prosent. I NTCPEs 1998-undersøkelse var det tilsvarende estimatet 46,3 prosent. Kjønnslemlestelse, hovedsaklig type I, praktiseres i alle etniske grupper i Region Sør (Save the Children Norway-Ethiopia and Partners 2008).

23,5 prosent av mødre med minst én datter i Region Sør, har minst én kjønnslemlestet datter. 26 prosent av de spurte kvinnene i Region Sør mener kjønnslemlestelse-praksisen bør fortsette, ifølge CSA (2006, s. 253-4).

I Region Sør foretas kjønnslemlestelse få dager før kvinnen gifter seg, vanligvis i alderen 15-16 år, men det kan også forekomme nærmere opp mot 20 års alder (intervju med etiopisk kvinneorganisasjon, februar 2006). Dette ble i november 2006 bekreftet i samtaler med en diplomatkilde i Addis Abeba.

Region Sør er ett av områdene hvor EGLDAM (2008, s. 51) melder om at kjønnslemlestelse i økende grad foregår i skjul. Samtidig tyder funn derfra på at kjønnslemlestelse-praksis også er gjenstand for økt medikalisering.

Det eneste rapporterte tilfellet av strafferettslig forfølgelse for å ha utført kjønnslemlestelse i Etiopia er fra Kembatta Zone i Region Sør (se mer om dette i avsnitt 6.1.1.1 under).

5.3.6 Somali-regionen

I Somali-regionen er kjønnslemlestelse svært utbredt og type III (infibulasjon) er den vanligste formen (EGLDAM 2008, s. 45, 130). Ifølge EGLDAM (2008, s. 45) var 69,7 prosent av kvinnene i Somali-regionen kjønnslemlestet i 1998, mens 70,7 prosent var kjønnslemlestet i 2008. Somali-regionen er den eneste regionen i EGLDAM-undersøkelsene der det ikke er registrert noen form for nedgang i utbredelsen av kjønnslemlestelse de siste 10 årene. CSA (2006) estimerer at 97,3 prosent av kvinnene i Somali-regionen er kjønnslemlestet.

I en 2009-studie av kjønnslemlestelse-praksis blant somaliske flyktninger i Etiopias Somali-region fant forskerne at 52 prosent av jentene i alderen syv til åtte år gamle var kjønnslemlestet, mot 95 prosent av jentene på elleve til tolv år.¹⁴ 81 prosent av kjønnslemlestelsene ble utført av tradisjonelle omskjærere. Studien indikerer også en overgang fra infibulering til mindre omfattende former for kjønnslemlestelse (Mitike & Deressa 2009, s. 2).

5.3.7 Tigray-regionen

I Tigray er mellom 21,2 prosent (EGLDAM 2008, s. 45) og 29,3 prosent (CSA 2006, s. 253) av den kvinnelige befolkningen kjønnslemlestet. I NTCPEs 1998-undersøkelse var det tilsvarende estimatet 48,1 prosent.

Tigrinjere praktiserer både type I og II (FGC Education Project 2003). Det er hovedsakelig blant Jeberti-muslimene at type I utføres (US State Department 2001).

¹⁴ Dette kan tyde på en forskyvning av alder ved overgrep i forhold til vanlig praksis i Somalia, hvor gjennomsnittsalder for jenter når de utsettes for kjønnslemlestelse er mellom 5 og 8 år, jf. Landinfo 2008.

Tigrinjerne utfører som regel kjønnslemlestelse før barnet er fylt ett år, og ifølge EGLDAM (2008, s. 50) på spedbarn under 8 dager.

Tigray er ett av områdene hvor EGLDAM (2008, s. 51) melder om at kjønnslemlestelse foregår i skjul.

6. STRUKTURELLE, SOSIALE OG ØKONOMISKE FORHOLD

Den generelle nedgangen i utbredelsen av kjønnslemlestelse i Etiopia kan ha flere forklaringer, deriblant effekter av opplysningsarbeid, ny lovgivning og generelle holdningsendringer (intervju med etiopisk kvinneorganisasjon, februar 2006). Tradisjoner er også dynamiske og i kontinuerlig endring. Det er derfor vanskelig å generalisere over faktorer som påvirker jenters og kvinners utsatthet i forhold til kjønnslemlestelse. Nedenfor oppsummeres likevel strukturelle, sosiale og økonomiske forhold som kan ha betydning for den enkeltes risiko for overgrep.

6.1 STRUKTURELLE FORHOLD

6.1.1 Lovverk mot kjønnslemlestelse

Kjønnslemlestelse er forbudt ved lov i Etiopia (*Revidert straffelov 2005* og *Revidert Familielov. Kunngjøring 2000*). Straffelovens §§ 565 og 566 lyder:

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

Whoever infibulates the genitalia of a women, is punishable with the rigorous imprisonment from three years to five years (§ 566) (Revidert straffelov 2005¹⁵)

Etiopia har i tillegg ratifisert følgende rettslig bindende internasjonale konvensjoner som alle pålegger konvensjonspartene å sikre juridiske, administrative og utdanningsmessige tiltak for å bekjempe praksisen (EGLDAM 2008, s. 149):

- FNs konvensjon om sivile og politiske rettigheter (artikkel 7.1).
- FNs konvensjon om økonomiske, sosiale og kulturelle rettigheter (artikkel 12).
- Kvinnekonvensjonen (artikkel 2(f)).
- Barnekonvensjonen (artikkel 24.3).
- African Charter on the Rights and Welfare of the Child.

6.1.1.1 Håndhevelse av gjeldende lovverk

En av Kirkens Nødhjelps samarbeidspartnere i Etiopia har rapportert om én kjent sak hvor kjønnslemlestelse har blitt strafferettslig forfulgt. Dette var i 2006 i Kembatta Zone i Region Sør, hvor en omskjærer ble fengslet for tre måneder, hvorpå hun ble

¹⁵ Lovens fulle navn er "The Criminal Code of the Federal Democratic Republic of Ethiopia 2004, Proclamation No. 414 of 2004".

gitt muligheten til å engasjere seg i anti-kjønnslemlestelse aktiviteter i sitt nærmiljø (Kirkens Nødhjelp, e-post juli 2009).

Foruten denne ene saken foreligger det ingen rapporter om strafferettslig forfølgelse av kjønnslemlestelse-praksis i Etiopia. Velinformerte kilder Landinfo har vært i kontakt med understreker at straffefrihet for å utføre kjønnslemlestelse eller som forelder tillate og/eller sørge for at kjønnslemlestelse utføres på døtre er universelt gjeldende i landet. De aktuelle paragrafene i lovverket håndheves ikke (intervju med etiopisk kvinneorganisasjon, februar 2006; NGO-kilde i Addis Abeba, e-post juli 2009; diplomatkilde i Etiopia, e-post juli 2009).

6.1.1.2 Myndighetenes øvrige arbeid mot kjønnslemlestelse

Ifølge en diplomatkilde i Addis Abeba (intervju 2006) finnes det ingen etiopisk nasjonal plan for bekjempelse av kjønnslemlestelse, og det er heller ikke tema i Etiopias *Plan for hurtig og bærekraftig utvikling for å få slutt på fattigdom*. Den eneste eksisterende planen fra myndighetenes hold som eksplisitt tar opp kjønnslemlestelse er Nasjonal handlingsplan for likestilling. Helsedepartementet har ingen spesifikke retningslinjer for bekjempelse av kjønnslemlestelse eller medisinsk behandling av kjønnslemlestedede jenter og kvinner.

Kvinnedepartementet ble opprettet i oktober 2005 med et bredt mandat og fokus på koordinering av nasjonale tiltak for å ivareta kvinners rettigheter. Mangel på ressurser og kapasitet har imidlertid ført til at departementet p.t. er lite operativt. På regionalt nivå er *Kontorer for kvinnespørsmål* sentrale i koordinert innsats knyttet til kvinners rettigheter.

Kjønnslemlestelse er ikke pensum i medisinerutdanningen, og selv om temaet kjønnslemlestelse formelt sett er inkludert som en komponent i skolen, er det uklart i hvilken grad dette faktisk følges opp.

6.1.2 Patriarkalsk samfunnsstruktur

Kjønnslemlestelse omtales gjerne som et kvinneanliggende. Det er tilfelle i den forstand at det er kvinner og jenter som rammes, og primært kvinner som utfører overgrepet. Likevel er det en praksis som rammer hele samfunnet og som opprettholdes grunnet sosiale konvensjoner som er dypt patriarkalske.

Som redegjort for tidligere i notatet, praktiseres kjønnslemlestelse primært for å sikre jenters ekteskapsmuligheter og for å kontrollere og begrense jenters og kvinners seksualitet. Mange mødre velger kjønnslemlestelse for sine døtre, vel vitende om den smerte og de potensielle farene kjønnslemlestelse er forbundet med, for å trygge døtrenes framtid, som i det patriarkalske samfunnet i stor grad avhenger av deres muligheter til å gifte seg.

I enkelte områder, for eksempel Sør-Kembatta i Region Sør, har holdningsskapende kampanjer ført til at noen menn anser det som attraktivt å gifte seg med kvinner som ikke er kjønnslemlestet. Dette gjelder et område hvor kjønnslemlestelsesalderen har ligget rundt 15-16 år (Talle, Moland & Taraldsen 2006).

Sør-Kembatta er unntaket framfor regelen. I Afar, for eksempel, er det utenkelig for en mann å gifte seg med en jente som ikke er kjønnslemlestet (Save the Children Norway-Ethiopia and Partners 2008, s. 18).

6.1.3 Religiøse ledere

Religiøse ledere nyter stor respekt i det etiopiske samfunnet. Religiøse ledere (menn) er ofte sterke motstandere av å endre kjønnslemlestelse-praksisen, men da ofte ut fra en argumentasjon om bevaring av det bestående, og ikke en teologisk fundert argumentasjon (etiopisk kilde, intervju februar 2008). Religiøse ledere kan i noen tilfeller også være pådrivere for endring, og med religiøse ledere som støttespillere vil enkelte jenter eller familier kunne ha mulighet til å forhindre kjønnslemlestelse.

6.1.4 Omskjærere

Omskjærere har autoritet i lokalsamfunnet. Ifølge en 2009-studie i Somalia-regionen hadde mindre enn 35 prosent av de aktive omskjærerne alternative inntektskilder (Mitike & Deressa 2009). I noen områder i Etiopia, blant annet i Gojjam, har man lyktes i å begrense antallet kjønnslemlestelser ved å informere omskjærere om konsekvensene praksisen har, og tilby omskolering for å sikre dem et annet inntektsgrunnlag (intervju med Redd Barna, november 2005).

6.2 SOSIALE OG ØKONOMISKE FORHOLD

6.2.1 Familienettverk

Barn i Etiopia tilhører ikke bare foreldrene, men en større slektsgruppe, ifølge sosialantropolog Aud Talle. Det at jenter i en familie kjønnslemlestes ved en viss alder, er sjelden noe det stilles spørsmålsteget ved innad i familien. Kjønnslemlestelse er en sedvane, "noe som bare utføres", når jentene når den riktige alderen, og ofte på initiativ av mor, tante eller bestemor. I moderne familier med utdanning kan beslutningen i større grad være gjenstand for diskusjon (Talle, e-post september 2009).

Hvilke reaksjoner blir på den ene siden foreldrene/familien som motsetter seg kjønnslemlestelse utsatt for, og hvilke konsekvenser har det for jenta selv? Foreldrene til jenter som risikerer kjønnslemlestelse har muligheten til å motsette seg overgrepet. Ifølge en etiopisk kvinneorganisasjon Landinfo snakket med i februar 2006 var innflytelsen til storfamilien på foreldre/foresattes beslutning i forhold til kjønnslemlestelse større tidligere enn den er nå. Lederen av kvinneorganisasjonen mente at i de tilfeller hvor foreldre motsetter seg kjønnslemlestelse vil de sjelden bli møtt med reaksjoner fra resten av samfunnet, med unntak av i Somali-regionen og sør og vest i Oromo-regionen (etiopisk kvinneorganisasjon, intervju, 2006). Aud Talle kjente ikke til eksempler på at storfamilier overprøver beslutninger om ikke å kjønnslemleste barn i Etiopia (Talle, e-post september 2009).

Barna selv vil imidlertid oppleve å bli isolert. Seniorrådgiver i Norad, Marit Bergrav, framhevet det som belastende for jenter som ikke kjønnslemlestes å leve i lokalsamfunn hvor dette er normen, og viste til at de skammet seg over å være annerledes:

Jeg møtte en gang en jentegruppe i Etiopia som fortalte hvordan de hadde forsøkt å overtale foreldre som ikke ville at de skulle omskjæres til å få lov likevel, fordi "alle de andre" gjorde det. Det å være "giftbar" anses vanligvis som en av de sterkeste opprettholdende faktorene (Berggrav, e-post september 2009).

Kildene er samstemte i at det er stor variasjon fra sted til sted, som det også er i alder og omfanget av inngrepet, og at det ikke er lett å generalisere over konsekvensene av å bryte med skikken.

6.2.2 Utdanningsnivå

På et generelt plan har foreldrenes og særlig mødrenes utdanningsnivå stor innvirkning på risikoen for at jentebarn kjønnslemlestes (Mitike & Deressa 2009, s. 17; UNICEF 2008, s. 6).

Det er ifølge CSA (2006, s. 254) 41,3 prosent sjanse for at etiopiske kvinner uten noen form for utdanning og med minst én levende datter har minst én kjønnslemlestet datter. Det tilsvarende tallet for kvinner med grunnskoleutdanning er 24,2 prosent, mens 18,7 prosent av etiopiske kvinner som har fullført minimum videregående utdanning og som har minst én datter, har minst én kjønnslemlestet datter.

På spørsmål om kjønnslemlestelse-praksisen bør opprettholdes, er andelen som ønsker det blant respondentene noe lavere, selv om den samme tendensen som over gjør seg gjeldende – et tegn på at holdninger ikke ufravikelig gjenspeiles i praksis. 40,6 prosent av kvinnene uten noen form for utdanning mener kjønnslemlestelse bør fortsette, 20,2 prosent av kvinner med grunnskoleutdanning mener kjønnslemlestelse bør fortsette, og 4,7 prosent av kvinner med videregående eller høyere utdanning mener kjønnslemlestelse-praksisen bør opprettholdes (CSA 2006, s. 253).

Mødres utdanningsnivå er en faktor som har klar sammenheng med sannsynligheten for at døtre utsettes for kjønnslemlestelse.

6.2.3 Urban vs. rural utbredelse

Generelt har rural eller urban tilhørighet relativt lite å si for utbredelsen av kjønnslemlestelse blant jenter og kvinner. Anslagene varierer også noe mellom EGLDAM (2008) og NTCPE (1998) på den ene siden og CSA (2006, s. 253) på den andre. EGLDAM (2008, s. 130) bekrefter funn fra NTCPE-undersøkelsen ti år tidligere; prevalensen av kjønnslemlestelse er noe høyere i urbane områder sammenliknet med mer rurale strøk. EGLDAM forklarer dette med at utslaget gjør seg mest gjeldende i urbane strøk i Oromo-regionen, Gambella-regionen og Region Sør hvor det bor mange migranter fra Somalia, og i andre deler av Etiopia for øvrig hvor praksisen står særlig sterkt.

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

Det er først i forhold til kvinners *holdninger* til kjønnslemlestelse at rural versus urban tilhørighet gjør seg gjeldende i form av en mer markant forskjell: 36,3 prosent av kvinnene i rurale strøk mener kjønnslemlestelse-praksiser bør opprettholdes, mot 10,4 prosent av de spurte kvinnene i urbane strøk. Ifølge WHO (2009) bor 20 prosent av Etiopias befolkning i urbane strøk.

Landinfo tillegg de nye tallene fra EGLDAM-rapporten stor vekt, og understreker følgelig at betydningen rural eller urban tilhørighet har på jenters og kvinners utsatthet for kjønnslemlestelse nedtones i forhold til tidligere vurderinger basert blant annet på CSA (2006).

6.2.4 Økonomisk status

Kvinnens økonomiske status har lite å si for hvorvidt etiopiske kvinner i aldersspennet 15 til 49 år er kjønnslemlestet eller ikke, ifølge CSAs studie fra 2006 (s. 254). Når befolkningen fordeles i fem grupper etter økonomisk status, varierer andelen kjønnslemlestedede kvinner mellom gruppene fra 70,6 prosent (den rikeste femtedelen) til 77,6 prosent (den nest rikeste femtedelen). 73 prosent av kvinnene i den fattigste femtedelen av befolkningen er kjønnslemlestet.

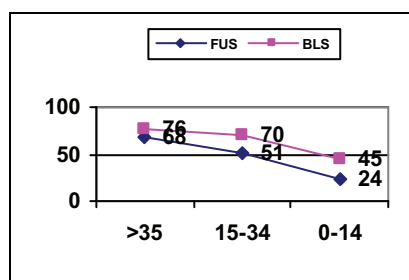
Videre har 38,2 prosent av mødre i den fattigste femtedelen av befolkningen, med minst én datter, minst én kjønnslemlestet datter. Det tilsvarende tallet for mødre med minst én datter blant den rikeste femtedelen av befolkningen er 33,7 prosent. Også i forhold til andel mødre som har kjønnslemlestedede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

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

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

6.2.5 Utbredelse i ulike aldersgrupper

Omfangsnedgangen både CSA og EGLDAM registrerer de seneste ti årene, viser igjen i statistikk fordelt på aldersgrupper. Figuren under (hentet fra EGLDAM 2008, s. 130) viser hvordan nedgangen i andel jenter og kvinner som er kjønnslemlestet slår ut i forskjellige aldersgrupper på landsbasis. Rosa linje viser omfangsestimater i de ulike aldersgruppene i 1998, mens blå linje viser omfangsestimatene for 2008.



Tallene må imidlertid brukes med varsomhet, ettersom alderen ved selve kjønnslemlestelsen varierer både i forhold til hvilken etnisk gruppe man tilhører og i forhold til hvor man bor.

Ifølge CSA (2000) blir minst 60 prosent av jentene som kjønnslemlestes i Etiopia kjønnslemlestet før fylte 5 år, men det er store variasjoner mellom grupper.

7. UTVALGTE ORGANISASJONER SOM ARBEIDER MOT KJØNNSLEMLESTELSE I ETIOPIA

Ifølge en Etiopia-basert diplomatkilde (intervju november 2006) arbeider følgende organisasjoner spesielt mot kjønnslemlestelse i Etiopia:

7.1 EGLDAM

EGLDAM¹⁶ (tidligere NCTPE¹⁷) fungerer som et sekretariat for et nettverk på ca. 40 organisasjoner som arbeider mot skadelige tradisjonelle skikker, deriblant kjønnslemlestelse. Hensikten er blant annet å opparbeide en oversikt over hva som gjøres, hvor, og av hvem, dele erfaringer og unngå unødvendig overlapping. EGLDAM har etablert et informasjonssenter for skadelige tradisjonelle skikker og organiserer seminarer, *workshops*, opplæring av lokale ressurspersoner, og informasjonskampanjer rettet mot viktige grupper i lokalsamfunnet slik som ministere, og juridiske organisasjoner. EGLDAM utgjør den nasjonale grenen av Inter African Committee on Traditional Practices (IAC).

7.2 ETHIOPIA WOMEN LAWYERS ASSOCIATION (EWLA)

EWLA fokuserer på påvirkningsarbeid gjennom forskning, dokumentasjon, rettshjelp og opplysningsarbeid fra et juridisk perspektiv. Flere tusen kvinner har fått juridisk bistand til å føre mishandlingssaker i rettsapparatet, samtidig som EWLAs påvirkningsarbeid har medført endringer i de deler av lovverket som omhandler kvinners rettigheter (familieloven og straffeloven).

7.3 KEMBATTA WOMEN SELF-HELP CENTRE/ORGANISATION (KMG)

KMG opererer i Region Sør og landsbyen Durame i Kembatta. KMG er en lokal kvinneorganisasjon som fokuserer på helse, likestilling, menneskerettigheter, livsopphold, og naturressurser. KMG organiserer gruppediskusjoner, rekruttering og opplæring av lokale ressurspersoner, og de driver opplysningsarbeid overfor skoler, foreldre og lokale myndigheter. KMG har nært samarbeid med regionale institusjoner som politi, helsearbeidere og skoler.

7.4 CARE/AWASH FGM ELIMINATION PROJECT

CARE/Awash sine tiltak i Afar-regionen er basert på grasrotarbeid hvor hovedinnsatsen er rettet mot primærhelsetjenesten, deriblant reproduktiv helse, og inkluderer informasjonsarbeid og tilrettelegging av diskusjoner i lokalsamfunnene (hvor kjønnslemlestelse diskuteres i lys av islam, helse, kjønn, menneskerettigheter og juridiske rettigheter). Målet er bevisstgjøring og holdningsendring, lokal kapasitetsbygging, opplæring av ressurspersoner, mobilisering av kvinneforeninger, bidrag til etableringen av anti-kjønnslemlestelse-klubber og radio-lyttegrupper. Mobilisering av religiøse ledere er en viktig del av prosjektet.

7.5 POPULATION MEDIA CENTRE (PMC)

PMC har gående et prosjekt fra 2007 til 2010 som gjennom radio, teater, og bildende kunst har som mål å forbedre kvinners og jenters helse i Etiopia, med særlig fokus på skadelige tradisjonelle skikker og kjønnslemlestelse.

¹⁶ EGLDAM er en forkortelse for Ye Ethiopia Goji Limadawi Dirgitoch Aswogaj Mahiber.

¹⁷ NCTPE er en forkortelse for National Committee on Traditional Practices of Ethiopia.

7.6 NY NGO-LOV: KONSEKVENSER FOR FRIVILLIGE ORGANISASJONERS ARBEID

I januar 2009 vedtok det etiopiske parlamentet en ny NGO-lov, som ventes å tre i full kraft innen februar 2010. Loven regulerer virksomheten til frivillige organisasjoner i Etiopia og vil ifølge internasjonale menneskerettighetsorganisasjoner og sivilsamfunnet i Etiopia i praksis legge lokk på det meste av menneskerettighetsarbeidet som pågår i Etiopia. Human Rights Watch (HRW) omtaler loven på følgende måte:

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

Denne loven vil sannsynligvis også få konsekvenser for det utenlandsfinansierte arbeidet ulike nasjonale og internasjonale organisasjoner gjør for å motarbeide kjønnslemlestelse-praksiser i Etiopia.

I august 2009 gikk lederen for EWLA i eksil, som følge av press fra etiopiske myndigheter etter at hun bisto US State Department i arbeidet med en rapport om menneskerettighetsforholdene i Etiopia (Jimma Times 2009).

8. ANDRE FORHOLD

Kjønnslemlestelse er ikke lenger begrenset til land hvor dette overgrepet tradisjonelt utføres. Ifølge blant andre UNICEF (2008) forekommer nå også kjønnslemlestelse i land hvor migranter fra land hvor kjønnslemlestelse praktiseres har etablert seg. Det foreligger ikke systematiske undersøkelser over omfanget av kjønnslemlestelse utført på jenter og kvinner under opphold i Norge. For øvrig er det utenfor Landinfos mandat å utrede dette i nærmere detalj.

9. REFERANSER

Skriftlige kilder

- Barnelegene.no (u.å.). *Barnejournalen*. Kjeller: Barnelegene AS. Tilgjengelig fra <http://www.barnelegene.no/publisher/publisher.asp?id=16&tekstid=123> [lastet ned 14. september 2009]
- Bentzen, Tonje & Talle, Aud (2007, juli). *The Norwegian international effort against female genital circumcision*. Oslo: NORAD. Tilgjengelig fra: <http://norad.no/en/Tools+and+publications/Publications/Publication+Page?key=109631> [lastet ned 07. september 2009]
- CSA, dvs. Central Statistical Agency (2006). *Ethiopia. Demographic and health survey 2005*. Addis Abeba: Central Statistical Agency. Tilgjengelig på <http://www.measuredhs.com/pubs/pdf/FR179/FR179.pdf> [lastet ned 31. august 2009]
- EGLDAM, dvs. Ye Ethiopia Goji Limadawi Dirgitoch Aswogaj Mahiber (2008). *Follow up National Survey On Harmful Traditional Practices in Ethiopia*. Addis Abeba: EGLDAM og Redd Barna Norge.
- EGLDAM (under utgivelse). *FGM and the law in Ethiopia*. Artikkel antatt i EGLDAMs Quarterly Newsletter, videresendt Landinfo via diplomatkilde i Addis Abeba.
- Elkadi, Fatima (2008, 8. juni). Omskjærere tilbyr seg å komme. *NRK*. Tilgjengelig fra <http://www.nrk.no/nyheter/1.5925668> [lastet ned 31. august 2008]
- FGC Education Project (2003). *FGC around the world*. [s.l.]: FGC Education Project. Tilgjengelig fra <http://www.fgmnetwork.org/intro/world.php> [lastet ned 31. august 2009]
- HRW, dvs. Human Rights Watch (2009, 8. januar). *Ethiopia: New law ratchets up repression*. New York: HRW. Tilgjengelig fra <http://www.hrw.org/en/news/2009/01/08/ethiopia-new-law-ratchets-repression> [lastet ned 31. august 2009]
- IRIN News (2005, mars). Ethiopia: IRIN interview with Sheikh Omer, a muslim religious leader. *IRIN News*. Tilgjengelig fra <http://www.irinnews.org/InDepthMain.aspx?InDepthId=15&ReportId=62475> [lastet ned 31. august 2009]
- Jimma Times (2009, 2. august). Ethiopia: EWLA director Mahdere defects. *Jimma Times*. Tilgjengelig fra http://jimmatimes.com/article/Latest_News/Latest_News/Ethiopia_EWLA_director_Mahdere_defects_Addis_journal/32528 [lastet ned 3. september 2009]
- Landinfo (2007, august). *Kjønnslemlestelse av kvinner i Vest-Afrika*. Oslo: Landinfo. Tilgjengelig fra http://www.landinfo.no/asset/611/1/611_1.pdf [lastet ned 31. august 2009]

- Landinfo (2008, 25. september). *Kvinnelig kjønnslemlestelse i Sudan og Somalia*. Oslo: Landinfo. Tilgjengelig fra http://www.landinfo.no/asset/746/1/746_1.pdf [lastet ned 11. september 2009]
- Missailidis, K. & Gebre-Medhin, M. (2000) Female genital mutilation in Eastern Ethiopia. *The Lancet* 356 (9224), s.137-8. Tilgjengelig fra [http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(00\)02453-3/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(00)02453-3/fulltext) [lastet ned 31. august 2009]
- Mitike, G. & Deressa, W. (2009). Prevalence and associated factors of female genital mutilation among Somali refugees in eastern Ethiopia: a cross-sectional study. *BMC Public Health* 9 (264). Tilgjengelig fra [http://www.reliefweb.int/rw/RWFiles2009.nsf/FilesByRWDocUnidFilename/MYAI-7UHA65-full_report.pdf/\\$File/full_report.pdf](http://www.reliefweb.int/rw/RWFiles2009.nsf/FilesByRWDocUnidFilename/MYAI-7UHA65-full_report.pdf/$File/full_report.pdf) [lastet ned 31. august 2009]
- NTCPE, dvs. National Committee on Traditional Practices of Ethiopia (1998). *Baseline Survey on Harmful Traditional Practices in Ethiopia*. Addis Abeba: NCTPE.
- NTCPE (1999). *Female Genital Mutilation*. Addis Abeba: NCTPE.
- [Revidert straffelov] (2005, 9. mai) *Criminal Code of the Federal Democratic Republic of Ethiopia 2004 [Ethiopia]*, Proclamation No. 414 of 2004. Geneve : Refworld. Tilgjengelig fra: <http://www.unhcr.org/refworld/docid/49216b572.html> [lastet ned 14. september 2009]
- Save the Children Norway-Ethiopia and Partners (2008). *Prevention and eradication of female genital mutilation (FGM) and other harmful traditional practices (HPTs) in Ethiopia. Mid-term review*. Oslo: Redd Barna.
- Shell-Duncan, B. & Hernlund, Y. (2000). Female "circumcision" in Africa: dimensions of the practice and debates. I: Shell-Duncan, B. & Hernlund, Y. (Eds.) *Female "Circumcision" in Africa: Culture, controversy and change*. Boulder, CO: Lynne Rienner. s. 1-40.
- Store Norske Leksikon (u.å.) *Dermoidcyste*. Oslo: Kunnskapsforlaget. Tilgjengelig fra <http://www.snl.no/dermoidcyste> [lastet ned 14. september 2009].
- Talle, A., Moland, K.M. & Taraldsen, S. (2006, mai). *Assessing options for increased Norwegian support to scale-up action against female genital mutilation in Ethiopia*. Oslo: [s.n.].
- UNFPA (2009). *Global consultation on female genital mutilation/cutting*. Geneve: UNFPA. Tilgjengelig fra http://web.unfpa.org/upload/lib_pub_file/829_filename_unfpa_fgm_2008.pdf [lastet ned 31. august 2009]
- UNICEF (2008). *Innocenti digest: Changing a harmful social convention: female genital mutilation/cutting*. Firenze: UNICEF. Tilgjengelig fra http://www.unicef-irc.org/publications/pdf/fgm_eng.pdf [lastet ned 31. august 2009]

- US State Department (2001, 1. juni). *Ethiopia: Report on female genital mutilation (FGM) or female genital cutting (FGC)*. Washington, D.C.: US State Department. Tilgjengelig fra <http://www.unhcr.org/refworld/docid/46d57877c.html> [lastet ned 31. august 2009]
- WHO, dvs. Verdens helseorganisasjon (2008). *FGM Factual overview and classification*. Geneve: WHO. Tilgjengelig fra: <http://www.who.int/reproductivehealth/topics/fgm/overview/en/index.html> [lastet ned 31. august 2009]
- WHO (2009, mai). *World health statistics 2009*. Geneve: WHO. Tilgjengelig fra http://www.who.int/entity/whosis/whostat/EN_WHS09_Full.pdf [lastet ned 31. august 2009]
- WHO et al. (2008). *Eliminating female genital mutilation. An interagency statement*. Geneve: WHO. Tilgjengelig fra http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241596442_eng.pdf [lastet ned 31. august 2009]
- [WHO Study group], dvs. WHO Study group on female genital mutilation and obstetric outcome (2006, 3. juni). Female genital mutilation and obstetric outcome: WHO collaborative prospective study in six African countries. *The Lancet* 367 (9525), s. 1835-1841. Tilgjengelig fra [http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(06\)68805-3/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(06)68805-3/fulltext) [lastet ned 31. august 2009]

Muntlige kilder

- Marit Berggrav, NORAD. E-post september 2009.
- Diplomatkilde. Intervju Addis Abeba, november 2006.
- Diplomatkilde. E-post juli 2009.
- Etiopisk kilde. Intervju februar 2008.
- Etiopisk kvinneorganisasjon. Intervju Addis Abeba, november 2006.
- Kirkens Nødhjelp. E-post juli 2009.
- NGO-kilde i Addis Abeba. E-post juli 2009.
- Redd Barna Norge. Intervju november 2005.
- Aud Talle. E-post september 2009.