

Flygtningenævnets baggrundsmateriale

Bilagsnr.:	676
Land:	Nigeria
Kilde:	Landinfo
Titel:	Nigeria - Kønnslemlestelse av kvinner
Udgivet:	11. august 2023
Optaget på baggrundsmaterialet:	18. september 2023



LANDINFO

Utlendingsforvaltningens fagenhet for landinformasjon

Temanotat

Nigeria

Kjønnslemlestelse av kvinner

11. august 2023



© Landinfo 2023

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

Alle henvendelser om Landinfos rapporter kan rettes til:

Landinfo

Utlendingsforvaltningens fagenhet for landinformasjon

Fredrik Selmers vei 6

Postboks 2098 Vika

0125 Oslo

Tel: 23 30 94 70

E-post: landinfo@landinfo.no

www.landinfo.no

Om Landinfos temanotater

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

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

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

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

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

About Landinfo's reports

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

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

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

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

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

Summary

Female genital mutilation (FGM) is practiced in large parts of Nigeria, and within all the major ethnic groups, but there is great variation in how it is practiced. There is a clear tendency that the share of girls and young women subjected to FGM decreases with every generation. Formally, FGM is prohibited by national law, and the law has been implemented in most states. However, legal prosecution rarely occurs.

Sammendrag

Kjønnslemlestelse praktiseres i store deler av Nigeria, og innenfor alle de større etniske gruppene, men det er stor variasjon i praktiseringen. Det er en klar tendens til at andelen jenter og unge kvinner som utsettes for kjønnslemlestelse minsker for hver generasjon. Formelt er kjønnslemlestelse forbudt ved nasjonal lov, og loven er implementert i de fleste delstatene. Rettslig forfølgelse forekommer imidlertid sjeldent.

Innhold

1 Innledning	7
1.1 Kilder	7
2 Utbredelse	8
2.1 Andelen jenter som utsettes for kjønnslemlestelse går ned	8
2.2 Geografiske variasjoner	10
2.3 Etnisitet	12
2.3.1 Yoruba	12
2.3.2 Bini/edo	14
2.3.3 Igbo	14
2.3.4 Ijaw/ijo/izon	14
2.3.5 Ibibio	15
2.3.6 Hausa	15
2.3.7 Ekoi/ejagham	16
2.3.8 Urhobo	16
2.3.9 Andre, mindre etniske grupper: Isoko, esan, itsekiri, ogoni	16
2.4 Kjønnslemlestelse og sosioøkonomiske indikatorer	16
2.5 Religion	18
2.5.1 Teologisk syn på kjønnslemlestelse innenfor kristendommen og islam	18
2.5.2 Sammenheng mellom religiøs tilhørighet og praktisering av kjønnslemlestelse	18
2.6 Covid-19	19
3 Hvordan, hvorfor og når utføres kjønnslemlestelse?	20
3.1 Typer kjønnslemlestelse	20
3.2 Hvorfor utføres kjønnslemlestelse?	21
3.3 Hvem utfører kjønnslemlestelse?	22
3.4 Når utføres kjønnslemlestelse?	23
4 Foreldrenes handlingsrom og reaksjoner mot de som velger å ikke utsette egne døtre for kjønnslemlestelse	24
4.1 Hvem bestemmer at kjønnslemlestelse skal gjennomføres?	24
4.2 Hvilket handlingsrom har foreldre/kvinner når det gjelder beslutningen om å utføre kvinnelig omskjæring?	25
4.2.1 Sosiale sanksjoner	26
4.2.2 Bruk av tvang er ikke utbredt, men det kan forekomme	26
4.3 Blir foreldre som velger å ikke utsette jentebarn for kjønnslemlestelse utsatt for vold eller trusler om vold?	27
5 Myndighetsbeskyttelse	27
5.1 Lovverk mot kjønnslemlestelse	27
5.1.1 Praktisering av lovverk	28
5.2 Lokale vedtekter og arbeid med tradisjonelle og religiøse ledere	28
5.3 Nasjonal handlingsplan mot kjønnslemlestelse	28
5.4 Mangelfull lovgivning mot medikalisert kjønnslemlestelse	28

5.5 Statlig drevne etater med ansvar for myndighetsbeskyttelse.....	29
5.5.1 Politi	29
5.5.2 Den nasjonale menneskerettighetskommisjonen	29
6 Ikke-statlige tiltak mot kjønnslemlestelse	29
6.1 Ikke-statlige organisasjoner	30
6.2 Krisesentre og opplysningstjenester	30
7 Referanser	31
7.1 Skriftlige kilder	31
7.2 Muntlige kilder	35
8 Vedlegg.....	36

1 Innledning

Dette temanotatet gir en kortfattet beskrivelse av utbredelsen av kvinnelig kjønnslemlestelse i Nigeria og variasjoner blant ulike folkegrupper. Notatet redegjør deretter for noen sentrale trekk når det gjelder hvordan og når inngrepet skjer, holdninger i befolkningen og ulike beskyttelsesmekanismer. 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 Nigeria.

Landinfo bruker begrepet (kvinnelig) kjønnslemlestelse når vi omtaler praksisen på overordnet nivå. Denne termen brukes av Verdens helseorganisasjon (WHO), i norsk lovverk og av menneskerettighetsorganisasjoner. Vi bruker imidlertid ordet «omskjæring» når vi omtaler forhold knyttet til lokale begrunnelser for skikken, eller «omskåret» når vi omtaler jentene og kvinnene det gjelder.¹

Notatet presenterer ikke en utfyllende beskrivelse av utbredelse av kjønnslemlestelse i alle områder eller blant alle folkegrupper i Nigeria, men fokuserer på de tre sørligste sonene, Sørvest, Sørsør og Sørøst². Dette fordi flertallet av utlendingssakene i Norge knytter seg til disse områdene og fordi utbredelsen av kjønnslemlestelse er størst der. Dessuten har vi lagt størst vekt på forskning og data fra Nigeria, og i mindre grad på studier som sammenligner praksis med andre land i Afrika. Dette fordi det er store variasjoner innad i Nigeria, og vi har prioritert å beskrive de nasjonale nyansene fremfor sammenligninger med andre land.

1.1 Kilder

For å beskrive utbredelsen av og overordnede trender knyttet til holdninger til kjønnslemlestelse i Nigeria, baserer notatet seg i hovedsak på den nyeste demografi- og helseundersøkelsen fra UNICEF og Nigerias National Bureau of Statistics – *Multiple Indicator Cluster Survey 2021* (vi bruker forkortelsen MICS 2021 i dette notatet)³. Datagrunnlaget er supplert med data fra *Nigeria*

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

² Se kapittel 2.2 for mer informasjon om de ulike regionene og hvilke delstater som inngår i disse.

³ MICS og NDHS bygger på selvrapporing, og kvinner kan ha vært motvillige til å dele informasjon om at de har undergått denne prosedyren, eller ikke vært klar over at de har blitt omskåret, særlig hvis kjønnslemlestelse ble utført i en tidlig alder (Omigbodun et al. 2022; UNICEF 2022a). En tverrsnittstudie fra Lagos University Teaching Hospital i 2016 fant at kvinners selvrapporing om kjønnslemlestelse bare var 84 % korrekt (Okunade et al. 2016, s. 30). Studien ble gjennomført med spørreskjema og fysisk inspeksjon av 254 kvinner i alderen 17-72 år. Selvrapporingen fant en forekomst på 49,4 %, mens den virkelige utbredelsen var 56,3 %. En annen studie med 2000 respondenter i alderen 13-19 år fra sonen Nordsentralt, viste at 21 % av respondentene var usikre på om de var blitt omskåret (Ezeoke et al. 2021, s. 1811). Undersøkelser som bygger på selvrapporing, gir altså ikke nødvendigvis et nøyaktig bilde av virkeligheten.

Demographic and Health Survey 2018 (vi bruker forkortelsen NDHS 2018 i dette notatet)⁴, spesielt når det gjelder forhold rundt religiøs tilhørighet og alder for inngrep, da dette ikke dekkes av MICS. Figurene som er brukt i kapittel 2 er utformet av Landinfo med data fra MICS 2021 og NDHS 2018.

Merk at kategoriseringen av ulike typer kjønnslemlestelse varierer. MICS bruker ikke Verdens helseorganisasjons typer til å definere kjønnslemlestelse, men kategoriserer omskjæring etter beskrivelsene «had flesh removed», «were nicked» og «were sewn closed», noe som grovt sett tilsvarer henholdsvis type I/II, type IV og type III. NDHS bruker heller ikke Verdens helseorganisasjons definisjon, men bruker beskrivelsene «cut, no flesh removed», «cut, flesh removed» og «sewn closed», som i store trekk tilsvarer henholdsvis type I, type II og type III. Se kapittel 3.1 for en nærmere redegjørelse av de ulike typene kjønnslemlestelse.

I tillegg til disse større statistiske studiene, har Landinfo konsultert kvalitative og antropologiske forskningsarbeidere om lokale normer, beslutningsprosesser og praktiske aspekter knyttet til kvinnelig omskjæring.

Landinfo har også vært i kontakt med ressurspersoner som arbeider med eller forsker på kjønnslemlestelse i Nigeria.

2 Utbredelse

Befolkningsdata for Nigeria er gjennomgående dårlige, og det finnes ingen representative undersøkelser om utbredelsen av kjønnslemlestelse i Nigeria, verken for befolkningen som helhet eller for enkeltgrupper. Det nærmeste en kommer er Nigeria Demographic and Health Survey (NDHS) og Nigeria Multiple Indicator Cluster Survey (MICS). Men selv om disse undersøkelsene oppgir prosenter av omskårne kvinner innenfor ulike grupper, er det viktig å understreke at opplysninger om prosenter ikke kan brukes til å si noe om sannsynlighet for at enkeltindivider innenfor for eksempel en gitt etnisk gruppe vil bli utsatt for kjønnslemlestelse. Det samme gjelder andre undersøkelser referert i medisinske forskningsartikler.

2.1 Andelen jenter som utsettes for kjønnslemlestelse går ned

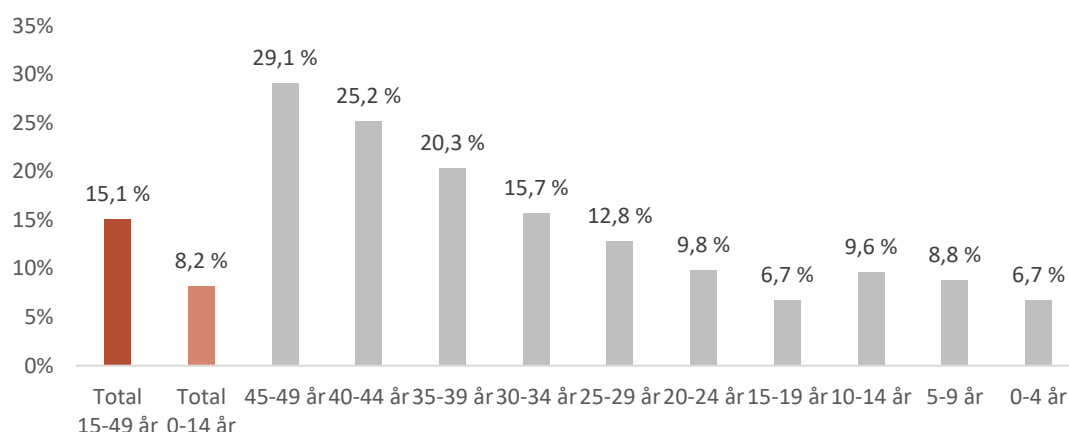
Flere undersøkelser har vist at andelen jenter som utsettes for kjønnslemlestelse i Nigeria har hatt en jevn nedgang de siste ti årene (NBS & UNICEF 2022; NDHS 2019). Omskjæring skjer vanligvis før fylte fem år (NDHS 2019, s. 468; Orchid

⁴ NDHS gjennomføres ca. hvert femte år av nigerianske myndigheter i samarbeid med amerikanske bistandsmyndigheter. Det er planlagt gjennomført en ny undersøkelse med feltstudier i perioden oktober 2023–januar 2024, se <https://dhsprogram.com/methodology/survey/survey-display-609.cfm>.

Project & 28 Too Many 2023; Population Council intervju 2023, s. 32), og man kan derfor si noe om utviklingen over tid ved å sammenligne andelen omskårne i ulike aldersgrupper innenfor samme undersøkelse⁵.

Tall fra MICS-undersøkelsen i 2021 viste at bare 8,2 % av jenter mellom 0 og 14 år har blitt utsatt for kjønnslemlestelse, sammenlignet med 15,1 % av kvinner mellom 15 og 49 år. Det har altså vært en reduksjon i andel omskårne på nesten 7 %. Figur 1-1 viser også denne trenden ved å sammenligne den eldste aldersgruppen, 45–49 år, med den yngste, 0–4 år, hvor andelen omskårne var henholdsvis 29,1 % og 6,7 %. Figur 1-1 viser noe høyere andel blant 10–14-åringene og 5–9-åringene. Det er usikkert hva som er årsaken til dette, men andelen har igjen gått ned til den laveste andelen for den yngste aldersgruppen, noe som tyder på at det generelt er en nedadgående trend.

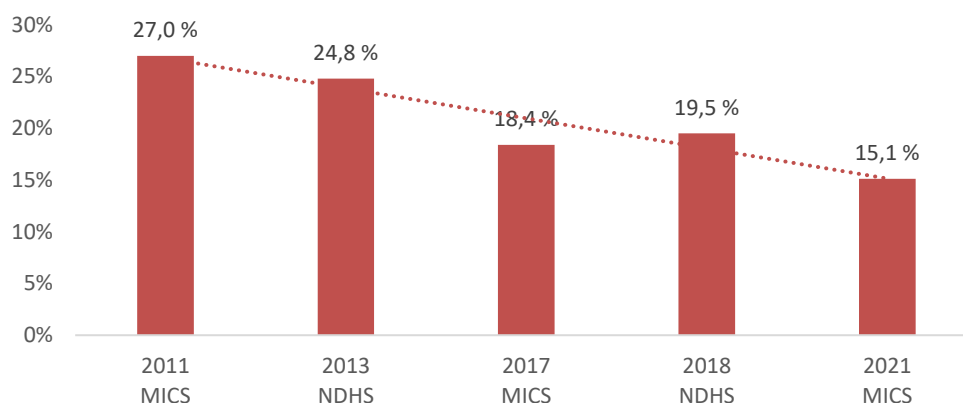
Figur 1-1 Andel kvinner utsatt for kjønnslemlestelse i prosent per aldersgruppe (NBS & UNICEF 2022)



Både MICS- og NDHS-undersøkelsene viser den samme trenden over tid, nemlig at andelen som utsettes for kjønnslemlestelse går ned. Det går fram av figur 1-2. Den totale andelen kvinner utsatt for kjønnslemlestelse i MICS 2011 var 27 %, mens den var gått ned til 15,1 % i MICS 2021.

⁵ I enkelte regioner, særlig i Sørør (hvor det bor flest igboer), er det en større andel, 24 %, av omskårne som blir omskåret ved 15-årsalderen eller senere (NDHS 2019, s. 468). Derfor kan det hende at tallene for aldersgruppen 0–14 ikke fanger opp alle tilfeller av kjønnslemlestelse, spesielt i Sørør.

Figur 1-2 Andel kvinner mellom 15 og 49 år utsatt for kjønnslemlestelse 2011-2021



Selv om prosentandelen kvinner som utsettes for kjønnslemlestelse kan virke lav (ca. 15 %), så er Nigeria likevel et av landene i verden hvor flest kvinner utsettes for kjønnslemlestelse. Anslag fra 2018 viser at ca. 20 millioner jenter og kvinner hadde blitt utsatt for kjønnslemlestelse i Nigeria på det tidspunktet, noe som gjør det til det landet med flest tilfeller i verden etter Etiopia (23,8 millioner) og Egypt (27,2 millioner) (Orchid Project & 28 Too Many 2023, s. 53; UNICEF som sitert i UNFPA 2022, s. 13)⁶. Fordelt på folkegrupper, er yoruba den gruppen man anslår at har flest jenter og kvinner som er utsatt for kjønnslemlestelse, med nesten 7,9 millioner, deretter kommer hausa med 6,2 millioner, igbo med 6 millioner, ijaw med ca. 760 000 og ibibio-efik med ca. 350 000 (Orchid Project & 28 Too Many 2023, s. 31). Notatet går nærmere inn på geografiske variasjoner og variasjoner blant etniske grupper i de neste avsnittene.

2.2 Geografiske variasjoner

Nigeria er et stort land med 36 delstater samt Abuja, som defineres som et føderalt territorium. Det er vanlig å dele opp landet i seks soner som omfatter fem til sju delstater, og disse betegnelsene vil også bli brukt i dette notatet⁷:

- Nordvest: Jigawa, Kaduna, Kano, Katsina, Kebbi, Sokoto og Zamfara
- Nordøst: Adamawa, Bauchi, Borno, Gombe, Taraba og Yobe
- Nordsentralt: Abuja (føderalt territorium), Benue, Kogi, Kwara, Nasarawa, Niger og Plateau

⁶ Demografiske data er et politisk sensitivt tema i Nigeria, og den siste offisielle folketellingen ble gjennomført i 2006. Da ble det ikke innhentet data fordelt på etnisitet, religion og språk, og tallene som gjengis her er derfor kun estimater. Orchid Project og 28 Too Many bygger sine anslag på kjønnslemlestelsestall fra NDHS 2018 og befolkningsanslag fra World Directory of Minorities and Indigenous Peoples (2022) Nigeria <https://minorityrights.org/country/nigeria>. Det var planlagt en ny folketelling i 2023, som igjen ble utsatt, og i skrivende stund er ingen ny dato bestemt (Onuah 2023).

⁷ Se kart i NDHS 2018, s. xxxviii.

- Sørvest: Ekiti, Lagos, Ogun, Ondo, Osun og Oyo
- Sørsør: Akwa-Ibom, Bayelsa, Cross River, Delta, Edo og Rivers
- Sørøst: Abia, Anambra, Ebonyi, Enugu og Imo

Den sonen hvor kjønnslemlestelse er mest utbredt er i sørvest, hvor 28,5 % av kvinner mellom 15 og 49 år er omskåret, etterfulgt av sørøst (21,7 %) og sørsør (21,4 %) (NBS & UNICEF 2022). I vedlegget i kapittel 8 kan man se en oversikt som sammenligner andel omskårne blant kvinner 15-49 år og jenter 0-14 år. Tabellen viser at det er 16-18 % færre omskårne jenter sammenlignet med kvinner i de tre sørlige sonene. I områder hvor det er tradisjon for omskjæring i ung alder, kan det være en indikasjon på at praksisen er redusert.

Figur 1-3 viser en oversikt over andel omskårne kvinner og jenter på delstatsnivå. Kwara er delstaten med høyest andel kvinner utsatt for kjønnslemlestelse med 58,3 %. Deretter Ekiti (50,4 %), Osun (44,7 %) og Oyo (43,2 %)⁸. I alle delstatene, med unntak av Kano, Kaduna, Katsina og Jigawa, er andelen jenter 0–14 år som utsettes for kjønnslemlestelse lavere enn for kvinner 15–49 år. Dette kan være en indikasjon på at praktiseringen av kvinnelig omskjæring har avtatt i alle regionene med unntak av Nordvest. Ettersom nigerianske migranter til Norge i hovedsak tilhører etniske grupper med tilhørighet i det sørlige Nigeria, går vi ikke nærmere inn på årsaker til denne trenden i Nordvest.

Figur 1-3 Andel kvinner/jenter utsatt for kjønnslemlestelse på delstatsnivå (delstater hvor andelen er <5 % er ikke tatt med) (NBS & UNICEF 2022, s. 355, 359)



⁸ Tabellene i vedlegget i kapittel 8 viser detaljert prosentandel for alle delstatene.

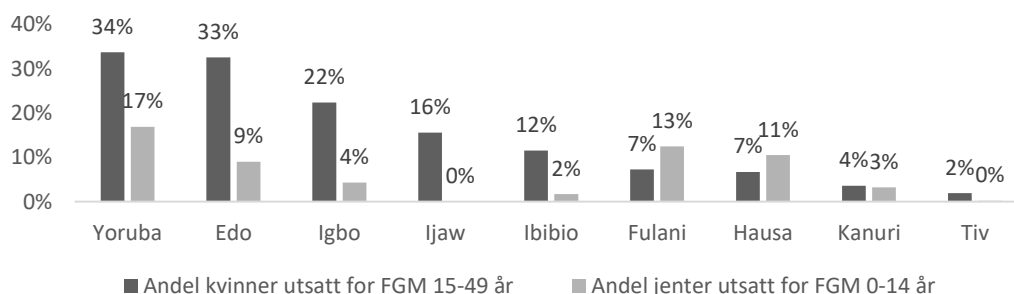
2.3 Etnisitet

Praktisering av kjønnslemlestelse legitimeres i stor grad av tradisjoner som knyttes til etnisitet, eller til klanstilhørighet innenfor visse etniske grupper.

Nigerias befolkning består av mange etniske grupper, og det er store variasjoner i praktisering av kjønnslemlestelse mellom de ulike gruppene. Det er viktig å understreke at det i dag ikke finnes noen etnisk gruppe i Nigeria med nær universell praktisering av kjønnslemlestelse. Dermed er det i vår tid betydelig variasjon, også innenfor etniske grupper, hvor de fleste eller alle kvinner ble omskåret i tidligere tider. Som det kommer fram av figuren nedenfor, er gruppene hvor det er høyest forekomst av kjønnslemlestelse, yoruba, edo og igbo, som i hovedsak holder til i henholdsvis Sørvest, Sørsør og Sørøst. Lavest forekomst er det blant nordlige grupper som fulani, hausa, kanuri og tiv.

Som understreket i innledningen av dette kapitlet, må dataene tolkes i lys av at utvalgene ikke kan regnes som representative for de ulike folkegruppene. For eksempel varierer antallet respondenter fra ca. 450 for edo-gruppen, til 10 200 for hausa-gruppen (NBS & UNICEF 2022, s. 358). Det er også verdt å merke seg at det finnes flere mindre etniske grupper som ikke er dekket av denne figuren. Figuren viser kun de gruppene som er skilt ut som egne kategorier i MICS-undersøkelsen.

Figur 1-4 Utbredelse av kjønnslemlestelse i ulike etniske grupper (NBS & UNICEF 2022)



De neste avsnittene omtaler de vanligste folkegruppene blant nigerianske migranter til Norge.

2.3.1 Yoruba

Yorubaene er den dominerende folkegruppen i det sørvestlige Nigeria, ikke minst i den tidligere hovedstaden Lagos, en av verdens største byer. Videre bor det yorubaer i andre store byer i landet, og mange yorubaer har utvandret fra Nigeria. Yorubaene praktiserer både islam og kristendom.

I MICS-undersøkelsen fra 2021 oppga 33,7 % av kvinnene mellom 15 og 49 år med yoruba-bakgrunn⁹ at de var omskåret. Bare 4,6 % var gjensydd (som tilsvarende type III i WHO 2020). 16,9 % av jenter mellom 0 og 14 år med yoruba-bakgrunn var rapportert å være omskåret, herunder 5,1 % av disse med tilsvarende type III (NBS & UNICEF 2022, s. 354, 358).

14,4 % av kvinner fra yoruba-husholdninger mente at kjønnslemlestelse er en skikk som bør opprettholdes. 75,1 % mente den ikke bør opprettholdes og 8,3 % mente at det kom an på situasjonen (NBS & UNICEF 2022, s. 356).

En tverrsnittstudie blant 195 jenter og gutter i alderen 14–19 år i Osun i 2022 viste at 42 % av respondentene har en intensjon om å omskjære sine egne barn når de selv skal stifte familie. 47 % mente de ikke ønsket å fortsette denne tradisjonen og ca. 11 % hadde ikke bestemt seg (Fajobi et al. 2023, s. 74)¹⁰.

Forskerne I. O. Orubuloye, P. Caldwell og J. C. Caldwell har gjort en grundig gjennomgang av praktiseringen av kjønnslemlestelse blant yorubaene (Orubuloye, Caldwell & Caldwell 2000). I korte trekk presenterer de følgende funn:

- Yorubaene har tradisjonelt praktisert kjønnslemlestelse, med unntak av to undergrupper, ijebu og egba.
- Kjønnslemlestelse blir for det meste utført i løpet av første leveuke, og selve inngrepet foretas i større og større grad av helsepersonell. Formene for kjønnslemlestelse som utføres kommer stort sett inn under type I, slik den er definert av Verdens helseorganisasjon (WHO 2020).
- Praksisen er ikke universell i våre dager, selv om den er omfattende for de gruppene som praktiserer den, med andeler i ulike utvalg opp mot 90 %.
- Det er større tendens til at foreldre slutter å omskjære barna sine i byene enn på landsbygda, men tallene synker i både urbane og rurale strøk. Videre er det en tendens til en sammenheng mellom utdanning og lavere forekomst av kjønnslemlestelse.
- Opprinnelig ble kjønnslemlestelse bare begrunnet med at kontakt mellom en babys hode og klitoris under fødsel vil føre til barnets død, og dette er fremdeles en vanlig forestilling. Ikke-omskårede kvinner oppfattes ikke som stygge eller deformerte, få kobler manglende kjønnslemlestelse til

⁹ I MICS-undersøkelsen er dataene sortert på etnisiteten til husholdningens forsørger («ethnicity of household head»). I mange tilfeller er det mannen som regnes som husholdningens forsørger, og det kan derfor hende at enkelte kvinner som i undersøkelsen regnes for å ha yoruba-bakgrunn kan ha eller ha hatt tilhørighet til en annen etnisk gruppe. Men av praktiske hensyn for tolkning av dataene, regnes disse som å ha «yoruba-bakgrunn», som i dette tilfellet betyr å tilhøre en husholdning hvor husholdningens forsørger er yoruba. Det samme gjelder for de øvrige etniske gruppene som er omtalt i notatet med referanse til MICS-undersøkelsen.

¹⁰ Respondentene gikk på skole i landsbyen Imesi-Ile i Obokun Local Government Area. Landsbyen ligger midt i det kulturelle Yorubaland i delstaten Osun. Undersøkelsen baserte seg på spørreskjema besvart av 100 jenter og 95 gutter.

promiskuitet hos kvinner. Den siste forklaringen blir imidlertid stadig vanligere, særlig i urbane strøk.

2.3.2 Bini/edo

Bini (også kalt edo) er den største folkegruppen i delstaten Edo, og de finnes som migranter i byer ellers i Nigeria. Bini står kulturelt og språklig nær yoruba.

I MICS-undersøkelsen fra 2021 oppga 32,6 % av kvinnene mellom 15 og 49 år med edo/bini-bakgrunn at de var omskåret. 43,3 % oppga at de var gjensydd, noe som gjør dette til den gruppen hvor kjønnslemlestelse type III er mest utbredt. (Til sammenligning er den neste gruppen ijaw, hvor 21 % av de som ble utsatt for kjønnslemlestelse hadde type III, øvrige grupper 12,3 % og i alle andre grupper var det 4–5 % som hadde blitt gjensydd.) Av jenter mellom 0 og 14 år med edo/bini-bakgrunn, var 9 % rapportert omskåret. Det var ikke nok data til å konkludere hvor vanlig det var å være gjensydd i forhold til andre typer kjønnslemlestelse.

8 % av kvinner fra edo/bini-husholdninger mente at kjønnslemlestelse er en skikk som bør opprettholdes. 83,6 % mente den ikke bør opprettholdes og 8 % mente at det kom an på situasjonen (NBS & UNICEF 2022, s. 356).

2.3.3 Igbo

Igboene er den dominerende folkegruppen i Sørøst-sonen i Nigeria, men det bor også store antall igboer i byene ellers i landet. Igboer er dessuten høyt representert blant nigerianere som har utvandret fra Nigeria, særlig til Europa, USA og Sør-Afrika.

I MICS-undersøkelsen fra 2021 oppga 22,4 % av kvinnene mellom 15 og 49 år med igbo-bakgrunn at de var omskåret. Bare 4,6 % oppga å være gjensydd (tilsvarende type III i WHO 2020). I denne gruppen var det et stort antall (46,3 %) som ikke visste eller ikke spesifiserte typen kjønnslemlestelse. Av jenter mellom 0 og 14 år med igbo-bakgrunn, rapporterte 4,3 % å være omskåret. Dette representerer en nedgang på 18,1 % i andel omskårne fra de eldre til yngre gruppene. 10,7 % av kvinner fra igbo-husholdningene mente at kjønnslemlestelse er en skikk som bør opprettholdes. 84,7 % mente den ikke bør opprettholdes og 3,5 % mente at det kom an på situasjonen (NBS & UNICEF 2022, s. 356).

2.3.4 Ijaw/ijo/izon

Ijaw (også kalt ijo og izon) er den fjerde største folkegruppen i Nigeria, og bor primært i delstatene Bayelsa, Delta og Rivers. Det bor også ijawer i delstatene Akwa-Ibom, Edo og Ondo, i tillegg til migranter i byer ellers i Nigeria.

I MICS-undersøkelsen fra 2021 oppga 15,6 % av kvinnene mellom 15 og 49 år med ijaw-bakgrunn at de var omskåret. 21,1 % av disse oppga å være gjensydd (tilsvarende type III i WHO 2020). Dette er den gruppen med nest høyest forekomst av kjønnslemlestelse type III, etter edo-gruppen (43,3 %). Imidlertid må dataene leses i lys av at kun 658 kvinner fra ijaw-husholdninger deltok i MICS-undersøkelsen i 2021 (mot eksempelvis 9891 med hausa-bakgrunn og 6010 med igbo-bakgrunn).

Av jenter mellom 0 og 14 år med ijaw-bakgrunn, var bare 0,1 % rapportert omskåret. Dette kan skyldes at det er vanlig innenfor denne gruppen å gjennomføre kjønnslemlestelse i tenåra.

6,3 % av kvinner fra ijaw-husholdningene mente at kjønnslemlestelse er en skikk som bør opprettholdes. 86,2 % mente den ikke bør opprettholdes og 3,2 % mente at det kom an på situasjonen (NBS & UNICEF 2022, s. 356).

2.3.5 Ibibio

Ibibio er den dominerende folkegruppen i delstaten Akwa-Ibom. Det bor også ibibioer i Cross Rivers, i tillegg til migranter i byer ellers i Nigeria. Ibibio-befolkningen står språklig og kulturelt nær efik og ekoi.

I MICS-undersøkelsen fra 2021 oppga 11,5 % av kvinnene mellom 15 og 49 år med ibibio-bakgrunn at de var omskåret. 4,1 % av disse oppga å være gjensydd (tilsvarende type III i WHO 2020). Av jenter mellom 0 og 14 år med ibibio-bakgrunn, var bare 1,7 % oppgitt å være omskåret. Undersøkelsen viser at andelen omskårne er ca. 10 % lavere hos de yngste aldersgruppene.

5,8 % av kvinner fra ibibio-husholdningene mente at kjønnslemlestelse er en skikk som bør opprettholdes. 91,2 % mente den ikke bør opprettholdes og 0,9 % mente at det kom an på situasjonen (NBS & UNICEF 2022, s. 356).

2.3.6 Hausa

Hausaene er den dominerende folkegruppen nord i Nigeria, særlig i Nordvest. I tillegg bor det mange hausaer i byene ellers i Nigeria.

I MICS-undersøkelsen fra 2021 oppga 6,7 % av kvinnene mellom 15 og 49 år med hausa-bakgrunn at de var omskåret. Av disse oppga 4,6 % å være gjensydd (tilsvarende type III i WHO 2020). Av jenter mellom 0 og 14 år med hausa-bakgrunn, var 10,5 % oppgitt å være omskåret. Andelen yngre jenter som var omskåret var altså høyere enn andelen blant kvinner 15–49 år. Hausaene er en av de gruppene hvor høyest andel av kvinnene som ble spurt i undersøkelsen (24,2 %) mener at kjønnslemlestelse er en skikk som bør opprettholdes. 61,4 % mente den

ikke bør opprettholdes og 11,6 % mente at det kom an på situasjonen (NBS & UNICEF 2022, s. 356).

2.3.7 Ekoi/ejagham

Ekoi dominerer i delstaten Cross Rivers. Ekoi-befolkningen står språklig og kulturelt nær efik og ibibio.

MICS-undersøkelsen har ikke med disaggregert data på ekoi som egen kategori, og vi bruker derfor tallene fra NDHS 2018 her. Blant kvinner mellom 15 og 49 år med ekoi-bakgrunn, oppga 11,6 % at de var omskåret og 47 % hadde hørt om kjønnslemlestelse. 10,2 % av kvinnene med ekoi-bakgrunn oppga at de trodde omskjæring krevdes av religionen sin, men bare 5,2 % mente det var en praksis som burde fortsette. 90 % mente at det ikke burde fortsette og 4,8 % var usikker/manglet data eller mente det kom an på situasjonen (NDHS 2019, s. 471, 473, 481, 483).

Kun 148 kvinner med ekoi-bakgrunn deltok i undersøkelsen, og dette utgjorde den minste gruppen av de som er skilt ut som egne etniske kategorier i NDHS 2018. Utvalget var derfor for lite til å si noe om hvor vanlig de ulike typene omskjæring er blant denne gruppen, samt hvilken alder kjønnslemlestelse vanligvis forekommer.

2.3.8 Urhobo

Urhobo er en av de store folkegruppene i delstaten Delta. Urhoboene har kulturelle og språklige fellestrekk med yoruba og bini.

Urhoboene omtales ikke i datamateriale fra de siste NDHS- og MICS-undersøkelsene, men en studie fra 2002 basert på en undersøkelse av 1709 kvinner på to klinikker i delstaten Edo, fant at ca. 51 % av de 125 kvinnene med urhobo-bakgrunn hadde vært gjennom kjønnslemlestelse (Snow et al. 2002, s. 97).

2.3.9 Andre, mindre etniske grupper: Isoko, esan, itsekiri, ogoni

Det finnes lite forskning på kjønnslemlestelse blant de mindre etniske gruppene sør i Nigeria (Population Council intervju 2023), og dermed har vi ikke tallmateriale tilgjengelig som vi kan videreformidle om utbredelse innenfor disse gruppene.

2.4 Kjønnslemlestelse og sosioøkonomiske indikatorer

Utbredelsen av kjønnslemlestelse varierer etter faktorer som bosted, utdanningsnivå og økonomisk status. Resultatene fra MICS 2021 skiller seg noe

fra resultatene i tilsvarende undersøkelser i andre land med høy utbredelse av kjønnslemlestelse, ved at praksisen i Nigeria på nasjonalt plan synes å være mer utbredt blant de høyere sosioøkonomiske sjiktene av befolkningen. Dette handler i hovedsak om at det er de etniske gruppene med opphav sør i Nigeria som stort sett har praktisert kjønnslemlestelse, og at disse gruppene tilhører høyere sosioøkonomisk sjikt, både når det gjelder urbanisering, utdanningsnivå og økonomisk status. I nord finnes det store folkegrupper som eksempelvis har gjennomsnittlig lavere utdanning (særlig blant kvinner), men som ikke praktiserer kjønnslemlestelse. Innenfor de ulike etniske gruppene, er mønsteret som ellers i Afrika: det er en korrelasjon mellom lavere utbredelse og mindre inngrep på den ene sida og utdanningsnivå på den andre.

MICS 2021 peker på følgende sammenheng mellom sosiale variasjonsfaktorer og utbredelse av kjønnslemlestelse, her illustrert med talleksempler fra aldersgruppen 15–49 år. Resultatene her må leses ut fra konteksten beskrevet i forrige avsnitt:

- **Bosted.** Kvinner fra urbane områder er i større grad omskåret enn kvinner fra landsbygda, henholdsvis 20,2 % og 10,8 % (NBS & UNICEF 2022, s. 354)¹¹. Kvinner fra landsbygda tror i større grad enn kvinner fra urbane områder at kjønnslemlestelse er et krav innenfor deres religion (henholdsvis 22 % og 12 %) og at praksisen med kjønnslemlestelse bør fortsette (31 % og 16 %) (NDHS 2019, s. 467).
- **Utdanningsnivå.** På nasjonalt plan er kvinner (15–49 år) uten skolegang i mindre grad omskåret (8,3 %) enn de med grunnskole (20,4 %), ungdomsskole eller høyere (14–18 %). Døtre av kvinner med høyere utdanning utover videregående skole, er i noe mindre grad utsatt for kjønnslemlestelse (5,1 %) enn døtre av kvinner uten utdanning (8,5 %). Døtre av kvinner med grunnskole, ungdomsskole eller videregående var omtrent like utsatt for kjønnslemlestelse som de uten utdanning (7,2 – 10,6 %) (NBS & UNICEF 2022, s. 354).
- **Økonomisk status.** På nasjonalt plan viser tallene at utbredelsen av kjønnslemlestelse er noe mindre blant kvinner i de laveste og nest laveste økonomiske sjiktene (henholdsvis 7,5 % og 10,5 %) enn blant de i de høyere velstandssjiktene (16,5 %, 19,9 % og 19 %). Men, korrelasjonen vil være motsatt innenfor en gitt etnisk gruppe her også. Økonomisk status har mindre betydning for om døtrene er omskåret. Blant jenter 0–14 år var det lavest andel omskårne blant de rikeste (5,8 %), men forskjellene var marginale mellom de øvrige velstandssjiktene. Sammenligner man det laveste økonomiske sjiktet med det nest høyeste, var utbredelsen mellom henholdsvis 8,3 % og 10,4 % (NBS & UNICEF 2022, s. 354).

¹¹ Samme trend ble funnet i NDHS 2019, da 24 % av kvinner fra urbane områder og 16 % fra landsbygda var omskåret (s. 467).

2.5 Religion

Ut fra materialet Landinfo har samlet inn, later det til at religion spiller en relativt liten rolle for praktiseringen av kjønnslemlestelse i Nigeria. Kjønnslemlestelse er en skikk som ble praktisert i Vest-Afrika lenge før de to dominerende religionene i dagens Nigeria – islam og kristendommen – ble innført.

2.5.1 Teologisk syn på kjønnslemlestelse innenfor kristendommen og islam

Landinfo har ikke funnet eksempler på at noen påberoper seg at det er en kristen plikt å omskjære kvinner, verken i eller utenfor Nigeria. Snarere stiller kirkeledere seg allment negative til kjønnslemlestelse, som de gjennomgående ser som en hedensk skikk. Krass kritikk av folk som praktiserer tradisjonell religion (ofte omtalt som hedenskap) parallelt med kristendom er et vanlig tema for prekener i kirkesamfunn i Nigeria. Når kristne nigerianere praktiserer kjønnslemlestelse, så er det altså på tross av religiøs identitet, ikke begrunnet med den.

Blant islamske teologer, er holdningene mer delt – også internasjonalt. En del muslimer, både teologer og legfolk, ser kvinnelig omskjæring som en religiøs plikt, basert på *hadith*¹². Mange islamske teologer mener imidlertid at disse konkrete *hadith*ene har svak gyldighet. For mer om diskusjoner rundt kjønnslemlestelse i en islamsk kontekst, se UNICEF 2013 (s. 69-72).

2.5.2 Sammenheng mellom religiøs tilhørighet og praktisering av kjønnslemlestelse

Mandara (2004, s. 296) fant ingen statistisk sammenheng mellom religiøs tilhørighet og praktisering av kjønnslemlestelse i sin studie. Det samme gjelder Popoolas studie av yorubaer (2007, s. 119), hvor andelene kristne og muslimer var ganske jevnstore, og hvor holdningene til kjønnslemlestelse var ganske like: 68,7 % av de kristne respondentene stilte seg positive til kjønnslemlestelse, mot 70,4 % av muslimene i undersøkelsen. I denne studien sa 24,5 % av respondentene at kjønnslemlestelse var i tråd med familiens religion, mens 75,5 % sa det ikke var det (s. 119).

I den nasjonale demografi- og helseundersøkelsen gjort i 2018 oppga 16,6 % av kvinner som hadde hørt om kjønnslemlestelse, at kvinnelig omskjæring er en religiøs plikt. I regionen Nordvest oppga 24,8 % av kvinnene dette mot 7,5 % i

¹² En *hadith* er en beretning om et utsagn fra profeten Muhammad eller en episode i livet hans som illustrerer hva de første muslimene mente om ulike forhold. Dette er en viktig rettskilde innenfor muslimsk juridisk tradisjon, ikke minst for temaer som ikke er nevnt i Koranen (noe kjønnslemlestelse ikke er). Teologer vurderer *hadith*ers gyldighet ut fra om de er bitt overlevert av kilder det er grunn til å ha tillit til (Vikør 2006, s. 104–106).

Sørøst. I de øvrige regionene lå andelen på mellom 10 og 20 % (NDHS 2019, s. 481-482)¹³.

NDHS 2018 delte respondentene inn i fem ulike grupper for religiøs tilhørighet: katolsk, andre kristne, islam, tradisjonell og andre. Av disse var kjønnslemlestelse mest utbredt blant katolske med 24,5 %, deretter 19,4 % blant andre kristne, 18,7 % islam, 11,9 % tradisjonelle og 2,2 % andre (NDHS 2019, s. 473). Når andelen er høy blant kristne, skyldes dette at kristendommen er mest utbredt i den sørlige delen av Nigeria, hvor de fleste etniske grupper praktiserte kjønnslemlestelse nær universelt da kristne misjonærer begynte sitt virke i regionen.

Utdanning og økonomisk velstand ser ut til å påvirke hvorvidt man tror at kvinnelig omskjæring er en religiøs plikt. Bare 8,6 % av kvinner med utdanning høyere enn videregående skole trodde at kvinnelig omskjæring var nødvendig på grunn av religion, sammenlignet med 27,7 % av kvinner uten utdanning. Kvinner i det høyeste økonomiske klassesjiktet trodde også i mye mindre grad at kvinnelig omskjæring var påkrevd av religion. Der var det bare 8,5 % som trodde det, i motsetning til 29,3 % av de i det laveste økonomiske sjiktet (NDHS 2019, s. 482). Blant de ulike religiøse gruppene var det flest tradisjonister¹⁴ (46,9 %) som mente kvinnelig omskjæring var påkrevd av religionen, deretter 24,1 % blant muslimer og bare 7–8 % blant katolikker og øvrige kristne.

2.6 Covid-19

Flere hevder at utbredelsen av kvinnelig kjønnslemlestelse økte under covid-19-pandemien (The Lancet Public Health 2021; Orchid Project 2020; Udemé & Dadik 2022; UNICEF 2021, 2022b). Nasjonale portforbud og nedstengning av skoler gjorde at flere jenter måtte være hjemme og risikerte å bli utsatt for denne prosedyren. Lokale grasrotorganisasjoner rapporterte en økning i antall omskårne, blant annet i Sørvest og Nordsentralt, og i Enugu skal hjelpelinjer ha merket stor pågang. Tilgang til forebyggende tjenester, beskyttelse og psykososiale støttetjenester ble innskrenket, blant annet på grunn av omprioritering av medisinske ressurser til covid-19-responsen (Orchid Project 2020, s. 7-8).

¹³ Ettersom MICS-undersøkelsen 2021 ikke dekker religiøs tilhørighet benytter vi data fra NDHS 2018 i dette avsnittet.

¹⁴ NDHS 2019 bruker begrepet «traditionalists» om respondenter som verken identifiserer seg som kristne eller muslimer, og som dermed antas å følge dagens versjoner av religionene som dominerte før islam og kristendommen ble innført. Dette segmentet var imidlertid svært lite, og utgjorde bare 219 av 53 688 respondenter, eller 0,43 % (s. 51).

3 Hvordan, hvorfor og når utføres kjønnslemlestelse?

3.1 Typer kjønnslemlestelse

WHO klassifiserer kvinnelig kjønnslemlestelse i fire ulike typer, som i omfang spenner fra «symbolske» nålestikk til infibulasjon:

- Type I (klitoridotomi): Delvis eller fullstendig fjerning av klitoris eller hudfolden over klitoris.
- Type II (eksisjon): Delvis eller fullstendig fjerning av klitoris og indre kjønnslepper, med eller uten fjerning av vev fra ytre kjønnslepper.
- Type III (infibulasjon): Innsnevring av skjedeinngangen ved at deler av kjønnsleppene, indre og/eller ytre, skjæres bort og sys eller føyes sammen, slik at det dannes et hudsegl som stenger skjede-inngangen. Ofte fjernes også klitoris, delvis eller fullstendig.
- Type IV: Samlekategori for alle andre skadelige inngrep i jenters kjønnsorganer uten medisinsk begrunnelse (prikking, gjennomhulling, skraping, osv.) (WHO 2020).

Det ser ut til at type II er den vanligste formen for kvinnelig omskjæring i Nigeria (se tabellen nedenfor¹⁵). MICS-undersøkelsen 2021 viste at type II¹⁶ var vanligst, og var utført på 61,5 % av respondentene (s. 354). Tall fra NDHS 2018 støtter dette funnet, og rapporterte at type II var utført på 41 % av kvinnene (s. 465-466). Gjensynging (type III) er ikke særlig utbredt i Nigeria, og i gjennomsnitt er det bare 7,7 % som har blitt utsatt for denne typen kjønnslemlestelse. Men folkegruppene edo og ijaw skiller seg noe ut, hvor type III hadde blitt utført på henholdsvis 43,3 % og 21,1 % av respondentene, sammenlignet med ca. 4–5 % for de andre gruppene (NBS & UNICEF 2022, s. 354). Imidlertid er det mange i Nigeria som ikke har en bevisst holdning til denne kategoriseringen, og det mangler klassifisering av typen omskjæring for henholdsvis 44,1 % og 26,3 % av respondentene i de siste NDHS- og MICS-undersøkelsene.

Tabell – Typer kjønnslemlestelse

	Type I	Type II	Type III	Vet ikke/ mangler data
NDHS 2018	9,6 %	40,7 %	5,6 %	44,1 %
MICS 2021	4,5 %	61,5 %	7,7 %	26,3 %

¹⁵ Variasjonen mellom de to kildene her skyldes nok først og fremst at de omfatter to ulike respondentkohorter.

¹⁶ MICS-undersøkelsen bruker en litt annen klassifisering enn Verdens helseorganisasjon. MICS bruker beskrivelsene; «Were nicked», «Had flesh removed», «Were sewn close». Disse typene kan grovt klassifiseres som tilsvarende henholdsvis type I, type II og type III.

3.2 Hvorfor utføres kjønnslemlestelse?

Bakgrunnen for kvinnelig omskjæring i Nigeria er sammensatt, og det er store lokale variasjoner. Studier med søkelys på ulike regioner har blant annet identifisert følgende årsaker til at kjønnslemlestelse praktiseres:

- Respekt for tradisjon og kulturell identitet, inkludert sosialt press for å etterleve tradisjoner, ta vare på familiens ære og for å bli ansett som kvinne (Ezeoke et al. 2021, s. 1811; NBS & UNICEF 2022; Omigbodun et al. 2022; Orchid Project & 28 Too Many 2023, s. 40; Orji & Babalola 2006; Sodje & Ilevbare 2020). Dotimi har studert odi-samfunnet¹⁷ og beskriver at kvinnelig omskjæring er en kulturell tradisjon for å bli anerkjent og akseptert i lokalsamfunnet, og for blant annet å kunne delta på sosiale sammenkomster og seremonier (Dotimi 2016).
- For å bevare kvinnens kyskhets og jomfrudom, for å dempe kvinners seksualdrift og sørge for at kvinner er trofaste mot sin ektemann og for å øke mannens seksuelle nytelse (IRB Canada 2015; NBS & UNICEF 2022, s. 353; Olagunaju 2018; Orchid Project & 28 Too Many 2023, s. 40; Orji & Babalola 2006, s. 322; Sodje & Ilevbare 2020, s. 885)
- Kulturelle myter som skaper frykt: en vanlig forestilling i sørlige deler av Nigeria er at hvis kvinnen ikke er omskåret før hun føder sitt første barn, og hvis klitoris kommer i kontakt med barnet, vil barnet og/eller kvinnen dø eller skades ved fødselen (Dotimi 2016; Ezeoke et al. 2021, s. 1811; NBS & UNICEF 2022; Netherlands Ministry of Foreign Affairs 2021, s. 85; Orji & Babalola 2006, s. 322; Population Reference Bureau 2018, s. 13-14; Renne 2020, s. 14). I områdene hvor denne overbevisningen er gjeldende, gjennomføres kvinnelig omskjæring ofte før første svangerskap. Men denne forestillingen er også vanlig blant yorubaer, hvor kjønnslemlestelse for det meste blir utført i løpet av første leveuke. Det gjennomføres vanligvis ikke etter fødsel, og inngrepet gjentas ikke ved neste svangerskap hvis kvinnen var omskåret ved første svangerskap (Netherlands Ministry of Foreign Affairs 2021, s. 85). Flere av kvinnene i studien til Dotimi mente at de ikke lenger trodde på denne kulturelle myten om at barnet ville dø, og flere sa at de ikke ville fortsette denne tradisjonen (Dotimi 2016, s. 80-81).
- At kvinnelig omskjæring er nødvendig før giftemål og at det fører til økt fruktbarhet (NBS & UNICEF 2022; Netherlands Ministry of Foreign Affairs 2021, s. 84; Odo et al. 2020; Orchid Project & 28 Too Many 2023; Sodje & Ilevbare 2020). Dette gjelder særlig i sørlige Nigeria, blant annet i Ebonyi og blant kvinner med efik- og ibibio-bakgrunn i Cross River. Noen ganger initierer kvinnens familie omskjæring for å øke sjansene på ekteskapsmarkedet, og noen ganger krever den fremtidige mannens

¹⁷ Odi-samfunnet er en del av det izon-talende samfunnet i Niger-deltaet (Yanga som sitert i Dotimi 2016) og ligger i Kolokuma/Opokuma Local Government Area i delstaten Bayelsa, en del av Sørøst-sonen (Dotimi 2016, s. 4).

familie det. Det siste skal være vanlig i Ebonyi spesielt (Netherlands Ministry of Foreign Affairs 2021, s. 84; Odo et al. 2020; Orchid Project & 28 Too Many 2023).

- Hygiene, renhet og estetiske årsaker (Ezeoke et al. 2021; NBS & UNICEF 2022, s. 353; Orji & Babalola 2006, s. 322; Population Reference Bureau 2018, s. 14).

Mens noen av begrunnelsene er utbredt over hele Nigeria, er andre mer lokalt forankret. Ofte er det et samspill mellom ulike årsaker som utgjør bakgrunnen for denne praksisen.

Det er få kvinner som oppgir religion som hovedgrunn, og religion spiller særlig liten rolle sør i Nigeria (Orji & Babalola 2006, s. 322). Se også avsnitt 2.5 for flere detaljer om religion.

3.3 Hvem utfører kjønnslemlestelse?

Kjønnslemlestelse utføres vanligvis av tradisjonelle omskjærere (NDHS 2019, s. 467). I et mindretall av tilfeller gjennomføres inngrepet av tradisjonelle jordmødre eller eldre kvinner i lokalsamfunnet (NDHS 2019, s. 467; Odo et al. 2020, s. 1973).

Kjønnslemlestelse utføres også av helsepersonell (medikalisert kjønnslemlestelse), på tross av at kjønnslemlestelse er ulovlig i mange delstater (NDHS 2019, s. 465). Ofte utføres inngrepet når barnet er nyfødt, og når fødselen skjer ved et sykehus eller en helseklinikk kan tilbud om medikalisert omskjæring anses som en del av fødselstilbudet (Obianwu, Adetunji & Dirisu 2018, s. v-vi). Denne koblingen mellom fødsel ved hjelp av en profesjonell helsearbeider og kvinnelig omskjæring, kan ha vært med på å legitimere og styrke eksisterende normer rundt kjønnslemlestelse (Population Reference Bureau 2018, s. 14)

Det kan se ut til at det har vært en svak nedgang i antall tilfeller kvinnelig omskjæring som utføres av medisinsk helsepersonell, selv om det ikke er lenge siden man mente det var et økende fenomen (Population Council 2020, s. 10). Totalt utføres kvinnelig omskjæring av medisinsk helsepersonell (leger, sykepleiere og jordmødre) i ca. 7–9 % av tilfellene (NDHS 2019, s. 467). Sammenligner vi aldersgruppene 0–4 år med 10–14 år ser vi en nedgang fra 9,5 % i den eldste av gruppene til 5,6 % i den yngste (s. 480). Sammenligner vi ulike undersøkelser ser vi også en nedgang, fra 11,9 % blant 0–14-åringer i 2013, til 7 % av 0–14-åringer i 2018 (NDHS 2014, 2019). Dette i motsetning til slutten av 1990-tallet og begynnelsen av 2000-tallet, da man så en svak økning i medikalisering.

3.4 Når utføres kjønnslemlestelse?

Omskjæring skjer ved ulike aldre i forskjellige deler av Nigeria, men det er vanligst at kjønnslemlestelse gjennomføres før fylte fem år. I den nasjonale helse- og demografiundersøkelsen fra 2018, svarte 85,6 % av respondentene at de gjennomgikk prosedyren før de var fem år. Andelen som ble omskåret før fem år var høyest i Nordvest (97 %) og lavest i Sørsør (59 %) (NDHS 2019, s. 468).

I deler av Nigeria praktiseres omskjæring etter fylte 15 år. Nesten en fjerdedel (24 %) av kvinner som hadde gjennomgått kjønnslemlestelse i Sørsør, og bare 15 % av kvinner i Nordøst, gjennomgikk prosedyren da de var 15 år eller eldre. I de øvrige regionene var det kun mellom 1 og 2,5 % som ble omskåret etter 15 år (NDHS 2019, s. 468).

Noen kvinner blir omskåret senere i livet, eksempelvis hvis de skal giftes inn i en familie hvor det er «påkrevd» eller forventet at kvinnen er omskåret. Det kan også bli utført kjønnslemlestelse i forbindelse med graviditet, da mange tror at omskjæring forhindrer skader på barnet ved fødsel. Sodje & Ilevbare beskriver et eksempel på en 22 år gammel kvinne (yoruba, muslim med en mor som var kristen) som i 2017 hadde blitt omskåret da hun var 38 uker gravid etter at et tidligere svangerskap endte med keisersnitt. Kvinnen vokste selv opp i delstaten Delta blant kwale/urhoboer med kristen mor og var ikke omskåret, men giftet seg med en yoruba-mann som støttet praktisering av kvinnelig omskjæring. Etter press fra familien, særlig mannens side som var yoruba/muslimer, ble kvinnen omskåret for å unngå keisersnitt ved neste fødsel (Sodje & Ilevbare 2020).

Blant igboer i delstaten Ebonyi beskrev en studie fra 2020 (med data samlet inn i 2017) at det fantes to typer omskjæring: én for barn (*ugu umu sukul*) og én for voksne (*ugu umu okenye*). *Ugu umu sukul* tilsvarte omskjæring type I og ble vanligvis gjort i «tidlig alder», typisk før fylte ti år. De beskrev at det kunne gjøres når som helst på året (Odo et al. 2020, s. 1972). *Ugu umu okenye* gjennomføres når en kvinne skal gifte seg, og beskrives som et tradisjonelt rituale hvor kvinners intimområdet barberes. Deltakerne beskrev *ugu umu okenye* som en forlengelse av omskjæringsprosessen, men at kvinnene også kunne velge å stå over denne tradisjonen og gifte seg uten å gjennomgå ritualet. Det står allikevel i diskusjonen i artikkelen at hvis det oppdages at kvinnen ikke er omskåret, så vil hun bli omskåret i løpet av seremonien (Odo et al. 2020, s. 1972-1974). I dette tilfellet vil det altså være mer et unntak om omskjæring gjøres for en voksen kvinne.

4 Foreldrenes handlingsrom og reaksjoner mot de som velger å ikke utsette egne døtre for kjønnslemlestelse

4.1 Hvem bestemmer at kjønnslemlestelse skal gjennomføres?

Kjønnslemlestelse er ofte et storfamilieanliggende, siden viktige livsvalg i Nigeria ofte angår flere enn bare barna og deres nærmeste foresatte. Innenfor nigerianske familier, som overalt i verden, er det ofte uenighet om i hvilken grad en skal følge lokale skikker og tradisjoner. Det kan være store variasjoner i hvem som tar beslutningen ut fra individuelle forskjeller og ulike etniske grupper.

Flere mener at mødre og bestemødre er de mest sentrale beslutningstagerne når det kommer til kjønnslemlestelse (Netherlands Ministry of Foreign Affairs 2021, s. 83-84; Orchid Project & 28 Too Many 2023, s. 41), mens andre mener at fedre er den sentrale beslutningstageren i helserelaterte spørsmål (Obianwu, Adetunji & Dirisu 2018, s. 14; Population Council intervju 2023). I situasjoner hvor foreldre er uenige, så viser en kvantitativ studie at det er morens holdning som er den viktigste beslutningsfaktoren i hvorvidt inngrepet gjennomføres eller ikke (Cappa, Thomson & Murray 2020, s. 4). Dette støttes til dels av Population Council som i et intervju med Landinfo beskriver at menn vanligvis tar helserelaterte beslutninger i Nigeria, men «det kan være at mannen lener seg på kvinnes ekspertise». De beskriver også at sterke kvinnelige familiemedlemmer, eksempelvis bestemødre, kan påvirke beslutningen, eller tar beslutningen i sin helhet uten at mannen er involvert (Population Council intervju 2023). Både bestemor på mor og fars side kan ta denne avgjørelsen, og hvis det er uenighet om avgjørelsen så er det «den mest innflytelsesrike» i det sosiale nettverket som bestemmer. Vanligvis vil bestemor på fars side ha en sterkere innflytelse da kvinnen som regel giftes inn i mannens familie, og barna ofte tilbringer ferier sammen med farens side av familien (Obianwu, Adetunji & Dirisu 2018, s. v-vi; Population Council intervju 2023).

Anuforo, Oyedele & Pacquiao (2004, s. 109) fant at det varierte mellom ulike etniske grupper hvem som ble sett på som viktigste beslutningstaker:

Both parents are generally involved in decision making, with the greater role of older women among the Igbo people and the father among the Yoruba and Hausa tribes. These statements supported this finding:

(Igbo): “The eldest female on the side of the husband makes the decision.”

(Hausa): “The father of the child with the mother’s support makes the decision.”

(Yoruba): “Both parents make the decision, but the father seeks the circumciser.”

Orubuloye, Caldwell & Caldwell (2000, s. 86) finner i sin forskning på kjønnslemlestelse blant yorubaer at fedrene er noe mindre involvert enn det som går fram hos Anuforo et al.:

Within the family, the influences are uneven. It is mainly the wife who hears the doctors and nurses, and she is also the one who most identifies with the daughters. But only 8 percent of those not circumcising refused to countenance their husbands' opposition or indecision. In the great majority of cases, the husband concurred that the operation should not be done, and this is the way the survey results are reported. Yet it is quite clear from the in-depth investigations that it was usually the wife who felt strongly on the matter and the husband who left such children's matters – especially as they concerned daughters – to their wives. Not infrequently the wife had the strong support of her mother.

It should be noted that the respondents have few worries about their uncircumcised daughters' chances of marriage.

I samme studie (2000, s. 81) går det fram at synspunktene til jenters besteforeldre i liten grad var utslagsgivende for foreldre som har omskåret døtrene sine eller har til hensikt å gjøre det – det gjaldt 4 % av respondentene med landsbybakgrunn og 2 % av dem med bybakgrunn. Det var heller ikke gitt at de ble tatt med på råd (s. 86-87):

When we explored further the social pressures on uncircumcised girls, we found they were less than we had anticipated [...]. The spouses' relatives generally either support the decision or are not informed or asked. Only one in five or six of the respondents reported that opposition had been expressed.

In fact, the chief reaction to changing attitudes about female "circumcision" is silence. Parents quite often let the time for "circumcision" pass without discussing it with each other. They find it difficult and are usually reluctant to raise the matter with their own parents.

4.2 Hvilket handlingsrom har foreldre/kvinner når det gjelder beslutningen om å utføre kvinnelig omskjæring?

Selv om medlemmene av samme familie ofte deler etnisk og regional bakgrunn, og i utgangspunktet de samme tradisjonene, er det ikke uvanlig med til dels store forskjeller internt i familier hva angår utdannelsesnivå, tilnærming til «moderne verdier» og syn på lokale tradisjoner. Videre vil det variere hva folk har av kunnskap om skadelige konsekvenser av kjønnslemlestelse rent konkret. Dermed vil foreldre som møter press fra ulike familiemedlemmer om å utsette døtre for kjønnslemlestelse i mange tilfeller også kunne finne støtte for (en beslutning om) å la det være hos andre familiemedlemmer.

4.2.1 Sosiale sanksjoner

I Nigeria er de aller fleste avhengige av et stort nettverk de kan søke bistand hos (og som de selv er forpliktet til å bistå) i ulike situasjoner – både for å få praktisk og økonomisk hjelp. Ryggraden i slike nettverk er nær familie og storfamilie, som ut fra rent slektskap i utgangspunktet er forpliktet til å bistå andre familiemedlemmer der de kan. I praksis er imidlertid slik hjelp gjennomgående lettere å få hos familiemedlemmer en har et godt forhold til. Uenighet og konflikt med familiemedlemmer kan fort føre til at en har dårligere tilgang til hjelp fra disse (konkrete) slektingene ved behov, og trusler om å holde tilbake framtidig hjelp er ikke uvanlig i en konfliktsituasjon. I konflikter hvor andre familiemedlemmer kommer med slike trusler blir det opp til de som mottar trusselen om de er villige til å holde på sitt, med de praktiske konsekvensene det kan få (som kanskje kan kompenseres for av støttespillere de har ellers i nettverket sitt), eller om de innretter seg, fordi de ikke er villige til å betale den sosiale kostnaden det kan innebære å handle i strid med enkelte slektingers ønsker.

Det sosiale presset kan bestå av ulike sosiale sanksjoner som eksempelvis erting, mobbing, utestengelse fra kulturelle aktiviteter og seremonier og stigmatisering (Dotimi 2016; IRB Canada 2021 para 4.2; Netherlands Ministry of Foreign Affairs 2021, s. 86; Odo et al. 2020; Omigbodun et al. 2022, s. 8-9; Udeme & Dadik 2022). Men her er det også store lokale og individuelle variasjoner. Det er dessuten nærliggende å anta at det sosiale presset har blitt redusert i takt med at utbredelsen av kjønnslemlestelse går ned (se kapittel 2), og at alvorlighetsgraden av de sosiale sanksjonene i mange tilfeller ikke er særlig stor. Eksempelvis beskriver en kilde til kanadiske myndigheter at «det kan hende» at en jente opplever stigmatisering, men at hun ikke ville bli utsatt for «forfølgelse eller trakassering», og hun vil fortsatt kunne gå i kirken og på skolen (leder for Centre for Women Studies and Intervention som sitert i IRB Canada 2021, s. 8).

Vi understreker at det ikke er kjent at uenighet om temaer som kjønnslemlestelse fører til at folk kollektivt fryser ut enkeltpersoner fra ulike typer nettverk. (Sosiale sanksjoner med så store konsekvenser rammer nærmest bare personer som har begått alvorlige kriminelle handlinger som drap eller incest, og selv da er det ikke slik at alle nødvendigvis bryter forbindelsen med vedkommende.)

4.2.2 Bruk av tvang er ikke utbredt, men det kan forekomme

I kildene Landinfo har konferert tyder det meste på at bruk av tvang ikke er særlig utbredt i nyere tid. Det er bred enighet blant kilder at bruk av tvang i større og større grad hører fortiden til (Aderibigbe 2023, s. 63; Dotimi 2016; Odo et al. 2020, s. 1973-1974).

En konfidensiell kilde som nederlandske myndigheter har snakket med, sier at voksne kvinner som ikke vil omskjæres ikke kan tvinges til dette (2021, s. 85).

Allikevel finnes det eksempler på at det i noen tilfeller har blitt tatt i bruk tvang, enten av foreldre eller eldre familiemedlemmer. Eksempelvis nevner Aderibigbe (2023) et eksempel med en rettssak av nyere dato hvor en bestemor er tiltalt for å ha omskåret barnebarnet sitt mot barnets foreldres vilje. Hun understreker imidlertid at dette ikke er vanlig.

Som nevnt i avsnitt 4.1 er det ofte uenighet om i hvilken grad en skal følge lokale skikker og tradisjoner, og det kan være store individuelle forskjeller og variasjoner blant ulike etniske grupper. I enkelte områder (særlig i sør) kan det sosiale presset bli så stort, at foreldrene omskjærer barnet sitt på tross av at de selv ikke støtter denne skikken, eller at kvinner etterspør det selv (Netherlands Ministry of Foreign Affairs 2021, s. 86; Udeme & Dadik 2022). Å stå imot det sosiale presset kan være vanskeligere for personer med få ressurser da det finnes få muligheter for støtte og krisesentre tilgjengelig (IRB Canada 2021 paragraf 4.1; Netherlands Ministry of Foreign Affairs 2021; Udeme & Dadik 2022).

4.3 Blir foreldre som velger å ikke utsette jentebarn for kjønnslemlestelse utsatt for vold eller trusler om vold?

Det foreligger ikke informasjon i materialet som er gjennomgått til dette notatet som gir eksempler på at foreldre eller kvinner som lar være å utsette døtrene sine for kjønnslemlestelse blir utsatt for vold eller trusler. Dette er lite overraskende, siden vold eller trusler om vold mot voksne familiemedlemmer en mener gjør feil valg i oppfostring av egne barn ses på som sosialt uakseptabelt – også i en nigeriansk kontekst.

5 Myndighetsbeskyttelse

5.1 Lovverk mot kjønnslemlestelse

I mai 2015 innførte føderalmyndighetene i Nigeria en lov som forbød kjønnslemlestelse og andre skadelige skikker. Loven, *Violence Against Persons (Prohibition) Act 2015 (VAPP)*, er den første føderale loven som forbyr kjønnslemlestelse i hele landet (28 Too Many 2022, s. 2). Et føderalt lovverk trer kun i kraft etter at delstatene har innført loven, og i begynnelsen var den kun gjeldende i det føderale territoriet Abuja. Per april 2023 har loven blitt implementert i alle andre delstater med unntak av Ekiti, Kano, Katsina, Lagos, Taraba og Zamfara (Partners West Africa Nigeria 2023). Ekiti og Lagos har egne lover fra henholdsvis 2019 og 2007 som forbyr kjønnsbasert vold, som inkluderer noen av bestemmelsene som finnes i VAPP.

5.1.1 Praktisering av lovverk

Implementeringen av lovverket mot kjønnslemlestelse er mangelfull og rettslig forfølgelse forekommer sjeldent (U.S. Department of State 2023, s. 27). I et intervju med forskere fra Population Council bekrefter de at implementeringen av loven er lite pro-aktiv («relaxed») (2023) og 28 Too Many beskriver implementeringen som «lite konsekvent» (2023, s. 55).

5.2 Lokale vedtekter og arbeid med tradisjonelle og religiøse ledere

Det som har større innvirkning på endring av praksis er lokale vedtekter, som bestemmes lokalt i folkemøter kjent som «People's Assemblies» (Orchid Project & 28 Too Many 2023, s. 20). Videre spiller tradisjonelle og religiøse ledere en viktig rolle når det gjelder å få gjennomslag for saker som eksempelvis vaksinasjon, familieplanlegging, innforstått også for endring av holdninger rundt kjønnslemlestelse (Population Council intervju 2023). Andre har også beskrevet at holdningskampanjer, som ofte gjøres i samarbeid med religiøse og tradisjonelle ledere, har vært med på å påvirke måten kvinnelig omskjæring praktiseres (Odo et al. 2020, s. 1976). En kilde Landinfo snakket med som jobber med kjønnslemlestelsestematikk på grasrotnivå, og samarbeider med FNs befolkningsfond, forteller at lokalsamfunn som utarbeider egne lover eller offentlige erklæringer om å avslutte kjønnslemlestelse har en mye større effekt enn lovverket på delstats- eller føderalt nivå (Aderibigbe 2023).

5.3 Nasjonal handlingsplan mot kjønnslemlestelse

Det forelå en nasjonal handlingsplan mot kjønnslemlestelse på føderalt nivå for perioden 2013–2017, som ble utvidet til 2019 (UNFPA 2023a). Per mars 2023 har det ifølge 28 Too Many ikke blitt utarbeidet en ny handlingsplan, på tross av lovnader om dette fra nigerianske myndigheter (2023, s. 19-20).¹⁸

5.4 Mangelfull lovgivning mot medikalisert kjønnslemlestelse

På tross av at kjønnslemlestelse er ulovlig i de fleste delstatene i Nigeria, så praktiseres kjønnslemlestelse åpent av helsearbeidere flere steder. En av kritikkene mot Violence Against Persons (Prohibition) Act, er nettopp det at den ikke omtaler medikalisert kjønnslemlestelse direkte (Orchid Project & 28 Too Many 2023, s. 19). Population Reference Bureau beskriver at helsearbeiderne de hadde intervjuet ikke prøver å skjule at de praktiserer kvinnelig omskjæring og at mange nevnte at de hadde lært hvordan de skulle utføre inngrepet fra andre helsearbeidere (Population Reference Bureau 2018, s. 14-15). Denne holdningen

¹⁸ Ifølge en pressemelding fra Verdens helseorganisasjon i 2019 skal en tjenestemann fra det føderale helseministeriet ha uttalt at det foreligger en nasjonal plan for perioden 2020–2024 («National Policy on the elimination of FGM (2020–2024)») (WHO 2019). Verken Landinfo eller kanadiske myndigheter har funnet flere referanser til dette dokumentet.

blant helsearbeiderne, samt fravær av lovgivning som adresserer denne praksisen direkte, kan indikere at det til en viss grad er sosial aksept for medikalisert kjønnslemlestelse.

5.5 Statlig drevne etater med ansvar for myndighetsbeskyttelse

5.5.1 Politi

Politiet kan formelt sett bare være til hjelp i delstater med lovverk mot kjønnslemlestelse. Landinfo kjenner ikke til at det er utbredt å søke hjelp hos politiet for personer som motsetter seg at kjønnslemlestelse blir utført på dem selv eller andre. Det er allment kjent at nigerianere gjennomgående har lav tiltro til politiet, og at det er lite vanlig å henvende seg til politiet for å få hjelp i konflikter innad i familien. En kilde beskriver til kanadiske myndigheter at politiet i liten grad tar spørsmål om beskyttelse mot kjønnslemlestelse på alvor, og at politiet uansett ikke ville tatt saken videre. Tvert imot mener kilden at politiet heller ville gjort narr av en kvinne som henvendte seg til politiet med slike saker som heller er ansett som et familieanliggende. Dessuten er det dyrt å ta saker til politiet og til retten, noe som reduserer incentivet for å oppsøke disse etatene (leder for Centre for Women Studies and Intervention som sitert i IRB Canada 2021, s. 10).

5.5.2 Den nasjonale menneskerettighetskommisjonen

Landinfo hadde møte med den nasjonale menneskerettighetskommisjonen i Nigeria (NHRC) i mars 2006 (Bello & Ojukwu 2006). Da opplyste daværende leder Bukhari Bello at NHRC kan gi rettshjelp og bistå med megling i konflikter mellom familiemedlemmer rundt kjønnslemlestelse. NHRC har kontorer i hovedstaden Abuja og alle de 36 delstatene (NHRC u.å.).

6 Ikke-statlige tiltak mot kjønnslemlestelse

I en rapport fra nederlandske myndigheter forteller en kilde (som sitert i Netherlands Ministry of Foreign Affairs 2021, s. 86-87) at de fleste kvinner som ønsker å unnsnippe kjønnslemlestelse for seg selv eller sin datter, gjerne prøver å forlate landsbyen og bosette seg hos familie eller venner andre steder.

Mulighetene for å kunne starte et nytt liv et annet sted vil avhenge av kvinnens økonomiske uavhengighet, og om hun har utdanning eller andre muligheter for å få seg en jobb og overleve på egenhånd. Se Landinfo (2010) for mer om dette temaet.

6.1 Ikke-statlige organisasjoner

Det finnes en rekke grasrotorganisasjoner som jobber mot kjønnslemlestelse i Nigeria. Disse driver ikke bare generelt opplysningsarbeid, men kan også være aktive støttespillere for jenter og kvinner som trenger hjelp når de står i konflikt med andre familiemedlemmer.

FN-systemet jobber aktivt med å støtte grasrotorganisasjoner, myndighetene og andre interessenters arbeid mot kjønnslemlestelse. Eksempelvis har FNs befolkningsfond og FNs barnefond siden 2008 samarbeidet om et av de største globale programmene for å få slutt på kjønnslemlestelse, *The Female Genital Mutilation Joint Programme*. Fjerde fase av implementeringen ble lansert i 2022 og jobber for å eliminere kjønnslemlestelse innen 2030, i sammenheng med bærekraftsmål 5.3 om å avskaffe all skadelig praksis (UNFPA 2023b).

Videre jobber FN-systemet i Nigeria aktivt med å bekjempe kjønnsbasert vold, inkludert kjønnslemlestelse, gjennom *Spotlight Initiative* (2022). I november 2020 lanserte nigerianske myndigheter i samarbeid med Spotlight Initiative en digital portal, *ReportGBV*¹⁹, med oversikt over grasrotorganisasjoner og steder hvor kvinner kan søke hjelp. Den monitorerer også antall hendelser rapportert inn fra disse organisasjonene (Spotlight Initiative 2020).

6.2 Krisesentre og opplysningstjenester

Det finnes mange ulike initiativer, krisesentre og hjelpetelefoner i Nigeria, men det er vanskelig å angi et konkret anslag av kapasiteten på dette området. ReportGBV-portalen, som nevnt ovenfor, vil kunne brukes for å identifisere organisasjoner som tilbyr ulike tjenester som psykososial støtte, husly, juridisk bistand, mv. på delstatsnivå.

Orchid Project beskriver imidlertid at krisesentre og hjelpetelefoner ofte mangler midler eller har begrenset kapasitet. Særlig etter at flere av tiltakene måtte stenge under covid-19-pandemien (Orchid Project 2020, s. 8).

¹⁹ <https://reportgbv.ng>

7.1 Skriftlige kilder

- 28 Too Many (2022). *Nigeria: The Law and FGM*. London: Thomson Reuters Foundation. Tilgjengelig fra [https://www.28toomany.org/media/uploads/Law%20Reports/nigeria_law_report_v3_\(august_2022\).pdf](https://www.28toomany.org/media/uploads/Law%20Reports/nigeria_law_report_v3_(august_2022).pdf) [lastet ned 3. januar 2023].
- Anuforo, Prisca O.; Oyedele, Lola & Pacquiao, Dula F. (2004). Comparative study of meanings, beliefs, and practices of female circumcision among three Nigerian tribes in the United States and Nigeria. *Journal of Transcultural Nursing*, 15(2), 103–113. Tilgjengelig fra <https://doi.org/10.1177/1043659603262486> [lastet ned 13. november 2012].
- Cappa, Claudia; Thomson, Claire & Murray, Colleen (2020). *Understanding the association between parental attitudes and the practice of female genital mutilation among daughters*. San Francisco: PLoS ONE. Tilgjengelig fra <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0233344> [lastet ned 14. april 2023].
- Dotimi, Doris Atibinye (2016). *Lived Experiences of Women from the Odi community in Nigeria of Female Genital Mutilation*. [s.l.]: Walden University. Tilgjengelig fra <https://scholarworks.waldenu.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=3385&context=dissertations>.
- Ezeoke, Grace G; S Adeniran, Abiodun; T Adesina, Kikelomo; A Fawole, Adegboyega; A Ijaiya, Munirdeen & O Olarinoye, Adebunmi (2021). Female adolescents and the future of female genital mutilation/cutting: a report from an endemic area. *African Health Sciences*, 21(4), 1808–1816. Tilgjengelig fra <https://dx.doi.org/10.4314/ahs.v21i4.38>.
- Fajobi, Olusola; Adeoye, Oyelola; Fajobi, Damola; Ojo, Temitope Olumuyiwa & Afolabi, Olusegun Temitope (2023). Girls at risk: FGM intentions among in-school adolescents of a rural community in Osun State, Nigeria. *The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care*, 28(1), 72–78. Tilgjengelig fra <https://doi.org/10.1080/13625187.2022.2135371> [lastet ned 3. april 2023].
- IRB Canada, dvs. Immigration and Refugee Board of Canada (2015, 16. november). *Nigeria : Prevalence of female genital mutilation (FGM) among the Urhobo, including the consequences for refusing to undergo this procedure, particularly pregnant women; state protection available (2014-March 2015)*. Ottawa: IRB Canada. Tilgjengelig fra <https://www.refworld.org/docid/56498d834.html> [lastet ned 16. april 2023].
- IRB Canada, dvs. Immigration and Refugee Board of Canada (2021, 26. oktober). *Nigeria: Update to NGA200625 on prevalence of female genital mutilation/cutting (FGM/C), including ethnic groups in which FGM/C is prevalent; ability of parents to refuse FGM/C for their daughter; consequences for refusal; state protection and support services (2019–October 2021)*. Ottawa: IRB Canada. Tilgjengelig fra <https://www.ecoi.net/en/document/2066531.html> [lastet ned 28. mars 2023].
- Johnsdotter, Sara (Red.) (2020). *Female genital cutting – The global north and south*. Malmö: Centre for Sexology and Sexuality Studies, Malmö University.
- The Lancet Public Health (2021). COVID-19 hindering progress against female genital mutilation. *The Lancet Public Health*, 6(3). Tilgjengelig fra [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(21\)00030-X](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(21)00030-X) [lastet ned 3. januar 2023].

- Landinfo (2010, 17. august). *Nigeria: Kvinner og intern migrasjon*. Oslo: Landinfo. Tilgjengelig fra <https://landinfo.no/wp-content/uploads/2018/03/Nigeria-Kvinner-og-intern-migrasjon-17082010.pdf> [lastet ned 17. august 2010].
- Mandara, Mairo Usman (2004). Female genital mutilation in Nigeria. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 84(3), 291–298. Tilgjengelig fra <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0020729203002777> [lastet ned 13. november 2012].
- NBS, dvs. National Bureau of Statistics & UNICEF, dvs. FNs barnefond (2022, august). *Multiple Indicator Cluster Survey 2021, Survey Findings Report*. Abuja: NBS & UNICEF. Tilgjengelig fra <https://www.unicef.org/nigeria/media/6316/file/2021%20MICS%20full%20report%20.pdf> [lastet ned 3. januar 2023].
- NDHS (2014, juni). *Nigeria Demographic and Health Survey 2013*. Abuja/Rockville, MD.: National Population Commission [Nigeria] & ICF International,. Tilgjengelig fra <https://dhsprogram.com/pubs/pdf/FR293/FR293.pdf> [lastet ned 3. januar 2023].
- NDHS (2019, oktober). *Nigeria Demographic and Health Survey 2018*. Abuja/Rockville, MD.: National Population Commission [Nigeria] og ICF International. Tilgjengelig fra <http://dhsprogram.com/pubs/pdf/FR359/FR359.pdf> [lastet ned 3. januar 2023].
- Netherlands Ministry of Foreign Affairs (2021, mars). *Country of origin information report Nigeria*. The Hague: Ministerie van Buitenlandse Zaken. Tilgjengelig fra https://www.ecoi.net/en/file/local/2054389/03_2021_MinBZ_NL_COI_Nigeria.pdf [lastet ned 14. april 2023].
- NHRC, dvs. National Human Rights Council Nigeria (u.å.). *State Offices*. Abuja: NHRC. Tilgjengelig fra <https://www.nigeriarights.gov.ng/map.html> [lastet ned 1. juni 2023].
- Obianwu, Otibho; Adetunji, Adetayo & Dirisu, Osasuyi (2018). *Understanding medicalisation of female genital mutilation/cutting (FGM/C): A qualitative study of parents and health workers in Nigeria*. New York: Population Council. Tilgjengelig fra https://knowledgecommons.popcouncil.org/departments_sbsr-rh/572/ [lastet ned 3. november 2021].
- Odo, Amelia Ngozi; Dibia, Samuel Ifeanyi Christian; Nwagu, Evelyn Nwanebe; Umoke, MaryJoy & Umoke, Prince Christian Ifeanchor (2020). Towards Characterization of Female Genital Mutilation (FGM) in Rural Nigeria. *African Health Sciences*, 20(4). Tilgjengelig fra <https://www.ajol.info/index.php/ahs/article/view/202368> [lastet ned 15. april 2023].
- Okunade, Samuel Kehinde; Okunowo, Adeyemi A ; Omisakin, Sunday I & Ajepe, Gbenga (2016). An institutional survey of female genital mutilation in Lagos, South-West, Nigeria. *Orient Journal of Medicine*, 28(1-2), 28-35. Tilgjengelig fra <https://www.ajol.info/index.php/ojm/article/view/138748> [lastet ned 3. april 2023].
- Olagunuju, David (2018, 4. februar). FGM: The pain of a culture that won't go away. *Nigerian Tribune*. Tilgjengelig fra <https://tribuneonline.com/fgm-pain-culture-wont-go-away/> [lastet ned 3. januar 2023].
- Omigbodun, Olayinka; Bella-Awusah, Tolulope; Emma-Echiegu, Nkechi; Abdulmalik, Jibril; Omigbodun, Akinyinka; Doucet, Marie-Hélène & Groleau, Danielle (2022). Escaping social rejection, gaining total capital: the complex psychological experience of female genital mutilation/cutting (FGM/C) among the Izzi in Southeast Nigeria. *Reproductive Health*, 19(1). Tilgjengelig fra <https://dx.doi.org/10.1186/s12978-022-01348-3> [lastet ned 3. april 2023].

- Onuah, Felix (2023, 29. april). Nigeria again postpones first census in 17 years. *Reuters*. Tilgjengelig fra <https://www.reuters.com/world/africa/nigeria-again-postpones-first-census-17-years-2023-04-29/> [lastet ned 14. juli 2023].
- Orchid Project (2020, september). *Impacts of COVID-19 on female genital cutting*. London: Orchid Project. Tilgjengelig fra <https://www.orchidproject.org/impacts-of-covid-19-on-female-genital-cutting-fgc/> [lastet ned 3. januar 2023].
- Orchid Project & 28 Too Many (2023, mars). *FGM/C in Nigeria: Country Profile Update March 2023*. London: 28 Too Many. Tilgjengelig fra [https://www.fgmc.org/media/uploads/Country%20Research%20and%20Resources/Nigeria/nigeria_country_profile_update_v2_\(july_2023\).pdf](https://www.fgmc.org/media/uploads/Country%20Research%20and%20Resources/Nigeria/nigeria_country_profile_update_v2_(july_2023).pdf) [lastet ned 11. april 2023].
- Orji, Ernest Okechukwu & Babalola, Adetutu (2006). Correlates of Female Genital Mutilation and Its Impact on Safe Motherhood. *Journal of Turkish-German Gynecology Association*, 7(4), 319-324. Tilgjengelig fra https://cms.galenos.com.tr/Uploads/Article_12889/JTGA-319-3242.pdf.
- Orubuloye, I.O.; Caldwell, Pat & Caldwell, John C. (2000). Female "circumcision" among the Yoruba of southwestern Nigeria: The beginning of change. I: Shell-Duncan, Bettina & Hernlund, Ylva K. (Red.), *Female "circumcision" in Africa: Culture, controversy, and change* (s. 73–94). Boulder: Lynne Rienner.
- Partners West Africa Nigeria (2023). *VAPP Tracker*. Abuja: Rule of Law and Empowerment Initiative Partners West Africa Nigeria. Tilgjengelig fra <https://www.partnersnigeria.org/vapp-tracker/> [lastet ned 27. mars 2023].
- Popoola, B.I. (2007). Prevalence of female genital mutilation and parents' attitude among the Yorubas in Western Nigeria: Health and wellness. *African Journal for Physical Health Education, Recreation and Dance*, 13(1), 17–31. Tilgjengelig fra <https://doi.org/10.1177/1043659603262486>.
- Population Council (2020). *Reflections from Five Years Research* (Evidence to End FGM/C). Nairobi: Population Council. Tilgjengelig fra https://knowledgecommons.popcouncil.org/departments_sbsr-rh/1086/ [lastet ned 4. januar 2023].
- Population Reference Bureau (2018). *Understanding the Impact of Medicalisation on Female Genital Mutilation/Cutting*. Washington: Population Reference Bureau. Tilgjengelig fra <https://interactives.prb.org/medicalization/index.html#> [lastet ned 4. januar 2023].
- Renne, Elisha (2020, 19. januar). *Global Feminism Comparative Studies of Women's Activism and Scholarship. Transcript of Mairo Mandara*. Michigan: University of Michigan. Tilgjengelig fra https://sites.lsa.umich.edu/globalfeminisms/wp-content/uploads/sites/787/2020/10/Mandara_Nigeria_Annotated_Final.pdf [lastet ned 15. april 2023].
- Snow, R.C.; Slinger, T.E.; Okonofua, F.E.; Oronsaye, F. & Wacker, J. (2002). Female genital cutting in southern urban and peri-urban Nigeria: Self-reported validity, social determinants and secular decline. *Tropical Medicine & International Health*, 7(1), 91–100. Tilgjengelig fra <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1046/j.1365-3156.2002.00829.x> [lastet ned 13. november 2012].
- Sodje, JDK & Ilevbare, FO (2020). Transcultural Influence on Female Genital Mutilation Done in Late Pregnancy: A Case Report. *Nigerian Journal of Clinical Practice*, 23(6), 883-886. Tilgjengelig fra <https://www.google.com/url?client=internal-element-cse&cx=007797540432222069508:kprfz3->

[g5lc&q=https://www.ajol.info/index.php/njcp/article/view/215555/203287&sa=U&ved=2ahUKEwjHu4iyjYH-AhXPvIsKHZ_gA_I4FBAWegQIDBAC&usq=AOvVaw1IWfbggG9dMGlkC6A9bncC](https://www.ajol.info/index.php/njcp/article/view/215555/203287&sa=U&ved=2ahUKEwjHu4iyjYH-AhXPvIsKHZ_gA_I4FBAWegQIDBAC&usq=AOvVaw1IWfbggG9dMGlkC6A9bncC)

Spotlight Initiative (2020). *Government of Nigeria and EU-UN Spotlight Initiative Jointly Launch the National Gender-Based Violence Data Situation Room and Dashboard in Nigeria*. Abuja: Spotlight Initiative. Tilgjengelig fra <https://spotlightinitiative.org/press/government-nigeria-and-eu-un-spotlight-initiative-jointly-launch-national-gender-based> [lastet ned 3. januar 2023].

Spotlight Initiative (2022, 2. februar). *How Spotlight Initiative is working to end female genital mutilation by 2030*. s.n.: Spotlight Initiative. Tilgjengelig fra <https://spotlightinitiative.org/news/how-spotlight-initiative-working-end-female-genital-mutilation-2030>.

U.S. Department of State (2023). *Nigeria 2022 Human Rights Report*. Washington D.C.: U.S. Department of State. Tilgjengelig fra https://www.state.gov/wp-content/uploads/2023/03/415610_NIGERIA-2022-HUMAN-RIGHTS-REPORT.pdf.

Udeme, Edoamaowo & Dadik, Sekyen (2022, 8. mars 2022). *Nigeria: FGM Rises Amid Pandemic*. s.l.: Institute for War & Peace Reporting. Tilgjengelig fra <https://iwpr.net/global-voices/nigeria-fgm-rises-amid-pandemic> [lastet ned 3. januar 2023].

UNFPA (2022). *Female Genital Mutilation in Nigeria Situation Analysis UNFPA 2021*. Abuja. Tilgjengelig fra <https://nigeria.unfpa.org/en/publications/female-genital-mutilation-nigeria-situation-analysis-unfpa-2021> [lastet ned 10. januar 2023].

UNFPA, dvs. FNs befolkningsfond (2023a). *National Policy & Plan of Action for the Elimination of Female Genital Mutilation in Nigeria (2021 - 2025)*. FNs befolkningsfond, dvs. UNFPA. Tilgjengelig fra <https://nigeria.unfpa.org/en/publications/national-policy-plan-action-elimination-female-genital-mutilation-nigeria-2021-2025>.

UNFPA, dvs. FNs befolkningsfond (2023b, 23. januar). *UNFPA-UNICEF Joint Programme on the Elimination of Female Genital Mutilation*. New York: UNFPA. Tilgjengelig fra <https://www.unfpa.org/unfpa-unicef-joint-programme-female-genital-mutilation>.

UNICEF, dvs. FNs barnefond (2013, 22. juli). *Female genital mutilation/cutting: A statistical overview and exploration of the dynamics of change*. New York: UNICEF. Tilgjengelig fra <https://data.unicef.org/resources/fgm-statistical-overview-and-dynamics-of-change/> [lastet ned 1. november 2013].

UNICEF, dvs. FNs barnefond (2021, 5. februar). *2 million additional cases of female genital mutilation likely to occur over next decade due to COVID-19*. New York, : UNICEF. Tilgjengelig fra <https://www.unicef.org/press-releases/2-million-additional-cases-female-genital-mutilation-likely-occur-over-next-decade> [lastet ned 3. januar 2023].

UNICEF, dvs. FNs barnefond (2022a, mai 2022). *Female genital mutilation (FGM) notes on the data*. New York, : UNICEF. Tilgjengelig fra https://data.unicef.org/topic/child-protection/female-genital-mutilation/#_ftnref1.

UNICEF, dvs. FNs barnefond (2022b). *UNICEF warns FGM on the rise among young Nigerian girls*. Abuja: UNICEF. Tilgjengelig fra <https://www.unicef.org/nigeria/press-releases/unicef-warns-fgm-rise-among-young-nigerian-girls> [lastet ned 3. januar 2023].

Vikør, Knut (2006). *Islam – ei faktabok*. Oslo: Spartacus.

WHO, dvs. Verdens helseorganisasjon (2019, 11. desember). *WHO and partners harmonize Government efforts to stop medicalization of Female Genital Mutilation*. Abuja: WHO.

Tilgjengelig fra <https://www.afro.who.int/news/who-and-partners-harmonize-government-efforts-stop-medicalization-female-genital-mutilation> [lastet ned 3. januar 2023].

WHO, dvs. World Health Organization (2020, 3. februar). *Female genital mutilation*. Genève: WHO. Tilgjengelig fra <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/female-genital-mutilation> [lastet ned 9. november 2021].

7.2 Muntlige kilder

Aderibigbe, Costly (2023). UNFPAs ungdomsrepresentant. Digitalt intervju, 17. mars 2023.

Bello, Bukhari & Ojukwu, Anthony (2006). representanter for National Human Rights Commission. Intervju i Abuja, mars 2006.

Population Council intervju (2023). Research Analysts at Population Council. Digitalt intervju, 8. mars 2023. Research Analyst Adetayo Adetunji, Research Officer Eno-Obong Etim.

8

Vedlegg

Tabellene nedenfor viser en sammenligning av andel kvinner/jenter utsatt for kjønnslemlestelse i de ulike sonene/delstatene. Tabellene er sortert etter forskjellen i andel omskårne. Tabellen er utformet av Landinfo med data fra NBS og UNICEF (2022, s. 354-355 og 358-359).

Tabell 1 – Sammenligning av andel omskårne blant kvinner 15-49 år og andel jenter 0-14 år, fordelt på geografisk sone.

Sone	Kvinner 15-49 år	Jenter 0-14 år	Sammenligning, kvinner 15-49 år vs. jenter 0-14 år
Sørøst	21,7 %	3,8 %	-17,9 %
Sørvest	28,5 %	11,1 %	-17,4 %
Sørsør	21,4 %	5,4 %	-16,0 %
Nordsentral	9,1 %	5,4 %	-3,7 %
Nordøst	1,7 %	0,7 %	-1,0 %
Nordvest	8,2 %	14,1 %	5,9 %

Tabell 2 – Sammenligning av andel omskårne blant kvinner 15-49 år og andel jenter 0-14 år, per delstat.

Delstat	Kvinner 15-49 år	Jenter 0-14 år	Sammenligning, kvinner 15-49 år vs. jenter 0-14 år
Osun	44,7 %	12,8 %	-31,9 %
Delta	33,8 %	4,8 %	-29,0 %
Imo	38,0 %	9,7 %	-28,3 %
Ekiti	50,4 %	23,7 %	-26,7 %
Kwara	58,3 %	35,0 %	-23,3 %
Oyo	43,2 %	21,1 %	-22,1 %
Cross River	23,0 %	2,3 %	-20,7 %
Edo	29,5 %	8,8 %	-20,7 %
Ebonyi	20,4 %	0,2 %	-20,2 %
Bayelsa	20,1 %	0,2 %	-19,9 %
Lagos	21,2 %	3,8 %	-17,4 %
Abia	20,3 %	3,0 %	-17,3 %
Enugu	19,0 %	3,7 %	-15,3 %
Anambra	13,1 %	2,1 %	-11,0 %
Nasarawa	20,7 %	11,6 %	-9,1 %
Ondo	25,1 %	16,7 %	-8,4 %
Ogun	8,6 %	2,1 %	-6,5 %
Akwa Ibom	6,4 %	0,3 %	-6,1 %
Rivers	16,2 %	10,9 %	-5,3 %
Borno	7,1 %	3,2 %	-3,9 %

Benue	1,9 %	0,0 %	-1,9 %
Federal Capital Territory (Abuja)	1,6 %	0,1 %	-1,5 %
Yobe	1,2 %	0,0 %	-1,2 %
Sokoto	2,2 %	1,3 %	-0,9 %
Niger	0,7 %	0,3 %	-0,4 %
Adamawa	0,2 %	0,0 %	-0,2 %
Bauchi	0,2 %	0,0 %	-0,2 %
Taraba	0,3 %	0,1 %	-0,2 %
Kogi	0,9 %	0,7 %	-0,2 %
Kebbi	0,6 %	0,5 %	-0,1 %
Zamfara	0,1 %	0,0 %	-0,1 %
Gombe	0,0 %	0,0 %	0,0 %
Katsina	5,9 %	7,8 %	1,9 %
Plateau	0,9 %	2,9 %	2,0 %
Kaduna	9,5 %	16,8 %	7,3 %
Jigawa	1,7 %	9,8 %	8,1 %
Kano	19,8 %	34,8 %	15,0 %