

10 Kjønnsllemlestelse: "En baby kan ikke sladre"

10.1 Bakgrunn

I de land og områder der kjønnsllemlestelse er utbredt, praktiseres også arrangert ekteskap. Arrangert ekteskap og kjønnsllemlestelse går hånd i hånd hva gjelder å kontrollere jenter og kvinners seksualitet. Slik sett er kjønnsllemlestelse et tema relatert til tvangsekteskap: Uten praksisen med arrangert ekteskap, vil praksisen med kjønnsllemlestelse langt på vei bli utryddet.

Kjønnsllemlestelse av jentebarn i Norge ble for alvor satt på den politiske dagsordenen høsten 2000, da TV2 dokumenterte faktiske tilfeller av lemlestelse: Jenter bosatt i Norge av somalisk og gambisk opprinnelseslandet var i de senere år sendt til utlandet for lemlesting. De yngste var seks måneder gamle gambiske tvillinger. De to eldste var unge somalisk kvinner som hadde blitt sendt til henholdsvis Somalia og Djibouti og lemlestet. Det ble også referert til at jenter i Norge var blitt lemlestet i europeiske land, først og fremst England.

Det oppsiktsvekkende med programmet var at det for første gang i Norge ble dokumentert at denne praksisen videreføres ved migrasjon. Inntil da var det fra tid til annen spekulasjoner om barn bosatt i Norge ble utsatt for dette overgrepet. Hovedfokuset både i offentlig debatt og internt i byråkrati og institusjoner var imidlertid skadevirkningene av kjønnsllemlestelse, særlig knyttet til kvinnenes smerter og traumer ved svangerskap og barnefødsel.

10.1.1 Lovverk

På midten av 1990-tallet ble det innført en særlov mot kjønnsllemlestelse. Loven sier:

§ 1 Den som forsettelig utfører et inngrep i en kvinnes kjønnsorgan som skader kjønnsorganet eller påfører det varige forandringer, straffes for kjønnsllemlestelse. Straffen er fengsel inntil 3 år, men inntil 6 år dersom inngrepet har som følge sykdom eller arbeidsudyktighet som varer over to uker, eller en uhelbredelig lyte, feil eller skade er voldt, og inntil 8 år dersom inngrepet har som følge død eller betydelig skade på legeme og helbred. Medvirkning straffes på samme måte.

Rekonstruksjon av kjønnsllemlestelse straffes som nevnt i første ledd.

*Samtykke fritar ikke for straff.*¹

Den nye loven betydde derimot ikke at kjønnslemlestelse av jenter var lovlig før denne tid. Omskjæring av jenter ville da blitt påtalt etter bestemmelser i straffeloven som er nærmest likelydende (forskjellen mellom gammel og ny lov var i all hovedsak selve betegnelsen kjønnslemlestelse). Den nye loven ble innført dels for å avklare enkelte tvilsspørsmål rundt selve overgrepet og dels et politisk ønske om å sende klare signaler til nyankomne grupper om norsk holdning til denne tradisjonen – altså skulle loven ha en forebyggende effekt.

10.1.2 Politiske tiltak

Avsløringen i TV2 utløste sterke tverrpolitiske reaksjoner. Daværende barne- og familieminister, Karita Bekkemellem Orheim (Ap), tok initiativ til en handlingsplan for å forebygge lemlesting og hjelpe de som var utsatt for denne ødeleggende praksisen. Det ble opprettet et statlig prosjekt (OK-prosjekt) som fikk 15 millioner kroner fordelt over tre år for å lede an i forebyggende og informativt arbeid.²

Daværende opposisjonspolitiker og nå justisminister, Odd-Einar Dørum (V), tok til ordet for helseundersøkelser av jentebarn for å forebygge lemlesting. Ved ulike anledninger har også Fremskrittspartiet fremmet forslag (nasjonalt og lokalt i Oslo), om at ”aktuelle grupper” skal helseundersøkes for å avdekke eventuell lemlesting. HRS har også ved flere anledninger foreslått helseundersøkelser – men uten å sile ut risikogrupper.³

10.1.3 Én anmeldelse

Per dags dato er det ikke innført helseundersøkelser, og ingen foreldre eller omskjærere har noensinne vært siktet eller dømt for kjønnslemlestelse. Så langt vi kjenner til, har norsk politi kun mottatt én anmeldelse som ledet til etterforskning og konstatering av lemlesting. Saken ble omtalt i Dagbladet, 8.januar 2001⁴:

¹ Lov av 15.desember 1995, nr. 74. Av lovteksten går det frem at det er vel så straffbart å sørge for at kjønnslemlestelse utføres, som å utføre selve inngrepet. Det er like straffbart å ta barnet ut av Norge og gjennomføre inngrepet i et annet land som å utføre kjønnslemlestelse her. At ”*samtykke ikke fritar for straff*” betyr eksempelvis at en forelder som ikke uttrykker motstand mot at inngrepet utføres, omfattes av loven. Eventuelt samtykke fra barnet/den unge fritar ikke initiativtakerne eller omskjæreren fra straffeforfølgelse. Jenta eller kvinnen selv kan ikke straffes.

² www.okprosjekt.no

³ Oslo bystyre 14.11.02, og kommunalkomiteen på Stortinget 01.02.02, jf. www.rights.no

⁴ Reportasjen ble skrevet av daværende frilansjournalist Storhaug, nå informasjonsleder i HRS.

Døtrene ble omskåret: mor anmelder far

En gambisk kvinne har sendt sjokkbølger inn i det afrikanske miljøet i Norge ved å anmelde ektemannen for medvirkning til kjønnslemlestelse av døtrene. Nå lever kvinnen i skjul med sine fire barn.

- Jeg tryglet ektemannen min om ikke å forlate meg og barna alene med hans familie i Gambia. Jeg sa: Ikke reis, uten din beskyttelse kommer jentene til å bli omskåret! Men han brydde seg ikke, forteller kvinnen. Kort tid etter ble døtrene kjønnslemlestet.

Kvinnen er mor til fire barn. Via sin oppnevnte tolk forteller hun at gambiere i Norge vet at det er hun som står bak den historiske anmeldelsen.

- De vet at jeg nylig klarte å rømme fra Gambia og tilbake til Norge sammen med barna, og at jeg nå lever i skjul. Folk tenker at det ikke kan være andre enn meg som har våget å anmelde ektemannen min. Jeg har ingenting å tape på å fortelle, sier hun.

Isolert liv

Kvinnen er den første innvandremoren med afrikansk bakgrunn som forteller om de ulovlige forholdene.

Etter at hun kom til Norge i 1991 gjennom ekteskap med fetteren sin, har hun levd et isolert og fattigslig liv. Hun forteller at hun aldri har hatt egne penger i hånda.

Hun har aldri tatt buss eller trikk alene. Hun har ikke fått lov til å lære seg norsk, og hun har vært avskåret fra kontakt med gambiere og nordmenn.

Hun har aldri fått mulighet til å søke norsk statsborgerskap. Mannen er norsk statsborger.

- Ektemannen min sa: «Hvis du lærer det norske samfunnet å kjenne, kommer du til å gå fra meg,» forteller hun.

Lemlestet i Gambia

Etter at kvinnen fødte et jentebarn, har hun svært motvillig blitt med ektemannen på besøk til Gambia.

Første gang var i 1998. Hun gikk til det offentlige med bønn om å stanse ektemannen i å ta dem til Gambia. Argumentet hennes var at det eldste barnet, som er autist, ikke burde tas ut av behandling.

Hun fortalte ikke at hun også fryktet at jentene kunne bli omskåret.

- Omskjæring snakker man ikke med fremmede om. Og ville de forstått meg? spør hun.

Hun fikk ikke støtte. Begrunnelsen var at man ikke kan nekte en far å ta med seg barna ut av Norge. Hele familien dro til det indre Gambia, til et lite sted som ligger cirka 45 mil fra hovedstaden Banjul.

- Vi bodde hos familien til ektemannen min. En dag fortalte han at han skulle til Banjul. Jeg ble sint, og sa at han ikke måtte reise fordi jentene kom til å bli lemlestet uten hans beskyttelse, sier kvinnen.

- Som mor og kvinne har jeg ikke makt til å forhindre svigerfamilien min å gjøre som de vil. Men han brydde seg ikke, og dro, forteller hun.

- En natt mens jeg sov, skjedde det. Jeg våknet om morgenen, og begge jentene mine var borte. Jeg løp rundt i huset og lette etter dem. Til slutt fant jeg dem. Begge

gråt, begge var lemlestet. Jeg gråt også, mens svigerfamilien min lo. Jeg husker godt at jentenes bestefar sa: «Hold kjeft, du er også omskåret!» forteller hun.

De samme ordene skal ektemannen ha brukt da hun konfronterte ham med hva som hadde skjedd. Det tok en hel uke før blødningene, forårsaket av lemlestingen, stanset.

Dumpet i Gambia

I februar i fjor ville ektemannen at familien igjen skulle til Gambia på et seks ukers besøk. Hun ante ugler i mosen, og tok kontakt med en kvinne i hjelpeapparatet som kjente familien godt, og fortalte om sin frykt.

- Jeg sa at jeg trodde planen hans var å dumpe meg i Gambia, ta fra meg passet mitt, gifte seg med en ny kvinne, og nekte meg tilbakereise til Norge. Med bruk av mitt pass, skulle den nye kona komme til Norge. Men ingen kunne hjelpe meg, selv om de etter min anmodning tok bilde av meg før jeg dro.

Mine protester mot å dra ble møtt med vold fra min mann. Til slutt ga jeg opp og ble med, sier hun.

I mai i fjor kom den første telefonen fra henne til en gambisk venn i Oslo. Hennes frykt hadde vært begrunnet, fortalte hun, og ba om hjelp til å kunne reise tilbake til Norge med barna. Hun hadde ikke nok penger til mat, hun og barna sultet og var syke. Dagbladet har lydopptak av disse samtalene.

Ble reddet

Den gambiske vennen gikk en flere måneder lang kanossagang i det norske systemet, og opplevde at Barneombudet ikke en gang svarte på henvendelsen. Til slutt endte hjelperen hennes opp hos Senter mot etnisk diskriminering (SMED), som tok saken på alvor. Men også SMED møtte veggen:

- Barnevernet kunne ikke hjelpe til tross for at alle barna er norske statsborgere.
- Sosialkontoret kunne ikke betale flybilletter for moren og barna.
- Utenriksminister Torbjørn Jagland og barne- og familieminister Karita Bekkemellem Orheim hadde heller ikke penger på sine budsjetter.

Da prøvde SMED siste mulighet; det ble skrevet nødbrev til norske millionærer. Pengene kom straks på bordet, og søndag 3. desember 2000 landet moren og barna i all hemmelighet på Gardermoen, iført sommerklær og sandaler. Det som skulle ha vært et seks ukers besøk i Gambia var blitt til ti måneder, og de ankom fire måneder etter at ektemannen reiste tilbake til Oslo.

Under trygge forhold på en institusjon jobbet kvinnen og advokat Eva Næsheim fram en anmeldelse mot ektemannen som omfatter blant annet frihetsberøvelse, vold mot moren og barna, og medvirkning til kjønnslemlestelse. Hun krever også skilsmisse. Dersom saken ender opp for domstolen, skaper den presedens.

Det sterke fokuset på kjønnslemlestelse denne høsten er en av årsakene til at kvinnen anmeldte ektemannen.

- Nå vet jeg at det også er straffbart å gjøre det utenfor Norge. Og nå vet jeg at jeg får hjelp til å klare meg alene med barna. Derfor våger jeg å anmelde dette, sier kvinnen, som håper andre kvinner forstår at det er mulig å få hjelp.

Trakk anmeldelsen

Politiet etterforsket saken. Jentebarna ble undersøkt ved Ullevål sykehus (og videofilm). Det ble konstatert at både klitoris og indre kjønnslepper var skåret bort. Det ble også dokumentert omfattende vold mot både mor og barn (blant annet merker etter piskeslag på ryggen).

Etter over et halvt års rehabilitering og svært tett oppfølging av både barna og kvinnen, snudde hun. Hun ble hyppigere og hyppigere kontaktet på telefon av ektemannen og hans nærmeste. Hun trakk anmeldelsene (etter press og trusler, slik vi er fortalt av kvinens nære venner). Anmeldelsene handlet både om medvirkning til kjønnslemlestelse, vold og frihetsberøvelse. Statsadvokaten henla saken på grunn av ”bevisets stilling”. Med barnevernets velsignelse flyttet kvinnen og barna sammen med mannen igjen. De bor sammen per i dag og fikk i fjor et nytt jentebarn.

10.1.4 16 år og kjønnslemlestet

Kjønnslemlestelse har aldri vært rettslig prøvd i Norge, men lemlesting har vært et rettslig tema. I Oslo byrett i 1997 fremkom det under en rettssak om tvangsekteskap (oppløsning av ekteskapet) at saksøker, en 17 år gammel somalisk jente, var blitt tvangsgiftet og lemlestet under et besøk i Etiopia.

Ifølge domsavgjørelsen skjedde følgende: I 1996 ble jenta tatt med til Etiopia av familiemedlemmer her i Norge. Hun var lovet at hun skulle få besøke sin mor som hun ikke hadde sett på seks år. Hun ble derfor frivillig med på reisen. Familien tok henne til et grisgrendt område mellom Etiopia og Somalia. Der ble hun tvangsgiftet til en ukjent mann, og hadde ingen mulighet for å unnsnippe. Det fantes ingen offentlig kommunikasjon, og hun kunne ikke rømme til fots ettersom hun ikke kjente området og var redd for slanger og rovdyr. På bryllupsnatten forstod ektemannen at jenta ikke var omskåret. Dagen etter vielsen ble hun lemlestet med tvang.

Ekteskapet ble i byretten annullert, det vil si at det ble kjent ugyldig. Selv om både lemlesting og frihetsberøvelse kom frem under rettssaken, ble ikke disse rettslig fulgt opp av påtalemakten.

10.2 Fakta om kjønnslemlestelse

10.2.1 Ulike former

Med kjønnslemlestelse av jenter menes alle former for inngrep der større eller mindre deler av de kvinnelige kjønnsorganene skades eller fjernes av kulturelle eller andre ikke-terapeutiske årsaker.

Kjønnslemlestelse av jenter er en samlebetegnelse på ulike former for inngrep på de kvinnelige kjønnsorganer. Verdens helseorganisasjon (WHO) beskriver fire typer av kjønnslemlestelse av jenter⁵:

Type 1:

Forhuden på klitoris fjernes. Vanligvis fjernes hele eller deler av klitoris også. Denne typen går ofte under betegnelsen "Sunna-omskjæring".

Type 2:

Forhuden og klitoris fjernes. I tillegg fjernes de indre kjønnsleppene helt eller delvis. Også definert som eksisjon. Denne typen kan dessuten omfattes av begrepet Sunna-omskjæring.

Type 3:

Klitoris, indre og ytre kjønnslepper fjernes helt eller delvis. Deretter syes vaginalåpningen igjen til åpningen er på størrelse med et knappenålshode. I et ukjent antall tilfeller avskjæres ikke klitoris, men gjemmes bort under hud når vaginalåpningen syes igjen. Denne typen kalles infibulering, eller benevnes som "gjensydd" eller "lukket". Den kan også ha andre betegnelser, slik som for eksempel "faranoisk omskjæring" eller "sudanesisk omskjæring".

Type 4:

Denne kategorien omfatter alle andre typer kjønnslemlestelse av jenter som ikke er klassifisert under de tre andre kategoriene. Dette er for eksempel:

- *stikking, gjennomhulling eller oppsnitning av klitoris og/eller kjønnsleppene,*
- *brenning av klitoris og omkringliggende vev,*
- *bortskraping av vev rundt vaginalåpningen eller oppsnitning av vagina,*
- *innføring av etsende stoffer eller urter i vagina for å forårsake blødning eller for å stramme eller innsnevre den.*

Som vist brukes mange betegnelser på de ulike typer omskjæringer. Noen av disse betegnelse indikerer (kanskje) en slags kulturell/religiøs/geografisk opprinnelse. For eksempel betyr sunna "muslimsk tradisjon", som igjen innebærer det som den islamske profeten Muhammed skal ha anbefalt, ifølge hadith-litteratur. Slik sett kan det tolkes dit hen at Sunna-omskjæring har noe

⁵ Verdens helseorganisasjon (WHO) ble opprettet i 1948 som en spesialorganisasjon under De Forente nasjoner (FN). WHO skal fungere som en veiledende og koordinerende instans i internasjonale helsespørsmål og saker hva angår folkehelsen. Den foreliggende tekst er utarbeidet med referanse til Female Genital Mutilation, Report of a Technical Working Group, Geneva, 17-19 July 1995, og hentet fra: Female Genital Mutilation fact sheets, august 1996. Denne informasjon finner du på WHO's nettsted, som oppdateres jevnlig.

med islam å gjøre.⁶ De mest praktiserte formene for kjønnslemlestelse av jenter er å finne blant type 1 og 2. De utgjør mer enn 80 %. Type 3 er den mest ekstreme varianten og utgjør om lag 15 % av all kjønnslemlestelse av jenter (ifølge statistikk fra 1995, WHO).

10.2.2 Alder

Alder for når jenter kjønnslemlestes, kan variere fra land til land og fra stamme til stamme. Som regel skjer inngrepet på jentene i god tid før de kommer i puberteten. Ifølge WHO er det mest vanlig å lemleste i alderen 4 og 10 år. Men noen kjønnslemlestes allerede som spedbarn (for eksempel i deler av Gambia, Senegal, Mauritania og Mali). I Somalia er det vanligst å utføre inngrepet på jentene i alderen 5 til 8 år. Et gjennomgående mønster er at type 2 ofte utføres helt ned i spedbarnsalderen, mens type 3 utføres på litt eldre jentebarn.

Ved migrasjon til Vesten har dette aldersbildet endret seg. Alderen er forskjøvet i begge retninger. Dette betyr eksempelvis at et gambisk jentebarn, som ifølge stammens tradisjon skulle vært omskåret ved 2-3-årsalderen, kan risikere å bli omskåret allerede som spedbarn (jf. ovennevnte gambiske tvillingjenter). Og somaliske jenter kan risikere å bli omskåret før de er 5 år gamle. I Norge er det også eksempler på at somaliske jenter i alderen 15-20 år har blitt omskåret (jf. blant annet ovennevnte rettssak i Oslo byrett). Denne endringen i alder skyldes flere forhold. Tre hovedmoment peker seg ut:

1. Å lemleste spedbarn er risikofritt med tanke på at barnet selv skulle fortelle om overgrepet. Når jenta vokser opp vet hun ofte ikke selv at hun er lemlestet.⁷
2. På grunn av flyktnings situasjon er ikke jenta av praktiske årsaker kjønnslemlestet før hun kom til Norge. Når hun eksempelvis nærmer seg puberteten, kan foreldre frykte at de ikke har seksuell kontroll på jenta og derfor lemleste henne. En annen årsak kan være press i omgivelsene ("alle er omskjært, men ikke datteren din...").⁸
3. HRS kjenner konkret til at unge jenter selv, uten åpenbar bruk av tvang, har akseptert å bli med til utlandet for lemlestelse (type 1 eller 2, såkalt Sunna-omskjæring eller eksisjon). Dette fordi de a) har latt seg overbevise at det er religiøst og kulturelt korrekt, b) at de har følt seg utenfor

⁶ Begreps- og opprinnelsesproblematikken var for øvrig også en av grunnene til at WHO fant det formålstjenlig å lage en kategorisering der man delte inn i type 1, type 2 osv.

⁷ Jamfør kap.10.3.3 om forhold i Frankrike.

⁸ Det sies ofte fra ulike personer i de aktuelle miljøene, at kjønnslemlestelse ikke snakkes om. I så fall er det påfallende, slik HRS erfarer det, hvor god oversikt miljøene har over hvem som er lemlestet og hvem som ikke er lemlestet, jf. blant annet mobbing/utestenging av jenter som ikke er lemlestet og baksnakking av foreldre som ikke fortsetter praksisen her.

venninnegjengen, som da består av jenter som er omskåret. Dermed er det lettere for foreldre å overbevise datteren at hun bør bli omskåret.

I praksis medfører disse aldersforskyvningene at alle jenter i alderen fra 0 år til de gifter seg, og som har bakgrunn fra land og grupper som praktiserer omskjæring, kan risikere å bli utsatt/være utsatt for et slikt overgrep.

10.2.3 Jenter i "risikozonen"

Kjønnslemlestelse av jenter praktiseres i hovedsak som et belte over midtre deler av Afrika. Type 3 er vanligst i Øst-Afrika, mens type 1 og 2 er vanligst i Vest-Afrika. Likevel er det så mange unntak at dette vanskelig kan gjengis som noen hovedregel. I eksempelvis deler av Mauritania, Senegal, Egypt, Chad, Gambia og Mali, praktiseres også type 3.

Også på deler av den arabiske halvøya praktiseres omskjæring av jenter, samt blant muslimske grupper på Java i Indonesia og i Malaysia.

Per 1.januar 2002 bodde det i Norge om lag 5.800 jenter (i alderen 0 – 19 år) som opprinnelig kommer fra land som praktiserer kjønnslemlestelse, jf. tabell 36. Den største gruppen er fra Somalia, med over 2.500 jenter. Dette er også en gruppe i sterk vekst, jf. kap.10.6.1.

Landbakgrunn	I Norge:			Omskjærings %	Årstall
	0-9 år	10-19 år	totalt		
Benin	1	2	3	50 %	1993
Burkina Faso	0	2	2	72 %	1998/99
Chad	1	0	1	60 %	1991
Demo.rep					
Kongo	0	0	0	5 %	(anekdotiske data)
Djibouti	4	1	5	98 %	(anekdotiske data)
Egypt	78	69	147	97 %	1995
Elfenbenskysten	30	19	49	43 %	1994/95
Eritrea	134	62	196	95 %	1995
Etiopia	491	304	795	85 %	1985;1990
Gambia	244	165	409	80 %	1985
Ghana	248	158	406	30 %	1986;1987(i)
Guinea	5	5	10	99 %	1999
Guinea Bissau	4	5	9	50 %	(anekdotiske data)
Kamerun	25	21	46	20 %	(anekdotiske data)
Kenya	151	115	266	38 %	1998
Liberia	16	11	27	60 %	1984
Mali	10	3	13	94 %	1995/96
Mauritania	3	1	4	25 %	(anekdotiske data) (ii)
Niger	2	2	4	5 %	1998
Nigeria	136	95	231	25 %	1999
Senegal	17	12	29	20 %	1990

Sentralaf. rep.	0	0	0	43 %	1994/95
Sierra Leone	50	38	88	90 %	1987
Somalia	1686	919	2605	96 -100 %	1982-93
Sudan	79	24	103	89 %	1989/90
Tanzania	93	65	158	18 %	1996
Togo	12	9	21	12 %	1996
Uganda	53	74	127	5 %	(anekdotiske data)
Yemen	11	3	14	23 %	1997
Saudi-Arabia	18	15	33		se fotnote 9
Oman	2	7	9		se fotnote 290
Forente emirater	27	9	38		se fotnote 290
Til sammen	3631	2215	5846		

Tabell 36: Antall jenter bosatt i Norge per. 01.01.02 med bakgrunn fra aktuelle land. Fordelt på aldersgrupper og forekomst av kjønnslemlestelse. Kilde: SSB 2002 (statistikkbanken, egne utregninger), og Nahid Toubia, 1995. I tillegg er følgende kilder benyttet (i): refererer til to nasjonale studier, i 1985 og 1995, utført av National Demographic and Health Surveys, DHS. (ii): refererer til nasjonal studie i 1985 utført av DHS. Prosenten utbredelse er anerkjent av blant andre WHO og Amnesty International.

Hva gjelder utbredelse i det enkelte land er det ytterligere to moment som må nevnes:

1. Prosentvis utbredelse kan for enkelte land være misvisende. Dette skyldes blant annet mangelfull innsikt i ulike grupper/stammers praksis. Kjønnslemlestelse har aldri vært et internasjonalt prioritert forskningsområde.
2. Statistikken sier ikke noe om hvilke etniske grupper eller stammer i det enkelte landet som praktiserer eller ikke praktiserer kjønnslemlestelse.

I samtale med HRS, sier den fremtredende franske sosiologen Isabelle Gillette Faye i GAMS,¹⁰ at mauritaniere synes å praktisere kjønnslemlestelse i langt større grad enn hva WHO rapporterer (WHO rapporterer ”kun” om en utbredelse på 20 %). Hennes inntrykk er basert på erfaring fra både Mauritania og blant mauritaniere i Frankrike.

I forhold til utbredelse i det enkelte land og konsekvenser for forebyggende arbeid i Frankrike, sier Faye videre: ”*Jeg er ikke interessert i å vite hvor mange*

⁹ Hva gjelder Saudi-Arabia, Oman og Forente Emirater, fins det ikke statistikk over utbredelse. En rekke anerkjente internasjonale kilder hevder at kjønnslemlestelse ikke forekommer i Saudi-Arabia. Ifølge den franske sosiologen Isabelle Gillette, stemmer ikke dette. For å være på den sikre siden, velger HRS å ikke utelukke at også jenter med bakgrunn fra Saudi-Arabia kan utsettes for kjønnslemlestelse.

¹⁰ Group pour l’Abolition des Mutilations Sexuelles et autres pratiques affectant la santé des femmes et des enfants.

fra Gambia eller Senegal som bor i Frankrike. Jeg vil vite hvilken stamme de tilhører. Da vet jeg hvilken praksis de etter all sannsynlighet har medbrakt.” Hun refererer her blant annet til de ulike stammene i Gambia og Senegal. Wolof-stammen lemlester ikke jentebarn (i så fall ytterst sjeldent), mens blant mandinkaene, diolaene, fulaniene, og serahuliene er kjønnslemlestelse utbredt. Type 2 er mest utbredt, men også type 3 praktiseres. Dette får igjen betydning for alderstidspunktet for lemlesting.

10.2.4 Hvor mange er lemlestet i Norge?

Hvor mange jenter som er født i Norge og deretter lemlestet, eller hvor mange som er lemlestet etter at de bosatte seg her, finnes det ingen data på.¹¹ En undersøkelse fra England viser at ca. 50 prosent av barn fra ”risikoland” som kom til England før de var omskåret, eller som er født i England, blir utsatt for denne tradisjonen.¹² Norges situasjon kan være sammenlignbar med Englands. I så fall betyr dette at vi kan forvente at om lag halvparten av somaliske jenter i Norge som er født her eller kom før de var omskåret, blir kjønnslemlestet.¹³

10.2.5 Skader ved kjønnslemlestelse/omskjæring

Ettersom kjønnslemlestelse har vært et lite prioritert helseområde internasjonalt og i aktuelle land, er det forsket lite på skadevirkninger ved kjønnslemlestelse av jenter. Ifølge blant andre WHO, er det derimot ingen tvil om at omskjæringen medfører både voldsomme smerter når inngrepet utføres, ofte varige smerter, og uopprettelige fysiske, psykiske og seksuelle skader.

Skader som kan oppstå når kjønnslemlestelsen utføres:

- smertesjokk
- blødninger som kan være livstruende
- infeksjoner
- blodforgiftning eller stivkrampe
- psykisk sjokk

¹¹ Det finnes heller ingen nasjonale data om dette i andre europeiske land, så langt vi har klart å undersøke dette.

¹² ”Female Circumcision”, a collaborative project between the London Black Women’s Health Action Project and the London School of Hygiene and Tropical Medicine, mars 1998.

¹³ Argument mot denne sammenlikningen er befolkningsmengde og bosettingsstruktur. I England bor det betydelig større aktuelle afrikanske grupper. Det har også dannet seg ghettoer. Ghettoer og folkemengde impliserer at kulturell praksis lettere slår rot. I tillegg er det avdekket at lemlesting foregår i England (Channel Four, 1997, og TV2, 2000). Omskjærere er altså etter all sannsynlighet langt lettere tilgjengelig i England enn i Norge.

Langsiktige skader kan være:

- smerter ved menstruasjon, særlig dersom jenta/kvinnen er gjensydd. Dersom menstruasjonsblodet ikke flyter ut, kan dette føre til infeksjoner som kan gjøre henne ufruktbar.
- store vanskeligheter med å urinere
- underlivssmerter generelt
- smerter i skrittet på grunn av mye arrvev
- infeksjoner i urinveien
- kroniske infeksjoner i urinveien som kan gjøre kvinnen ufruktbar
- depresjoner
- smerter ved samleie
- seksuelle problemer
- komplikasjoner ved svangerskap og fødsel¹⁴

10.2.6 Tegn på kjønnslemlestelse/omskjæring

Ei jente som nylig er omskåret kan vise disse tegnene:

- endrer atferdsmønster; hun blir innadvendt/virker deprimert eller sjenert
- bruker lang tid på å urinere (for eksempel rekker hun det ikke i løpet av et friminutt fordi hun er gjensydd)
- endrer sitt bevegelsesmønster; har problemer med fysisk aktivitet fordi hun er gjensydd og/eller at arrdannelser etter kjønnslemlestelse hemmer ulike bevegelser
- klager generelt på mye magesmerter (ofte spesielt knyttet til menstruasjonsfasen)
- har store smerter ved menstruasjon, eventuelt mye fravær fra skolen grunnet smertene.

Jenter som nylig er omskåret vil vise en eller annen form for endring av adferd.

10.2.7 Bakgrunn for skikken; mytene og misforståelsene

Kvinnelig kjønnslemlestelse skal ha blitt utført allerede da faraoene hersket i Egypt (4000 år før Kristus). Beviset for dette har man ved funn av kvinnelig mumie som var omskåret. Fra Egypt skal skikken ha spredt seg langs

¹⁴ Når det gjelder de *helsemessige konsekvensene* av kjønnslemlestelse/omskjæring av jenter, viser vi spesielt til del 2 i veileder for helsepersonell i Norge om kvinnelig omskjæring, utarbeidet av Statens helsetilsyn (5-2000, s.15 ff).

handelsruter og folkevandringer til arabiske og afrikanske land sør for Sahara, samt Malaysia og Indonesia.

Ifølge WHO er rundt 140 millioner kvinner utsatt for kjønnslemlestelse. Det er stipulert at det daglig omskjæres ca. 6.000 jentebarn. Det er i hovedsak muslimer som holder fast ved skikken, men i enkelte land utsettes også kristne, katolske, koptiske og andre jentebarn for kjønnslemlestelse.

At kjønnslemlestelse oppstod før både islam og kristendommen, betyr at dens opphav ikke kan knyttes til religion. Verken Bibelen eller Koranen sier noe om omskjæring av jenter. Likevel hevder eksempelvis mange muslimer fra aktuelle land at omskjæring er påbudt i Koranen, og derfor henter de ”støtte” i Koranen for videreføring av tradisjonen. Bakgrunnen synes blant annet å handle om at Koranen sier en skal respektere tradisjoner og sine foreldres vilje. I tillegg siteres hadith der muslimenes profet Muhammed skal ha anbefalt og/eller pålagt kjønnslemlestelse. To islamske lovskoler henholdsvis påbyr og anbefaler ”omskjæring” av jenter.¹⁵

Imidlertid kan tekster i Koranen også tolkes dit hen at omskjæring av jenter er i strid med islam, for eksempel forbyr islam å endre på det som Gud har skapt, og det er forbudt å skade seg selv. Det er også et faktum at analfabetisme er utbredt i mange land der omskjæring er en tradisjon, noe som fører til at mange selv ikke kan kontrollere hva som faktisk står i Koranen.

Ifølge WHO med flere er bakgrunnen for kjønnslemlestelse av jenter i all hovedsak seksuell kontroll av jenter og kvinner. Gjennom en reduksjon av kvinnens seksuelle lyst forventes hun å være enklere å kontrollere både før og i ekteskapet. Når jenta/ kvinnen syes igjen, er det et fysisk hinder for samleie og i tillegg har den kommende ektemannen mulighet til å sjekke om hun har hatt samleie før ekteskapet inngås. Men blant enkelte grupper (eksempelvis i Etiopia) forklares omskjæring med at kvinnen blir lettere å penetrere dersom deler av hennes kjønnsorgan er skåret bort. Med andre ord opprettholdes tradisjonen først og fremst for å gjøre kvinnen seksuell utilgjengelig, andre ganger derimot for å gjøre henne (mer) seksuell tilgjengelig.

Forskjellige folkegrupper bruker altså både like og ulike, noen ganger motstridende, forklaringer på hvorfor kjønnslemlestelse/omskjæring praktiseres. Mytene og misforståelsene er mange.¹⁶ Her gjengis noen av dem:

¹⁵ Shafi-skolen omtaler kjønnslemlestelse som en *plikt*, og Hanbali-skolen *anbefaler* kjønnslemlestelse.

¹⁶ Jf. også Sunhedsbestyrelsen, Danmark 1999, sin veiledning om "Forebyggelse af omskæring af piger"

- Omskjæring er nødvendig for at jenta skal bli en kvinne med seksuell moral.
- Jenters kjønnsorgan er urene (i religiøs forstand), derfor må de fjernes.
- Ingen mann vil gifte seg med en kvinne som ikke er omskåret, for da kan han ikke vite om hun er jomfru.
- Omskjæring er en tradisjon som vår slekt har fulgt i generasjoner. Derfor bør vi fortsette tradisjonen.
- Omskjæring hindrer jenter i å ha sex før ekteskapet.
- Kvinner som ikke er omskåret har for sterke seksuelle følelser og mister kontroll over sine egne handlinger.
- En omskåret jente forsterker mannens seksualitet.
- Omskjæring er nødvendig for at ikke klitoris skal vokse og bli så stor at mannen ikke kan trenge inn i henne.
- En kvinne som ikke er omskåret kan ikke bli gravid.

Flere av de ovennevnte forklaringene, er formidlet av voksne og unge kvinner i Norge som opprinnelig kommer fra land der kjønnslemlestelse praktiseres. Andre forklaringer som er med på å opprettholde skikken er:

- I Somalia er det et skjønnhetsideal at kvinner er helt glatte i skrittet. Samtidig anses dette for å være renslig.
- I land der omskjæring praktiseres, vet mange ikke hvordan en kvinnes kjønnslepper ser ut når hun ikke er omskåret. Myten er at dersom ikke kjønnsleppene fjernes, vil de fortsette å vokse. Man frykter at også at klitoris vil fortsette å vokse til den blir på størrelse med en penis.
- I vestafrikanske land tror mange at barnet kan dø under fødselen dersom det berører klitoris. Blant disse gruppene er det derfor vanlig å fjerne klitoris på jentene når de er i gifteklar alder eller like før de giftes bort.
- I land der kjønnslemlestelse praktiseres, kan seremonien rundt inngrepet sammenliknes med vår konfirmasjon – innvielse til voksenlivet.
- Gutter og menn læres opp til å ikke gifte seg med en kvinne som ikke er omskåret. Sosialt og materielt har en ugift kvinne ingen fremtid. Mødre og bestemødre tar ikke sjansen på at datteren eller datterdatteren ikke blir giftet bort.
- Brudeprisen reduseres kraftig eller bortfaller dersom kvinnen ikke er omskåret.
- En kvinne som ikke er omskåret, betraktes som religiøst uren. Hun risikerer å ikke få lov til å be eller gå i moskeen.

Særlig eldre kvinner holder fast ved skikken. Det gir dem status å foreta omskjæring, samtidig som omskjæring kan være en viktig inntektskilde.

10.3 Kjønnsllemlestelse i Europa

10.3.1 Danmark og Sverige

Sverige og Danmark har betydelig større grupper fra land og områder som praktiserer kjønnsllemlestelse enn vi har. Særlig somaliere utpeker seg som en høyrisikogruppe. Dette handler først og fremst om og det forholdsvis høye antallet somaliere sammenliknet med andre aktuelle grupper, andelen jenter/kvinner som lemlestes i Somalia som er på opp mot 100 prosent, kombinert med årlig høy tilstrømning av nyankomne flyktninger.¹⁷

Sverige var det første landet i Europa som innførte en særlov mot kjønnsllemlestelse (1982). Danmark har ikke særlov, men bruker straffeloven knyttet til ”legemsangreb af særlig rå, brutal eller farlig karakter” og ”mishandling” (§ 245, stk.1 og stk.2).¹⁸ Heller ikke Danmark og Sverige har hatt en eneste rettsak om kjønnsllemlestelse. Så langt HRS har klart å søke informasjon, har det heller ikke vært ført etterforskning som har ført til at kjønnsllemlestelse er avdekket og det er tatt ut tiltale.

I Danmark har debatten om kjønnsllemlestelse rast i media ved flere anledninger siste året. Først ved at imamer offentlig støttet kjønnsllemlestelse:

Imamer anbefaler omskæring

De religiøse somaliske ledere, imamerne, oppfordrer forældre til at lade deres døtre omskære. Også selv om det er forbudt ifølge dansk lov. Det skriver Information.

En af de imamer, der går ind for omskæring, er Mustafa Abdullahi Aden fra Ålborg, som siger til avisen, at han anbefaler den såkaldte sunna-omskæring, hvor 'kun' klitoris fjernes.

"Det er godt for pigerne at blive omskåret. Det er et tegn på, at man er rettroende muslim," siger imamen til Information. Til gengæld fraråder han den såkaldte infibulation, hvor både klitoris og skamlæber syes sammen på nær et lille hul. Det typiske er, siger han, at pigerne bliver omskåret i Holland, Tyrkiet eller Afrika, fordi stemningen i Danmark gør det vanskelig at udføre operationen.

Abduallahi Aden møder opbakning fra flere af de øvrige imamer i Danmark.¹⁹

Senest i mars (2003) truet syv somaliske organisasjoner i Århus med å ta barna ut av skole og barnehage hvis myndighetene undersøkte somaliske jenter for

¹⁷ For statistikk over innvandrerbefolkningen i Sverige og Danmark se hhv. kap.3 og 4.

¹⁸ Det danske lovverket er nesten identisk med straffeparagrafene som ville kommet til anvendelse i Norge før vi fikk en særlov om kjønnsllemlestelse.

¹⁹ www.infopaq.dk 08.11.02

kjønnslemlestelse. Foranledningen var at det ble kjent at ei lita jente ble helseundersøkt ut fra mistanke om lemlesting. I pressemeldingen fra foreningene heter det:

Sagen drejer sig om en tre-fire årig somalisk pige, som kort før jul blev undersøgt. Det skete, fordi personalet i børnehaven fik mistanke om, at hun var blevet omskåret. Pigen fik hevet bukserne ned og blev undersøgt af kommunens børne- og ungelæge. og undersøgelsen viste da også, at pigen ikke var omskåret.

Flere somaliske foreninger i byen er rasende over, at kommunen foretager den slags undersøgelser, som man finder krænkende... De somaliske foreninger i Århus tager kraftigt afstand fra tvangsundersøgelsen af uskyldige somaliske børn. Der gøres opmærksom på, at somaliere i generationer har bekæmpet omskæring, samt at skikken er imod islam.

Efter deres mening handler debatten om omskæring i Danmark ikke om selve problematikken omkring omskæring, men om hetz og forfølgelse mod somaliere i Danmark... Ligeledes mangler den ekspertise og fagligt input.

Kort sagt hænger debatten sammen med at regeringen og Dansk Folkeparti vil gøre alt, hvad de kan for at dæmonisere og demoralisere indvandrere og flygtninge - heriblandt somaliere.

Det vil ikke lykkedes for dem. For somaliere har selv kæmpet mod omskæring i generationer, forsøger at være en del af det danske samfund og integrere sig med humanitære og åbensindede nationale og internationale foranstaltninger, der beskytter børns rettigheder, demokratiet og sameksistensen.

I første omgang mener de somaliske foreninger, at dialogen, gensidig, respekt, orientering og løbende konsultation er vejen frem. Hvis hemmelige undersøgelser og mistænkeliggørelse forsætter i Århus eller andre steder i Danmark, vil de somaliske foreninger tage følgende foranstaltninger:

Somaliere vil holde deres børn hjemme og ikke sende dem til danske institutioner fordi:

- De ikke kan garantere for deres sikkerhed og velvære. De kan ikke være helt sikre på at andre ondskabsfulde mennesker som pædofile udnytter mistænkeliggørelsen og undersøgelsen, og derfor kommer tættere på børnene.
- Somaliere kan heller ikke leve med at disse undersøgelser påvirker deres børn socialt og psykisk.

Somaliere vil kontakte og inddrage ombudsmanden og den retslige ekspertise i forhold til problematikken. Udover at fremlægge sagerne overfor de danske myndigheder, vil somaliere kontakte den europæiske menneskerettighedsdomstol.

Efter de somaliske organisationers konklusion, handler sagerne ikke om omskæring men er en politisk manipulation og forfølgelse af en minoritetsgruppe. Derfor vil

somaliere mobilisere deres organisasjoner, netværk, politiske kontakter og de danske borgere som ikke vil finne sig i sådanne undertrykkende tendenser.²⁰

Liknende utspill har vi ikke registrert i andre nærliggende land.

Som tidligere nevnt fremkom det i samtale med integreringsminister Bertel Haarder at Danmark vurderer å innføre såkalt dobbel straffbarhet, som betyr at man kan straffes for en kriminell handling begått i utlandet selv om handlingen ikke er forbudt i det aktuelle landet.²¹ Sverige og Norge har allerede en slik bestemmelse.

Arbeidet i Sverige og Danmark er preget av samme tiltak som Norge: dialog, informasjon til aktuelle miljø og institusjoner, og kanalisering av midler til aktuelle organisasjoner som skal jobbe med å endre holdninger innad i miljøene. Etter HRS' erfaring fins det lite dokumentasjon på hvorvidt disse tiltakene har fungert etter intensjonen.²²

10.3.2 Europa

Situasjonen generelt i Europa synes å sammenfalle med Skandinavia (med ett unntak; et fylke i Frankrike). I England, som fikk en særlov mot kjønnslemlestelse i 1985, og hvor det er avdekket at kjønnslemlestelse pågår, har det heller ikke vært ført en eneste rettssak. British Medical Association anslår at rundt 3.000 jenter i England lemlestes årlig.²³ Mens den eldste organisasjonen, Forward, tror at rundt 15.000 jenter i England er i risikozonen årlig.²⁴

HRS har ikke funnet noe systematisert informasjon om kjønnslemlestelse og forekomst i Europa. Flere kilder hevder at lemlesting er omfattende i Nederland og at også barn i Skandinavia sendes dit til omskjærere.

10.3.3 Frankrike

Bakgrunn

Etter vår erfaring er Frankrike det eneste landet i Europa som aktivt straffefølger kjønnslemlestelse.²⁵ Den første saken kom for retten så tidlig

²⁰ www.indvandrer.tv.dk/sw134.asp. Trusselen om å gå til menneskerettighetsdomstolen ble for øvrig realisert.

²¹ Samtalen fant sted i Danmark den 21.03.2003, jf. også kap.4.3.1.

²² Det samme gjelder for øvrig for Norge. Men både Sverige og Danmark har lengre erfaring i forebyggende arbeid, særlig Sverige.

²³ www.bbc.co.uk 11.11.98.

²⁴ *ibid.* Forward ble stiftet i 1984 og var en sterk pådriver for særloven i 1985.

²⁵ Bekreftes av en rekke franske eksperter.

som i 1979. Bakgrunnen var et dødsfall: Et spedbarn i Paris blødde i hjel etter lemlestelse. Den kvinnelige senegalesiske omskjæreren ble dømt til ett års betinget fengsel. På dette tidspunktet var kjønnslemlestelse nærmest et ikke-tema i Frankrike. Dette skyldes blant annet at hovedtyngden av de etniske gruppene som praktiserer kjønnslemlestelse, innvandret til Frankrike på 1970-tallet (først og fremst fra land i Vest-Afrika, det vil si Mali, Mauritania, Senegal, Elfenbenkysten og Gambia). Fenomenet var altså forholdsvis ”nytt”.

Under rettssaken var selve kjønnslemlestelsen – den kulturelle praksisen - ikke et tema. Fokuset var at barnet hadde dødd uten at dette var intensjonen bak handlingen. Rettssaken fikk lite offentlig oppmerksomhet, men den skal ha vakt oppsikt i de aktuelle etniske gruppene.

Neste dødsfall i 1982 vakte imidlertid bred debatt og handling, og er en milepæl i fransk samtidshistorie hva gjelder kjønnslemlestelse: Ei 3 ½ måned gammel jente ved navnet Bobo blødde i hjel etter lemlesting i Paris. Lemlestelsen skjedde i hjemmet til barnet. Omskjæreren forstod at hun hadde kuttet feil og at barnet risikerte å blø i hjel, men faren, av malisk herkomst, nektet å tilkalle hjelp. Han visste lemlesting var forbudt. Bobo døde. Men hva skulle de gjøre med det døde spedbarnet? De hadde få valg ettersom Bobo var født i Frankrike og, som alle barn i Frankrike, ble fulgt tett opp med spedbarnskontroller. Barneliket ble tatt på bleie, pakket inn i et teppe, og brakt av faren til sykehuset. Medisinsk personell fant ikke umiddelbart dødsårsaken: alle indre organer var inntakt. De tok av bleien. Den var full av blod. Obduksjonen viste at det ikke var én eneste bloddråpe igjen i babyen.²⁶

De to påfølgende årene skjedde to nye tragedier – også disse handlet om spedbarn som blødde i hjel. Dødsfallene ga startskuddet til forebyggende og oppsøkende arbeid, samt rettssaker. Franske og afrikanske kvinner organiserte seg, og det ble utviklet informasjonsmateriell, først og fremst knyttet til helsestasjonene.²⁷

Den mest sentrale pådriveren i rettssystemet fra 1982 og frem til dags dato er advokaten Linda Weil-Curiel, som også er leder av CAMS. Hun har vært involvert i over 30 straffesaker, sist nå i mars 2003, og hun har vunnet samtlige saker. HRS fulgte rettssaken i mars i år, og i den anledning fikk vi innsyn i utviklingen innen den franske domstolen og rettssystemet i forhold til å straffeforfølge kjønnslemlestelse.²⁸ Linda Weil-Curiel forteller:

²⁶ I hovedsak er ovenstående opplysninger basert på artikler i franske aviser fra aktuell periode.

²⁷ Eksempelvis GAMS, Group pour l'abolition des Mutilations Sexuelles, og CAMS, Commission pour l'abolition des mutilations sexuelles.

²⁸ Rettssaken er referert i kap.10.3.4.

Etter at Bobo døde i 1982, blusset det opp en debatt om hvorvidt vi trengte en særlov mot kjønnslemlestelse. Jeg var i mot. Vi kan ikke ha egne lover for folk av utenlandsk opprinnelse, dette fordi den franske grunnideen er assimilering: i Frankrike skal alle være underlagt samme lovverk, følge grunnleggende demokratiske verdier, og behandles som franskmenn. Dessuten hadde vi lovverk som dekket mutilering. Problemet den gang var at kjønnslemlestelse ble behandlet i feil domstol (Tribunal Correctionelle, forhørsretten). Forhørsretten behandlet saker som omhandlet vold mot barn under 15 år og som medførte sykeleie eller skader av en varighet på minimum 10 dager. Problemet den gang var at folk generelt ikke kjente til fenomenet kjønnslemlestelse og overgrepets alvorlige karakter, da særlig at kjønnslemlestelse medfører livsvarige skader. Mutilering, enten det er en arm, et øre eller andre kroppsdeler som ødelegges, ble behandlet i en høyere rettsinstans, nemlig lagmannsretten (Cour d'Assises), med langt høyere strafferammer. Min klare oppfatning den gang var at kjønnslemlestelse er mutilering og derfor måtte behandles i lagmannsretten.

I Frankrike kan eksempelvis en NGO representere offer for kjønnslemlestelse i den juridiske og rettslige prosessen hvis statuttene til organisasjonen dekker temaet.²⁹ Weil-Curiel begynte derfor å representere ofrene gjennom CAMS. Når hun fikk kjenneskap til at en sak om kjønnslemlestelse skulle behandles i forhørsretten, møtte hun opp og argumenterte for at forhørsretten ikke var den rette instansen til å behandle saken. Hun dokumenterte blant annet billedmessig at kjønnslemlestelse er mutilering og derfor skulle behandles i lagmannsretten. "Dette er barn som er ofre for en åpenbar mutilering. De skal ha samme rettigheter som et hvitt barn som mutileres." Hun klarte å overbevise retten.

Med unntak av et par rettssaker utenfor Paris, har Weil-Curiel bistått ofrene i alle rettssaker om kjønnslemlestelse.

Vi har klart å forebygge kjønnslemlestelse gjennom kombinasjonen informasjon (til aktuelle etniske grupper, helsepersonell og politi), rettssaker og medieomtale. At vi straffeforfølger kjønnslemlestelse, er også en håndrekning til de foreldrene som ikke ønsker å kjønnslemleste barna sine men som føler seg presset av miljø og familie. De kan argumentere slik: "Nei, vi vil ikke lemleste barna våre, fordi vi ikke vil i fengsel."

Lovverket

Høsten 1983 fastslo høyesterett at kjønnslemlestelse er et overgrep på linje med annen form for mutilering og dermed faller inn under det strengeste leddet i straffelovens paragraf 312. (De to andre leddene omhandler mishandling generelt og slike saker behandles av de laveste rettsinstansene.) Denne

²⁹ Non Governmental Organisation.

kjennelsen innebar at kjønnslemlestelse fra og med da ble behandlet i lagmannsretten, samme rettsinstans som blant annet behandler mord og voldtekt.

I 1993 ble den franske straffeloven revidert. Straffelovens artikkel 312, ble erstattet av to artikler, 222 – 9, og 222 – 10. Ingen av artiklene er særlover mot kjønnslemlestelse, men omhandler mutilering generelt.

Etter artikkel 222 – 9 kan den som mutilerer en person straffes i inntil 10 år og idømmes bot på inntil 1 million franc (om lag 1,4 millioner norske kroner).

Etter artikkel 222 – 10 kan den som mutilerer et barn under 15 år som den står i et nært familiært forhold til, eller som vedkommende har autoritet over, straffes med inntil 20 års fengsel.

Dette betyr altså at foreldre kan straffes strengere enn en omskjærer.

Sentrale dommer

I 1991 fikk for første gang en omskjærer ubetinget domfellelse. Den maliske kvinnen ble dømt til fengsel i fem år for lemlesting av seks jenter i samme familie i perioden 1982 til 1983. Foreldrene fikk fem års betinget fengsel (cour d'assises i Paris 6. – 8. mars). Den samme omskjæreren ble to år senere dømt for ytterligere 17 lemlestelser foretatt i juni i 1984. Ett av barna på tre måneder blødde i hjel (Bobigny, 18. - 27.mars).

I 1993 ble for første gang en forelder dømt til ubetinget fengsel. Den gambiske kvinnen på 34 år ble dømt til fem års fengsel, derav fire år betinget og ett år ubetinget for å ha lemlestet sine to jentebarn i 1987. Det ene barnet var ett år, det andre to år. Faren hadde bodd i Frankrike i over 30 år. Samme år ble også to fedre dømt til ubetinget fengsel. Den ene fikk en måneds ubetinget fengsel, den andre, som var ektemannen til en omskjærer, ble dømt til seks måneders ubetinget fengsel.

De fleste rettssakene har endt med betingede straffer. Weil-Curiel mener dette handler om at forsvarerne vinner frem med denne argumentasjonen: Intensjonen bak lemlestingen var ikke å skade barnet eller påføre det smerte. Weil-Curiel er ikke enig i resonnementet.

- Intensjonen er jo å ødelegge den seksuelle lysten til den fremtidige hustruen. Ofte forklarer fedrene at lemlestingen gjøres for å sikre at jenta oppfører seg sømmelig. Noen sier rett ut at lemlestingen sørger for at kvinnen roer seg ned seksuelt. Slik kan hun klare seg uten sex hvis ektemannen er borte i en periode. Ektemannen slipper å være bekymret for at hustruen vil være utro. Andre

forklarer at en kvinne som ikke er lemlestet vil være for seksuelt krevende for mannen. Altså er meningen å ødelegge kjønnsorganet, mener Weil-Curel.

I tillegg hevder ofte foreldrene at de ikke kjente til det franske lovforbudet.

- De hevder at hadde de kjent til loven, ville de ikke lemlestet barnet, sier Weil-Curiel, som mener dette er en bortforklaring blant annet på grunn av informasjonsarbeidet og offentlig fokus gjennom straffesaker.

Retts sakene har omhandlet lemlestelse utført i både Frankrike og i opprinnelseslandet, men først og fremst i Frankrike.

48 lemlestelser og åtte års fengsel

I februar 1999 falt dommen i den mest omfattende rettsaken om kjønnslemlestelse i fransk rettshistorie. En malisk kvinne på 53 år, Mama Greou, ble dømt til åtte års ubetinget fengsel for å ha lemlestet 48 jenter i Paris. En mor ble også dømt til ubetinget fengsel i to år, mens 26 andre foreldre fikk betingede dommer fra tre til fem år.

Retts saken betegnes som en milepæl: For første gang stod et offer bak anmeldelsen. Mariatou Koita, da 23 år gammel, anmeldte både sin egen mor og Mama Greou. Mariatou ble lemlestet av Mama Greou da hun var åtte år gammel. Under retts saken var hun aktoratets kronvitne:

Mariatou ble født i Paris i 1975, og var det første barnet til det maliske ekteparet Koita. Året etter ble Sira født, og året etter der igjen kom tredje jente til verden, Koudjeta. 10 måneder senere fødte Koita tvillinger (jente og gutt). De ble født for tidlig, og tvillingjenta Maimouna, Mariatou og Koudjeta ble plassert midlertidig i franske forsterhjem i samme landsby.

Fem år senere, i 1983, ble jentene flyttet tilbake til foreldrene. Like etter hjemkomsten tok moren alle fire jentene med til Mama Greou. De ble fortalt at de skulle vaksineres. Da Mama Greou startet å skjære i Mariatou, hadde hun skreket: *"Hvorfor gjør du dette mot meg?"* Etter at jentene var lemlestet, måtte de gå hjem igjen. Noen dager etterpå prøvde Mariatou å fortelle en sosialarbeider om det som hadde skjedd, men ble stoppet av foreldrene.

Søstrene trodde etter hvert at alle jenter måtte gjennomgå lemlesting. Først i tenårene forstod Mariatou hva som hadde skjedd med henne den gang hun var åtte år: Under seksualundervisning på skolen fortalte læreren om kjønnslemlestelse. Hun prøvde å snakke med foreldrene, men ble avvist. I samme tidsrom føder moren nok et jentebarn (1990). Mariatou

prøvde desperat å overtale foreldrene til å spare henne for lemlesting. Forgjeves. Jenta ble lemlestet ett år gammel av samme Mama Greou. Moren stilte nå sitt eget soverom til disposisjon for Mama Greou. Den ene babyen etter den andre ble lemlestet med barberblad, til Mariatous store fortvilelse. To år senere og 18 år gammel rømte Mariatou hjemmefra. Hun holdt ikke ut å leve i huset og vitne moren og Mama Greous lemlestinger. På dette tidspunktet var allerede Mama Greou dømt til betinget fengsel for lemlesting – hun visste altså at det er forbudt.³⁰

Det tok Mariatou flere måneder før hun våget å gå til politiet. Etterforskningen avdekket at Mama Greou hadde lemlestet barn i alderen nyfødte til 10 år. Som betaling tok hun 250 – 500 kroner per jentebarn hun lemlestet. Hun hadde sannsynligvis utført flere hundre lemlestinger i Paris og forstedene til Paris. 48 lemlestinger lot seg påvise. Under rettssaken vitnet Mariatous søster Sira i favør av moren. De andre jentene fortalte sannheten. Da dommen falt spurte advokat Linda Weil-Curiel om den da jusstuderende Mariatou kunne tenke seg å bli advokat. ”Nei, jeg vil sitte der oppe,” svarte hun og pekte på dommerne.

Stoppet flere hundre lemlestelser

Frankrike har et unikt helsetilbud til barn. Det første leveåret undersøkes spedbarnet hver måned, altså til sammen tolv ganger, på helsestasjonen (PMI – Protection Maternelle Infantile). Det andre leveåret undersøkes barnet hver tredje måned. Fra barnet er tre år til det begynner på skolen seks år gammelt, undersøkes det to ganger i året. Dette er et tilbud, undersøkelsene er altså ikke obligatoriske.

Emanuelle Piet er fylkeslege i Seine-Saint-Denis. Hun er en av de mest profilerte franske medisinerne i kampen mot kjønnslemlestelse. Hun er også leder for en landsdekkende organisasjon som arbeider mot seksualisert vold (Collectif féministe contre le viol).

Fylket Seine-Saint-Denis, som ligger nordøst for Paris, har 1,4 millioner innbyggere. Rundt 60.000 kommer fra Vest-Afrika. Piet forteller at hun har pålagt alle helsestasjoner i fylket å undersøke barnas kjønnsorgan, samt anus.

«Både jente- og guttebarns kjønnsorgan undersøkes hver eneste gang, akkurat som vi ser på øynene, ørene og så videre. Vi ser også på anus. Vi ser etter både kjønnslemlestelse og seksuelle overgrep. Alle barn undersøkes, uansett etnisk bakgrunn. Og vi forklarer mødrene hvorfor vi gjør slike undersøkelser, sier Piet.

³⁰ Dette forholdet var også sterkt medvirkende til den høye straffen på åtte års ubetinget fengsel, ifølge dommen.

På Piets initiativ startet undersøkelsene i 1986. Året etter initierte hun kartlegging av omfanget av kjønnslemlestelse. 500 vestafrikanske jenter ved tre helsestasjoner ble undersøkt. Barna var i alderen 0-6 år. Samtlige 500 jentebarn var kjønnslemlestet. 10 år senere ble kartleggingen gjentatt. Av 500 jentebarn var bare syv kjønnslemlestet. I år 2000 ble det gjennomført en ny kontroll: Av 500 jentebarn var ingen kjønnslemlestet.

Piet mener tre forhold ligger til grunn for det oppsiktsvekkende resultatet:

- Systematiske helseundersøkelser fra barnet er født til skolestart.

Avsløringen i 1987 av utbredelsen av kjønnslemlestelse ble etterfulgt av tre rettssaker – å kjønnslemleste barn fikk tydelige konsekvenser. Rettssakene var slik sett avgjørende for å forebygge videre praksis av lemlesting.

- Informasjon til mødrene.

Til tross for disse oppsiktsvekkende resultatene i dette fylket, tror Piet at kjønnslemlestelse fortsetter, men i langt mindre grad, og ytterst sjeldent på barn under skolealder.

Vi har sett at tradisjoner kan endre seg raskt ved migrasjon. Noen etniske grupper fra Vest-Afrika begynte å lemleste barnet i langt yngre alder enn hva som var tradisjonen i hjemlandet, fordi "en baby ikke kan sladre". Resonnementet er også at når barnet lærer å snakke, har det glemt overgrepet og vil derfor ikke kunne fortelle hva det er utsatt for. Nå vet foreldrene at vi undersøker helt frem til skolealderen. Det betyr at jenter risikerer lemlestelse etter de er seks år. Men da kan de snakke, og et barn som utsettes for lemlesting etter det er fylt seks år, vil få tydelige adferdsendringer.

Barn helseundersøkes på skolen når de er 6 år og 11 år. Guttenes kjønnsorgan undersøkes, men ikke jentenes.

Jentene burde også undersøkes. Men ved mistanke om lemlestelse, kan undersøkelse gjennomføres.

Ved å gå til domstolen (Tribunal pour Enfants) har Piet klart å stanse foreldre i å ta med barn på "feriereiser" når det har vært mistanke om forestående lemlestelse. Et annet alternativ er at domstolen krever en helseundersøkelse ved retur til Frankrike.

Piet har også ved hjelp av domstolen klart å stoppe lemlestelse som er i ferd med å skje i opprinnelseslandet (seneste i 2002). Via det franske rettsapparatet ble det opprettet kontakt med en dommer i Elfenbenskysten som grep direkte inn overfor tre barn som skulle lemlestes under et ferieopphold.

Alle kom hjem til Frankrike med klitoris i behold, forteller Piet.

- Tiltak i Frankrike

Piet mener franske myndigheter burde sette i verk disse tiltakene for å stoppe kjønnslemlestelse:

- utarbeide tydelige retningslinjer til helsepersonell
- nasjonalt pålegg om systematiske undersøkelser av barns kjønnsorgan på helsestasjonen og ved helseundersøkelse på skolen
- informasjon til aktuelle grupper før de migrerer til Frankrike
- offentlige ansatte må pålegges å melde alle avdekkede kjønnslemlestelser til politiet

10.3.4 Straffesak i Paris

HRS overvar en rettssak om kjønnslemlestelse i Palais de Justice, i Cour d'Assise, 4. og 5. mars 2003.³¹

Bakgrunn

Tiltalte heter Maryia Kante (38 år). Hun kom angivelig fra Mauritania til Frankrike i 1981 (usikkert ettersom hun ikke hadde pass fra Mauritania, heller ikke gyldig visum da hun kom til Frankrike). Ektemannen, Mohamedi Kante er 69 år og hennes fetter. Sammen har de syv barn: Fire jenter og tre gutter. Mor er tiltalt for å ha medvirket til kjønnslemlesting av de tre eldste jentebarna, Coumba (f. 1982), Fatomata (f. 1984) og Kama (f. 1988). Ektemannen har i tillegg åtte barn med to andre kvinner (nå skilt fra en av dem).³² Alle i familien er franske statsborgere.

Bakgrunnen for at kjønnslemlestelsene ble avdekket er denne: Mohamedi Kante inngikk ekteskap med kone nummer to i 1985. Kvinnen ble hentet fra Mali for å bo sammen med ekteparet Kante. I 1987 fødte hun et jentebarn som fikk navnet Hawa. Kantes to hustruer hadde store konflikter seg i mellom, og derfor sendte ektemannen den maliske hustruen og Hawa tilbake til Mali. I 1993 hentet han datteren Hawa til Paris igjen. I både 1994 og 1995 meldte skolepersonell fra om mishandling av Hawa. Hun ble sykehusinnlagt to ganger. Siste gangen, i 1995, sjekket legene om hun også var kjønnslemlestet. Det ble bekreftet. Ifølge jenta, skjedde lemlestingen mens hun bodde i Mali. I politiavhør innrømmet Hawas stemor, altså tiltalte Mariya Kante, at også tre av hennes egne barn, alle født i Frankrike, var lemlestet.

³¹ Cour d'Assise er den høyeste rettsinstansen for kriminalsaker i Frankrike. Denne rettssaken fant sted i Paris.

³² Frem til 1993 var flerkoneri tillatt i Frankrike for ikke-franske borgere. Innvandremenn kunne hente inntil fire koner til landet. En lovendring i 1993 satte en stopper for praksisen.

Mishandlingen av Hawa kom først for domstolen. Ekteparet Kante ble dømt til 18 måneders betinget fengsel for særdeles grov mishandling av Hawa. Dommen ble gjort betinget fordi de ikke var straffedømt tidligere.

Grunnene til at rettssaken om kjønnslemlestelsene ikke kom opp før åtte år etter at forholdet ble avdekket, handler blant annet om trenering fra forsvarers side, treghet i domstolen og at drapssaker prioriteres.

Rettssaken

Ved loddrekning oppnevnes en folkejury (9 personer). Aktoratet består av to hoveddommere og to meddommere. I tillegg er de kjønnslemlestedede jentene representert med bistandsadvokat, og advokat Linda Weil-Curiel i CAMS.

Mor husker ingenting

Mariya Kante er tradisjonelt kledd i en fargerik grønn kjortel og pyntet med prangende gullsmykker i både ørene og rundt halsen og håndleddene. Hun er analfabet og har tolk ettersom hun, ifølge seg selv, ikke kan snakke særlig fransk etter 22 år i Frankrike. Dommeren understreker at saken er svært alvorlig: Hun kan dømmes til 20 års fengsel, fordi hun har medvirket til at sine egne barn er utsatt for et overgrep som medfører ødeleggelse for livet (art. 222 – 10, se kap.10.3.3). Tiltalte spørres gjentatte ganger om hun forstår hvorfor hun er tiltalt – at kjønnslemlestelse er svært alvorlig og livsødeleggende og forbudt etter fransk lov. Hun svarer ikke på spørsmålene, og hun kjenner seg ikke skyldig i tiltalen. Hun sier at hun ikke har gjort noe feil. Omskjæring er hennes tradisjon. Hun visste ikke at døtrene ble lemlestet.

Hun utspørres av dommeren, men det er lite hun husker: seansen blir nærmest en ”kulturell” tragikomedie: Hun vet ikke når hun kom til Frankrike, hun husker ikke når hun besøkte Mauritania, men at det var til sammen tre ganger etter at de nå lemlestedede barna ble født. Altså vet hun ikke hvor gamle barna var da de ble kjønnslemlestet. Dommeren prøver å oppklare tidspunktene for lemlestingene: ”Var Kama to år da lemlestingen skjedde, var hun seks år da det skjedde?” Mor trekker på skuldrene og rister på hodet. Hun husker ingenting. Hun husker heller ikke hvor i Mauritania hun var sammen med jentebarna sine. Men hun insisterer på at hun ikke dro for å lemleste barna. Hun dro for å vise frem den nyfødte til familien der. Hennes egen far, en fattig landbruker i en landsby på grensen mellom Mauritania og Mali, skal ha betalt flybillettene. Ektemannen visste ingenting om reisene, forklarer hun. ”Sier du dette for å beskytte ektemannen din,” vil dommeren vite. Tiltalte avviser problemstillingen, også etter at dommeren ber henne om å se han i øynene når hun skal svare på spørsmålet for tredje gang. Det fremkommer også at tiltalte aldri besøkte familien i Mauritania for å vise frem en sønn.

Fru Kantes mor er omskjærer i landsbyen. Familien tilhører smedkasten som i dette området (og mange andre) tradisjonelt utfører lemlestingen mot betaling. Fru Kante forteller at hun var i en annen landsby da lemlestingen av barna må ha skjedd. Dette var "prosedyren" under alle de tre ulike reisene. Jentenes mormor gjorde dette da hun selv ikke var til stede og fortalte henne aldri hva som hadde skjedd, forklarer Kante. Hun forstod først senere at jentene var lemlestet. Tidspunktet for når hun forstod at det enkelte barnet var lemlestet, får vi ikke svar på. Men det var da hun var tilbake i Frankrike, forklarer hun.

Dommerne prøver gjentatte ganger å få oversikt over hendelsesforløp og tidspunkt. De stresser blant annet hvordan hun kunne forlate et spedbarn hos sin egen mor som gjennom flere årtier har vært omskjærer. Forgjeves. "Nei, jeg visste ikke at de ville bli kjønnslemlestet. Jeg tenkte ikke at det kunne skje." Dommeren understreker at dette umulig kan stemme: Hun er selv kjønnslemlestet og hennes mor er omskjærer...? "Da jeg så de var kjønnslemlestet, syntes jeg det var helt normalt. Jeg visste ikke at det var forbudt," svarer tiltalte. Senere sier hun imidlertid: "Ja, jeg trodde det kunne skje. Jeg visste det var en risiko. Da jeg forlot barna sa jeg til min mor at hun måtte ta godt vare på dem." Heller ikke da det dokumenteres at alle barna kun var ført inn i ektemannens pass, altså de kunne umulig ha reist alene til Mauritania med henne, klarer aktoratet å etablere en fornuftig dialog med tiltalte. Alt er så upresist, ufullstendig og usammenhengende fra tiltaltes side, at dommeren avbryter og presiserer overfor tolken hvor viktig det er at oversettingen er korrekt, tatt i betraktning den svært alvorlige tiltalen.

Dommeren er opptatt av at tiltalte skal forstå alvoret. Han spør: "Har du aldri følt at jentene dine har hatt smerte og ubehag etter å ha blitt kjønnslemlestet?" "Nei, det gikk veldig fint," svarer hun. Dommeren spør videre hvorfor hun ikke kjønnslemlestet den yngste jenta, Tiguidé, født i 1992? Hun sier at hun først på dette tidspunktet ble informert på helsestasjonen om lovforbudet.

Dommeren prøver intenst å få oppklart tiltaltes forhold til lovforbudet: "Jeg vil vite dette: Etter at du forstod at kjønnslemlestelse er forbudt, hvorfor ville du ikke fortsette da?" "Fordi det er forbudt," svarer tiltalte. "Men forstår du *hvorfor* det er forbudt? Det er det jeg vil vite om du har skjønt," understreker dommeren. "Fordi da kommer man i fengsel..." svarer hun. "Har du forstått *hvorfor* man kommer i fengsel?" fortsetter dommeren. "Jeg respekterer loven", svarer mor. Dommeren endrer spørsmålet radikalt: "Mener du at det er bra eller ikke bra for et barn å bli kjønnslemlestet?" "Jeg synes det er best med kjønnslemlestelse, for hvis man ikke gjør det blir det komplikasjoner når man vokser opp. De som ikke er kjønnslemlestet kan ha intim kontakt med alle." Dommeren spør videre: "Betyr dette at for deg er alle som ikke er kjønnslemlestet fortapt? Er det så kategorisk for deg?" "Ja, slik er det," svarer tiltalte. "Så det er bare risikoen for

fengselsstraff som stopper dere i å fortsette tradisjonen?” spør dommeren. ”Jeg er redd for fengselsstraff. Jeg respekterer fransk lov,” svarer hun. Hun forteller videre at hun daglig frykter for fremtiden til den yngste datteren Tiguidé som ikke er lemlestet. Hun frykter ”djevelen” vil ta datteren.

Maryia Kante sier at hun aldri har overværet en kjønnslemlestelse. ”Hvorfor ikke det, når du synes det er en bra ting å gjøre?” spør dommeren uten å få annet enn skuldertrekk til svar. Tiltalte hevder også at alle jentene er glade for å være kjønnslemlestet.

Dommeren går tilbake til tidspunktet for kjønnslemlestelsene. Ifølge politiavhør i 1995 forklarte tiltalte at alle lemlestelsene skjedde i en landsby i Mauritania i 1988. Hun var selv til stede i samme hus da lemlestingen ble gjort. Tiltalte avviser dette nå. ”Jeg var så redd i avhøret at jeg ikke visste hva jeg sa,” forklarer hun. Dommeren gir nå opp å prøve å få tiltalte til å oppklare tidspunktene for lemlestelsene.

Far i vitneboksen

Muhamedi Kante entrer vitneboksen. Han er også tradisjonelt kledd i en grønn kjortel med broderier i kraven og sandaler på føttene. Den pensjonerte renholdsarbeideren snakker meget bra fransk til tross for at han er analfabet. Han forklarer at han er født i 1934 og er 67 år. Dommeren påpeker at han da må han være 69 år, men dette avviser Kante. Dommeren spør hvorfor hans kone aldri har jobbet og hvorfor hun ikke snakker fransk. ”Hun kan den dag i dag ikke ta undergrunnsbanen alene fordi hun ikke kan lese,” sier dommeren og vil vite hvorfor kona er så lite integrert. Kante forklarer dette med at hun må ta seg av barna. ”Så når du hentet din unge kone til Frankrike så var det bare for å få sengevarme?” spør dommeren. Kante svarer ikke.

Kante svarer både nei og ja på spørsmål om han vet hva kona er siktet for. ”Hva er kjønnslemlestelse for deg?” fortsetter dommeren. ”Hos oss gjør man ting man ikke snakker om. Det er hemmelig. Menn bryr seg ikke om slikt,” forklarer Kante. ”Er du mot kjønnslemlestelse?” vil dommeren vite. ”Det har noe med islam å gjøre. Jeg vet ikke hva jeg skal si, om jeg er for eller i mot,” svarer han.

Kante skal først i 1995 blitt klar over at kjønnslemlestelse er forbudt, da i forbindelse med at det ble avdekket at døtrene var lemlestet. ”Vet du hvorfor det er forbudt?” spør dommeren. ”Nei”, svarer Kante. ”Har du prøvd å forstå *hvorfor* det er forbudt?” fortsetter dommeren. ”Nei,” svarer Kante. Han forteller også at han ikke vet om kjønnslemlestelse er forbudt ved lov i Mauritania. ”Det er religion. Det er noe alle muslimer gjør. Det er ting man ikke snakker om,” legger han til.

”Da din kone dro til Mauritania med jentene, var kjønnslemlestelse noe du kjente til?, spør dommeren. ”Jeg vet ikke,” svarer Kante. ”Vet du at din kone er kjønnslemlestet?” fortsetter dommeren. Dette bekrefter Kante. ”Har du hatt sex med en kvinne som ikke er kjønnslemlestet?” spør dommeren videre. ”Jeg vet ikke,” svarer han. ”Interesserer det deg hvordan kvinner opplever seksualitet?” spør dommeren. Kante trekker på skuldrene. ”Er det positivt eller negativt at døtrene dine er kjønnslemlestet?” ”Jeg vet ikke,” svarer Kante.

Han forteller det samme hendelsesforløpet som kona. Morfaren til jentene i Mauritania betalte flybillettene. Kante vet ikke når de reiste til Mauritania. Han husker heller ikke hvor gamle jentene er i dag. Selv har han vært i Afrika (Mauritania, Senegal og Burkina Faso) flere ganger etter at han slo seg ned i Frankrike i 1962. Han husker ikke hvor mange ganger, men han husker at kona og jentene aldri har fulgt han på reisene. Det har heller ikke sønnene. ”Jeg reiser når jeg har behov for det.” Kante kan heller ikke fortelle hvor mye han har betalt for en flybillett. På spørsmål om hvordan kona kunne reise med jentene når de var ført inn i hans pass, svarer Kante at de reiste med mor. Han vet ikke hvordan de reiste. Kante forklarer at disse spørsmålene stilles fordi aktoratet tror at jentene er lemlestet i Frankrike – de har aldri vært i Mauritania. ”Det må være et mirakel hvis det dere forteller er sant,” konfronteres Kante med. Han responderer ikke.

Dommeren viser til politiavhør av Kante i 1995, der han var langt tydeligere og blant annet kunne tidfeste opphold i ulike afrikanske land. ”Jeg var så redd i politiavhørene. Derfor stemmer ikke det jeg sa den gang. Jeg var også syk,” forklarer han. Dommeren er tydelig opprørt over Kantes manglende vilje til å samarbeide og spør han om hvorfor han ikke reiser tilbake til Mauritania nå som han er pensjonert. ”Men jeg er jo fransk,” svarer Kante og understreker at alle i familien er integrert i det franske samfunnet.

Vitner

En rekke medisinske eksperter vitner (leger, psykolog og psykiater), samt politi, halvsøster av Mariya Kante, nabo, sosialarbeidere, og lærer og rektor ved barnas skole med flere.

Legene:

Flere leger beskriver hvordan den formen for kjønnslemlestelse jentene er utsatt for gjennomføres (klitorisamputasjon og avskjæring av indre kjønnslepper). Det er først og fremst fokus på type II, det vil si avskjæring av klitoris og indre kjønnslepper. Denne form for lemlesting krever at det kuttes i minst tre til fire omganger. De voldsomme smertene og den derfor kraftige motstanden fra spedbarnet eller barnet, betyr at to, tre personer må holde barnet fast for at omskjæreren skal klare å gjennomføre lemlestingen. Når sårene har grodd etter

én til to måneder, er det ikke mulig å tidfeste når lemlestingen fant sted. Som regel husker ikke barnet overgrepet i eldre alder, enten fordi det var et spedbarn da det skjedde eller fordi overgrepet er så voldsomt at det er fortrent.

Rettsmedisineren og pediateren Mselati Jean Claude har konstatert at Kantes jenter er lemlestet. Han forklarer at ”man trenger ikke være ekspert for å se om en jenter eller kvinne er kjønnslemlestet. Det er umulig å ikke se det med det blotte øyet.” Jentene har fortalt rettsmedisineren at de ikke husker at de ble lemlestet. De forklarte at lemlestingen var gjort for deres fremtidige ektemenn. De følte ikke skam eller bitterhet over at de var lemlestet. Rettsmedisineren kunne ikke ut fra overgrepets art si om det var utført i Mauritania eller Frankrike. Muhamedi Kante, som brakte jentene til undersøkelsen, hadde forklart rettsmedisineren at overgrepet var obligatorisk og viktig.

Emanuelle Piet (tidligere nevnte fylkeslege i Seine Saint Denis nordøst for Paris), forteller at mødrene sier at de ikke bestemmer om barnet skal kjønnslemlestes eller ei. Mannen bestemmer. Hun fremhever også at alle rettssakene som har vært i Frankrike siden begynnelsen av 1980-tallet har ført til at de aktuelle etniske gruppene vet godt om lovforbudet: ”Nyheter om domfellelser sprer seg fra hjem til hjem. Alle snakket om rettssakene allerede for 15 til 20 år siden.” Piet mener lemlestingene først og fremst foregår i Frankrike og ikke i opprinnelseslandet. Hun er fortalt av kvinner fra aktuelle land at omskjærere hentes til Frankrike i ens ærend for å lemleste.

Psykiater:

Mariya Kante beskrives som en rolig og avbalansert kvinne. Ektemannen og barna er det viktigste for henne. Hun er kjærlig, omsorgsfull og oppmerksom. Både fysisk og psykisk er hun sunn. Hvordan hun kan akseptere kjønnslemlestelse, er psykiaterens store spørsmål. Han gir følgende svar: Hun er fanget av tradisjonen i sin etniske gruppe. Å kjønnslemleste er noe hun bare vet må gjøres. Det er et udiskutabelt etnisk krav. Ved å lemleste sine barn, har hun repetert sin egen historie – hva hennes egen mor gjorde med henne. Den ”etniske loven” står over fransk lov og den interne justisen i den etniske gruppen er svært sterk. Det er så godt som umulig å gå mot den ”etniske loven” og samtidig leve på innsiden av sin etniske gruppe. Hva den enkelte selv mener om kjønnslemlestelse er underordnet etnisk tilhørighet.

Psykolog:

Psykologen har utredet om Mariya Kante er strafferettslig tilregnelig og beskriver henne som en kvinne med god vilje, åpen og uten språkproblemer (tolken sluttet også å oversette for Mariya Kante da dommeren avsluttet sin utspørring av henne. Hun hadde åpenbart ingen problemer med å følge med på fransk). Mariya Kante er normalt intelligent og har ingen psykiske skader. Hun

er en aktiv person som utfyller godt sin rolle som hustru og mor. Hun er svært avhengig av ektemannen og hans mening er avgjørende for henne, noe hun anser som en ære. Psykologen fant ingenting anormalt med Mariya Kante, og kunne ikke forstå eller forklare hvordan hun kunne utsette sin stedatter Hawa for omfattende vold: ”Jeg er i tvil om den voldelige siden,” sier psykologen.

1. sosialarbeider:

En senegalesisk kvinne som arbeider med å forebygge kjønnslemlestelse, forklarer de unges reaksjoner når de forstår at de er kjønnslemlestet: Den unge kommer gjerne til henne og sier at hun tror at hun ikke er normal.

Legeundersøkelse avdekker at den unge er lemlestet. Hun visste det ikke selv, og reagerer med voldsom sorg og fortvilelse. Unge kvinner forteller sosialarbeideren at deres kjærester går fra dem fordi de ikke fungerer seksuelt. Ifølge sosialarbeideren snakker de unge seg i mellom om kjønnslemlestelse, men aldri med foreldrene. De unge er glade for lovforbudet og straffeforfølgelse, sier hun.

2. sosialarbeider:

Familien søkte støtte hos blant en fransk kvinnelig sosialarbeider da saken ble kjent i 1995. Hun har kontakt med dem fremdeles og forteller at hele familien føler seg skandalisert. At moren behandles som en kriminell, er en særlig belastning. Likeledes er det en belastning for jentene at det ble offentlig kjent at de er kjønnslemlestet. Jentene opplever ikke at de er mutilerte, og verken jentene eller foreldrene forstår hvorfor det som er gjort skal behandles av en domstol, forteller hun. Fremdeles forstår ikke familien konsekvensene av kjønnslemlestelse, kanskje med unntak av den yngste av jentene som er kjønnslemlestet (15 år gammel i dag). Hun sier at hun tror at hun ikke vil kjønnslemleste sine egne barn.

Politi:

En politibetjent som arbeider med vold mot barn, forteller at ekteparet Kante var rolig og avbalansert i avhørene i 1995. De var også presise i sine svar på enkelte tema. Kante kunne blant annet ramse opp navnene og fødselsdatoene på samtlige av sine daværende 12 barn. Han virket normal og kvikk. Politibetjenten forstår ikke hvordan de kan si at de var redde i avhørene. Betjenten mener ekteparets manglende hukommelse handler om at de snakker usant. Hun smiler over at Mariya Kante må ha tolk. ”Vi hadde ingen behov for tolk under avhørene i 1995.”

Nabo:

En eldre fransk kvinne, som har vært nabo av familien Kante i over ti år, gir de beste skussmål. Familien har aldri skapt problemer i nabolaget, de er høflige og rolige.

Lærer:

En ung kvinnelig lærer beskriver jentene som godt integrert. Eksempelvis får de lov til å delta i svømmeundervisning, noe som mange innvandrertjenter nektes av foreldrene. Mor har aktivt fulgt opp skolegangen til barna.

Rektor:

Rektor ved tre av barnas skole har kjent familien Kante i 15 år og bor i samme strøk. Hun karakteriserer familien som den best integrerte afrikanske familien ved skolen. Alle barna fungerer godt, i motsetning til mange andre afrikanske barn. ”Jeg er ekstremt overrasket over denne saken. Dette er den siste familien jeg ville trodd hadde dette problemet.”

Halvsøster av Mariya Kante (de har samme far):

Den 42 år gamle kvinnen støtter Mariya Kante i at lemlestingen ble gjort i Mauritania da barna var små. Hun sier det var hun som fortalte Mariya Kante om den franske loven i 1992. Selv kom hun til Frankrike i 1979 og fødte sin første datter i 1983. Hun ble kjønnslemlestet som spedbarn, men i 1984 fikk hun kjennskap til det franske lovforbudet. Derfor har hun ikke lemlestet de fem andre døtrene sine. Hun medgir at hun opplever det problematisk med lovforbud. Ifølge kvinnen har fedre ingen bestemmelsesrett eller innflytelse hva gjelder kjønnslemlestelse.

Lemlestet i Paris

Advokat Linda Weil-Curiel viser utdrag av en dokumentarfilm om kjønnslemlestelse for å sikre at dommerne og juryen forstår overgrepets karakter. Mariya Kante lener seg frem for å bedre se bildene av et spedbarn som holdes nede av tre kvinner mens en fjerde kvinne i flere omganger skjærer av barnets kjønnsorgan med et barberblad. Skrikende og synet av den blodige, buktende lille kroppen er ubeskrivelig. For første gang under rettssaken virker Mariya Kante interessert. Hun følger nøye med og foretrekker ikke en mine.

Weil-Curiel mener at ekteparet Kante visste godt allerede på 1980-tallet at kjønnslemlestelse er forbudt. Hun henviser til dødsfall i Frankrike grunnet lemlesting i årene 1979, 1982, 1983 og 1984 (omtalt i kap.9.3.3). Weil-Curiel nevner spesielt dødsfallet i 1982 (da Bobo blødde i hjel), samme år som Mariya Kante fødte sin første datter.

”Alle hørte om denne saken, enten de kunne lese eller ei. Og det døde barnets far visste at lemlesting var forbudt,” sier Weil-Curiel. At Mariya Kantes halvsøster tidlig på 1980-tallet kjente til lovforbudet, mener hun også underbygger at Mariya Kante også kjente lovforbudet. I tillegg var hun 12 ganger på helsestasjonen i 1982 med første jentebarn for undersøkelser. Hun må ha fått informasjon der om at kjønnslemlestelse er helseskadelig og straffbart.

Weil-Curiel viser også til et offentlig skriv, datert mars 1984, til beboeren i bydelen der familien Kante bor. Det ble informert om at lemlesting medfører at barnetrygden opphører.

Andre forhold som Weil-Curiel og bistandsadvokaten trekker frem er blant andre disse:

- I avhør i 1995 fortalte Mariya Kante at hun reiste til Mauritania for å omskjære barna. Dette fortalte hun sannsynligvis fordi hun ikke visste at fransk lov ville ramme henne også når handlingen begås utenfor Frankrike.
- Lemlestingen må likevel ha blitt utført i Paris: Hvordan kan en fattig jordbruker i Mauritania betale flybilletter for datteren og hennes barn? Hvordan kunne Mariya Kante reise med barna uten at de var registrert i passet hennes? Hvordan kunne hun reise uten ektemannens viten ettersom han bestemmer over henne? Slik sett skulle også ektemannen vært tiltalt. Uten hans samtykke hadde ikke jentene blitt lemlestet.
- Jentene sier at de ikke husker lemlestingen. Dette underbygger at de ble lemlestet som spedbarn i Paris, én etter én. Hvis alle hadde blitt lemlestet i 1988 i Mauritania, er det sannsynlig at eldste jente, som da var seks år, ville husket overgrepet. Jentene ble lemlestet som babyer fordi ”babyer snakker ikke”, slik tankegangen blant flere etniske grupper i Frankrike har blitt de siste to til tre tiår på grunn av lovforbudet.

Forsvaret

Forsvaret peker på disse hovedforholdene:

- Mariya Kante har aldri gått på skolen. Hun har en fattig bakgrunn fra den mauritanske landsbygda, og er selv kjønnslemlestet. For henne er kjønnslemlestelse naturlig, og slett ingen ond eller kriminell handling.
- Hun kom til Frankrike i ung alder. Alt var ulikt det hun var vant med, og inntrykkene hun skulle fordøye var mange. Hvordan kunne hun også med seg den franske loven?
- Allerede etter ett år fødte hun sin første datter. Hun kunne ikke fransk. Først da barna lærte fransk på skolen, hadde hun gjennom dem mulighet til å lære seg det nye språket. Hvordan kunne hun, som også er analfabet, kjenne til det franske lovverket?
- Jentene husker ikke selv at de ble lemlestet. Det sannsynliggjør at de ble lemlestet før Mariya Kante kjente til lovforbudet ettersom hun ikke snakket fransk på daværende tidspunkt.
- Mariya Kante er en omsorgsfull og kjærlig mor som aldri ville skadet barna sine. Hvordan kan hun dømmes for en handling som for henne er naturlig og nødvendig?

- Ikke alle helsestasjoner informerer om at kjønnslemlestelse er forbudt i Frankrike. Det er ikke bevist at Mariya Kante kjente til lovforbudet. Tvert om er det sannsynlig at hun snakker sant i og med at hun ikke kjønnslemlestet den yngste datteren, Tiguidé, fordi først på 1990-tallet hadde hun fått informasjon om lovforbudet. ”Hun sluttet med praksisen selv om det for henne var å åpne for djevelen.”
- At hun er dømt for mishandling av Hawa, betyr ikke at hun er en voldelig person. Hawa var ikke hennes datter, og hun var et svært vanskelig barn med alvorlige adferdsavvik.
- Saken mot Mariya Kante har pågått i åtte år. Hun og familien er skandalisert. Belastningen har vært umenneskelig. Hun er allerede straffet.

Forsvaret ber om frifinnelse.

Aktors oppsummering

Aktor oppsummerer saken overfor folkejuryen og dommerkollegiet: Juryen advares mot å la seg forføre av kulturell bakgrunn. ”Vi snakker om en ekstrem mutilering. Slik den er beskrevet av ekspertene, er det en kriminell handling. Ingen kan overse dette voldelige overgrepet der det er konstatert amputasjon av klitoris. Før overså det franske samfunnet voldtekt. Det gjør vi ikke lenger. Voldtekt er straffbart. Det er også kjønnslemlestelse.”

Aktor mener Mariya Kante må ha forstått at å ta med jentene til mormoren som er omskjærer betydde at hun visste de ville bli lemlestet. ”Det er umulig å ignorere dette momentet.” Hvorvidt lemlestingen skjedde i Mauritania eller i Paris, mener han ikke har noen betydning. Mariya Kante har uansett medvirket til lemlestingen. Aktor mener også at ”et kulturelt blikk” på forholdene, tilsier at hvis jentene har vært i Mauritania så var det for å lemlestes. ”Guttene hadde ikke behov for reisen, for de kan omskjæres lovlig i Frankrike.”

Han viser til avhørene i 1995, der det fremkom at hun var i samme hus da jentene ble lemlestet. ”Vi har sett den ekstreme smerten lemlestingen påfører barnet. At hun, som var i samme hus, nå hevder hun ikke visste at de ble lemlestet, medfører ingen logikk.”

Det viktigste momentet mener aktor er dette: Mariya Kante visste at kjønnslemlestelse er forbudt, men tradisjonen fikk henne til å ignorere lovforbudet. Ettersom hennes halvsøster kjente lovforbudet allerede i 1982, betyr dette at Mariya Kante også kjente lovforbudet. ”Hun er tiltalt fordi hun visste hva hun risikerte. Det eneste hun fryktet var fengsel. Dette viser hvor viktig det er at vi praktiserer lovverket.”

Han peker på at det er flere hundre tusen vestafrikanere i Frankrike. Dette medfører at mange holder på tradisjonen. Det foregår en form for opplæring innad i disse etniske miljøene, der opprinnelseslandets etikk og praksis råder. ”Bare når det er snakk om fengsel eller at et barn dør av lemlesting, synes miljøene å reagere.”

Angående de gode skussmålene familien har fått, sier han: ”Hva som er inni et menneske og hva som er fasade kan være diametralt motsatt.” Han peker på den grove mishandlingen av Hawa som pågikk i to år.

Dommen

Tre og en halv time senere faller dommen. Mariya Kante dømmes til tre års betinget fengsel og tre års prøvetid. I tillegg skal den yngste datteren som ikke er kjønnslemlestet, Tiguidé på 11 år, jevnlig undersøkes for å forebygge at også hun lemlestes. Mariya Kante dømmes også til å betale 15 000 euro i erstatning til den yngste av de lemlestedede barna, Kama på 15 år. Summen skal utbetales når jenta blir 18 år og er myndig. De to andre jentene får ikke erstatning ettersom lovens betingelse for erstatning er at de skal være mindreårige.

10.4 Konvensjoner, regelverk og retningslinjer

I det følgende gis en oversikt over sentralt nasjonalt og internasjonalt regelverk som er aktuelt i arbeidet mot kjønnslemlestelse av jenter.

10.4.1 Menneskerettigheter i lov og konvensjoner

I tillegg til særloven om kjønnslemlestelse, er det en rekke andre lover og nasjonale og internasjonale retningslinjer som er aktuelle i forhold til kjønnslemlestelse.

I Regjeringens handlingsplan mot kjønnslemlestelse (2001) er et av kapitlene viet lover og konvensjoner, der spesielt det menneskerettslige perspektivet er vektlagt. Det heter her:

”Kjønnslemlestelse av jenter bryter med en rekke menneskerettigheter, herunder retten til helse og retten til privatliv, og strider mot ikke-diskrimineringsprinsippet. Menneskerettighetene gir vern mot ulike former for inngrep i det private sfære. Et eksempel på slike inngrep er kvinnelig kjønnslemlestelse. Dersom en stat ikke treffer egnede tiltak for å gi jenter vern mot å bli utsatt for kjønnslemlestelse vil dette kunne innebære brudd på statens menneskerettsforpliktelser” (kap.3, s.9).

Med andre ord er det ikke slik av den norske staten kan velge å iverksette tiltak eller ei for å verne jenter mot å bli kjønnslemlestet. Staten er forpliktet til å handle gjennom en rekke nasjonale lover og retningslinjer og internasjonale konvensjoner.

Grunnloven fikk en ny bestemmelse i 1994 som fastslo norske myndigheters plikt til å respektere og sikre menneskerettighetene. De mest generelle menneskerettighetene som er nedfelt i konvensjoner, på internasjonalt og europeisk nivå, ble i 1999 gjort til norsk lov (menneskerettloven). Loven innebærer at Den europeiske menneskerettighetskonvensjonen og de to FN-konvensjonene om henholdsvis sivile og politiske og om økonomiske, sosiale og kulturelle rettigheter, gjelder som norsk lov. Det ble også vedtatt en bestemmelse om at de nevnte konvensjoners bestemmelser skulle gå foran bestemmelser i annen lovgivning hvis det oppsto motstrid.

Internasjonale konvensjoner er en del av folkeretten som Norge gjennom sin ratifikasjon (godkjenning) av enkeltkonvensjoner har forpliktet seg til å følge. Norge har ratifisert en rekke menneskerettighetskonvensjoner ut over de overnevnte. I forhold til kjønnslemlestelse er også Barnekonvensjonen og Kvinnekonvensjonen sentrale.

Samtlige av disse konvensjonene har som grunnlag at alle mennesker, både barn og voksne, er født frie og har samme rettigheter uansett alder, rase, kjønn, språk, religion og politisk oppfatning. Ansvar for å virkeliggjøre menneskerettighetene ligger hos hvert enkelt land. Selv om mennesker lever under svært forskjellige økonomiske, politiske og religiøse forhold, har hver enkelt likevel rett til å bli møtt med respekt og få beskyttet sin integritet, også i barndommen.

I FN-konvensjonen om økonomiske, sosiale og kulturelle rettigheter, sies det at konvensjonen er inngått mellom parter *”som tar i betraktning at anerkjennelsen av den iboende verdighet i alle mennesker og deres like og umistelige rettigheter, er grunnlaget for frihet, rettferdighet og fred i verden (...)”*. Konvensjonspartene har forpliktet seg til å garantere at de rettigheter som anerkjennes i konvensjonen blir utøvet uten usaklig forskjellsbehandling av noe slag. I konvensjonens artikkel 2 pkt.2 framkommer at det ikke godtas forskjellsbehandling på grunnlag av *”rase, hudfarge, kjønn, språk, religion, politisk eller annen oppfatning, nasjonal eller sosial opprinnelse, eiendom, fødsel eller status for øvrig”*.

Artikkel 12 fastslår retten til god helse. Det heter her: *”Konvensjonspartene anerkjenner retten til enhver til å ha den høyest oppnåelige helsestandard både i fysisk og psykisk henseende”*. (Pkt.1). I samme artikkel, pkt.2, sies det blant

annet: *”For å oppnå full virkeliggjøring av denne rettighet skal konvensjonspartene sette i verk tiltak som er nødvendig for å: a) ... fremme barnets sunne utvikling”.*

FN-konvensjonen om sivile og politiske rettigheter slår fast i Artikkel 2 pkt.1, at de rettigheter og friheter som er fastlagt i konvensjonen skal sikres uten diskriminering av noe slag.

I konvensjonens Artikkel 26 heter det at: *”Alle er like for loven og har uten noen form for forskjellsbehandling rett til lik beskyttelse av loven. I dette øyemed skal lovgivningen forby enhver form for forskjellsbehandling og sikre alle likeverdig og effektiv beskyttelse mot forskjellsbehandling på noe slikt grunnlag som rase, hudfarge, kjønn, språk, religion, politisk eller annen oppfatning, nasjonal eller sosial opprinnelse, eiendom, fødsel eller stilling for øvrig”.*

De konkrete rettighetene i Den europeiske menneskerettighetskonvensjonen (EMK)³³ skiller seg ikke vesentlig fra FN-konvensjonen om politiske og sivile rettigheter.

I artikkel 14 slås det fast at: *”utøvelsen av de rettigheter og friheter som er fastlagt i konvensjonen skal bli sikret uten diskriminering på noe grunnlag slik som kjønn, rase, farge, språk, religion, politisk eller annen oppfatning, nasjonal eller sosial opprinnelse, tilknytning til en nasjonal minoritet, eiendom, fødsel, eller annen status”.* I artikkel 8 heter det: *”1. Enhver har rett til respekt for sitt privatliv og familieliv, sitt hjem og sin korrespondanse. 2. Det skal ikke skje noe inngrep av offentlig myndighet i utøvelsen av denne rettighet unntatt når dette er i samsvar med loven og er nødvendig i et demokratisk samfunn av hensyn til den nasjonale sikkerhet, offentlige trygghet eller landets økonomiske velferd, for å forebygge uorden eller kriminalitet, **for å beskytte helse eller moral, eller for å beskytte andres rettigheter og friheter**” (vår uthevelse).*

Konvensjonen om avskaffelse av alle former for diskriminering av kvinner av desember 1979, den såkalte kvinnekonvensjonen, pålegger partene å avskaffe all diskriminering av kvinner. I Artikkel 2 bokstav f) heter det: *”Å iverksette egnede tiltak, inkludert lovgivning, for å endre eller avskaffe eksisterende lover, sedvaner og skikker som utgjør diskriminering av kvinner”.* Videre heter det i artikkel 5, bokstav a): *”Å endre menns og kvinners sosiale og kulturelle atferdsmønstre med sikte på å avskaffe fordommer og sedvaner og annen praksis som er basert på forestillingen om at et av kjønnene er overlegent eller underlegent, eller på stereotype roller for menn og kvinner”.*

³³ 4. november 1950 (trådte i kraft september 1953).

FN-konvensjonen om barnets rettigheter, barnekonvensjonen, konstaterer at barnet er et menneske med egne rettigheter, at det er unikt og at det har spesielle behov.³⁴ Den tar utgangspunkt i hva som gagnar barnet best og regulerer statens forpliktelser i så henseende. Ratifiseringen av konvensjonen forplikter således staten å tilrettelegge for at de bærende prinsipper fungerer i praksis. Dette kommer for eksempel klart frem i konvensjonens artikkel 2, der det heter:

1. *De land som er parter til denne konvensjonen, skal respektere og garantere de rettigheter som er fastsatt i denne konvensjonen for ethvert barn innenfor deres jurisdiksjon, uten forskjellsbehandling av noen slag og uten hensyn til barnets, dets foreldres eller verges rase, farge, kjønn, språk, religion, politisk eller annen oppfatning, nasjonale, etniske eller sosiale opprinnelse, eiendom, funksjonshemming, fødsel eller annen status.*
2. *Partene skal treffe alle nødvendige tiltak for å sikre at barnet blir vernet mot enhver form for forskjellsbehandling eller straff på grunnlag av stilling, virksomhet, uttalte meninger eller trosoppfatning hos barnets foreldre, verger eller familiemedlemmer.*

Barnekonvensjonens bærende prinsipp, om barnets beste (jf. for øvrig også barnevernloven, A.3.5), uttrykkes i artikkel 3, pkt.1: *”Ved alle handlinger som vedrører barn og som foretas av offentlige eller private velferdsorganisasjoner, domstoler, administrative myndigheter eller lovgivende organer, skal det først og fremst tas hensyn hva som gavner barnet best.”*

Overnevnte innebærer at prinsippet om barnets beste må innarbeides i alle planleggings- og beslutningsprosesser. I Barnekonvensjonens artikkel 19 heter det: *”1. Partene skal treffe alle nødvendige lovgivningsmessige, administrative, sosiale og undervisningsmessige tiltak for å verne barnet mot alle former for fysisk vold, skade eller misbruk, vanskjøtsel eller forsømmelig behandling, mishandling eller utnytting, herunder seksuelt misbruk, mens det er under omsorg hos en eller begge foreldre, verge(r) eller eventuell annen person som har omsorgen for barnet. 2. Slike vernetiltak bør om nødvendig omfatte effektive fremgangsmåter for iverksettelse av sosiale programmer som yter nødvendig støtte til barnet og til dem som har omsorgen for det, så vel som andre former for forebygging, identifikasjon, rapportering, viderehenvisning, undersøkelse og behandling samt oppfølging av tilfeller av barnemishandling som tidligere beskrevet, og om nødvendig, for rettslig oppfølging”.*

³⁴ Vedtatt av FN 20.11 1989 og ratifisert av Norge januar 1991.

Barns rett til best mulig helse framkommer også i artikkel 24 pkt.1, hvor det sies: *"Partene erkjenner rett til å nyte godt av den høyest oppnåelige helsestandard og av tilbudene av sykdom og rehabilitering. Partene skal bestrebe seg på å sikre at et barn ikke blir berøvet sin adgang til slike helseomsorgstjenester"*. I samme artikkel, pkt.3, framkommer det eksplisitt at: *"Partene skal treffe alle effektive og egnede tiltak med henblikk på å **avskaffe tradisjonsbestemt praksis som er skadelig for barns helse**"* (vår utheving).

Det foregår også et omfattende arbeid mot kjønnslemlestelse i afrikanske land, blant annet nedfelt i The African charter on Human and People's Rights (the Banjul Charter, 1981), som er ratifisert av nesten alle aktuelle afrikanske land, inkludert Somalia og Gambia. Det sies eksplisitt her at all diskriminering mot kvinner skal fjernes, og at mor og barns rettigheter særlig skal beskyttes. Artikkel 18 (3): *"The State shall ensure the elimination of every discrimination against women and also ensure the protection of the rights of the woman and the child as stipulated in international declarations and conventions."*

Det er også vedtatt et eget African Charter on the Rights and Welfare of the Child (African Charter, 1991). Artikkel 21 (1) krever at alle medlemsland eliminerer/fjerner skadelig sosial og kulturell praksis som særlig har konsekvenser for barnets velferd, utvikling og normal vekst. Det pekes særlig på tradisjoner som er kjønnsdiskriminerende: *"States Parties to the present Charter shall take all appropriate measures to eliminate harmful social and cultural practices affecting the welfare, dignity, normal growth and development of the child and in particular:*

- (a) Those customs and practices prejudicial to the health of the child; and*
- (b) those customs and practices discriminatory to the child on the grounds of sex or other status."*

10.5 Helsestasjon- og skolehelsetjenesten

Helseundersøkelser av barn er et frivillig tilbud i Norge, som i Frankrike og andre europeiske land. I Norge er det svært god oppslutning om tilbudet (opp mot 100 prosent).

10.5.1 Lov og forskrifter

Ansvaret for å forebygge sykdom og skader og å fremme barns helse er nedfelt i kommunehelsetjenesteloven og forskriftene om helsestasjonsvirksomhet og skolehelsetjeneste. I forskriftene sies det at helsestasjonene skal:

- *forebygge medfødte og ervervede sykdommer, også tannsykdommer og skader blant barn.*

- fremme barns fysiske, psykiske og sosiale helse.

I forskriftene sies det at skolehelsetjenestens formål er å:

- arbeide for å fremme elevenes totale helse og forebygge sykdom, skade eller lyte.
- samarbeide med hjem, skole og det øvrige hjelpeapparat i samfunnet for å identifisere og løse de helsemessige problemer som spesielt knytter seg til skoleelevers situasjon.³⁵

Kommunehelsetjenesteloven krever at: *”kommunene har oversikt over befolkningens helsetilstand. Kartlegging både av risikofaktorer og faktorer som fremmer helsen hos befolkningen er et redskap for å imøtekomme dette kravet... Innhenting av lokale eller sentrale data knyttet til barn og unges helse er nødvendig for å kunne anvende metoder og iverksette tiltak som kan føre til at folkehelsen bedres. Med bakgrunn i kartleggingen utarbeides virksomhets- eller handlingsplaner for helsestasjons- og skolehelsetjenesten.”*³⁶

Det påpekes videre helsepersonells tiltaksansvar i å løse spesifikke oppgaver:

”Følgende prinsipper for tiltak bør vektlegges:

- Tilrettelegging for å nå alle, også grupper med utvidet behov.
- At tilbudene er positive og allment aksepterte.
- Ressursorientering med vekt på beskyttelsesfaktorer.
- Bygge på pedagogiske prinsipper og tilpasse løsninger til problemets omfang og med brukers behov i fokus.
- Iverksetting tidligst mulig.”

Det kan iversettes såkalte høyrisikostrategier der det rettes tiltak mot en del av befolkningen som har spesifikke problemer: *”Strategiens tiltak kan resultere i mer effektivt forebyggende arbeid overfor utvalgte grupper når risikoen er kjent og det er utviklet metoder for å redusere eller fjerne risikoen.”* Det sies videre at høyrisikostrategi er berettiget: *”Overfor familier, barn og unge med spesielle behov, fordi disse kan være disponert for eller ha økt risiko for belastninger, sykdommer eller problemer.”*

10.5.2 Undersøkelser på helsestasjonen

Fra barnet er født og frem til det er fire år gammelt, anbefales det 16 konsultasjoner med helsestasjonen, hvorav 14 konsultasjoner innebærer ulike undersøkelser av barnet.

³⁵ Veileder for helsestasjons- og skolehelsetjenesten, Statens helsetilsyn.

³⁶ *ibid.*

0-2 uker	hjemmebesøk helsesøster/jordmor
6 uker	individuell konsultasjon med helsesøster og lege
2 mnd	gruppe med helsesøster
3 mnd	individuell konsultasjon med helsesøster
4 mnd	gruppe med helsesøster
5 mnd	individuell konsultasjon med helsesøster
6 mnd	gruppe/individuell konsultasjon med lege og helsesøster
7 mnd	gruppe med fysioterapeut og helsesøster
9 mnd	gruppe med helsesøster og tannpleier
11 mnd	individuell. konsultasjon med helsesøster
1 år	individuell konsultasjon med lege og helsesøster
15 mnd	individuell konsultasjon med helsesøster
18 mnd	gruppe m/barnevernpedagog/helsesøster
2 år	individuell konsultasjon med lege og helsesøster
3 år	gruppe med førskolelærer/helsesøster
4 år	individuell konsultasjon med helsesøster

Til sammen er det altså ni individuelle konsultasjoner fra barnet er født til det er fylt fire år.

Lege og helsesøster er anbefalt å fordele oppgavene seg i mellom slik:³⁷

<u>Helsesøster:</u>	<u>Lege:</u>
Helsetilstand	Hud, øyne, syn
Amning	Ører, hørsel
Kosthold/vitamintilskudd	Munn, svelg
Tannhelse	Hals, bryst
Motorikk	Hjerte
Utvikling/adferd	Lunger, respirasjon
Språk	Mage, tarm
Samspill	Kjønnsorganer
Hjemmemiljø	Hode, rygg
Familieforhold og sosialt nettverk	Hofter, ekstremiteter
Ulykker og skader	Utvikling, motorikk

Kjønnsorgan

Det anbefales rutinemessige undersøkelser av guttenes kjønnsorgan, da først og fremst med tanke på at testiklene er på plass i pungen (såkalt manglende descens):

- Av testiklene og urinveisåpning hos gutter ved 6 uker.

³⁷ Veileder for helsestasjons- og skolehelsetjenesten, Statens helsetilsyn

- Av testiklene ved 1-årsalderen. Ved manglende descens, foretas ytterligere kontroller ved 2- eller 5-årsalderen.
- Av testiklene på nyinnflyttede innvandrer gutter frem til puberteten.

Hva gjelder jentebarn er dette anbefalt:

- Inspeksjon av urinveisåpning hos jenter og undersøkelse av om jomfruhinnen lukker for skjedeåpningen (hymen imperforata) bør ikke utføres som rutineundersøkelse, men gjøres lettest ved 6 måneder eller 1 år.
- Urinprøve og andre kliniske undersøkelser gjøres på vide indikasjoner ved bekymringer fra foreldre over funn eller symptomer.
- Ved inkontinens (enurese) undersøkes barnet ved mistanke om eller ved funn av UVI (urinveisinfeksjon) eller andre årsaker.

Barnet skal henvises til primærlege/spesialist ved blant annet dette:

- Ved testikkelretensjon ved 1 år og senest ved 2 år.
- Ved positive funn eller symptomer på urinveisinfeksjon. Følgende barn bør utredes: alle spedbarn med UVI, alle gutter med påvist UVI, alle jenter med påvist nyrebekkenbetennelse, jenter med cyster som ikke går tilbake (recidiverende cystitter).³⁸

På undersøkelsen når barnet er to år, anbefales det generelt undersøkelse med tanke på ”ulykker og skader”.

10.5.3 Skolehelsetjenesten

Formålet til skolehelsetjenesten er å fremme elevenes totale helse og forebygge sykdom, skade eller lyte (jf. forskriftens § 2).

Det heter videre: *”Skolehelsetjenesten skal – i samarbeid med hjem, skole og det øvrige hjelpeapparat i samfunnet – arbeide for å identifisere og løse de helsemessige problemer som knytter seg spesielt til skoleelevers situasjon”* (§ 2). Blant annet er skolehelsetjenestens oppgave (jf. forskriftens § 3): *systematiske medisinske undersøkelser, individuell helseveiledning og andre medisinske tiltak, herunder helseopplysning.*

Hva gjelder medisinske undersøkelser og tiltak som omfattes av denne paragrafen, fremkommer det i vedlegg til forskriften, av § 3 Oppgaver, at et slikt tiltak blant annet kan være innkalling av visse elever til oppfølging og kontroll på basis av tidligere undersøkelser og undersøkelser av elever på grunnlag av henvisning fra foresatte, skolen eller andre, eller etter ønske fra eleven selv. Det

³⁸ ibid.

heter videre at når skolehelsetjenesten ved disse undersøkelser finner at det er grunnlag for å iverksette behandling, kontroll eller andre tiltak, har de respektive faggrupper innen skolehelsetjenesten ansvar for å bidra til at nødvendige tiltak innen fagområde blir gjennomført. Ved mistanke om skader skal ett av tiltakene fra skolens side være å få eleven undersøkt ved skolehelsetjenesten, og skolehelsetjenesten er pliktet til å iverksette nødvendige tiltak. Her er noen moment hva gjelder skolehelsetjenesten og undersøkelser på ulike alderstrinn:

- | | |
|--------------------|--|
| 5 år | Skolestartundersøkelsen der hørsel, hjerte, vekst, lunger og hofter undersøkes. Det åpnes også for målrettet undersøkelse tilpasset behov og risiko. |
| 8 år (3.kl.) | Rutinemessig høydemåling og eventuelt målrettet undersøkelse tilpasset behov og risiko. |
| 12 år (7.kl.) | Rutinemessig høydemåling. |
| 13 år (8.kl.) | Målrettet undersøkelse tilpasset behov og risiko. |
| 16 år (1.kl. v.g.) | Målrettet undersøkelse tilpasset behov og risiko. ³⁹ |

10.6 Tiltak for å stoppe kjønnslemlestelse

I denne tiltaksdelen har vi ett mål for øye; nemlig *barnets beste*. Det innebærer at i de tilfeller der tiltaksforslaget kommer i eventuell uoverensstemmelse med andre forsett, har vi latt barnets beste ha forrang.

10.6.1 Bakgrunn

Regjeringens handlingsplan mot kjønnslemlestelse (2001) uttrykker i klartekst at myndighetene plikter å stanse lemlesting av jenter ved å treffe egnede tiltak (se kap.9.4.1). Det henvises blant annet til ratifiserte menneskerettighetskonvensjoner, der det kreves at Norge ”skal treffe alle nødvendige tiltak for å sikre at barnet blir vernet mot enhver forskjellebehandling (...) på grunnlag av (...) meninger eller trosoppfatninger hos barnets foreldre (...)”

Staten er også forpliktet ved lovregulering å beskytte barn og kvinner mot diskriminerende praksis. *Tradisjonsbestemt praksis*, som kjønnslemlestelse er, nevnes spesifikt som et brudd på barnets rett til best mulig helse, og som derfor staten plikter å motvirke ved nødvendige tiltak. Det uttrykkes eksplisitt at for

³⁹ Veileder for helsestasjons- og skolehelsetjenesten, Statens helsetilsyn

alle tiltak som innføres skal *barnets beste* være retningsgivende. *Ingen andre hensyn har forrang for barnets ve og vel.*

Det er ingen politisk uenighet om hvor særdeles alvorlig kjønnslemlestelse er. Tvert om er det bred enighet om at denne praksisen er fullstendig uønsket og skal stoppes. Samtlige offentlige stemmer, uansett kulturell eller religiøs bakgrunn, tar sterkt til ordet mot praksisen. Dette, kombinert med statens internasjonale forpliktelser, legger forholdene til rette for at staten både kan og må innføre tiltak for å optimalt sikre at jenter bosatt i Norge ikke utsettes for kjønnslemlestelse.

HRS er av den klare oppfatning at den norske staten, som andre europeiske stater, gjennom nåværende tiltak ikke oppfyller internasjonale forpliktelser hva gjelder å stoppe lemlesting av barn. Vi mener også at denne åpenbare diskrimineringen av jenter på bakgrunn av etnisk opprinnelse, i all hovedsak nettopp skyldes etnisk opphav. Respekt for foreldres meninger og holdninger synes klart å ha forrang for barnets beste. Det synes også som om helsetilbudet til barn og unge ikke harmonerer med hvilken kunnskap som foreligger om skader barn i samtidens Norge utsettes for ved kjønnslemlestelse.

Dialog og informasjon

Myndighetene satser hovedsakelig på dialog og informasjon for å bekjempe kjønnslemlestelse. Det er ingen tvil om at dialog og informasjon er viktig, men en flere tusen år gammel sterkt rotfestet og utbredt praksis stoppes ikke alene ved ord – verken på kort eller lang sikt. Dette skyldes flere forhold:

1. Praksisens idégrunnlag – å kontrollere kvinners seksualitet - er en sterk drivkraft, spesielt kombinert med mytene og misforståelsene rundt kjønnslemlestelse (jf. kap.9.2.7).
2. Den utbredte og økende praksisen med å hente ektefelle i opprinnelseslandet (innvandring gjennom giftermål), er med på å opprettholde holdninger i favør av kjønnslemlestelse.⁴⁰
3. De generelt tette båndene til opprinnelseslandene vedlikeholder holdninger i favør av kjønnslemlestelse.

⁴⁰ Blant 1.generasjon kvinner og menn fra Gambia og Somalia er det er markert økning i praksisen med å hente ektefelle i opprinnelseslandet. Prosent av ekteskap inngått mellom gambisk kvinne i Norge og mann i Gambia var i 1996 på 28 % av inngåtte ekteskap. I 2001 var tallet økt til 86 %. For gambiske menn i Norge steg tallet fra 26 % i 1996 til 77 % i 2001. For somaliske kvinner var tallet i 1996 36 %, mens i 2001 var tallet 60 %. For somaliske menn i Norge steg prosenten inngåtte ekteskap med kvinne i hjemlandet fra 50 % i 1996 til 86 % i 2001. Tall for 2. generasjon er ikke aktuelle ettersom få er i gifteklar alder. Se for øvrig kap.2.1.1, tabell 8. Kilde: HRS/tall bestilt fra SSB.

4. At aktuelle miljø i Norge (særlig somaliske miljø), har en betydelig vekst (nå mer enn 1.500 nyankomne per år), er med på å preservere holdninger i favør av kjønnslemlestelse.⁴¹
5. Den betydelige økningen av aktuelle grupper i Skandinavia og Europa, medvirker til å videreføre tradisjonen også her i Norge. Sannsynligheten er stor for at omskjærere vil turnere i europeiske land. Tilgjengeligheten blir bedre, bl.a. ved at det er langt billigere enn å reise til opprinnelseslandet eller andre aktuelle steder. Tilgjengelighet vil også øke presset på den enkelte familien om å videreføre praksisen.⁴²
6. Den urovekkende lave graden av integrering, særlig blant somaliere, underbygger at en tradisjon som kjønnslemlestelse vanskelig kan dialogiseres bort.⁴³
7. Den økende tildekningen av somaliske jenter og kvinner i Oslo er et tegn på at konservative holdninger står sterkt, som igjen øker sannsynligheten for at tradisjonen med kjønnslemlestelse videreføres.⁴⁴
8. Det er dessverre ingen grunn til å tro at praksisen utryddes i aktuelle opprinnelsesland innen nærmeste tiår. Særlig ikke i Somalia (for Norge hovedlandet i forhold til kjønnslemlestelse), som preges av politisk konflikter og som er en stat i oppløsning.

Endringstrekk

Som vi har vist, fins det dessverre ingen data knyttet til hvor mange jenter i Norge som er lemlestet *etter* at de bosatte seg her, eller som er *født her* og lemlestet. Det er uansett ingen tvil om at praksisen fortsetter. Gambiske kilder knyttet til HRS forteller at deres etniske grupper fortsetter praksisen, da ved at jentene fremdeles lemlestes rundt eller like etter spedbarnsalder under besøk i Gambia. Somaliske kilder forteller at jentene tas med til ulike land, både i Afrika og Europa, for lemlesting. Noen skal ha begynt å lemleste jentene i yngre alder enn vanlig, for å sikre seg mot at barnet formidler hva som har skjedd. Andre skal utføre klitorisamputasjon på jentene i tenårene. En annen bevegelse som synes å ha skjedd i deler av somaliske miljø, er at typen kjønnslemlestelse endrer seg fra type 3 (som også innebærer gjensynging), til alternativer av type 1

⁴¹ Første tre måneder i år er eksempelvis 400 asylsøkere fra Somalia kommet til Norge. I fjor fikk 1.070 somaliere opphold etter å ha søkt asyl. I tillegg kommer familiejenforeninger. Det totale antallet nyankomne i 2002 var således 1737 personer. Kilde: UDI.

⁴² Tidligere leder av Gøteborgprosjektet (for å forebygge kjønnslemlestelse), Piret Eskin, forteller at omskjærere skal ha vært i Sverige på oppdragbesøk. Lignende rykter har gått i Norge, uten at de er verifisert.

⁴³ Jf. f.eks. at somaliene er den gruppen som har lavest arbeidsførhet, SSB.

⁴⁴ Påstanden om økende tildekning er vår ut fra observasjoner av somaliere i Oslo sentrum og Oslo øst siste årene. Påstanden er bekreftet av skolepersonell fra ulike skoler på Oslo øst. Hva gjelder resonnementet om tildekning og konservative (kvinneundertrykkende holdninger), er dette basert på internasjonale erfaringer, jf. Iran, Afghanistan og Pakistan. Resonnementet støttes av for eksempel den internasjonale organisasjonen Women Living Under Muslim Law.

eller type 2, såkalt Sunna-omskjæring (inkluderer oftest fjerning av klitoris). Denne typen anses som anbefalt religiøst sett.

I samtaler HRS har hatt med rundt 20 somaliske jenter i tenårene, kommer det frem at jentene mener foreldrene ikke endrer holdning til kjønnslemlestelse. I en samtale med ni somaliske skolejenter i alderen 14 til 16 år, fremkom det at åtte av dem var lemlestet. Ingen av dem ønsket å fortsette tradisjonen, men *de mente at de ikke kunne stoppe foreldrene i å lemleste yngre søstere eller kusiner her i landet.*

Utrekninger HRS har gjort via statistikkbanken til Statistisk sentralbyrå, viser at *voksgenerasjonen (20 – 60 år) somaliere i Norge har mer enn doblet seg fra 1998 til 2002*, noe som ytterligere underbygger at praksisen stimuleres ved innvandringen. Men spesielt bekymringsfulle er disse tallene:

- *Gruppen jenter i risikozonen for kjønnslemlestelse, dvs alderen 0 – 19 år, har mer enn doblet seg de siste tre årene, fra om lag 2.800 jenter til om lag 5.800 jenter. Fortsetter denne utviklingen, vil over 10.000 jenter være i risikozonen når det er gått nye tre år.*
- *Antall nyankomne jenter fra Somalia øker dramatisk. I 2001 kom 248 somaliske jenter til Norge. I fjor mer enn doblet gruppen seg til 561 jenter. Av disse igjen var de fleste under 9 år, dvs. 342 jenter var i alderen 0 – 8 år. Det er altså en stor sannsynlighet for at mange av jentene ikke er lemlestet før de bosatte seg her, og risikerer således lemlesting i senere år. Samtidig har de jentene som allerede er utsatt for kjønnslemlestelse behov for medisinsk hjelp – ikke minst fordi somaliere praktiserer type 3, dvs. både avskjæring av kjønnsorgan pluss gjensyning av vagina.*

Det haster

At vi i år 2006 kan ha over 10.000 jenter som er i risiko for kjønnslemlestelse, sammen med indikasjonene på at tradisjonen med kjønnslemlestelse fortsetter, tilsier at vi ikke ensidig kan basere oss på dialog og informasjon. Vi trenger flere tiltak, og de må kombineres. Men enda viktigere: *Det haster med å innføre effektive tiltak.*

10.6.2 Helseundersøkelser

I forhold til dagens situasjon med kjønnslemlestelse og seksuelt misbruk av barn, kan vi ikke se at kommunehelsetjenesteloven og forskrifter til helsestasjon blir fulgt opp: *Å forebygge skader og fremme barnets totale helse.* Det heter også at kommunene skal ha oversikt over befolkningens helsetilstand og kartlegge risikofaktorer og faktorer som fremmer helsen. Det understrekes at

helsepersonell har ansvar for tiltak for å løse særlige oppgaver for grupper med utvidede behov. Og tiltakene skal iverettes så tidlig som mulig. Det sies dertil at *høyrisikostراتيجier* skal benyttes overfor barn som kan ha økt risiko for belastninger, sykdommer eller problemer (se kap.9.5.1).

HRS' hypotese er at kjønnslemlestelse av jenter bosatt i Norge ikke kan stoppes uten kontroller. Dette kan enkelt gjennomføres ved allerede eksisterende helseundersøkelser.

Erfaringene fra det franske fylket Seine-Saint-Denis er etter vår oppfatning overbevisende: Det dokumenteres at helseundersøkelser (kombinert med informasjon og straffereaksjoner) har hatt en formidabel preventiv effekt på barn i alderen 0 - 6 år (se kap.9.3.3). Det er ingen tvil om at aktuelle miljø kjente godt til det franske lovforbudet på bakgrunn av straffesakene som ble ført tidlig på 1980-tallet og som medførte bred medieomtale. Jamfør også den omtalte rettssaken fra Paris i år, der det fremkommer at tiltalte erkjente å ha lemlestet døtrene – ikke i Frankrike, men i hjemlandet (se kap.9.3.4). Etter all sannsynlighet ble dette hevdet fordi tiltalte ikke visste det var forbudt å utføre lemlestelsen utenfor Frankrike. Vel så interessant er det at de aktuelle miljøene i Seine-Saint-Denis ikke har reagert negativt på undersøkelsene, tatt i betraktning at utbredelsen av kjønnslemlestelse var på 100 prosent (av 500 undersøkte jenter i 1987 var 500 lemlestet), og dermed unnlatt å møte opp. Tvert om er fremmøtet på helsestasjonen svært bra.

Helsetilbudet er ikke tilpasset samtidens Norge

HRS mener at dagens helsetilbud til barn (og unge) ikke er tilpasset samtidens *fleretniske* Norge. Helsetilbudet er heller ikke tilpasset samtidens Norge generelt med tanke på *seksuelt misbruk* av barn. Dette temaet kom ettertrykkelig på den offentlige dagsordenen i begynnelsen av 1980-tallet (ved Else Myklebust, NRK). De åpenbare tiltakene som burde vært innført, både i forhold til seksuelt misbruk av barn og kjønnslemlestelse, er uteblitt. Dagens helsetilbud harmonerer således ikke med kunnskapsnivået om hvilke skader barn i dag kan utsettes for. Det synes for oss som om helsetilbudet til barn bl.a. henger fast i tidligere tiders holdninger og kunnskap. Ikke minst underbygger disse fakta vår påstand: Gutters kjønnsorgan skal rutinemessig undersøkes. Nyankomne innvandregutter er dertil spesielt nevnt. Og alle gutter som innkalles til militærtjeneste, får helseundersøkt kjønnsorganet for å vurdere tjenestedyktighet. På den annen side *fraråder* Statens helsetilsyn at jenters kjønnsorgan undersøkes ("bør ikke utføres rutineundersøkelse", se kap.10.5.2). Gutter/menns evne til forplantning synes således å være det overordnede fokuset innen helsetilbud til barn og unge hva gjelder kjønnsorganet.

HRS mener at forklaringene på dagens situasjon er at det ligger en generell sjenanse, og en (forhåpentligvis) ubevisst diskriminering av jenters seksualitet til grunn for ignoransen av jenters helse relatert til kjønnsorgan. Holdningene har kanskje også noe å gjøre med tidligere kristne kyskhetsideal knyttet til jenter og kvinners seksualitet: Jenter og kvinner skulle ikke nyte seksualitet. Jenter og kvinners kjønnsorgan var således mer eller mindre ikke-eksisterende. De indre kjønnsorganene var derimot viktige – fordi de er avgjørende for forplantningsevnen.

En annen forklaring, som HRS mener kanskje er enda mer oppsiktsvekkende, har vi blitt presentert for av både politikere, helsepersonell og forskere:

Undersøkelser av jenters underliv kan utsette jentene for seksuelt misbruk. Til dette vil vi bemerke følgende: Hvis, og vi understreker *hvis*, det er slik at det er dokumentert seksuelt misbruk av barn i helsevesenet slik at barn ikke trygt kan få undersøkt sin helse, har myndighetene åpenbart en stor utfordring hva gjelder å løse problemet. Samtidig mener vi påstanden vanskelig kan være valid, i alle fall ikke for barn frem til og med fireårskontrollen. De møter ikke alene til helseundersøkelse men sammen med foreldre/foresatte. Hvis det er en reell politisk og faglig bekymring for seksuelt misbruk av skolebarn ved helseundersøkelser kan dette løses ved at foreldre/foresatte følger barnet til samtlige undersøkelser, eventuelt at helsepersonell ikke lenger får undersøke skolebarn alene (minimum to tilstede).

Overnevnte holdninger medfører at jenters helse ikke underlegges den samme helsemessige oppfølging og kontroll som gutters. I tillegg er det en annen diskriminerende faktor; nemlig at etnisk bakgrunn og praksis som legitimeres med kultur og religion, skaper en avstand til det enkelte individ. Disse holdningene medvirker til å øke barrieren i forhold til jenter og kjønnslemlestelse, i det jentene stort sett er av afrikansk opprinnelse. Politikere og sentrale offentlige institusjoner (helsevesenet, skolen, barnevernet, politi), klarer åpenbart ikke å forholde seg fargeblinde til jentene. Likeverdig behandling av jenter i Norge, burde i utgangspunktet innebære at hudfarge og etnisk opphav er fullstendig irrelevant.

Hvis vi virkelig hadde likeverdig behandling og en klar målsetting om at alle barn i Norge skal nyte samme rettigheter, ville åpenbart helseundersøkelser av jenters kjønnsorgan vært innført. Et tankeeksperiment er dette: *Hvis det ble avdekket at en kristen sekt i Norge hadde innført klitorisdetektomi av jenter for å optimalt sikre at jenter forble jomfruer frem til de giftet seg (da eksempelvis som en reaksjon på den økte seksualiseringen av samfunnet vårt), hadde selvsagt dette medført offentlige ramaskrik, umiddelbare straffereaksjoner, barnevernstiltak (omsorgsovertakelser), og, ikke minst – alle aktuelle jenter ville blitt helseundersøkt for å avdekke om de var lemlestet eller ei med tanke på*

blant annet medisinsk hjelp. Det hadde fra både politisk og medisinsk hold blitt utvist nulltoleranse og alle nødvendige tiltak hadde blitt innført øyeblikkelig.

Det største hindret jenter som kjønnslemlestes i dag har, er deres etniske opphav, ja, deres hudfarge. Der ligger kanskje den største politiske skammen begravd.

Ingen ressursmessig belastning

Å avdekke kjønnslemlestelse av småbarn er, som vi har vist fra Frankrike, så enkelt at nær sagt hvem som helst kan gjøre det (jf. rettsmedisineren i Paris som sa: *”Man trenger ikke være ekspert for å se om en jente eller kvinne er kjønnslemleste - det er umulig å ikke se det med det blotte øyet”*). Dette innebærer bl.a. at en rutinemessig helseundersøkelse av kjønnsorgan ikke vil pålegge helsevesenet en ressursmessig belastning.

Dagens helsetilbud til barn hva gjelder hyppighet er etter vår vurdering god nok. Barnet/foreldrene har tilbud om ni individuelle konsultasjoner fra barnet er født til det er fire år gammelt. Ifølge Emanuelle Piet i Frankrike, bør helseundersøkelser av kjønnsorgan gjøres fra første besøk på helsestasjonen, da dette medfører at både foreldre og barn opplever undersøkelsen naturlig etter hvert som barnet vokser opp. Vi ser heller ingen grunn til at ”bare noens” kjønnsorgan skal undersøkes, være seg guttenes kjønnsorgan eller utsiling av jenter i risikogrupper: Alle barns kjønnsorgan bør underlegges de samme rutinemessige helseundersøkelser.

Tiltak A:

Helseundersøkelse av barns kjønnsorgan og anus må innføres som en rutinemessig undersøkelse ved helsestasjonen snarest. Undersøkelsen skal utføres ved samtlige individuelle kontroller fra barnet er født til og med fireårskontrollen. Foreldre/foresatte skal informeres om hvorfor undersøkelsen gjøres (av hensyn til barnets helse). Dersom det avdekkes at barnet er kjønnslemlestet og/eller seksuelt misbrukt vil forholdet kunne etterforskes, eventuelt straffeforfølges og barnevernet vil bli koblet inn.

Praktisk

Som nettopp påpekt bør undersøkelsene gjøres fra første individuelle konsultasjon på helsestasjonen. Etter vår vurdering vil ikke et fire år gammelt barn som helseundersøkes av profesjonelt helsepersonell (helsesøster eller lege) ta noen skade av dette. Det nevnte gambiske tvillingparet var noe over tre år gamle da de ble undersøkt ved Ullevål sykehus (se kap.10.1.3). Fra kilder til stede på undersøkelsen sies det at jentene opplevde undersøkelsen som en lek: Hele kroppen ble undersøkt. Armer, hofter, øyne og ører fikk verken mer eller mindre oppmerksomhet enn kjønnsorgan. Derfor mener vi helseundersøkelser

av kjønnsorgan og anus kan innføres nå for alle barn som møter til rutinemessige undersøkelser ved helsestasjonen.

Motargument

I debatten de siste to årene om tiltak mot kjønnslemlestelse har fremtredende politikere hevdet som hovedmotargument at: *”Vi kan ikke ha gynekologiske undersøkelser av barn.”* Blant andre barne- og familieminister Laila Dåvøy, utdannet sykepleier og tidligere leder av Norsk Sykepleierforbund, har fremført denne påstanden om hva helseundersøkelse av jenters kjønnsorgan innebærer. Det samme har organiserte feminister gjort. HRS la denne problemstillingen frem for medisinske eksperter som vitnet i rettsaken i Paris (se kap.10.3.4). Samtlige stilte seg fullstendig uforstående til begrepsbruken. Å *se på ytre* kjønnsorgan er noe helt annet enn føre inn instrument i vagina for å undersøke *indre* kjønnsorgan (livmor og eggledere). De medisinske ekspertene mente ”observering av hud” er en korrekt betegnelse av undersøkelsen, slik man observerer hudfolder, eksem osv. *Det er en klinisk observasjon som tar sekunder å utføre og som ikke innebærer noen form for berøring av kjønnsorganet.*

Fra politisk, religiøst og institusjonelt hold kan det bli hevdet at slike helseundersøkelser er en *krenkelse* av barnet. Så vidt vi har registrert har aldri dette vært et tema overfor guttene: For å sjekke at testiklene er på plass i pungen, kjennes det *fysisk* etter. Eventuell krenkelse er, slik vi ser det, et syn fra voksnes ståsted som påføres barnet etter som det vokser opp. Dessuten vil HRS’ forslag utvilsomt på sikt ha som effekt at jenter og kvinner generelt i Norge får et mer naturlig forhold til helsemessige aspekt ved eget underliv.

Et annet argument har vært stigmatisering; å undersøke afrikanske jentebarn kan oppleves som stigmatiserende (”alle afrikanere kjønnslemlester jentebarna sine”). HRS deler denne oppfatningen, men enda viktigere er følgende: Hvordan bestemme hvilke afrikanske jenter som er i risikozonen? Skal vi få en fullgod oversikt over et slikt risikobilde, må hver enkelt familie kartlegges med tanke på nasjonal bakgrunn (der også arabiske land inkluderes), deretter etnisk tilhørighet (eksempelvis wolof fra Gambia kontra mandinka fra Gambia)⁴⁵, og den enkelte families historie i forhold til kjønnslemlestelse. Som en gambisk mandinka sier til oss: *”Alle gambiere som lemlester jentene kommer da til å oppgi at de tilhører wolofstammen for å unngå undersøkelser.”*

Men aller viktigst mener vi at dette argumentet er mot det skisserte forslaget: *alle jenter og gutters kjønnsorgan skal rutinemessig undersøkes slik andre sentrale kroppsdeler undersøkes.* Det burde ikke være vanskelig å komme til

⁴⁵ Det er ulik praktisering av kjønnslemlestelse mellom ulike stammer. I Norge er det ikke tillatt å registrere folk på bakgrunn av etnisitet eller religiøsitet.

enighet at helsetilstanden til barns kjønnsorgan er vel så viktig som helsetilstanden til andre organ, som øyner og ører osv. *Ved å innføre rutinemessige undersøkelser av både kjønnsorgan og anus vil gevinsten for barna være at kjønnslemlestelse og seksuelt misbruk kan avdekkes på et tidlig stadium og, ikke minst, forebygges.*

Det kan også komme motargument som dette: *Aktuelle barn kan holdes tilbake fra helseundersøkelsene ettersom de ikke er obligatoriske. Det vil i så fall bare forverre barnas situasjon.* Erfaringene fra Frankrike viser at dette ikke har skjedd. Aktuelle grupper benytter helsestasjonen i like høy grad som tidligere. Hvis slike undersøkelser likevel medfører at foreldre unndrar barna fra helseundersøkelser, bør det få som konsekvens at undersøkelsene blir obligatoriske (jf. nevnte internasjonale konvensjoner og barns og kvinners rett til helse med mer).⁴⁶ Obligatorisk innebærer at det må innføres sanksjonsmiddel. Ut fra erfaringer til voksne afrikanere knyttet til HRS, vil eksempelvis stopp i barnetrygdutbetaling (eventuelt kontantstøtte) være et effektivt sanksjonsmiddel.

Det kan også komme negative reaksjoner fra ulike aktuelle afrikanske grupper (også andre, eksempelvis konservative kristne). Hva gjelder negative ”afrikanske” reaksjoner i retning av at slike helseundersøkelser er et ”vestlig påfunn” og en form for ”heksejakt”, mener HRS de faller på sin egen urimelighet. Nesten alle aktuelle afrikanske land (inkludert Somalia) har ratifisert The African Charter og Human and People’s Rights der det sies at all diskriminering av kvinner og barn skal elimineres. Vår erfaring er også denne: Samtlige voksne knyttet til HRS som har opprinnelse i land/stammer der kjønnslemlestelse praktiseres, vil ha helseundersøkelser. De som er genuint i mot lemlesting av jentebarn sier at de mer enn gjerne ønsker at deres egne barn skal undersøkes. De ser undersøkelser som en befrielse med tanke på at det kan redde jentebarn fra dette overgrepet.

10.6.3 Skolehelsetjenesten

Etter fireårskontrollen er neste helseundersøkelse den såkalte skolestartundersøkelsen. Deretter anbefales to helseundersøkelser på barneskolen, en på ungdomstrinnet og en på videregående. Som vist er skolehelsetjenestens formål å *fremme elevenes totale helse og forebygge sykdom, skade eller lyte* (se kap.9.5.1). Skolehelsetjenestens oppgaver er blant annet å utføre systematiske medisinske undersøkelser og gi individuell helseveiledning. Det heter videre at når skolehelsetjenesten ved disse undersøkelser finner at det er *grunnlag for å iverksette behandling, kontroll eller andre tiltak*, har de respektive faggrupper

⁴⁶ I praksis ser vi heller ikke at dette vil få noen stor betydning: per i dag er det et særdeles godt oppmøte på helseundersøkelsene.

innen skolehelsetjenesten ansvar for å bidra til å innføre nødvendige tiltak. Ved mistanke om skader skal ett av tiltakene fra skolens side være å få eleven undersøkt ved skolehelsetjenesten, og skolehelsetjenesten er pliktet til å iverksette nødvendige tiltak.

Tiltak B

Det må innføres rutinemessige helseundersøkelser av kjønnsorgan og anus på de ulike skoletrinnene fra skolestartundersøkelsen til og med videregående skole.

Dette tiltaket mener vi skal innføres på første mulige årskull som starter på skolen. Disse elevene kan naturlig følges opp på de ulike skoleundersøkelsene.

Som tidligere kommentert legger vi til grunn at vi har et helsevesen som på en profesjonell og uproblematisk måte kan gjennomføre de overnevnte undersøkelser. Hvis det er slik at det ligger hindringer i veien for å gjennomføre slike undersøkelser (for eksempel knyttet til bekymringen for seksuell misbruk på undersøkelsen) anbefaler vi at det blir pliktig for foreldre/foresatte å delta på barnet undersøkelse, eventuelt at helsevesenet selv iverksetter de nødvendige tiltak for å eliminere eventuelle hindringer. Hvis sistnevnte innebærer en økonomiske merbelastning, anbefaler vi at de ansvarlige instanser setter saken på den politiske dagsorden.

Tiltak C

Ved skolestart skal alle foreldre/foresatte informeres om helseundersøkelsene ved skolen. Det skal her også presiseres at barnets totale helse rutinemessig vil bli fulgt opp gjennom hele skolegangen, da også inkludert kjønnsorgan og anus. I informasjonspakken må det inngå hvorfor dette gjøres, i tillegg til at det må presiseres hvordan avdekking av skader/misforhold vil bli fulgt opp, også strafferettslig.

Vi vil understreke hvor viktig det er at foreldre/foresatte i klartekst informeres om skadevirkninger ved kjønnslemlestelse. Dette fordi de som praktiserer kjønnslemlestelse i stor grad tror det gagnar barnet.

Adferdsendringer

Ved å innføre rutinemessige undersøkelser av kjønnsorgan (og anus) på helsestasjonen, er sannsynligheten stor for at kjønnslemlestelse av spedbarn/småbarn så godt som elimineres. Barn som lemlestes etter å ha begynt på skolen, vil som regel vise adferdsendringer (som eksempelvis innesluttethet/depresjon, bevegelsehemninger). I tillegg vil lemlesting som

regel medføre fravær fra skolen – hvis det ikke skjer på lengre ferieopphold (som sommerferie, juleferie), som for øvrig synes å være ”regelen”.

Tiltak D

HRS mener det bør utarbeides lettfattelig informasjonsmaterieell til skolepersonell på grunnskolen og videregående skole med henblikk på å stoppe forestående kjønnslemlestelse og avdekke utført lemlestelse.

Å åpne seg

Ut fra konkret erfaring gjennom samtaler med tenåringsjenter av somalisk opprinnelse i Oslo skolene, fremkommer det at majoriteten av dem er kjønnslemlestet og gjensydd (type 3, som kun etterlater en vaginalåpning på størrelse med et knappenålshode for urinering og menstruering). Årlig begynner kjønnslemlestedde (og gjensydde) somaliske jenter på ulike klassetrinn i grunn- og videregående skole etter å ha fått opphold i Norge.⁴⁷

Tre moment bør nevnes her:

1. Å være gjensydd er forbundet med både helseplager og mulige helseskader. Urinering tar lang tid (gjerne 15-20 minutter fordi urinen bare drypper ut gjennom den trange vaginalåpningen). Dette betyr at mange jenter vegrer seg for å tisse (det er flaut fordi det tar så lang tid, eller de rekker det simpelthen ikke).
2. Når jentene får menstruasjon, medfører dette ofte store plager ettersom blodet lett koagulerer på grunn av den trange vaginalåpningen. I ytterste konsekvens kan dette medføre infeksjoner og sterilitet.
3. Å være gjensydd kan medføre bevegelseshemninger (smerter ved lek og kroppspøving, det strammer i stingene).

Å åpne seg er et enkelt, raskt og smertefritt inngrep med laser som utføres poliklinisk. Imidlertid er det mange jenter som ikke kjenner til muligheten med å åpne seg. I tillegg er det å åpne seg tabubelagt. Jenter som har gjort det, skjuler det for sin familie og nærmeste venner. Dette fordi å åpne seg generelt anses i aktuelle miljø som at jenta er løsaktig – hun har åpnet seg for å ha sex.

I henhold til skolehelsetjenestens forskrifter skal helsepersonell iverksette eller bidra til behandling når undersøkelser gir grunnlag for dette (se kap.10.5.3). Vi mener dertil dette er brudd med tidligere nevnte konvensjoner om barns rett til

⁴⁷ Jf. at 342 somaliske jenter i alderen 0 – 8 år og 219 i alderen 9 – 17 år kom til Norge bare i 2002. Kilde: UDI.

helse, avskaffelse av tradisjonsbestemt praksis og at det først og fremst skal tas hensyn til hva som gagnar barnet.

Tiltak E

Skolehelsetjenesten pålegges informasjonsplikt hva gjelder å formidle de helsemessige konsekvenser av å være gjensydd og om muligheten til å åpne seg hvis en er gjensydd. Jenter i grunnskolen som er gjensydd skal gis medisinsk hjelp til å åpne seg. Jenter i videregående skole som er gjensydd skal gis tilbud om medisinsk hjelp til å åpne seg.

Foreldre/foresatte skal gis samme informasjon, i tillegg til at det understrekes at alle jenter i grunnskolealder som er gjensydd uten unntak vil bli åpnet.

Grunnen til at vi differensierer på alder (grunnskole og videregående skole), er at barn ikke selv bør pålegges om å bestemme hvorvidt det skal åpne seg. Det er ikke ulovlig å være omskåret, men det er i mange tilfeller helsemessig skadelig. Derfor må de nødvendige tiltak øyeblikkelig iverksettes. Dette vil også ha en forebyggende effekt, nemlig at foreldre/foresatte og deres familier blir gjort kjent med at barn uten unntak vil bli åpnet hvis de er gjensydd. Når barnet er 16 år, dvs under den seksuelle lavalder, bør det ikke lenger være et påbud om å åpne seg, men et tilbud. Dette fordi jenta, ut fra sin kulturelle og tradisjonsbestemte ballast, kan motsette seg å bli åpnet. En slik holdning må tas til etterretning, men krever at helsetjenesten gir utførlig informasjon om de helsemessige konsekvenser av å være gjensydd.

Å gjennomføre dette tiltaket krever samtaler med både eleven og foreldre/foresatte om hvorfor dette blir gjort: *Det handler om omsorg for barnet og barnets helse, men også fremtidig forplantningsevne.* At dette er en kulturell eller tradisjonsbestemt praksis må avvises med at kjønnslemlestelse er ulovlig i Norge, og at kjønnslemlestelse skal stoppes. Setter foreldre/foresatte seg til motverge, skal de gjøres oppmerksomme på at barnevernet kan bli koplet inn og deres omsorgsevne vil bli vurdert.

10.6.4 Omskjæring på timeplanen

At Norge er et fleretnisk samfunn, reflekteres i undervisningstema på både grunn- og videregående skole (eksempelvis det betydelig økte fokuset siste tiåret på rasisme/diskriminering). Men omskjæring er ikke nevnt i undervisningsplaner som verken anbefalt eller obligatorisk tema. Ved at temaet *ikke* tas opp, kan de det gjelder oppleve at de verken blir sett eller hørt, noe som igjen kan skape en ytterligere barriere for å søke råd og hjelp når de trenger det. Gitt de

komplikasjoner jenter som er kjønnslemlestet kan ha, og den eventuelle frykt jenter kan slite med i forhold til angst om en fremtidig kjønnslemlestelse, må skolen ta et ansvar for å formidle informasjon og kunnskap om temaet.

Tiltak F

Det bør innføres obligatorisk undervisning i kjønnslemlestelse. I undervisningen må det også klargjøres hvor en kan henvende seg for å få hjelp til ikke å bli lemlestet. Det må også klargjøres hvor en kan søke hjelp for å stoppe eventuell forestående kjønnslemlestelse av yngre søstere eller andre.

Gjennom samtaler med skolepersonell ved fire skoler i Oslo kommer det fram at ingen er kjent med at temaet omskjæring av jenter blir tatt opp i undervisningen, verken ved egen skole eller andre skoler. Etter vår vurdering bør ikke kjønnslemlestelse være annerledes å ta opp enn annen sårbar problematikk som vold, incest, voldtekt, spiseforstyrrelser osv. Målet bør være å gi generell kunnskap, samt å kunne bidra til at de elevene som er berørte, opplever større grad av trygghet ved å søke råd og informasjon innen skolen eller hos annet kvalifisert personell. Også Statens helsetilsyn anbefaler at kjønnslemlestelse tas opp i skolen, både med skolepersonell, foreldre og elever (jf. veiledningen fra Statens helsetilsyn, 5-2000).

Hva angår alderstrinn mener vi kjønnslemlestelse som tema er mest aktuelt i ungdomsskolen og videregående skole. Temaet kan naturlig høre hjemme når undervisning eksempelvis omhandler det flerkulturelle samfunnet, likestilling mellom kjønnene, prevensjon, samfunnskunnskap og helselære. Det vil også være naturlig å knytte kjønnslemlestelse opp til arbeid med menneskerettigheter.

10.6.5 Lovverket

HRS' hypotese er at helseundersøkelser som også innebærer kontroll av jenters kjønnsorgan vil medføre at det bare er et tidsspørsmål før det avdekkes kjønnslemlestelse av jentebarn som er født i Norge. *Etter vår vurdering må slike eventuelle avdekkinger få rettslige konsekvenser:*

1. Hvis ikke avdekkede saker får rettslige konsekvenser, blir både lovverket fra 1995 og politiske handlingsplaner stående som symbolpolitikk. Bare ved å statuere at vi er villig til å ta i bruk gjeldende lovverk, vil aktuelle grupper stoppe lemlesting av småbarn, jf. erfaringene fra Frankrike.
2. Ved ikke å straffeforfølge kjønnslemlestelse sender myndighetene kraftige signal til aktuelle miljø om de ikke trenger å ta lovverket alvorlig generelt sett.

3. Å ikke straffeforfølge lemlesting er en form for diskriminering av jenter på bakgrunn av både kjønn og etnisitet.

Merknad: HRS mener at dagens lovverk – en særlov mot kjønnslemlestelse – ikke er ønskelig. Å bruke lovverk generelt knyttet til lemlesting (jf. Frankrikes lovverk om mutilering og norsk straffelov kapittel 22, Forbrydelser mod Liv, Legeme og Helbred), vil etter vår vurdering føre til at fokuset tas bort fra etnisitet og heller peker på overgrepets karakter – nemlig lemlesting. At særloven verken er brukt i Norge, Sverige eller England, understreker at særlovgivning som dette har lett for å bli symbolpolitikk uten resultat. Når nå Norge likevel har valgt å spesifikt synliggjøre hvor særdeles alvorlig vi ser på kjønnslemlestelse, ved å nedfelle en særlov mot kjønnslemlestelse, er det etter vår vurdering desto viktigere å følge opp loven i praksis og ikke bare ”håpe og tro” at loven har en preventiv karakter.

Tiltak G: (må ses i sammenheng med forslag G II)

Det gjøres eksplisitt klart i loven at enhver avdekking av kjønnslemlestelse på jenter født i Norge, eller etter bosetting i Norge, vil medføre strafferettslig forfølgelse. Med andre ord vil det bli tatt ut offentlig påtale. Barnevernet vil bli koblet inn, og foreldre/foresattes omsorgsevne vil bli vurdert.

Avvergelsesplikt, meldeplikt, taushetsplikt

Helsedepartementet har i disse dager til høring et forslag om en ny lov knyttet til dagens særlov mot kjønnslemlestelse. Forslaget omhandler plikt til å hindre brudd på loven.⁴⁸ Denne såkalte *avvergelsesplikten* lyder som følgende:

Forslag til ny § 2:

Den som gjennom sin yrkesutøvelse eller sitt arbeid får kunnskap om at kjønnslemlestelse som nevnt i § 1 er i gjære, skal uten hensyn til taushetsplikt ved anmeldelse eller på annen måte søke avverget kjønnslemlestelsen. Unnlatelse straffes med bøter eller fengsel i inntil ett år.

Når det gjelder hvilke plikter ulike faggrupper er pålagt i forhold til å tie eller til å berette, til å melde og/eller til å handle, synes det å råde mye usikkerhet. Etter HRS vurdering, ut fra diskusjoner med ulike faggrupper som skolepersonell, helsetjenestepersonell og jurister, synes den dominerende holdning å være at taushetsplikten går foran alt annet. På grunnlag av dette foreslo HRS i møte med

⁴⁸ Forslag til endringer i lov 15. desember 1995 nr. 74 om forbud mot kjønnslemlestelse, høringsnotat mars 2003, med frist 4. juni 2003.

justisminister Odd-Einar Dørum allerede i februar 2002 at det må vurderes i hvilken grad taushetsplikten er til hinder for arbeidet mot kjønnslemlestelse. Mot denne bakgrunn stiller HRS seg positive til forslaget (sitert over), men mener samtidig at departementets fremsatte forslag *ikke ivaretar det faktiske staffbare forholdet ved kjønnslemlestelse*. Med andre ord ivaretar ikke forslaget en eventuell straffeforfølgelse ved avdekket kjønnslemlestelse. Utformingen er etter vår vurdering heller en *presisering* av at profesjonelle grupper, i dette henseende *også* helsepersonell som er underlagt relativ restriktiv taushetsplikt, er *pliktig til å avverge* et forestående lovbrudd.

Departementet har således foreslått at helsepersonell **ikke** har anledning til å gi opplysninger om at kjønnslemlestelse har skjedd, når siktemålet er å melde lovbruddet med tanke på straff. Departementet sier i denne sammenheng: *”Departementet har vurdert om det også bør vere ei plikt til å melde frå om kjønnslemlestingar som allereie er utførte. Å vite at kjønnslemlesting kan påkalla politiet si merksemd i etterkant, kan skremme somme frå å gjere seg skuldige i slike lovbrøt. Og blir kjønnslemlesting oppdaga, kan ein meine at det vil gjere det lettare å førebyggje kjønnslemlesting av yngre sysken. Departementet meiner likevel at dei beste grunnane taler for å føre vidare den gjeldande rettstilstanden. Innføring av meldeplikt der kjønnslemlesting har skjedd, utan omsyn til samtykke frå den som er blitt utsett for inngrepet, vil ikkje gi tillit, og kan jamvel hindre at barn og jenter som er blitt kjønnslemlesta, oppsøker helsetenesta, lærarar osv. for hjelp, råd og rettleiing.”*⁴⁹

Etter vår vurdering gjør departementet seg med dette skyldig i en undergraving av loven mot kjønnslemlestelse: Det heter bl.a. i loven at *”Den som forsettelig utfører et inngrep i en kvinnes kjønnsorgan som skader kjønnsorganet eller påfører det varige forandringer, straffes for kjønnslemlestelse.”* Slik vi tolker dette innebærer det at lovens intensjon både er å gjøre det klart at kjønnslemlestelse straffeforfølges og *å forebygge kjønnslemlestelse relatert til trusselen om straff*. At departementet mener utført kjønnslemlestelse ikke skal meldes, vil med andre ord si at hvis en bare klarer å få gjennomført kjønnslemlestelsen så kan en være trygg på å slippe straffeforfølgelse – før jenta eventuelt selv anmelder forholdet. Dette er å ikke å ivareta barns beste! I tillegg er det å påføre unge jenter (når de er store nok til å fortelle det) et enormt ansvar. Det er derfor etter vår vurdering ikke bare det preventive ved loven som er viktig (å påkalle politiets oppmerksomhet i etterkant og slik sett skremme andre fra å iverksette kjønnslemlestelse, samt å redde yngre søsken fra denne umenneskelige praksisen, selv om dette er viktig nok i seg selv), men det faktiske forholdet at kjønnslemlestelse *er forbudt*. Og hva gjelder små barn stiller vi oss helt uforstående til departementets tolkning av ”tillit”; jf.

⁴⁹ Høringsnotatet s.19.

departementets frykt for at jenter som **er blitt kjønnslemlestet** ikke oppsøker helsetjenesten, lærere osv. for å få hjelp, råd og rettleiding. Vi kan levende forestille oss treårige Fatima og hennes syvårige søster Alba. Helsevesenet vet Alba er kjønnslemlestet, men syvårige Alba verken vet at hun er kjønnslemlestet eller at det pålegger henne et ansvar ”å gi samtykke til å melde fra om at hun er kjønnslemlestet”. Når Alba som 13-åring får sin første menstruasjon får hun også store helsemessige plager: det kommer for en dag at hun er kjønnslemlestet. Samtidig går det opp for Alba grunnen til at lillesøster Fatima ble så syk på deres siste ferietur til Somalia. Og for å si det slik: HRS er lettet over at det ikke er vi som skal svare når Alba ringer til Helsedepartementet for å spørre om hvilket ansvar helsestasjonen og skolen har hatt.

Samtidig faller departementets vurdering på sin egen urimelighet hva gjelder småbarn. Jentebarn kan umulig gi samtykke til anmeldelse av overgrep, og de kan like umulig miste tillit til helsetjenesten eller vegre seg for å søke hjelp og råd.

HRS mener således at loven må ivareta det faktiske forholdet at det er **barn** som blir kjønnslemlestet, og at den eventuelle tillit som er interessant i dette tilfelle er at vi alle skal ha tillit til at barn vil bli ivaretatt på best mulig måte – hvilket betyr at alle skal unngå å bli kjønnslemlestet. Brudd på loven skal avdekkes, og ved påvist kjønnslemlestelse skal forholdet etterforskes og eventuelt straffeforfølges. I tillegg skal alle nødvendige tiltak settes i verk for å *forebygge* kjønnslemlestelse – herunder at både påvist kjønnslemlestelse og ved mistanke om eller kunnskap om at kjønnslemlestelse er i gjære, skal dette meldes fra til de rette instanser. Det være seg til politiet eller barnevernet.

Vi vil også påpeke at så vidt oss bekjent berøres *ikke* taushetsplikten ved å melde fra til barnevernet, mens å melde fra til politiet berører taushetsplikten.

I tillegg er det viktig å påpeke at ulike profesjonsgrupper (eksempelvis skolepersonell, barnevern og helsepersonell) ikke er underlagt samme (type) taushetsplikt. Spesielt viktig mener vi det er å påpeke at skolen har en **opplysningsplikt** som synes å stå svært sterkt:

Opplysningsplikten (bruk av forvaltningsloven) er tatt inn opplæringslovens §§ 15-3 og 15-4. Kjønstad kommenterer i sin bok at han ikke kjenner til at vi i Norge har lovbestemmelser *utenfor* forvaltningsloven og sosiallovgivningen som gir læreren/skolen adgang eller plikt til å avgi opplysninger til helseetaten, sosialtjenesten og/eller barnevernet.⁵⁰ Videre sier han: "*Forvaltningsloven inneholder heller ikke noe rettsstridsreservasjon som helsepersonelloven § 23*

⁵⁰ Kjønstad: "Taushetsplikt om barn", 2001, kap.4.13.

nr.4 (...). Det er imidlertid av mindre betydning fordi forvaltningsloven inneholder mange og skjønsmessige utformede unntak fra taushetsplikten. Disse dekker de fleste tilfeller som ville blitt fanget opp av en rettsstridsreservasjon. Forvaltningsloven gir en ganske vid adgang til å kommunisere innen den enkelte etat og en mer begrenset adgang til å kommunisere mellom offentlige organer. Særlig viktig er det at skoleetaten kan gi opplysninger når eleven samtykker, at opplysninger kan gjøres tilgjengelig for andre tjenestemenn innen organet eller etaten, at opplysninger kan frigjøres til forskning, og at det er en viss adgang til utveksling av opplysninger mellom forskjellige forvaltningsorganer. **Skoleetaten må kunne ta opp nesten alle konkrete saker hvor det er behov for samarbeid med helseetaten, sosialtjenesten og barnevernet. Skoleetaten kan i betydelig utstrekning gi taushetsbelagte opplysninger til disse etatene. Og overfor barnevernet har skoleetaten en ganske omfattende opplysningsplikt.**" (Våre uthevninger).

Videre heter det (ibid, kap.4.11) i forhold til **anmeldelse** av lovbrudd: "Etter forvaltningsloven § 13 første ledd nr.6 er taushetsplikt ikke til hinder for 'at forvaltningsorganet anmelder eller gir opplysninger (jf. også nr.5) om lovbrudd til påtalemyndighet eller vedkommende kontrollmyndighet, når det finnes ønskelig av allmenne omsyn eller forfølging av lovbruddet har naturlig sammenheng med avgiverorganets oppgaver.' Denne bestemmelsen regulerer skoleetatens adgang til å gi opplysninger til politi- og påtalemyndighet. Den er uten nevneverdig betydning for skoleetatens adgang til å gi opplysninger til helseetaten, sosialtjenesten og barnevernet. Det gjelder også straffelovens og straffeprosesslovens regler om anmeldelsesplikt og vitneplikt".

Når det gjelder **opplysningsplikt overfor barnevernet**, sier Kjørstad (ibid, kap.4.12) at etter barnevernloven § 6-4 har offentlige myndigheter plikt til å gi opplysninger til barnevernet "når det er grunn til å tro at barnet blir mishandlet i hjemmet eller at det foreligger andre former for alvorlig omsorgssvikt ... eller ... vedvarende alvorlige adferdsvansker". Kjørstad påpeker at denne bestemmelsen pålegger barnehage, PP-tjenesten, skole og andre offentlige myndigheter en plikt til å gi opplysninger til barnevernet.

Med andre ord skal ikke skolens personell sitte med opplysninger om elever som en vet eller tror kan føre til reaksjoner fra barnevern og eventuelt politiet, **uten** å gi disse opplysningene til barnevernet.

"Betydelig skade"

Vi registrerer videre at Helsedepartementet i sitt høringsforslag mener at: "kjønnslemlesting sjeldan vil bli rekna som 'betydelig Skade' etter straffelova § 231. Som nemt ovanfor vil ei kjønnslemlesting ofte falle inn under straffelova §

229, men plikta til å melde frå etter straffelova § 139 gjeld ikkje for dei mindre grove lekamsskadene.”⁵¹

Til dette vil vi påpeke at vi finner departementets tolkning av straffelovens §§ 139, 229 og 231 som lite formålstjenlig i forhold til kjønnslemlestelse. Det heter i loven:

§ 229 Den, som skader en anden paa Legeme eller Helbred eller hensetter nogen i Afmagt, Bevidsløshet eller lignende Tilstand, eller som medvirker hertil, straffes for Legembeskadigelse med Fængsel indtil 3 Aar, men indtil 6 Aar, saafremt nogen Sygdom eller Arbeidsudygtighed, der varer over 2 Uger, eller en uhelbredelig Lyde, Feil eller Skade er voldt, og indtil 8 Aar, saafremt Døden eller betydelig Skade paa Legeme eller Helbred er blevet Følgen.

§ 231 Den, som bevirker eller medvirker til, at en anden tilføies betydelig Skade paa Legeme eller Helbred, straffes for grov Legembeskadigelse med Fængsel i mindst 2 Aar. Har han handlet med Overlæg, kan Fængsel inntil 21 år anvendes, saafremt Forbrydelsen har havt Døden tilfølge.

Departementet mener altså at kjønnslemlestelse ikke kan betegnes som ”betydelig skade på legemet” i forhold til § 231, men som ”skade på legemet” i forhold til § 229. Når departementet ”fastslår” at kjønnslemlestelse ikke er å betegne som betydelig skade etter § 231 henviser det til straffelovens § 9, som sier følgende:

§ 9. Ved betydelig Skade paa Legeme eller Helbred forstaaes i denne Lov Skade, hvorved nogen mister eller faar væsentlig Svækkelse paa Syn, Hørsel, Taleevne eller Evne til at forplante sin Slægt, bliver vanfør, udygtig til at fortsætte sit Erhverv eller i høi Grad vansiret, falder i livsfarlig eller langvarig Sygdom eller bliver påført alvorlig psykisk skade.

Som betydelig Skade ansees det ogsaa, naar Forbrydelsen øves mod en svanger Kvinde, og Fosteret som Følge heraf faar Skade eller gaar til grunde.

Etter vår tolkning innebærer dette at departementet mener at kjønnslemlestelse **ikke** påfører jenter/kvinner skader som innebærer alvorlig forringelse av livskvalitet eller at skaden er av en slik karakter at det kan medføre skade på forplantingsevnen. Langt på vei ”forklarer” departementet selv denne holdningen: ”Det er eit tomrom i regelverket i dag når det gjeld plikta til å

⁵¹ Høringsnotatet s.8.

hindre kjønnslemlesting. Det ser ikke ut til at plikta til å hindre kjønnslemlesting omfattar dei mildare formene for kjønnslemlesting, som type I og eventuelt type II. Departementet viser her mellom anna til straffelovens § 139 og helsepersonellova § 31, der plikta til å hindre inngrepet er knytt til at skaden på lekamen/personskaden skal vere vesentlig/alvorleg. Plikta til å hindre kjønnslemlesting omfattar med andre ord ikkje dei mildare formene.”⁵²

Med andre ord mener departementet at kjønnslemlestelse av type 1 og 2 kan karakteriseres som former som **ikke** omfattes av en plikt til å forhindre den. Hva gjelder disse formene for lemlesting tillater vi oss å gjengi beskrivelsen av dem:

Type 1:

Forhuden på klitoris fjernes. Vanligvis fjernes hele eller deler av klitoris også.

Type 2:

Forhuden og klitoris fjernes. I tillegg fjernes de indre kjønnsleppene helt eller delvis.

HRS mener at departementets tolkning således går langt ut over hva loven om kjønnslemlestelse sier; nemlig at ”**Den som forsettelig utfører et inngrep i en kvinnes kjønnsorgan som skader kjønnsorganet eller påfører det varige forandringer, straffes for kjønnslemlestelse.**” (Vår utheving).

For oss synes det som om departementet *ikke* ønsker å definere kjønnslemlestelse inn under § 231 nettopp fordi denne loven er én av paragrafene som eksplisitt nevnes i § 139 – og som dermed er direkte knyttet til den aktivitetsplikt som er nedfelt i den:

§ 139 *Med bøter eller med hefte eller med fengsel inntil 1 år straffes den som unnlater gjennom betimelig anmeldelse for vedkommende myndighet eller på annen måte å søke avverge (...) eller en forbrytelse som nevnt i denne lovs §§ 83, 84, 86, 87 nr. 2, 90, 91, 92, 93, 94, 98, 99, 99a, 100, 104a, 148, 149, 150, 151a, 152, 153, 154, 159, 169, 192, 195, 197, 199, 217, 223 annet ledd, 225, **231**, 233, 234, 243, 267, 268 eller 269 eller sammes følger, **skjønt han til en tid da forbrytelsen eller dens følger ennå kunne forebygges, har fått pålitelig kunnskap om at den er i gjære eller er forøvd**... Dog er han straffri, såfremt forbrytelsen ikke kommer til fullbyrdelse eller til straffbart forsøk, eller såfremt avvergelsen ikke kunne skje uten å utsette ham selv, noen av hans nærmeste eller noen uskyldige for tiltale eller for fare for liv, helbred eller velferd.*

⁵² Høringsnotatet, s.16.

På samme måte, dog i intet tilfelle med høyere straff enn den for forbrytelsen selv satte, straffes den overordnede, der har unnlatt å hindre en i hans tjeneste forøvet forbrytelse, såfremt dette var ham mulig. (Våre uthevninger).

HRS tolker lovens intensjon til å være plikten til å avverge straffbare forhold som kan skje. På bakgrunn av informasjon om at en jente står i fare for å bli kjønnslemlestet, er man altså *pliktet* til å handle for å forhindre overgrepet. Men i tillegg er en forpliktet til å handle hvis den ”er forøvd”. I motsatt fall, *å unnlate å handle*, kan altså være straffbart. Etter vår oppfatning innebærer dette at så lenge kjønnslemlestelsen innebærer et inngrep i jentas kjønnsorgan som skader kjønnsorganet eller påfører det varige forandringer, kan man ikke *unndra seg å handle* – verken om den er ”i gjære” eller ”forøvd”.

I tillegget oppfatter vi skillet mellom skadeformene knyttet til lovtekstene: i § 229 handler det om ”den som skader en annen”, mens det i § 231 handler om ”den som bevirker eller medvirker til at en annen tilføres en betydelig skade”. Det er altså to faktorer som kan gjøres til gjenstand for vurdering: a) skadens art og b) hvordan skaden ble påført. Slik sett taler dette for at kjønnslemlestelse defineres i forhold til § 231 heller enn § 229, nettopp fordi ”regelen” ved kjønnslemlestelse er at foreldre/foresatte ”bevirker eller medvirker til...”.

Ut fra dette tillater vi oss å fremme følgende forslag som en regelendring i loven mot kjønnslemlestelse:

Tiltak G II

Det innføres ny § 2 i loven mot kjønnslemlestelse som følgende:

Den som gjennom sin yrkesutøvelse eller sitt arbeid får kunnskap om at kjønnslemlestelse som nevnt i § 1 er i gjære eller avdekker kjønnslemlestelse, skal uten hensyn til taushetsplikt ved anmeldelse eller på annen måte søke avverget kjønnslemlestelsen eller bevirke til at nødvendig tiltak blir iverksatt. Unnlatelse straffes med bøter eller fengsel i inntil ett år. Enhver avdekking av kjønnslemlestelse som er blitt utført på jenter etter bosetting i Norge, vil medføre strafferettslig forfølgelse og de nødvendige tiltak for å sikre barnets beste vil bli iverksatt.

Vi gjør også oppmerksomme på at dette forslaget må ses i sammenheng med forslag E, der det heter at barn under 16 år som er gjensydd *skal* gis medisinsk hjelp til å åpne seg, mens jenter over 16 år skal gis *tilbud* om medisinsk hjelp til å åpne seg.

