

Nytt tankesett, nytt menneskesyn

Om rituell legemsbeskadigelse av jentebarn

Human Rights Service (HRS)

www.rights.no

N-2-2014

Innholdsfortegnelse

0 FORORD	3
1 ANDELEN JENTER I NORGE I RISIKOSONEN	4
1.1 Nasjonalt	4
1.2 Oslo	7
2 EN EVIG DEBATT?	10
2.1 Runddansen	10
2.1.1 NRK fulgte opp	11
2.1.2 En meningsløs lov?	13
2.1.3 Debatt om helseundersøkelse.....	14
2.2 Hvordan havnet vi i denne runddansen?	17
2.2.1 Gambia.....	17
2.2.2 Den rettslige situasjonen.....	18
2.2.3 En norsk «kartleggingsundersøkelse»	19
2.2.4 Politisk (mis)bruk	22
2.2.5 Praksiser opprettholdes ved innvandring	23
2.2.6 Kjønnsløstelse og religion	25
2.2.7 Pekepinn på utbredelsen	26
2.2.8 Så kom den frivillige helkroppundersøkelsen	27
3 MYTENE OM HELKROPPSUNDERSØKELSE	29
3.1 Helsefaglig forsvar	29
3.2 Én studie.....	30
3.3 Befestede feilaktige påstander	32
3.3.1 Må komme oss videre	34
4 LOVVERKET: NYTT TANKESETT, NYTT MENNESKESYN	36
4.1 Ny lov: anmeldelsesplikt.....	36
4.1.1 Anmeldelsesplikt (2)	36
4.2 Særlig utfordring for Oslo	37

O Forord

Human Rights Service (HRS) har på bakgrunn av statistikk fra Statistisk sentralbyrå (SSB), samt internasjonale estimat over utbredelsen av kjønnslemlestelse i aktuelle land i Afrika og Midtøsten, utarbeidet en oversikt over jenter i Norge som er i risikozonen for å bli utsatt for denne rituelle legemsbeskadigelsen.

Lignende materiale utarbeides ikke av offentlige instanser.

Dette er tredje gangen vi bestiller slike tall, og for første gang kan vi også presentere situasjonen for hovedstaden Oslo.

I rapporten omtaler vi også den politiske holdningen til kjønnslemlestelse av jenter, som etter vår vurdering er et svært forsømt felt både politisk og faglig, og hvilke tiltak vi mener bør iverksette for å forebygge og avdekke denne rituelle legemsbeskadigelsen av typisk små, vergeløse barn.

Vi omtaler i tillegg omkringliggende forhold som kan oppstå når barn sendes ut av Norge til foreldrenes opprinnelsesland og kanskje blir etterlatt der etter legemsbeskadigelsen.

Rapporten er finansiert ved prosjektmidler fra Oslo kommune.

1 Andelen jenter i Norge i risikozonen

1.1 Nasjonalt

Ved inngangen til 2013 hadde Norge totalt 13 605 jenter i innvandrerbefolkningen (første- og andregenerasjon), som har røtter i land der kjønnslemlestelse praktiseres. Tallet er imidlertid høyere, da eksempelvis grupper som kurdere også praktiserer kjønnslemlestelse. Antallet kurdiske jenter i Norge er derimot ukjent, da det ikke føres statistikk på personer på bakgrunn av etnisitet eller religion.

1.generasjon

Antallet innvandrerjenter (førstegenerasjon, som er innvandret til Norge) fra land der kjønnslemlestelse praktiseres, var på i overkant av 6 000, herav 2 022 i alderen 0-9 år og 4 026 i alderen 10-19 år, jamfør tabell 1.

Innvandrerjenter (førstegenerasjon)

Landbakgrunn	I Norge			Prosent utbredelse
	0-9 år	10-19 år	totalt	
Benin	:	-	:	12,9 %
Burkina Faso	:	-	:	72,5 %
Chad	:	-	:	44,9 %
Djibouti	:	3	4	93,1 %
Egypt	28	37	65	91,1 %
Elfenbenskysten	3	23	26	36,4 %
Eritrea	570	592	1 162	88,7 %
Etiopia	202	341	543	74,3 %
Gambia	22	34	56	78,3 %
Ghana	27	47	74	3,8 %
Guinea	8	28	36	95,6 %
Guinea Bissau	-	-	-	44,5 %
Kamerun	12	20	32	1,4 %
Kenya	26	70	96	27,1 %
Kongo	66	272	338	5 %
Mali	:	-	:	85,2 %
Liberia	11	113	124	58,2 %
Nigeria	59	26	85	29,6 %
Senegal	5	5	10	28,2 %
Sentralafr. rep.	:	:	:	43 %
Sierra Leone	9	42	51	94 %
Somalia	760	2 097	2 857	97,9 %
Sudan	143	169	312	90 %
Tanzania	22	41	63	18 %
Togo	:	:	6	5,8 %
Uganda	17	42	59	0,8 %
Yemen	32	24	56	38,2 %
Totalt	2022	4026	6055	

Tabell 1 Antall førstegenerasjonsjenter bosattregistrert i Norge per 1.1.2013 fra aktuelle land. Fordelt på aldersgruppene 0-9 år og 10-19 år, samt forekomsten av kjønnslemlestelse i opprinnelseslandet. Prosent utbredelse fra Demographic and Health Surveys (DHS) published by Macro, or the Multiple Cluster Indicator Surveys (MICS), published by UNICEF), som WHO refererer til.¹ Merket : i tabellen betyr mindre enn 3. Kilde: SSB/HRS

¹ <http://www.who.int/reproductivehealth/topics/fgm/prevalence/en/> DHS gir ingen informasjon om Kamerun, hente fra http://en.wikipedia.org/wiki/Prevalence_of_female_genital_mutilation_by_country

2.generasjon

Antallet norskfødte jenter (altså andregenerasjon) med opprinnelse fra de samme landene, var per 1.1.2013 i underkant av 7 500, herav 5 762 i alderen 0-9 år og 1 702 i alderen 10-19 år, jamfør tabell 2.

Norskfødte jenter (andregenerasjon)

Landbakgrunn	I Norge			Prosent utbredelse
	0-9 år	10-19 år	totalt	
Benin	:	-	:	12,9 %
Burkina Faso	:	-	:	72,5 %
Chad	:	-	:	44,9 %
Djibouti ²	:	:	10	93,1 %
Egypt	47	13	60	91,1 %
Elfenbenskysten	19	4	23	36,4 %
Eritrea	581	195	776	88,7 %
Etiopia	535	120	655	74,3 %
Gambia	108	85	193	78,3 %
Ghana	164	127	291	3,8 %
Guinea	19	:	19	95,6 %
Guinea Bissau	:	:	19	44,5 %
Kamerun	41	3	44	1,4 %
Kenya	61	28	89	27,1 %
Kongo	196	31	227	5 %
Mali	5	3	8	85,2 %
Liberia	112	-	112	58,2 %
Nigeria	120	52	172	29,6 %
Senegal	19	9	28	28,2 %
Sentralafr. rep.	3	-	3	43 %
Sierra Leone	49	15	64	94 %
Somalia	3 401	929	4 330	97,9 %
Sudan	156	36	192	90 %
Tanzania	30	24	54	18 %
Togo	7	11	18	5,8 %
Uganda	52	11	63	0,8 %
Yemen	37	6	43	38,2 %
Totalt	5762	1702	7474	

Tabell 2 Antall norskfødte jenter bosattregistrert i Norge per 1.1.2013 med bakgrunn fra aktuelle land. Fordelt på aldersgruppene 0-9 år og 10-19 år, samt forekomsten av kjønnslemlestelse i opprinnelseslandet. Merket : i tabellen betyr mindre enn 3, jf. også fotnote 2. Kilde SSB/HRS

Over 13 000 jenter

Av disse totalt 13 605 jentene i første- og andregenerasjon er det flest i den mest sårbare/vergeløse alderen for overgrep (0-9 år), med til sammen 7 784 jenter (57 prosent). Flest jenter i denne gruppen har opprinnelse fra Somalia (3 401 jenter), som utgjør 59 prosent av gruppen 0-9 år. Somaliere er også en av gruppene som er i sterkt vekst i Norge. Per 1.januar 2014 utgjorde denne gruppen tilnærmet 36 000 personer i Norge, en vekst på 130 prosent på ti år. Somaliere er nå den tredje største gruppen med innvandringsbakgrunn i Norge.

² I statistikken fra SSB er det prikket (:, altså mindre enn tre) for begge aldersgruppene til tross for at summen er 10. På grunn av det lave tallet har vi ikke etterspurt den konkrete fordelingen.

Til sammenlikning viste tall fra SSB som HRS bestilte i 2003, at det per 1.januar 2002 bodde 5 846 jenter i Norge fra land der kjønnslemlestelse praktiseres, og at 3 631 av disse var i alderen 0-9 år. Den totale gruppen har i løpet av 11 år altså økt med om lag 133 prosent. I den yngste gruppen er økningen på om lag 114 prosent.

Høyrisikogrubbene

HRS mener at dersom det i opprinnelseslandet er en utbredelse av kjønnslemlestelse på 70 prosent eller mer, er det rimelig å karakterisere dette for høyrisikoland.

I vårt materiale betyr dette at følgende land går under kategorien høyrisikoland:

Land	Utbredelse
Somalia	97,9 prosent
Guinea	95,6 prosent
Djibouti	93,1 prosent
Egypt	91,1 prosent
Sudan	90,0 prosent
Eritrea	88,7 prosent
Mali	85,2 prosent
Gambia	78,3 prosent
Etiopia	74,3 prosent

Over 11 000 jenter

Dette gir følgende tall ut fra innvandrerbefolkningen per 1.1.2013:

- 5 031 jenter med innvandrerbakgrunn og 6 297 norskfødte jenter har røtter i høyrisikoland, totalt 11 328 jenter.
- Av disse igjen er 6 643 jenter i den mest sårbare/vergeløse alderen 0-9 år.
- 4 901 jenter i gruppe 0-9 år er født i Norge.

1.2 Oslo

I Oslo var det per 1.1.2013 bosattregistrert i underkant av 4 600 jenter i Oslo som tilhører innvandrerbefolkningen (første- og andregenerasjon), som har røtter i land der kjønnslemlestelse praktiseres.³

Førstegenerasjon

Antallet innvandrerjenter (førstegenerasjon) fra land der kjønnslemlestelse praktiseres, var på i overkant av 2 000 jenter, herav 288 i alderen 0-9 år og 910 i alderen 10-19 år, jamfør tabell 1.

Innvandrerjenter (førstegenerasjon) i Oslo

Landbakgrunn	I Oslo			Prosent utbredelse
	0-9 år	10-19 år	totalt	
Benin	:	-	:	12,9 %
Burkina Faso	:	-	:	72,5 %
Chad	:	:	-	44,9 %
Djibouti	-	:	:	93,1 %
Egypt	5	8	13	91,1 %
Elfenbenskysten	-	3	3	36,4 %
Eritrea	30	43	73	88,7 %
Etiopia	33	67	100	74,3 %
Gambia	12	17	29	78,3 %
Ghana	10	18	28	3,8 %
Guinea	-	4	4	95,6 %
Guinea Bissau	-	-	-	44,5 %
Kamerun	3	7	10	1,4 %
Kenya	11	14	25	27,1 %
Kongo	5	27	32	5 %
Mali	-	:	:	85,2 %
Liberia	-	6	6	58,2 %
Nigeria	15	7	22	29,6 %
Senegal	4	3	7	28,2 %
Sentralafr. rep.	:	-	:	43 %
Sierra Leone	3	6	9	94 %
Somalia	137	651	788	97,9 %
Sudan	7	9	16	90 %
Tanzania	7	10	17	18 %
Togo	-	:	:	5,8 %
Uganda	6	10	16	0,8 %
Yemen	:	:	6	38,2 %
Totalt	288	910	1204	

Tabell 3 Antall jenter i førstegenerasjon bosattregistrert i Oslo per 1.1.2013 fra aktuelle land. Fordelt på aldersgruppene 0-9 år og 10-19 år, samt forekomsten av kjønnslemlestelse i opprinnelseslandet. Merket : i tabellen betyr mindre enn tre. Kilde: SSB/HRS

³ Igjen: Tallet er høyere, da eksempelvis grupper kurdere også praktiserer overgrepet, men det føres ikke statistikk på etnisitet og religion.

Andregenerasjon

Av jenter født i Norge (altså andregenerasjon) med opprinnelse fra de samme landene, var det per 1.1.2013 bosattregistrert i Oslo i underkant av 4 000, herav 2 362 i alderen 0-9 år og 1 017 i alderen 10-19 år, jamfør tabell 2.

Norskfødte jenter (andregenerasjon)

Landbakgrunn	I Oslo			Prosent utbredelse
	0-9 år	10-19 år	totalt	
Benin	-	:	:	12,9 %
Burkina Faso	-	-	-	72,5 %
Chad	-	-	-	44,9 %
Djibouti	:	:	5	93,1 %
Egypt	14	6	20	91,1 %
Elfenbenskysten	:	:	4	36,4 %
Eritrea	158	111	269	88,7 %
Etiopia	216	65	281	74,3 %
Gambia	77	64	141	78,3 %
Ghana	78	65	143	3,8 %
Guinea	:	:	5	95,6 %
Guinea Bissau	:	-	:	44,5 %
Kamerun	16	:	17	1,4 %
Kenya	20	11	31	27,1 %
Kongo	32	12	44	5 %
Mali	3	3	6	85,2 %
Liberia	14	-	14	58,2 %
Nigeria	45	31	76	29,6 %
Senegal	12	6	18	28,2 %
Sentralafr. rep.	:	-	:	43 %
Sierra Leone	14	9	23	94 %
Somalia	1 587	593	2 180	97,9 %
Sudan	32	18	50	90 %
Tanzania	6	9	15	18 %
Togo	3	5	8	5,8 %
Uganda	25	6	31	0,8 %
Yemen	10	3	13	38,2 %
Totalt	2 362	1017	3 394	

Tabell 4 Antall jenter i andregenerasjon bosattregistrert i Oslo per 1.1.2013 fra aktuelle land.

Fordelt på aldersgruppene 0-9 år og 10-19 år, samt forekomsten av kjønnslemlestelse i opprinnelseslandet. Merket : i tabellen betyr mindre enn tre. Kilde: SSB/HRS

Over 4 000 jenter i Oslo fra høyrisikoland

Av de 4 598 jentene i Oslo som tilhører innvanderbefolkningen (første- og andregenerasjon), var 2 650 (58 prosent) i den sårbare/vergeløse alderen 0- 9 år. Absolutt flest i gruppen 0-9 år var det av jenter med somalisk bakgrunn, de utgjorde 65 prosent av gruppen.

Med utgangspunkt i tidligere nevnte høyrisikogrupper, får vi følgende tall for andelen jenter fra høyrisikoland i hovedstaden:

- 1 032 jenter med innvanderbakgrunn, og 2 980 norskfødte jenter i Oslo, har røtter i høyrisikoland, totalt 4 012 jenter.

2. Av disse igjen er 2 328 jenter i den sårbare/vergeløse alderen 0- 9 år, der langt de fleste er født i Norge, totalt 2 101 jenter.

2 En evig debatt?

Fra HRS leverte den første omfattende rapporten om integreringsutfordringer i 2003, som ble til bok samme år, *Feminin integrering. Utfordringer i et fleretnisk samfunn*, har vi hatt fokus på Norge og Europas nye tilstand grunnet innvandring fra land med andre normer, verdier og praksiser knyttet til særlig kvinner og barn. Derfor har vi prioritert kjønnslemlestelse, i håp om å få på plass en forsvarlig politikk som beskytter barn og unge mot dette irreversible, svært alvorlige og kriminelle overgrepet.

Vi viet blant annet et kapittel i nevnte bok til temaet, «Kjønnslemlestelse: En baby kan ikke sladre», der vi eksempelvis gikk gjennom ulike former for kjønnslemlestelse, alder for utførelse, internasjonal utbredelse, situasjonen i sentrale europeiske land, det norske helsetilbudet til barn og unge, og blant annet presenterte vi et dyptpløyende referat fra en rettsak om denne rituelle legemsbeskadigelsen i Paris våren 2003.

Vårt mål den gang er det samme i dag: hva skal til for å forebygge og avdekke rituell legemsbeskadigelse av jentebarn?

2.1 Runddansen

Etter bokutgivelsen i 2003 arbeidet vi i nesten to år tett opp mot Stortinget med informasjon og dokumentasjon i håp om at politikerne ville ta det vi mente, og fortsatt mener, er nødvendige grep. Dette resulterte i et flertallsvedtak i Kommunalkomiteen, bestående av Arbeiderpartiet (Ap), Fremskrittspartiet (Frp), Senterpartiet (Sp) og Sosialistisk Venstreparti (SV), Innstilling S. nr. 85 i mai 2005. Her er blant annet dette å lese:

«Komiteen er av den oppfatning at det... skjer overgrep mot unge jenter i innvandremiljøer... I denne sammenheng vil komiteen vise til overgrep knyttet til kjønnslemlestelse. Det hersker etter komiteens syn ingen tvil om at dette er et svært alvorlig problem som får dramatiske konsekvenser for de som blir utsatte for dette. Dette er et problem som fremdeles eksisterer i Norge.

Komiteen vil understreke at kjønnslemlestelse er en alvorlig kriminell handling overfor jenter, uansett hva tradisjonen eller kulturen sier om det.

Flertallet viser til at barnevernet i dag ikke har automatisk meldeplikt til politiet ved avdekking av kjønnslemlestelse av barn, men de skal ha svært gode grunner for ikke å melde fra om legemsfornærmelser. *Disse medlemmer* mener det offentlige skal bidra til at offentlig påtale finner sted. Taushetsplikten står ikke i veien for å kunne gjøre dette. Dette praktiseres likevel ulikt i dag, men kan endres gjennom et rundskriv fra kommune eller departementet. Det trengs derfor ikke nødvendigvis noen lovendring til. For eksempel har Oslo kommune sendt ut rundskriv om at fysisk mishandling alltid skal meldes til politiet fra barnevernets side.

Flertallet viser til at helsekontroll av barn er i dag en lovpliktig oppgave for kommunene, men undersøkelser er frivillige. *Flertallet* mener det bør vurderes hvorvidt de skal være obligatoriske og også inkludere sjekk av jenter på lik linje med det som gjøres for gutter. Hos gutter sjekkes det blant annet at testiklene er falt ned. Forslaget om tilsvarende undersøkelser for jenter innebærer ikke en gynekologisk undersøkelse, dvs. en undersøkelse av indre kjønnsorgan. Ifølge internasjonale eksperter kan kjønnslemlestelse ses med det blotte øyet, og går derfor under karakteristikken «klinisk observasjon».

Flertallet fremmer følgende forslag:

Stortinget ber Regjeringen utrede innføring av klinisk observasjon av alle barns kjønnsorganer ved dagens helsekontroller, samt utrede omfanget av slike kontroller og om de skal være obligatoriske.

Stortinget ber Regjeringen fremme forslag om ansvarliggjøring av foreldre for gjennomført og avdekket kjønnslemlestelse.»

Politisk skarpe reaksjoner

Vedtaket utløste skarpe reaksjoner fra politisk hold. Det ble blant annet hevdet at en klinisk observasjon av jenters kjønnsorgan, er «fornedrende mot titusener av jenter», «enormt krenkende», «det er kjempeforbausende at (...) alle jentebarn skal måtte vise frem underlivet sitt for at en liten gruppe i samfunnet skal nås», «helsevesenet blir en trussel og fiende».

Ikke én eneste gang ble observasjon (undersøkelse) av gutters underliv/kjønnsorgan nevnt. Det ble også hevdet fra en stortingsrepresentant at klinisk observasjon av barns kjønnsorgan er «brudd på barnekonvensjonen». I tillegg gikk deler av legestanden ut mot at helkroppundersøkelsen av jenter ble gjeninnført.⁴

En kan vel trygt slå fast at det ble fremmet nokså spesielle påstander – og det uten at fakta eller dokumentasjon ble lagt frem.

Manglende tallfesting

Debatten om kjønnslemlestelse har foregått i nesten to tiår i Norge. 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 orde mot praksisen. Dette, kombinert med statens internasjonale forpliktelser, legger forholdene til rette for at staten både kan og må innføre tiltak for optimalt å sikre at jenter bosatt i Norge ikke utsettes for kjønnslemlestelse. Men til tross for at en rekke forslag er lagt på bordet, har lite skjedd. Den politiske og (mer eller mindre) faglige krangelen fortsetter mens norske jentebarn fortsatt blir lemlestet.

En av grunnene til at så lite konkret har skjedd, er at det har vært umulig å slå fast hvor mange jenter som utsettes for overgrepet. Sentrale politikere og myndigheter har fått lov til «å gjemme seg bak» manglende tallfesting. Spørsmålet er om det har noen betydning om det er 10, 100, 1 000 eller et annet antall, så lenge de samme politikerne og fagfolk gjerne er raske med å presisere «at én er én for mye».

2.1.1 NRK fulgte opp

Som nevnt over har politikere sluppet unna å innføre effektive tiltak mot kjønnslemlestelse fordi det ikke har vært mulig å tallfeste omfanget på jenter i Norge. Stort sett har et samlet norsk media latt politikerne slippe unna og heller ikke gjort noen særegne fremstøt for å avdekke omfanget. Ett hederlig unntak kom i 2007, da NRKs journalist, Tormod Strand, bestemte seg for å dra til Somalia med følgende oppdrag: Dokumenter at jenter fra Norge blir kjønnslemlestet i foreldrenes opprinnelsesland. Og i motsetning til de 24 millioner kroner som Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet (BLD) hadde benyttet fra 2001 til

⁴ Her er lenker til en del av utspillene <http://www.rights.no/2005/05/norskfodte-jenter-kjonnslmlestes-2005/>

2007 på ulike prosjekter i kampen mot kjønnslemlestelse, så leverte NRK resultater.⁵ Strand returnerte til Norge med oppsiktsvekkende tall og en grusomt god reportasje.

Som første media i Europa avslørte NRK at norske jenter kjønnslemlestes under opphold i Somalia.⁶

Norsksomaliere er «gode kunder»

NRK påpekte i sin reportasje at det i mange år har vært spekulert i om norsksomaliske jenter på sommerferie i foreldrenes hjemland, blir lemlestet. Påstandene har vært mange, men det hadde aldri vært dokumentert at det skjer.

Omskjærere i Somalia fortalte NRK at de har lemlestet mange norske jenter. NRKs Strand kom til at ti omskjærere hadde lemlestet 185 norske jenter, de fleste de siste to årene (2004-2006).

I Somalia ble også NRK fortalt at foreldre fra Norge er blant dem som betaler best. 150 kroner var da prisen for omskjæring av ei jente. Mødrene begrunnet lemlestingen med at døtrene ikke blir gift om de ikke følger tradisjonen.

Videre fikk NRK informasjon om at ikke bare mange norsksomaliske jenter blir lemlestet på feriereiser til Somalia, men også at omreisende omskjærere fra Somalia besøker Oslo og foretar omskjæringer i Norge.

At NRK dokumenterte at omskjærere i Somalia bekreftet at de i stort omfang også omskjærer jenter som bor i Vest-Europa, var, eller burde vært, et svært viktig bidrag i kampen mot å få stoppet denne praksisen. Ikke minst fordi det også ble rapportert at omskjærere i Somalia forteller at norsksomaliske foreldre er «gode kunder» – hver sommer – etter skoleslutt i Norge.

Politisk oppvåkning

Etter NRKs reportasjer og tall i 2007 «våknet» politikerne tilsynelatende på nytt. Medier meldte om at Justisdepartementet innkalte til hastemøte etter NRK-avsløringen.⁷ Både Riksadvokaten, politiet i Oslo og politidirektøren lovet å ta affære: «Målet med møtet er å finne ut om politiet kan gjøre mer for å hindre at foreldre sender barn til omskjæring, og straffeforfølge dem som gjør det», meldte NRK.

Norge hadde da i over ti år hatt en egen særlov mot kjønnslemlestelse, men uten at noen hadde blitt dømt.

Norges mektigste innen justissektoren skulle komme fram til hvorfor ingen hadde blitt dømt for å ha utsatt jenter for lemlesting. Daværende statssekretær Astri Aas-Hansen (Ap) i Justisdepartementet mente at manglende straffeforfølging kan oppleves som om staten ikke tar overgrepene alvorlig. «Det eneste som er verre enn at man ikke har en straffebestemmelse, er å ha en straffebestemmelse som aldri benyttes,» påpekte Aas-Hansen.⁸

⁵ <http://www.p4.no/story.aspx?id=228955>

⁶ <http://www.nrk.no/norge/185-norske-jenter-omskaret-1.2769611>

⁷ <http://www.dagbladet.no/nyheter/2007/06/25/504422.html>

⁸ <http://www.dagsavisen.no/samfunn/stormote-om-sovende-omskjeringsparagraf/>

2.1.2 En meningsløs lov?

HRS har over år påpekt det vi mener er det åpenbare; nemlig at det er tilnærmet umulig å avdekke kjønnslemlestelse så lenge jenters underliv ikke er inkludert ved helseundersøkelser. Og skulle det nå mot formodning likevel avdekkes av helsepersonell at noen er lemlestet, så har de samme taushetsplikt. Sistnevnte har vært gjenstand for en rekke diskusjoner.

Særloven mot kjønnslemlestelse, eller kjønnslemlestelsesloven som er dens korttittel, trådte i kraft fra 1996 og lød da som følgende:

§ 1. Den som forsettlig utfører et inngrep i en kvinnes kjønnsorgan som skader kjønnsorganet eller påfører det varige forandringer, straffes for kjønnslemlestelse. Straffen er fengsel inntil 4 år, men inntil 8 år dersom inngrepet har som følge sykdom eller arbeidsudyktighet som varer over 2 uker, eller en uhelbredelig lyte, feil eller skade er voldt, og inntil 10 år dersom inngrepet har som følge død eller betydelig skade på legeme eller helbred. Medvirkning straffes på samme måte.

Rekonstruksjon av kjønnslemlestelse straffes som nevnt i første ledd.

Samtykke fritar ikke for straff.

Samtidig er det viktig å være seg bevisst at særloven ikke innebar at kjønnslemlestelse av jenter var lovlig i Norge før denne tid. Omskjæring av jenter ville da blitt påtalt etter bestemmelser i straffeloven som er nærmest likelydende (forskjellen mellom gammel og eksisterende lov er i all hovedsak selve betegnelsen kjønnslemlestelse). Særloven 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/praksisen – loven skulle altså ha en forebyggende effekt.

På forsommeren 2003 sendte daværende regjering ved Helse- og omsorgsdepartementet til høring et forslag om et lovt tillegg i loven mot kjønnslemlestelse. Forslaget innebar å innføre en *avvergelsesplikt*, det vil si å søke stoppet en forestående lemlestelse: De som gjennom sin yrkesutøvelse eller sitt arbeid får kunnskap om en forestående kjønnslemlestelse skal – uten hensyn til taushetsplikten – ved anmeldelse eller på annen måte, søke avverget kjønnslemlestelsen. Men denne plikten til å hindre kjønnslemlestelse ble ikke omfattet av det departementet kalte «de mildere formene for kjønnslemlestelse».

I departementets terminologi var den såkalte type 1 og type 2 de «mildere formene». De internasjonale og anerkjente typebestemmelsene av kjønnslemlestelse er foretatt av Verdens helseorganisasjon (WHO): Type 1 innebærer typisk at forhuden på klitoris fjernes, og vanligvis fjernes hele eller deler av klitoris. Type 2 innebærer typisk at forhuden og klitoris fjernes, i tillegg kan de indre kjønnslepper helt eller delvis fjernes. Disse formene for lemlesting mente altså departementet at Norge ikke skal forsøke å avverge.

Den andre store svakheten ved lovforslaget som HRS kommenterte, var at det ikke skulle gis opplysninger om at en kjønnslemlestelse har skjedd. Det vil si en meldeplikt ved avdekket lemlestelse. Departementets begrunnelse for å tie om en avdekket kjønnslemlestelse, var at det må foreligge samtykke fra den som er lemlestet – ellers kunne det føre til mistillit og til at lemlestedede jenter ikke søker råd og veiledning.

(Her mener vi det er på plass å minne om at jenter helt ned på spedbarnsstadiet utsettes for kjønnslemlestelse, som var realiteten i den første saken avdekket i Norge.⁹)

Resultatet ble at en avvergelsesplikt ble innført i kjønnslemlestelsesloven, men ingen meldeplikt:

§ 2. Med bøter eller fengsel inntil ett år straffes yrkesutøvere og ansatte i barnehager, barnevernet, den kommunale helse- og omsorgstjenesten, sosialtjenesten, skoler, skolefritidsordninger og trossamfunn, som forsettlig unnlater, ved anmeldelse eller på annen måte, å søke avverget en kjønnslemlestelse, jf. § 1. Tilsvarende gjelder for forstandere og religiøse ledere i trossamfunn. Avvergelsesplikten gjelder uten hensyn til taushetsplikt. Unnlåtelsen er ikke straffbar hvis kjønnslemlestelsen ikke kommer til fullbyrdelse eller til straffbart forsøk.

Samtidig gikk lege Arild Aambø, som leder av Primærmedisinsk verksted (PMV), ut mot loven mot kjønnslemlestelse, som han mente er til hinder for å stoppe kjønnslemlestelse. Etter hans mening ville den ytterligere skjerpingen, avvergelsesplikten, medføre at virksomheten gikk «under jorden» i redsel for å bli politianmeldt.¹⁰ Aambø kan ha et poeng med at særlover kan virke mot sin hensikt, men begrunnelsen holder ikke mål da lemlestelse av jentebarn alltid har vært en ytterst lyssky virksomhet i Europa.

2.1.3 Debatt om helseundersøkelse

I mai 2005 var Kommunalkomiteen på Stortinget så godt som overbevist om at helseundersøkelser av alle barn var en riktig vei å gå. I sin innstilling til St.meld. nr. 49 «Om mangfold gjennom inkludering og deltakelse – Ansvar og frihet», ba komiteen regjeringen om å utrede såkalt klinisk observasjon av alle barns kjønnsorganer ved dagens helsekontroller.¹¹ Flertallet ba også daværende kommunalminister, Erna Solberg (H), om å utrede om helseundersøkelser av alle barn burde bli obligatorisk.

Men kommunalministeren likte ikke stortingsvedtaket, hun var faktisk «rystet». Til VG uttalte hun: «Dette er enormt krenkende overfor jentene. Det er kjempeforbausende at stortingsflertallet krever at alle jentebarn skal måtte vise frem underlivet sitt for at en liten gruppe i samfunnet skal nås.»¹² Men hva som er så krenkende ved å se på et jentebarns underliv, i motsetning til dagens praksis ved rutinemessig å kontrollere alle gutters underliv (da ved fysisk å ta på gutters pung for å sjekke om testiklene er på plass), uteble som del av debatten. Solbergs daværende statsrådkollega, justisminister Odd Einar Dørum (V) forble også taus. Interessant var det derimot at etter NRKs avslørende reportasje i 2007 hadde Venstre kommet til at det var viktig med meldeplikt ved avdekket lemlesting. Til NRK påpekte Trine Skei Grande (V) at «Vi mener det er viktig at leger og andre som i dag har plikt til å avverge kjønnslemlestelse også melder fra når overgrep har skjedd.»¹³ Men når de samme satt i regjering, kjempet de åpenbart ikke for en slik meldeplikt.

I oktober 2006 sa Sosial- og helsedirektoratet blankt nei til helseundersøkelser for å forebygge og avdekke kjønnslemlestelse. Direktoratet mente at en slik undersøkelse verken er etisk, juridisk eller medisinsk forsvarlig, samt at det kunne være i strid med internasjonale

⁹ <http://www.dagbladet.no/tekstarkiv/artikkel.php?id=5001010001398&tag=item&words=gambia%3Bmoren%3Bkj%F8nnslemlestelse>

¹⁰ <http://www.nrk.no/nyheter/innenriks/4065389.html>

¹¹ <http://www.regjeringen.no/nb/dep/asd/dok/regpubl/stmeld/2003-2004/stmeld-nr-49-2003-2004-.html?id=405180>

¹² <http://www.vg.no/helse/artikkel.php?artid=105099>

¹³ <http://www.nrk.no/ostlandssendingen/venstre-vil-ha-meldeplikt-1.2783021>

konvensjoner. La oss så minne om hva som er en typisk fremgangsmåte ved helseundersøkelsene: Barnet, mellom 0-4 år, som er tidsperioden barnet er på barnekontrollene, er på mor eller fars fang uten klær, slik at helsesøster eller lege kan se at *hele* barnet er ved god helse. Hvordan direktoratet kan få dette til å være «krenkende» har HRS aldri forstått. Vi mente også at direktoratet hadde (har) et forklaringsproblem hva gjelder at en undersøkelse av barn kan være «i strid med internasjonale konvensjoner». I vår tolkning er det kanskje motsatt: at staten ikke forhindrer at jenter kjønnslemlestes, og ikke ivaretar barns helse og organer, om det er øye, ører, nese eller underliv, er neppe forenelig med de konvensjoner det tenkes på – og er mer krenkende enn at helsen ivaretas på en betryggende og forsvarlig måte av helsepersonell.

Men Helse- og omsorgsdepartementet påpekte at det tok direktoratets «utredningen til etterretning». Satsningen ble «den forebyggende samtalen».¹⁴

Afrikanske endringsagenter

På nyåret 2007 kom den daværende regjeringen til at «den forebyggende samtalen» ikke var godt nok. De vurderte da et nytt tiltak, såkalte «afrikanske endringsagenter» for å hindre kjønnslemlestelse av pikebarn.

«Jeg har tro på å hente inn endringsagenter fra innvandrernes hjemland. Kvinner som er engasjert i arbeidet mot omskjæring i land som Somalia, Etiopia eller Eritrea,» sa daværende Barne- og likestillingsminister Karita Bekkemellem (Ap).¹⁵ Hun argumenterte for å hente slike agenter fra Afrika med at de som allerede er i Norge har en tendens til å bli mer konservative enn de som blir igjen. Hun mente at det var viktig å få de som bor i Norge til å forstå at det foregår et arbeid mot omskjæring i deres opprinnelsesland. I tillegg påpekte Bekkemellem at «det er ulovlig også der», hvilket ikke stemmer i en rekke sentrale land. Men etter NRKs journalist Tormod Strand reportasjereise fra Somalia ble det ikke sagt så mye mer om afrikanske endringsagenter, og på nytt kom debatten om helseundersøkelser.

For samtidig var daværende statsråd Bekkemellem en av dem som ønsket å innføre helseobservasjon av jentebarns underliv for å motvirke kjønnslemlestelse. «Vi har det til vurdering, men har ikke fattet vedtak om det ennå. Noen aktører mener det er riktig, mens andre fraråder det,» sa Bekkemellem.¹⁶ Sosial- og helsedirektoratet frarådet helkroppundersøkelse. Direktoratet stod fast på at det kan oppleves som krenkende for barna og være i strid med internasjonale konvensjoner.

Selv om Bekkemellem ikke lot seg overbevise av Sosial- og helsedirektoratet, så gjorde hennes statsrådskollega, daværende helseminister Sylvia Brustad (Ap), det. Hun kom til samme konklusjon som flere andre, nemlig at helseundersøkelse vil være «et nytt overgrep mot jentene.»¹⁷

Debatten blir mer medisinskfaglig

13. mars 2007 befestet Rådet for legeetikk at det skal være andre etiske retningslinjer for å helseundersøke jenters underliv enn gutters underliv. Obligatorisk underlivssjekk av alle jentebarn for å oppdage kjønnslemlestelse har ingen medisinsk begrunnelse, derfor er det uetisk, og kan ikke sidestilles med underlivssjekk av gutter, hevdet Rådet for legeetikk. «Nesten alle jenter helt ned til tre-fireårsalderen opplever det å bli undersøkt nedentil som

¹⁴ Dagsavisen 11. oktober 2006

¹⁵ http://www.aftenposten.no/nyheter/iriks/article1616766.ece#UxXB_vmwbYg

¹⁶ NTB 21. februar 2007

¹⁷ Dagbladet 14. april 2007

svært krenkende. Jentene må ta av seg alle klærne nedentil, ligge på ryggen på undersøkelsesbenken og trekke bena opp og sprike,» sa Trond Markestad, leder for Rådet.¹⁸

Men nå begynte det å ulme i egne rekker. Barnelegene ved St. Olavs Hospital, Arne Kristian Myhre og Dag Bratlid, tok til motmæle mot Rådet for legeetikk. «Rådet for legeetikk v/ Trond Markestad har etter vår mening ikke faglig støtte for sitt syn om at det er uheldig å innføre obligatorisk underlivsundersøkelse av alle jenter.»¹⁹

Barnelegene ga full støtte til Karita Bekkemellem sitt ønske om helkroppundersøkelse, og tok avstand fra enkeltes tabubelagte syn på jenters kjønnsorgan: «Det har alltid forundret oss at småjenters underliv skal være et medisinsk ikke-tema. En alvorlig konsekvens av dette er at mennesker er blitt feilaktig dømt for seksuelle overgrep mot småjenter, ene og alene fordi man ikke har hatt kunnskap om hvordan underlivet til små jenter faktisk ser ut. Dessuten får små jenter ofte ikke diagnostisert tilstander som kan føre til feilaktig diagnose og behandling for urinveisinfeksjon eller urinlekkasje. Dette kan være uskyldige medisinske tilstander som sammenlodninger av indre kjønnslepper, noe som behandles enkelt med krem. Manglende påvisning av irritasjon og sårhet i underlivet kan også føre til feilaktig behandling for urinveisinfeksjon. Det føles ikke som et overgrep å bli undersøkt.»

Myhre og Bratlid påpekte videre paradokset i motstandernes argumentasjon: «Jenter er ikke en liten gruppe. Jenter utgjør halvparten av barnepopulasjonen. Symptomer og sykdommer fra urinveiene og underlivet er hyppigere hos jenter enn hos gutter. Begrunnelsen for å undersøke jenters underliv på samme måte som hos guttene gir seg derfor selv. Vi er redd for at nettopp det å begrense en slik undersøkelse til en befolkningsgruppe med antatt høy risiko for kjønnslemlestelse vil føre til en følelse av overgrep hos både barn og foreldre.»

Barnelegene mener at en rutineundersøkelse (også) av jenters underliv vil føre til nødvendig «avstigmatisering» av denne delen av kroppen, noe som er viktig også av rent medisinske grunner.

Da kom kritiske politikerne igjen på banen, denne gangen ved SV. Daværende stortingspolitiker og lege, Olav Gunnar Ballo (som senere har meldt overgang til Ap), avviste helkroppundersøkelsen slik: det er «meningsløs ressursbruk at alle skal sjekkes, fordi et fåtall står i fare for å bli omskåret.»²⁰ Dermed var igjen et likeverdig helsetilbud for gutter og jenter oversett.

Dog har ikke alle politikere vært like fornøyd med dialog som tiltak. Daværende sosialbyråd i Oslo, Sylvi Listhaug (FrP), etterlyste handling etter NRKs reportasje:

«Det gjør meg rasende å få bekreftet det vi har fryktet i mange år, nemlig at jenter som vokser opp i Norge, blir utsatt for alvorlig kriminalitet som kjønnslemlestelse er,» uttalte Listhaug og fortsatte:

«Nå må de slutte å se en annen vei og snakke om dialog. Alvorlige overgrep mot unge jenter kan ikke møtes med dialog, det kreves handling. De må snarest få på plass et lovverk som beskytter norske jenter mot kjønnslemlestelse. Og da må det offentlige ha anledning til helsesjekker som gjør at vi kan avdekke denne typen kriminalitet.»²¹

¹⁸ <http://www.klassekampen.no/44284/article/item/null/mangler-motiv>

¹⁹ Aftenposten 21. mars 2007

²⁰ <http://www.dagbladet.no/nyheter/2007/03/22/495740.html>

²¹ <http://www.nrk.no/ostlandssendingen/--dette-gjor-meg-rasende-1.2781558>

2.2 Hvordan havnet vi i denne runddansen?

Så er spørsmålet hvordan vi har havnet i en runddans hva gjelder tiltak mot kjønnslemlestelse, og hvorfor vi holder fast ved en straffelov som ikke benyttes.

Situasjonen var også slik at i debatten etter Stortingsvedtaket i 2005 var det et fraværende tema at Norge hadde hatt helkroppundersøkelser av alle barn frem til 1993, da Helsedirektoratet fjernet den for jentebarn. Dette ble gjort etter klager fra foreldre, da en slik helkroppundersøkelse ved skolestart ble referert i media som en form for «sexkontroll» av jenter. Dette skjedde i kjølvannet av den såkalte Bjugn-saken.²²

Både Barneombudet, som den gang var barnelegen Trond Viggo Torgersen, og Den norske barnelegeforeningen, protesterte mot at undersøkelsen ble fjernet, uten å bli hørt, hvilket vi kommer tilbake til.

HRS fryktet i 2005 at Stortingets intensjon ville bli overkjørt eller trenert av daværende mindretallsregjering, Bondevik II-regjeringen. Som vi har sett i kap.2.1 var det en absolutt berettiget frykt, og vi var også nokså sikre på at hovedbegrunnelsen, uten dokumentasjon, ville bli at «det er så få» jenter i Norge som blir (eller vil bli) utsatt for kjønnslemlestelse.

2.2.1 Gambia

I løpet av debatten like etter stortingsvedtaket i 2005, ble det også stilt spørsmål ved hvorvidt jenter i Norge faktisk blir utsatt for kjønnslemlestelse. For hadde ikke informasjonsarbeid og dialog med aktuelle miljø fungert, og dermed gjort helseundersøkelser overflødig i kampen mot kjønnslemlestelse?

Da bestemte HRS seg for å prøve å avdekke at *norskfødte* jenter kjønnslemlestes. Vi tok det som for oss var en «enkel variant»: Vi kontaktet gode bekjente blant gambiere i Oslo – tilhørende et land som er charterturreisemål og ufarlig eventuelt å reise til hvis det skulle bli aktuelt. Vi ga dem det som vi antok var en enkel utfordring: «Kan dere gi oss navn på foreldre i Oslo fra enten mandinko- eller serahulestammen (i disse to stammene er det opp mot 100 prosent lemlestelse i Gambia), som har født jentebarn her i Norge de siste fem til ti årene, og hvor dere mener foreldrene er verdimesig dårlig integrert?»

Vi fikk navn på flere familier, og ved nærmere undersøkelser viste det seg at en av familiene hadde født fire jentebarn i perioden 1994- 2000, som altså den gang i 2005 var i alderen 11 til fem år, og samtlige jenter var sendt til Gambia to år tidligere, da i alderen ni til tre år.

Sammen med en journalist, dro vi til Gambia denne sommeren for å prøve å finne søstrene og prøve å få verifisert om de var utsatt for kjønnslemlestelse eller ei.²³

Vi fikk bekreftet at jentene var blitt utsatt for kjønnslemlestelse raskt etter at de ble tatt til Gambia i 2003. Bekreftelsen kom gjennom kilde med kjenneskap til familien og en tradisjonell seremoni/feiring av lemlestelsene etterpå (for detaljer om arbeidet i Gambia, se s.13- 24 i HRS-rapporten «Norskfødte jenter kjønnslemlestes»²⁴).

Ved retur til Norge ble saken anmeldt av oss til Oslopolitiet, som ville satse alt for å få reist tiltale mot foreldrene. Det fordret imidlertid at «bevisene» ble hentet til Norge.

²² <http://snl.no/Bjugn-saken>

²³ Journalist Astrid Meland som da jobbet i dagbladet.no

²⁴ http://www.rights.no/wp-content/uploads/2005/05/Norskfødte_jenter_-lemlestes052005.pdf

Foreldrene nektet derimot å samarbeide om retur av jentene til Norge. Oslopolitiet prøvde alle varianter og kanaler for å lykkes, blant annet gjennom Statsadvokaten og kontakt på samme myndighetsnivå i Gambia. Gambiske myndigheter nektet å bistå med å sende de Oslofødte jentene hjem eller la norske myndigheter selv hente dem tilbake til Oslo. Myndighetene i Gambia anså jentene for å være muslimske gambiere. Det norske passet, statsborgerskapet, hadde ingen betydning for den gambiske staten.²⁵

Arrestasjonen

6.juni 2008 varetoksfengsles faren til de fire søstrene av Oslo tingrett. Mor var høygravid med komplikasjoner i svangerskapet med sitt syvende barn, og slapp derfor fengsling, men også hun ble siktet for kjønnslemlestelse. Hva hadde skjedd?

På mistanke om at ekteparets to yngste norskfødte (herboende) jenter (født i 2005 og 2003) også kunne vært utsatt for kjønnslemlestelse, ble barna helseundersøkt. Den eldste jenta på fem år – som antas å ha vært på ferieopphold i Gambia som spedbarn – var lemlestet. Derfor ble foreldrene siktet for kjønnslemlestelse av denne datteren.

Like før fengslingsmøtet ga vi Oslopolitiet konkret informasjon underhånden om hvorfor vi mente at også jentene i Gambia var utsatt for rituell legemsbeskadigelse, informasjon vi ikke hadde våget å gi i avhør knyttet til anmeldelsen. Dette skyldes at siktede har tilgang til avhør, og vi ville beskytte kilder i Gambia.

Politiet utvidet siktelsen umiddelbart til å omhandle også de fire jentene i Gambia.²⁶

Forgjeves

Et par måneder senere, i august, var faren en fri mann igjen. Siktelsen mot foreldrene ble opprettholdt, men politiet mente de ikke kunne legge frem bevis gode nok for å føre en retts sak som kunne gi en fellende dom. Politiets problem var følgende: hvordan bevise at foreldrene hadde medvirket til kjønnslemlestelse?

Det fantes ikke vitner eller annet som kunne bevise at det faren påstod under fengslingsmøtet var usant, nemlig at han ikke visste at overgrepene hadde skjedd, det hadde «i tilfelle skjedd uten hans viten», som advokaten fremmet.

Vår konklusjon? At når det avdekkes at en norskfødt jente (femåringen i Oslo) er lemlestet, får dette ikke straffemessige konsekvenser. Altså fungerer ikke lovverket. Sagt på en mer utdypende måte:

Konsekvensene av dagens lovverk kan etter vår forståelse summeres opp slik: sørg for å lemleste barnet ditt så ungt som mulig (før barnet kan «sladre», altså før det har utviklet språk), aller helst i utlandet, og du risikerer ingen rettslig forfølgelse om det oppdages på et senere tidspunkt. Påtalemakten har selv satt krav til bevis som de nesten umulig kan innfri.

2.2.2 Den rettslige situasjonen

Den rettslige situasjonen er nemlig denne: å rettsforfølge avdekket kjønnslemlestelse kan kun skje gjennom to scenarier: 1) Politiet tar en omskjærer i Norge idet personen skal utføre/utfører/nettopp har utført overgrepet. 2) Offeret er selv såpass gammel og dertil villig

²⁵ Formidlet oss av Oslopolitiet i løpet av norske myndigheters lange innsats for å få jentene tilbakeført.

²⁶ <http://www.rights.no/2008/06/avdekket-kjønnslemlestelse-historisk-fengslingsmote/>

til å vitne mot sine egne foreldre/foresatte og/eller omskjærere om lemlestelse utført i Norge eller utlandet.²⁷

Selvsagt er dette en valgt rettstilstand både fra påtalemyndighetens side og fra politisk hold. Vi har hatt en særlov mot kjønnslemlestelse i 18 år (innført 1.januar 1996) uten en eneste tiltale, selv om det har vært avdekket flere tilfeller av lemlestelse i ulike familier (den første ble som nevnt avdekket i 2000, tvillingjentene født i Norge av gambiske foreldre, etter vår informasjon).²⁸

Man aksepterer altså at barn med en bestemt etnisk opprinnelse blir påført en rituell skade knyttet til foreldrenes kulturbakgrunn uten at det får strafferettslige konsekvenser. Det er eksempelvis (og heldigvis) helt umulig å se for seg at norske foreldre som åpenbart medvirker til eller ikke klarer å beskytte barnet mot kroppslig rituell lemlestelse/legemsbeskadigelse, dertil setter barnet i en svært farlig situasjon, som å ta et spedbarn/småbarn til et område der ritualet er utbredt, ville sluppet straffeforfølgelse. Men det er nettopp slik rettsstaten opererer overfor foreldre med bakgrunn fra et annet kontinent, til tross for at det irreversible overgrepet som regel utføres på fullstendig vergeløse spedbarn og småbarn.

Den politiske og rettslige holdningen burde etter vår mening være følgende: *det påhviler foreldre/foresatte fra grupper og land der rituell legemsbeskadigelse praktiseres, et særlig stort ansvar for å beskytte egne barn mot et slikt overgrep.* Man kjenner kulturen, man kjenner praksisen, ritualene før, under og etter overgrepet, og hvem som har ulike roller (omskjærere, og andre som medvirker på ulike måter, som å holde barnet fast slik at omskjæreren klarer å utføre overgrepet). En slipper vel ikke eget barn ut av syne når man vet at en omskjærer befinner seg i nærheten? I det hele tatt tar man ikke barnet sitt med til steder der omskjærere kan befinne seg uten at man vokter det døgnet rundt? En tar ikke en få måneder gammel baby med til for eksempel Gambia, og overgir barnet i andres varetekt, for så «plutselig» å oppdage at barnet har blitt lemlestet? Dessuten: hvem betalte omskjæreren for å utføre inngrepet (overgrepet)?

Apropos den nevnte siktelsen knyttet til Oslofamilien fra Gambia: Det ligger i sakens natur at foreldre/foresatte kjenner til at legemsbeskadigelsen er gjort. Man ser med det blotte øye legemsbeskadigelsen når man steller spedbarnet eller det lille barnet hvis man snakker om de vanligste, tradisjonelle typene lemlestelse (tidligere nevnte type 1 og 2, samt type 3, som er delvis eller fullstendig fjerning av ytre kjønnslepper og igjensyng slik at urinveisåpningen dekkes av et hudseil og skjedeåpningen forsnevres til ca 1 cm i diameter). Sårene fører også til blødninger, ofte voldsomme blødninger, og sårene skal dessuten heles og barnets hygiene kan ikke ivaretas som normalt under helingsprosessen. Når barnet er gammelt nok til å ivareta egen hygiene, som aldersmessig vil variere noe fra familie til familie og fra kultur til kultur, har det også språk. Å utsette barnet da for en slik alvorlig rituell legemsbeskadigelse vil utløse så kraftige smertereaksjoner og ettervirkninger i form av psykiske og fysiske smerter, at det vil være umulig for foreldre/foresatte ikke å forstå at barnet er skadet – hvis overgrepet skulle ha vært gjort bak ryggen deres. Barnet vil selvsagt formidle i klartekst at «noen» har påført det smerter og skader.

2.2.3 En norsk «kartleggingsundersøkelse»

Presset om politiske løsninger for å beskytte barn mot rituell legemsbeskadigelse, samt gjøre foreldre straffeansvarlige, økte dramatisk sommeren 2007, da NRK hadde en reportasjereise de Somaliland (jf. kap.2.1.1). Reportasjene utløste 15 hastetiltak fra regjeringens side for å beskytte jenter som stod i fare for å bli sendt ut av landet for lemlestelse når sommerferien starter.

²⁷ Ifølge kilder i Oslopolitiet og påtalemyndigheten.

²⁸ Dagbladet 8.januar 2001.

Daværende regjering ga samme høst Institutt for samfunnsforskning (ISF) i oppdrag å kartlegge utbredelsen av kjønnslemlestelse. Resultatet forelå våren 2008. Imidlertid kan det stilles spørsmål ved hvordan ISF løste oppgaven.

For det ligger i sakens natur at for optimalt å kartlegge om ei jente er lemlestet, må man foreta en helseundersøkelse. Dette fordi kjønnslemlestelse er en straffbar handling med en strafferamme på fire til 10 års fengsel (avhengig av lemlestingens konsekvenser). Ved eksempelvis å benytte intervju av foreldre og andre voksne i aktuelle miljø som metode, er det rimelig god grunn til å forvente at underrapporteringen av utført lemlestelse vil være svært omfattende.

ISFs undersøkelse

ISF benyttet seg av to innfallsvinkler: Seks nasjonale grupper med høy utbredelse av kjønnslemlestelse i opprinnelseslandet ble valgt ut. På bakgrunn av befolkningsstatistikk fra Statistisk sentralbyrå (SSB) ble det laget en oversikt over antall jenter i alderen 0-19 år. Dernest summerte ISF opp antallet jenter som var i den konkrete alderen da kjønnslemlestelse utføres i opprinnelseslandet. ISF kom frem til at Norge hadde 3 800 jenter i risikozonen i 2008. Men da er bosatte jenter i Norge fra over 20 land der kjønnslemlestelse er praksis ikke medregnet. ISF konkluderte imidlertid med at «anslaget vi gir, dekker den berørte gruppen».²⁹

Den andre innfallsvinkelen var å kartlegge tilfeller av utført kjønnslemlestelse gjennom et «strategisk utvalg» av barnevern, helsestasjoner, skoler og barnehager, legevakter, barneavdelinger, gynekologiske poliklinikker og fødeavdelinger. På bakgrunn av det innsamlede materialet, kombinert med intervju av berørte grupper, såkalte ressurspersoner og organisasjoner, samt innhenting av forskning og data internasjonalt, skulle ISF foreta en *analyse* av utbredelsen.

Her er det viktig å poengtere følgende: I tillegg til at utvalget jenter ikke er treffende nok, noe som også gjelder for offentlige instanser som bes om å rapportere registrert utført kjønnslemlestelse, var svarprosenten fra det offentlige lav. Eksempelvis responderte ikke 40 prosent av barnevernene, 71 prosent av helsestasjoner for barn, 52 prosent av helsestasjoner for ungdom, 66 prosent av skolehelsetjenestene, 71 prosent av skolene, 56 prosent av barnehagene og 57 prosent av gynekologisk fødeavdelinger. Best svarprosent hadde legevaktene med 75 prosent og barneavdelinger med 86 prosent. Også responsen fra personer og organisasjoner innen aktuelle miljø var lav. Men kanskje vel så viktig: Det kommer frem av ISFs arbeid at de offentlige instansene «ikke har en systematisk rutine med å avdekke og registrere omskjæring og notere dette i journalene.»

Resultatene av kartleggingen av utført kjønnslemlestelse ble 15 tilfeller og 111 tilfeller av bekymringsmeldinger der det ikke ble påvist kjønnslemlestelse eller at kjønnslemlestelse ble avverget. Merk så at disse tilfellene kun var for årene 2006 og 2007. Hvorfor ISF begrenset seg til to år, er for oss ukjent.

Færre lemlestes, og stort sett alle tiltak virker

Skal man forholde seg til ISFs undersøkelse går det meste bra hva gjelder kampen mot kjønnslemlestelse.

ISF spør i sin undersøkelse: «Gapet mellom kjente påviste tilfeller og størrelsen på den aktuelle aldersgruppen er svært stor. Hvordan kan dette forklares?» ISF svarer:

²⁹ »Kjønnslemlestelse i Norge - kartlegging av omfang og forslag til videre tiltak», 2008:8, Institutt for samfunnsforskning.

«Vi har ikke fanget opp alle kjente tilfeller i vår undersøkelse. Vi antar at det finnes flere kjente tilfeller i skolehelsetjenesten, helsetjenesten for ungdom og gynekologiske poliklinikker. Dette er trolig ikke store tall.»

Videre forklarte ISF gapet slik: Bekymringsmeldinger om forestående kjønnslemlestelse, og påfølgende samtale med foreldre, kan ha forhindret kjønnslemlestelser. Folk kan også ha gått over til mindre omfattende kjønnslemlestelser som vanskeligere fanges opp av omgivelsene.

I tillegg forklares det lave antallet registrerte kjønnslemlestelser (som altså er 15 tilfeller på to år) med synspunkt fra særlig to forskere, antropologene Sara Johnsdotter i Sverige og (nå avdøde) Aud Talle i Norge.

Både Johnsdotter og Talle hevdet at kravet til jomfruelighet, som er en sentral kjerne i hvorfor kjønnslemlestelse praktiseres, har endret uttrykk ved migrasjon til Europa: Jentene formidler heller dyd ved å dekke seg til med hijab og vide klær. Presset om å kjønnslemleste døtre er mindre i eksil enn i hjemlandet, og ekteskapsmønsteret har endret seg fra arrangert ekteskap til «selvvalgt partner». Jentene er derfor selv opptatt av å bevare jomfruelighet til ekteskapsinngåelsen, sies det. Kjønnslemlestelse er videre forbundet med «sosialt stigma» i majoritetsbefolkningen, og foreldre avstår derfor fra lemlestelse for «å øke fremtidsmulighetene» her. I tillegg er det flere og flere unge kvinner som åpner seg etter å ha blitt sydd igjen, noe som viser at «de har adoptert et vestlig syn på kvinnelig seksualitet».³⁰ Et siste sentralt argument er at den økende religiøsiteten blant somaliere, gjør at de tar avstand til den tradisjonelle typen kjønnslemlestelse i Somalia som inkluderer gjensying.

Et annet moment som trekkes frem av ISF for å forklare gapet mellom antall jenter i risikozonen og det lave antallet rapporterte kjønnslemlestelser, er at representanter fra miljøene nesten unisont hevder at kjønnslemlestelse er lite utbredt. Få kjenner til enkelttilfeller, noen kjenner ikke til ett eneste tilfelle. Blant andre ni jenter med somalisk bakgrunn i alderen 17- 22 år som er intervjuet, kjenner ikke til ett tilfelle av kjønnslemlestelse av jenter bosatt i Norge. Et hovedargument som fremheves av somaliere og eritreere for at kjønnslemlestelse ikke praktiseres lenger, er ifølge ISF at praksisen ble forbudt etter norsk lov i 1996. Foreldre forholder seg altså til norsk lov.

Det må også nevnes at ISF pekte på at HRS anmeldte og rapporterte om flere saker frem til 2005, men ingen saker i 2006 og 2007. Dette tas også som en indikasjon på nedgang i omfang.

Konklusjonen til ISF ble således:

«Holdningsendringer er i gang, og (at) utbredelsen har gått ned.»

Punktvis slås følgende fast fra ISF:

- Opplysningsarbeid og mobilisering i miljøene virker.
- Kunnskap om generell kvinneanatomi og helse virker.
- Utdanning virker.
- Teologisk kompetanse virker.
- Lovverket virker.

³⁰ Hva som menes med ”vestlig syn på kvinnelig seksualitet”, sies det ikke noe om. Vår erfaring er dog at lengsler og behov etter kjærlighet og seksualitet i et stabilt og trygt forhold, er lik i Østen og Vesten, men forutsetningene for å oppnå ønsket, er ikke nødvendigvis de samme. Østen er i stor grad basert på kollektivistiske samfunn, og individets muligheter for å realisere egne behov er dermed begrenset.

ISF anbefalte derfor at nye tiltak må «tilpasses (...) at omfanget av jenter som vokser opp i Norge i dag som utsettes for kjønnslemlestelse er lavere enn antatt.» ISF frarådet videre helseundersøkelser av underlivet, og fremhevet myke tiltak som kunnskapsformidling og opplysnings- og holdningsarbeid. Eksempelvis «må (alle) få kunnskap om at omskjæring ikke har sammenheng med religion.» Andre viktige stikkord var «tillit, tålmodighet, respekt og toleranse».

2.2.4 Politisk (mis)bruk

Relatert til ISFs rapport er det mye å gripe fatt i. La oss begynne med noe av det enkleste, som da daværende helseminister Sylvia Brustad (Ap) på bakgrunn av rapporten slo fast følgende på departementets nettside (vår utheving):³¹

«Jeg har merket meg at praksisen med kjønnslemlestelse heldigvis foregår i mindre omfang enn antatt, og at kjente tilfeller ligger lenger bak i tid. **Jeg er glad for at rapporten støtter hypotesen om at mange har sluttet med denne praksisen.** Dette er en positiv utvikling fordi kjønnslemlestelse er et overgrep og det er ulovlig. Derfor vil jeg takke ildsjeler i berørte miljøer og faggrupper som har gått i bresjen for å endre holdninger til denne praksisen, og forebygge at denne type overgrep mot jentebarn får fortsette. Vi vet nå at holdningsarbeid som er i gang virker forebyggende.»

Uten belegg

Først; rapporten sier ikke ett ord om hva som har vært «antatt» utbredelse av kjønnslemlestelse. Ingen tidligere anslag eller hypoteser fra noe hold nevnes i rapporten. Heller ikke helseministeren referer til tidligere anslag. At «mange» skal ha sluttet med praksisen, er rett og slett ikke dokumenterbart, all den tid vi i Norge aldri har kartlagt utbredelse av utført kjønnslemlestelse. Dessuten er den konkrete kartleggingen ISF har gjort, en kartlegging av avdekkede tilfeller for to årganger i et begrenset utvalg offentlige institusjoner av en begrenset gruppe aktuelle jenter. Hvor mange jenter som ble kjønnslemlestet i 2006 og 2007, vet vi fremdeles nesten like lite om, da praksisen nødvendigvis foregår i det skjulte ettersom det er straffbart. Således blir påstanden om at holdningsarbeidet «virker forebyggende» et utsagn uten belegg.

At «kjente tilfeller ligger lenger bak i tid», med eksplisitt referanse fra ISF til HRS og ingen andre, kan også vanskelig underbygge en nedgang i kjønnslemlestelse. HRS og støttespillere anbefalte en norsk-gambisk mor å anmelde ektemannen for medvirkning til kjønnslemlestelse av et par norskfødte tvillingjenter ved årsskiftet 2000- 2001. Kvinnen hadde selv forklart at de ble lemlestet tre år tidligere som seks måneder gamle spedbarn i Gambia.³² I 2005 bestemte vi oss for å prøve å avdekke ytterligere tilfeller av kjønnslemlestelse av norskfødte jenter, som resulterte i anmeldelser av to norsk-gambiske familier for å ha lemlestet til sammen fem norskfødte døtre, noe som er dokumentert i etterkant.³³ Dette var altså et konkret prosjekt som HRS tok initiativ til, og som varte i en begrenset periode på tre måneder. I vår rapportering til ISFs prosjekt pekte vi således på overnevnte tre saker, samt TV2s avsløringer rundt kjønnslemlestelse i 2000, der det fremkom informasjon om over 20 jenter som skulle ha blitt lemlestet fra tidlig 1990-tallet. Altså var ingen av disse tilfellene referert i TV2 dokumentert, og perioden jentene kunne ha blitt lemlestet, strakte seg nesten over ti år, i motsetning til ISFs 15 tilfeller over to år, som altså er dokumenterte i tillegg.

³¹ Helse- og omsorgsdepartementet, 4.juni 2008

³² Dagbladet.no 8.januar 2001. Om lag trekvart år etter at kvinnen hadde anmeldt ektemannen flyttet hun tilbake til han og trakk anmeldelsen. Oslopolitiet henla da saken, til tross for at det ble dokumentert ved Ullevål sykehus at de norskfødte tvillingene var blitt kjønnslemlestet.

³³ Anmeldelsene er referert i rapporten "Norskfødte jenter kjønnslemlestes", op.cit.

ISFs konklusjoner om at «utbredelsen har gått ned» fordi at opplysningsarbeid, kunnskapsformidling og utdanning «virker», samt at «lovverket virker», faller på egen urimelighet. At loven om kjønnslemlestelse har eksistert i årevis uten at rettsapparatet har reist én eneste tiltale, kan jo (velvillig) brukes som argument om at loven har hatt preventiv effekt, slik ISF gjorde. Det samme gjelder tiltakene om opplysningsarbeid og kunnskap. Men er det ikke underlig at en så eldgammel og rotfestet tradisjon som kjønnslemlestelse er, nesten skal ha blitt utryddet ved migrasjon til Norge?

2.2.5 Praksiser opprettholdes ved innvandring

Eksempelvis har praksisen med arrangert ekteskap innen egen gruppe befestet seg i brede lag blant særlig grupper i Norge fra den islamdominerte verden, grupper som også praktiserer kjønnslemlestelse. Statistikk HRS har innhentet fra SSB viser at i aktuelle grupper er fortsatt henteekteskap utbredt, og antall ekteskap utenfor egen nasjonale gruppe er forsvinnende få.³⁴ (Ny rapport, HRS N-1-2014, basert på SSB-statistikk viser langt på vei det samme, og selv om andelen henteekteskap har gått betydelig ned blant aktuelle grupper er den fortsatt høy.)

To momenter taler for at dette mønsteret er med på å opprettholde tradisjonen: Ved henting av ektefelle i opprinnelseslandet der utbredelsen av kjønnslemlestelse er høy, som eksempelvis i Somalia der 98 prosent av jenter kjønnslemlestes, medvirker til preservering og videreføring av opprinnelseslandets normer her. At så få gifter seg ut av egen nasjonale grupper, er også en indikasjon på at kjønnslemlestelse videreføres her. Motsatt sagt; hvis eksempelvis somaliere i Norge vred ekteskapsmønsteret over til å gifte seg med personer fra kulturer der kjønnslemlestelse ikke praktiseres, ville dette vært en klar indikasjon om at praksisen har opphørt.

Når det gjelder den somaliske gruppen – som er den desidert mest aktuelle gruppen knyttet til kjønnslemlestelse grunnet gruppens størrelse i Norge og den høye utbredelsen av kjønnslemlestelse i Somalia – er det også verdt å merke seg at innvandringen fra Somalia til Norge (asyl, familiegjennforening og -etablering) har vært svært høy de siste om lag 15 årene. Den somaliske befolkningen i Norge var på 6 977 personer i 1999. Den har nesten firedoblet seg det neste tiåret, til 23 633 personer i 2009. Nå i 2014, kun fem år senere, er den somaliske befolkningen på omlag 36 000 personer (SSB). Å endre holdninger – dertil til en tradisjon som anses som en avgjørende forutsetning for å kunne bli giftet bort – med en slik kontinuerlig og høy innvandring, er rimelig vanskelig.

ISFs henvisning til den svenske forskeren Sara Johnsdotter om at ekteskapsmønsteret blant somaliere i Sverige har endret seg fra arrangert ekteskap til «selvvalgt partner», dokumenteres ikke. Dessuten: Hvorfor skulle somaliere i Sverige endre praksis fra arrangert ekteskap til kjærlighetsekteskap, mens dette åpenbart ikke er situasjonen i Norge? Ekteskapsstatistikk fra Norge viser at et overveldende flertall av somaliene (1.generasjon) gifter seg innad i egen gruppe (over 95 prosent) hvor om lag halvparten henteekteskap. Altså vil selvvalgt partner stort sett utelukkende bety innad i egen gruppe. Vår påstand er dertil at integreringen generelt er betydelig dårligere i Sverige enn Norge. I Sverige har det eksempelvis etablert seg en rekke parallelle samfunn som lever på utsiden av det svenske samfunnets normer og verdier.³⁵

Hvor tabubelagt selvvalgt partner/kjærlighetsekteskap kan være særlig blant muslimer, vitner ikke minst denne hendelsen i 2009 om: Etter at et norsk-pakistansk par giftet seg mot deler av familiens vilje i 2007, har motstandere av ekteskapet sendt ut 14 000 grovt

³⁴ Se notatet "Ekteskap blant utvalgte innvandrergrupper i Norge", HRS N-1 2006, og rapporten "Innvandring gjennom ekteskap", HRS R-1 2005.

³⁵ Se eksempelvis bøkene *Exit folkhemssverige. En samhällsmodels sönderfall*, av Ingrid Björkman, Jan Elfvarson, Jonathan Friedman og Åke Wedin, Stensö bok 2005, (også tilgjengelig på nettet), og *Men størst av alt er friheten. Om innvandringens konsekvenser*, av Hege Storhaug, Kagge 2006.

sjikanerende brev om ekteparet, med trusler om blant annet seksuelle overgrep. Brevene er sendt til privatpersoner, moskeer, innvandringsorganisasjoner, profilerte norskpakistanere og til ekteparet. Også tidligere stortingsrepresentant fra Høyre, Afshan Rafiq, forteller om trusler og sjikane grunnet inngått kjærlighetsekteskap med en norskpakistanisk mann.³⁶

Mens vi har hatt innvandring fra Somalia i om lag 25 år, har vi hatt innvandring fra Pakistan i snart 50 år. Like fullt er altså kjærlighetsekteskap fremdeles tabubelagt blant pakistanere, noe som underbygger hvor dype røtter arrangert ekteskap har fått i Norge.³⁷ Hvorfor skulle kjærlighetsekteskap være mindre tabubelagt blant somaliere enn pakistanere, når dertil somaliere er en yngre gruppe og mindre integrert i Norge?

Seksuell kontroll

At økende bruk av hijab og vide klær, da som en jomfruelig erstatning for kjønnslemlestelse, finner vi også urimelig. Bruk av hijab, og eventuelt tilhørende vide klær som jelbab (sid kåpe/kjole), har økt dramatisk de om lag siste ti til 15 årene i nesten samtlige muslimske grupper i Norge, altså også i nasjonale grupper som ikke praktiserer kjønnslemlestelse. Dette er en voksende trend i Europa, det samme gjelder i Somalia.

I Tormod Strands dokumentarbok, *Suaads reise*, bekrefter hovedpersonen og norsksomalieren Suaad Abdi Farah, den betydelig økte slørbruken i Somalia siden hun forlot landet på slutten av 1980-tallet: «I hennes oppvekst dekket ikke unge kvinner til hodet med hijab, slik nesten alle somaliske kvinner gjør i dag. Og niqab, der munn og nese også er dekket til og bare øynene er synlige, fantes heller ikke. Nå ser jeg mange med niqab. Mye har skjedd til det verre i Somalia, også når det gjelder kvinners frihet, mener Suaad.»³⁸

Den økende tildekningen av jenter og kvinner i Somalia har ikke ført til nedgang i utbredelsen av kjønnslemlestelse. Hvorfor skulle tildekning ved bruk av hodeplagg og klassisk tilhørende vide klær fungerer som erstatning for kjønnslemlestelse i Norge, når dette ikke er tilfelle i Somalia?

Hvor avgjørende kjønnslemlestelse er som seksuell kontroll, vitner ikke minst denne dommen om: I Sverige i 2006 ble en somalisk mor dømt for å ha kjønnslemlestet datteren 11 år gammel i Somalia i 2001. Moren fikk tre års ubetinget fengselstraff, og hun ble dømt til å betale erstatning til datteren på 550 000 kroner. 400 000 kroner dekket kjønnslemlestelsen, mens de resterende 150 000 inkluderte blant annet «seksuelle krenkelser» ved at moren stadig sjekket jentas gjensyde underliv for å forsikre seg at hun var urørt og ikke åpnet.³⁹

Den samme kontrollen fortalte Safia Yusuf Abdi, sykepleier og norsksomalier, om på et seminar i Oslo i 2005 i regi av HRS. Da Abdi var barn i Somalia, sjekket moren underlivet hennes hver gang moren returnerte etter en reise. Dette for å forsikre seg om «at alt var i orden».⁴⁰ Vi er også fortalt følgende av somaliere i Norge: Når jenter giftes bort, er en av morens siste og viktigste rutiner å sjekke at kjønnslemlestelsen og gjensyningen er inntakt før jenta overleveres ektemannen.

³⁶ Dagbladet.no 17. mai og 19.mai 2009.

³⁷ Vår erfaring etter 17 års arbeid med arrangerte ekteskap blant muslimer, er at det generelt bare er én gruppe som har avvist tradisjonen etter migrasjon, nemlig persiske flykninger fra den politiske og intellektuelle eliten i Iran. Dette er for øvrig også personer som ofte er svært islamkritiske etter å ha opplevd Ayatollah Khomeinis regime.

³⁸ Se for eksempel også foto i Tormod Strands bok, *Suaads reise. En dokumentar om kjønnslemlestelse*, NRK Aktivum 2008, som levner ingen tvil om den sterkt økende tildekningen av kvinner i Somalia.

³⁹ Dagens Nyheter, 10.januar 2006. Erstatningen innebar 400 000 kr for kjønnslemlestelse, og 150 000 kr for frihetsberøvelse, seksuelle krenkelser ved å sjekke jentas underliv for å se om kjønnslemlestelsen, jomfruhinnen og gjensyningen var intakt, samt grov vold, skriver Norbottens Kuriren, 10.februar 2006.

⁴⁰ Seminar om kjønnslemlestelse våren 2005 i regi av Human Rights Service, der Safia Yusuf Abdi deltok i debatt fra salen.

2.2.6 Kjønnsllestelse og religion

Et annet sentral argument fra ISFs side, også dette knyttet til utsagn fra forskerne og antropologene Johnsdotter og Talle, er at økende religiøsitet har ført til at somaliere forstår at «kvinnelig omskjæring ikke (er) religiøst påkrevd», eller som det også sies: «Teologisk kompetanse virker» i arbeidet mot kjønnsllestelse. «Dette fordi troende ikke tolker kvinnelig omskjæring som religiøst påkrevd.» Påstanden er ikke kildebelagt ved henvisning til eksempelvis islamske tekster. Kanskje ikke underlig, da påstanden dessverre ikke stemmer, slik vi tolker det.

La oss først avklare følgende: Kjønnsllestelse praktiseres ikke bare av muslimer, selv om majoriteten av dem som har adoptert tradisjonen er muslimer. Det er også slik at kjønnsllestelse dateres tilbake til det gamle Egypt på faraoenes tid, altså over 3 000 år før islam ble stiftet av Muhammed, og Koranen omtaler ikke praksisen. Det ulykksalige er imidlertid at Muhammed ikke tok utvetydig avstand fra kjønnsllestelse – hvis man skal tro flere hadith, altså religiøse skrifter om hva Muhammed skal ha sagt og gjort. Et hadith forteller at Muhammed oppfordret en kvinne som kjønnsllestet jenter til å begrense inngrepet. Han oppfordret henne altså ikke om å avslutte praksisen.⁴¹ I tillegg skal Muhammed ha omtalt samleie ved å henvise til at «to omskårne» kjønnsorgan møtes, som igjen kan tolkes til en form for aksept av praksisen. I islamsk tolkningstradisjon er det vanlig å forholde seg til at hva Muhammed ikke gikk imot, det aksepterte han. Dette blir også til en del av Muhammeds sunna, hans sædvane, og derav benevnelsen *sunna-omskjæring*.⁴² Mang en islamsk lærd vil dermed med betydelig religiøs tyngde kunne hevde at det er støtte for kjønnsllestelse i islam.⁴³

I sunniislam, som rundt 85 prosent av verdens muslimer tilhører, har det utviklet seg fire lovskoler. Én av lovskolene fremholder at kjønnsllestelse er *obligatorisk*, den såkalte shafi-skolen.⁴⁴ Blant annet derfor er det så vanskelig for somaliere å kvitte seg med denne praksisen, ettersom somaliere følger shafi-skolen, slik også egyptere gjør, der i overkant av 97 prosent av jentene kjønnsllestes. Også kurdere i Irak, som har kommet til Norge særlig i dette nye årtuset, følger shafi-skolen, noe som forklarer hvorfor man finner områder i Nord-Irak med en omskjæringsprosent helt opp mot 90 prosent.⁴⁵

Maliki-skolen, som dominerer eksempelvis i Gambia og der i underkant av 80 prosent av jentene kjønnsllestes, omtaler kjønnsllestelse som anbefalelsesverdig, altså som noe positivt, men ingen plikt. Det samme gjør Hanafi-skolen, som dominerer i Pakistan, men kun en liten minoritet i Pakistan kjønnsllestet jentene, nemlig shia-sekten Dawoodi Bhora. La oss understreke at pakistanere i stort monn både her og i Pakistan, er sterke motstandere av kjønnsllestelse. Det er etter vår erfaring heller nesten ingen av dem som kjenner til at det finnes en shia-minoritet i Pakistan som kjønnsllestet jenter. Ved søk på nettet finner man også svært begrenset informasjon om denne minoriteten og kjønnsllestelse, ikke stort annet enn at praksisen bekreftes.

Dette viser på den ene siden at lovskolene, særlig shafi-skolen, kan ha betydelig innflytelse på praksisen, mens lovskolene som anbefaler kjønnsllestelse, både kan ha sterk påvirkningskraft og ingen påvirkningskraft.

⁴¹ "Partial Translation of Sunan Abu Dawud", 1984. Tilgjengelig på nettet, usc.edu.

⁴² Sunna-omskjæring innebærer stort sett avskjæring av hele eller deler av klitoris, eventuelt også deler av indre kjønnslepper, etter Verdens helseorganisasjons definisjon er dette type 1 og type 11.

⁴³ *Circumcision in Islam*, av Abdu'r-Razzaq Abu Bakr, Dar Al Taqwa Ltd 1998

⁴⁴ Se for eksempel "Encyclopedia of Religion", om islam av Peter Antes (Chicago 1990).

⁴⁵ "A report on: Genital mutilation of Southern Kurdistan (Iraq)", Euro Kurd Human Rights-HER, nr.12A, Stockholm 2009.

Hvis det virkelig var slik som mange hevder, at islam kategorisk avviser kjønnslemlestelse, så kan man vitterlig hevde med full tyngde at islam har mislykkes radikalt med å stoppe skikken.

Konklusjonen må bli at kjønnslemlestelse er innlemmet i islam i deler av den islamdominerte verden (og nå også Norge og Europa), slik også ortodokse kristne i Etiopia «velsigner» kjønnslemlestelse, vel og merke uten at det kan vises til konkrete religiøse tekster som omtaler praksisen.

Forskerne ved ISF brukte altså antropologer som ikke har religiøs faglig tyngde. Dette stenger for faglig innsyn i praksisen, og det stenger dermed for myndighetenes muligheter til å bekjempe overgrepene.

2.2.7 Pekepinn på utbredelsen

Hva kan så utbredelsen av kjønnslemlestelse være i Norge? Ettersom vi ikke har noen data å vise til, må vi gå internasjonalt for å lete etter en pekepinn.

Organisasjonen Forward ble etablert i 1983 på de britiske øyene og er den eldste organisasjonen i Europa som jobber mot kjønnslemlestelse. Lederen i 2005, Adwoa Kwateng-Kluvitse, sa at hun *tror* at langt flere enn halvparten av jenter i Storbritannia som kommer fra høyrisikoland blir lemlestet: «Jeg tror tallet på lemlestedede jenter i virkeligheten er mye høyere enn 50 prosent. Når vi jobber i miljøene er antallet unge jenter som er lemlestet alltid mye høyere. Dessverre har det ikke vært vilje til å se mer inngående på dette.»⁴⁶ (For ordens skyld: Kwateng-Kluvitse peker nok her på jenter som tilhører høyrisikoland som Somalia.)

I 2007 vakte en regjeringsfinansiert undersøkelse bred oppmerksomhet. Undersøkelsen anslo at mer enn 21 000 jenter under 15 år i England er i alvorlig fare for å bli kjønnslemlestet, og at nærmere 11 000 jenter over åtte år med stor sannsynlighet er blitt lemlestet. Det heter at barna blir i hovedsak tatt utenlands for lemlestingen.⁴⁷

På den andre siden av kanalen, i Nederland, fryktes også høy utbredelse av kjønnslemlestelse. Til den nederlandske avisen Trouw, fortalte to sosialarbeidere i 2007, uavhengig av hverandre, at de *tror* 80 prosent av jenter i Nederland fra høyrisikoland blir lemlestet. «80 prosent er et veldig realistisk anslag,» forklarte den ene av dem.⁴⁸ Begge har somalisk bakgrunn og den ene er sosiolog.

I en anonym spørreundersøkelse i 2006 av 120 menn og 130 kvinner i Østerrike, fremkom det at 35 prosent av dem hadde kjønnslemlestet døtrene etter bosetting i Østerrike, og ytterligere seks prosent skulle kjønnslemleste døtrene i årene som kom, altså totalt 41 prosent av foreldrene lemlestet døtrene. Undersøkelsen ble utført av 16 forskere og leger, samt representanter fra en afrikansk kvinneorganisasjon i Wien.

Det er verdt å merke seg følgende: Utvalget bestod av foreldre med bakgrunn fra Etiopia (15), Mali (4), Ghana (30), Nigeria (40), Egypt (113), Sudan (10), Senegal (6), Burkina Faso (5), Kenya (7), Somalia (8) og Sierra Leone (7). Utbredelsesprosenten på kjønnslemlestelse varierer stort i disse landene, fra 25 prosent i Nigeria til 98 prosent i Somalia. Hvis vi tar ut

⁴⁶ Dagbladet.no 29.august 2005.

⁴⁷ Studien er utført av the Foundation for Women's Health, Research and Development (Forward) i samarbeid med forskere fra City University og the London School of Hygiene and Tropical Medicine. Her referert fra Guardian.co.uk 10.oktober 2007.

⁴⁸ Trouw.nl 19.januar 2007.

land der utbredelsesprosenten er under 40 prosent, minker gruppen med 77 personer.⁴⁹ Dette er et argument for at dersom undersøkelsen kun hadde forholdt seg til høyrisikogruppene, ville resultatet vist en langt høyere prosentandel. Dessuten: Metodisk er det antatt at selv en anonym spørreundersøkelse vil føre til underrapportering når undersøkelsen omhandler sensitive og kriminelle tema.

88,5 prosent av de foreldrene som skulle eller hadde utført kjønnslemlestelsen av døtrene fikk eller ville få inngrepet utført i opprinnelseslandet, mens de resterende 11,5 prosent sørget for at lemlestelsen ble utført enten i det nye hjemlandet Østerrike, eller nabolandene Tyskland eller Nederland. **Vel så interessant er det at majoriteten av de spurte var i arbeid og hadde høyere utdanning, de kjente godt til at kjønnslemlestelse er forbudt, og de kjente godt til helseskadene ved inngrepet.**

Majoriteten av de som var for lemlestelse, begrunnet praksisen med at «det er bra for kvinners moral». 50 prosent utførte kjønnslemlestelsen når barnet er i alderen 0-7 måneder (jmfør: «En baby kan ikke sladre»), mens 13 prosent utførte lemlestelsen når barnet er i alderen 8 måneder til 1 år. 28 prosent av jentene ble/skulle bli lemlestet i alderen seks til tretten år. Det er også verdt å merke seg at 76 av deltakerne i spørreundersøkelsen kjente til kjønnslemlestelse av andre innvandrerjenter, 29 kjente til kjønnslemlestelse utført i Europa, mens 21 kjente til kjønnslemlestelse som ble utført i Østerrike.⁵⁰

Denne siste informasjonen er også svært interessant opp mot ISFs undersøkelse blant berørte grupper i Norge, som nærmest unisont avviser at kjønnslemlestelse praktiseres på norske innvandrerjenter. Den østerrikske undersøkelsen er ikke minst også interessant i lys av ISFs påstander om at «kunnskap om generell kvinneanatomi og helse virker», «utdanning virker» og «lovverket virker».

Fremdeles er situasjonen i Norge slik: *ingen vet* hvor utbredt kjønnslemlestelse er, men det er grunn til å *frykte* at utbredelsen er langt høyere enn det inntrykket som er skapt i offentligheten.

2.2.8 Så kom den frivillige helkroppundersøkelsen

Høsten 2009 ble det innført tilbud til utvalgte risikogrupper om helkroppundersøkelser i avgrensede områder på Østlandet (fire bydeler i Oslo, samt Lier og Drammen kommune). Tilbudet gikk til nasjonale grupper der utbredelsen er 30 prosent kjønnslemlestelse eller mer i opprinnelseslandet.⁵¹ Tilbudet ble utvidet til landsbasis i 2011 til samme grupper.

Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress (NKVTS) ble i 2011 bedt av Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet (BLD) om «å gjennomgå tilbudet om frivillig samtale og underlivsundersøkelse». BLD ville ikke minst vite følgende: «I hvilken utstrekning praktiseres ordningen?»⁵²

Hovedsvaret er å lese på s.70 i rapporten:

«Av til sammen snaut 200 jenter som har fått tilbud om samtale og frivillig underlivsundersøkelse er det altså bare gjennomført 6 underlivsundersøkelser.»

⁴⁹ Da er henholdsvis Kenya med utbredelse på 38 prosent, Ghana, med utbredelse på 30 prosent, og Nigeria med utbredelse på 25 prosent, tatt ut.

⁵⁰ «Die Anwendung der FEMAL GENITAL MUTILATION (fgm) bei Migrantinnen in Österreich,» Afrikanische Frauenorganisation in Wien, oktober 2000.

⁵¹ Et slikt tilbud til noen grupper er jo interessant i et diskrimineringsperspektiv.

⁵² <http://www.nkvts.no/biblioteket/Sider/Intervensjon-mot-kjonnsllestelse-Erfaringer-fra-tilbudet.aspx>

Til dette kommenterer vi følgende: vi har altså over 6 600 jenter i Norge i den vergeløse alderen 0- 9 år fra høyrisikoland for kjønnslemlestelse, om lag 2 400 av dem bor i Oslo. Totalt seks gjennomførte underlivsundersøkelser opp mot disse tallene, taler sitt tydelige språk om et tiltak som forsiktig kan kalles et politisk mageplask – hvis tiltaket hadde som intensjon å forebygge og avdekke kjønnslemlestelse av jentebarn.

3 Mytene om helkroppsundersøkelse

For å se på mytene om «topp-til-tå-undersøkelsen» som er skapt må vi tilbake til 1993, da denne helkroppsundersøkelsen ble fjernet uten våre folkevalgtes innflytelse. Dette på bakgrunn av noen foreldres påstand om «sexkontroll» ved skolestartundersøkelsen i kjølvannet av Bjugn-tragedien. Helsedirektoratet (HD) vurderte at undersøkelsene krenket barns bluferdighet og undersøkelsen ble avvirket, med unntak av testikkelkontroll hos gutter.

3.1 Helsefaglig forsvar

Barneombudet den gang, legen Trond Viggo Torgersen, skrev protestbrev til HD og forsvarte inspeksjonen som en naturlig del av en helkroppsundersøkelse av førskolebarn.

«Barneombudet ser på dette som en betryggende måte å alminneliggjøre undersøkelse av underlivet på og som en sikkerhet for barnet. (...). Ved en slik undersøkelse vil man bl.a. kunne observere skader, hudforandringer, hymens tilstand, utflod og barnets reaksjon på undersøkelsen. Dette vil igjen gi grunnlag for videre samtale med foreldrene slik resten av den somatiske undersøkelsen gjør.»

Hvorfor gi jenter et dårligere helsetilbud enn gutter? spør barneombud Torgersen:

«Vi trenger åpenhet og tillit til helsevesenets grundighet, ikke en følelse av at noen deler av kroppen skal hoppes over av hensyn til den offentlige debatten som raser for øyeblikket.»

Daværende barneombud mente for øvrig også at HD «er på kollisjonskurs med store deler av det faglige miljøet på dette området».

Norsk barnelegeforening fulgte også opp i brevs form til HD:

«Hvis en slik undersøkelse utelates er ikke undersøkelsen komplett. (...) Det brukes ingen instrumenter, det brukes ikke benholdere, det er ikke aktuelt med digital eksplorasjon av endetarm/vagina.»

Videre sies det:

«Etter vår erfaring har ikke barna opp til 7-års alder noen problemer med å godta en slik undersøkelse, og slett ikke av bluferdighetsgrunner. Det er nok heller vi voksne (foreldre, leger og annet helsepersonell), som har problemer med denne type undersøkelse, dels fordi vi hos piker tenker i retning av ”gynekologisk undersøkelse”, og dels fordi vi selv har bluferdighet i forhold til undersøkelsen.»

Om mangelen på likestilt helsetilbud, skriver barnelegeforeningen:

«For oss er det vanskelig å forstå hvorfor gutters testikler skal undersøkes helt opp til 1.klasse (...). Når testiklene først har vært på plass er det uhyre sjelden at de senere kan befinne seg høyere opp enn i lyskekanalen. Hvorfor da fortsette å undersøke? Vi finner det beklagelig at Helsedirektoratet har gått så vidt sterkt ut i denne saken, man burde heller benyttet anledningen til å ta opp temaet til diskusjon med de fagfolk som er meningsberettiget.»

Barnelegeforeningen hevder også at undersøkelsen har fungert bra: «Erfaringene (...) er, så langt vi kjenner til, bare positive. Både barn og foreldre har akseptert dette uten noen problemer, og helsepersonell har vært tilfreds.»⁵³

Mon tro hva Norsk barnelegeforening og eks-barneombud Trond Viggo Torgersen tenkte da dette stod på lederplass i Aftenposten 15 år senere?

«En obligatorisk undersøkelse av alle jenter er et enormt omfattende og belastende tiltak, både for helsetjenesten og jentene selv.»⁵⁴

Hvorfor var det ikke «enormt omfattende og belastende tiltak, både for helsetjenesten og jentene selv» før 1993?

Hovedekspertisen, barnelegene og helsesøstrene, ble altså overkjørt den gang, og etter dette har vi derfor hatt et kjønnsdiskriminerende helsetilbud til barn, nå dertil også diskriminerende på bakgrunn av nasjonalt opphav da jenter fra land med mindre enn 30 prosent kjønnslemlestelse ikke får tilbud om helkroppundersøkelse. Merk også dette: Til tross for at vi i 1993 også hadde barn fra land der kjønnslemlestelse praktiseres, som Somalia, var ikke dette et tema i debatten den gang, antakelig fordi det ikke før i år 2000 ble avdekket kjønnslemlestelse av norskfødte jenter.⁵⁵

3.2 Én studie

I Norge er det publisert én studie som viser hvordan barn opplever underlivsundersøkelse.

Barnelegen Arne K. Myhre og helsesøsteren Kari Gulla, samt kollegaer av dem, har gjennomført den mest omfattende studien av helkroppundersøkelse av jenter i Norge. 119 jentebarn og 39 guttebarn i alderen fem og seks år ble spurt hvordan de opplevde ulike deler av en helkroppundersøkelse, nærmere bestemt av øre, munn og underliv.

«Konklusjonen var at de færreste av barna, uansett kjønn, opplevde noen del av undersøkelsen som spesielt traumatisk. Dette *på tross av* at underlivsundersøkelsen som her ble utført var betydelig mer omfattende enn det som er tenkt å være rutineinspeksjon på helsestasjonen. En senere ikke publisert studie fra USA støtter disse funnene.»

I tidsskriftet Sykepleien gikk Myhre og Gulla systematisk til verks mot myte på myte som er skapt i debatten om underlivsundersøkelser (som altså har vært svært følelsesladet, lite faktisk og som dessverre også er blitt politisert):

Myte 1. Underlivsundersøkelse av førskolejenter er det samme som gynekologisk undersøkelse av voksne kvinner.

Dette er ikke riktig. Prosedyren ved en gynekologisk undersøkelse av kvinner forutsettes kjent. (...) En undersøkelse av småjenters underliv er fundamentalt forskjellig fra denne, og derfor er den mest korrekte betegnelsen en klinisk observasjon eller inspeksjon.

⁵³ HRS besitter denne korrespondansen.

⁵⁴ Aftenposten 31.oktober 2008.

⁵⁵ Referansen til denne historikken er å finne i en artikkel skrevet av barnelegen Arne K Myhre og helsesøster Kari Gulla, publisert i tidsskriftet Sykepleien 2008 96(17):68-71, "Rutineundersøkelse av småjenters underliv". <http://www.sykepleien.no/fagutvikling/fagartikkel/117263/rutineundersokelse-av-smajenters-underliv>

Myte 2. Helsepersonell er motstandere av rutinemessig underlivsinspeksjon av jenter.

Dette er ikke riktig. Likevel hevdes det av media med jevne mellomrom. Tvert imot, de fleste faginstanser med barn som sitt fagområde (helsesøstere, barneleger, barneombud) var uenige i bestemmelsen som ble tatt i 1993. Helsemyndighetene derimot, har vært imot rutinemessig underlivsinspeksjon av jenter siden 1993.

Myte 3. Jenter og gutter får et likeverdig tilbud på helsestasjonen.

Dette er ikke riktig. Bestemmelsen om ikke å undersøke jenters underliv etter fylte ett år unntatt på spesielle indikasjoner, har resultert i at gutters underliv blir gjenstand for grundigere oppfølging gjennom førskolealderen enn det som blir jentene til del. Dette kan ha som konsekvens at sykdommer i jenters underliv blir diagnostisert feil eller på et for seint tidspunkt.

Myte 4. Rutinemessig underlivsinspeksjon av jenter er ikke medisinsk begrunnet.

Denne påstanden savner belegg, både i litteraturen og i praksis. Testisretensjon (om testiklene er kommet med i pungen, vår anm.) forekommer hos cirka 1–2 prosent av fullbårne gutter, og hos de fleste retter tilstanden seg i løpet av første leveår. En (...) studie (...) viste at vanlige ”jenteplager” (sammenvoksnings, utflod, hudlidelser og så videre), var mye vanligere enn forekomsten av testikkelretensjon.

Myte 5. Innvandrergjenter og innvandrergutter får et likeverdig tilbud på helsestasjonen.

Dette er ikke riktig. I Sosial- og helsedirektoratets gjeldende veileder for helsestasjons- og skolehelsetjenesten anbefales rutinemessig undersøkelser ”av testes på nytilflyttede gutter fra ikke-vestlige land frem til puberteten.” Tilstanden en leter etter, testisretensjon, forekommer som nevnt hos cirka 1–2 prosent av nyfødte gutter. Det står ingen tilsvarende anbefaling vedrørende jenter fra ikke-vestlige land, til tross for at en vet at i flere av disse landene, for eksempel Somalia, kjønnslemlestes trolig opp mot 90 prosent av jentene. Medisinsk begrunnet forskjellsbehandling?

Myte 6. Kjønnsllestelse er vanskelig å se.

Dette er ikke riktig. Påstanden tilbakevises også av helsepersonell som har erfaring fra denne type kartlegging. Imidlertid kan *noen* former for ”mindre alvorlig” kjønnsllestelse være vanskelig å oppdage. Men poenget er vel å identifisere flest mulig av disse overgrepene, og først og fremst de aller groveste? ⁵⁶

I en oppsummerende konklusjon skriver Myhre og Gulla:

«Kjønnsllestelse av jenter er grov kroppsødeleggelse satt i system, og må antas å oppleves meget krenkende. Underlivsinspeksjon av førskolejenter er imidlertid ikke påvist å være krenkende.»

⁵⁶ Artikkelen ”Rutineundersøkelse av småjenters underliv”, op.cit. I sitatene har vi tatt ut de fortløpende kildereferansene, men de er altså å finne i sin helhet i den gjennomdokumenterte artikkelen i Sykepleien.

3.3 Befestede feilaktige påstander

I en artikkel i Tidsskrift for Norsk legeforening har Gulla, Myhre og legen Dag Bratli, også ytterligere påvist hvordan feilaktige påstander har befestet seg både blant helsepersonell og politikere.⁵⁷ Artikkelen åpner slik:

«Diskusjonen omkring rutineundersøkelse av barns underliv er ikke av ny dato. Blant annet gikk den høyt i 1990-årene, den gang i kjølvannet av flere store overgrepssaker. Debatten har nå fått ny aktualitet – denne gang på grunn av en gryende bevissthet om at også jenter bosatt i Norge utsettes for kjønnslemlestelse. Etter vår mening er tiden nå moden for å vurdere saken i hele sin bredde, både ut fra de mange og dels nye utfordringer innen barnehelse og ikke minst i lys av ny kunnskap på området.»

Artikkelforfatterne peker så på udokumenterte påstander som ble fremmet den gang om antatt krenkelse av bluferdighet (og som fremdeles fremmes i dag):

«Fra flere hold ble dokumentasjon av den påståtte bluferdigheten etterlyst. Det ble også pekt på det paradokset at jenter og gutter skulle behandles ulikt, til tross for at det ikke forelå overbevisende medisinske grunner til at guttenes underliv skulle undersøkes hyppigere eller lenger opp i alder enn jentenes. Hvis Statens helsetilsyn satt på kunnskap som tilsa at barn følte seg krenket av en rutineinspeksjon eller at bluferdigheten var ulikt fordelt mellom kjønnene hos førskolebarn, er den så vidt oss bekjent aldri blitt lagt frem. Norsk barnelegeforening uttalte da også videre i brevet til Helsetilsynet: "Etter vår erfaring har ikke barna opp til 7-års alder noen problemer med å godta en slik undersøkelse, og slett ikke av bluferdighetsgrunner."»

Mediene engasjerte seg i debatten, den gang som nå, noe som resulterte i skarpe anklager fra redaktøren av Tidsskrift for den Norske Lægeforening om at Helsetilsynet ikke la tilstrekkelig vekt på de faglige råd, men lot seg diktere av mediene. Dette ble på sin side sterkt tilbakevist av helsedirektøren. I ettertid er det all grunn til å stille følgende spørsmål: Når man manglet dokumentasjon, hvorfor valgte man da ikke å lytte til dem man måtte anta hadde bredest kompetanse på barns reaksjoner og barnehelse, nemlig barneombud, helsesøstre og barneleger? Likeledes er det betimelig å stille spørsmålet om hvorfor ingen av de nevnte instanser ble bedt om å uttale seg da Sosial- og helsedirektoratet nylig utredet klinisk observasjon av barns kjønnsorganer ved dagens helsekontroller som et tiltak for å forebygge kjønnslemlestelse.

Diskusjonen har senere blusset opp med jevne mellomrom. Det er med noe undring man ser påstanden fra lederen av Rådet for legeetikk om at det ikke forelå anbefalinger fra noen fagmedisinske organer om rutinemessige underlivsundersøkelser, og at den reviderte veilederen bygger på tverrfaglig konsensus.»

Konsekvenser

Arne K. Myhre, Kari Gulla og Dag Bratli tar videre for seg konsekvensene av bestemmelsene fra Helsetilsynet. Ikke minst pekes det på at ved at man har unnlatt å gjøre rutineinspeksjon av førskolejenters underliv i en årrekke, har man også fratatt det norske helsevesenet viktig kunnskap. Det norske helsevesenet har «liten eller ingen kunnskap om omfanget av kjønnslemlestelse hos innvandrerbarn bosatt i Norge.» Deretter peker de på omfanget, i det man vet at bare over femårsperioden 2000-2004 ble det i Norge født nærmere 2 000 jenter

⁵⁷ Er underlivsundersøkelse av førskolejenter krenkende? <http://tidsskriftet.no/article/1587049>

med foreldre med bakgrunn fra land som praktiserer kjønnslemlestelse. Kritikken deres er betimelig:

«Man kan stille spørsmål ved om denne tradisjonen forsvinner bare ved skifte av bosted?»

For det andre peker de på at det er grunn til å tro at legers kunnskap «om de normale anatomiske forhold i anogenitalområdet er mangelfulle.» De viser til at dette er dokumentert i flere internasjonale studier og refererer fra en amerikansk studie fra år 2000. Her ble leger bedt om å identifisere genital anatomi fra et bilde: bare 72 prosent kunne korrekt identifisere urinrørsåpningen, 62 prosent jomfruhinnen og 79 prosent de store kjønnsleppene. En tilsvarende undersøkelse av barneleger i 2005 viste at situasjonen var noe bedre, med korrekt identifikasjon av overnevnte i henholdsvis 84, 71 og 89 prosent av tilfellene.

Derimot tror ikke artikkelforfatterne at situasjonen ved norske helsestasjoner og poliklinikker har bedret seg nevneverdig sett i lys av fraværet av undersøkelse av jenter. Konsekvensen kan være at sykdommer i jenters underliv blir diagnostisert feil eller på et for sent tidspunkt:

«Etter våre erfaringer er det ikke sjelden at jenter får diagnosen residiverende urinveisinfeksjon når de egentlig har såkalte labiale synekier. Denne tilstanden blir ofte henvist som "hymen imperforata" eller "vaginalatresi", noe som også illustrerer mangelfulle anatomikunnskaper. Vi har dessverre også sett flere eksempler på at barn har fått diagnostisert seksuelle overgrep på grunn av feilaktig tolking av "forandringer" i underlivet, med derpå følgende feilaktige dommer.»

For det tredje peker de på at manglende rutine med denne type undersøkelse kan føre til unødig belastning for barn der en slik undersøkelse faktisk må gjennomføres på grunn av klare medisinske indikasjoner. Videre understrekes at den nåværende praksisen blant helsepersonell bidrar til «å vedlikeholde en merkelig 'genitalfobi' – en stigmatisering av barns og spesielt jenters underliv.»

Bluferdighet

Statens helsetilsyns hovedbegrunnelse (1993) for å forby undersøkelser av jenters underliv etter ett års alder, som rutine, var følgende: «Barn utvikler gradvis en bluferdighet som ikke bør krenkes.»

Myhre, Gulla og Bratli påpeker at de isolert sett kan slutte seg til utsagnet, men stiller spørsmål ved om «førskolebarn har en så velutviklet sjenanse at denne type undersøkelse bør unngås som rutine, sett opp mot de konsekvenser dette eventuelt kan ha.»

De mener bestemmelsen fra Statens helsetilsyn ble tatt på et sviktende grunnlag:

«På det tidspunktet den ble tatt, eksisterte det ingen studier der man hadde undersøkt hvordan friske førskolebarn opplevde denne type undersøkelser. I årene etter har man i flere internasjonale studier som omfatter misbrukte barn gjennomgående konkludert med at barna *ikke* oppfatter en slik undersøkelse som traumatisk. I ettertid er det blitt gjort studier som langt på vei kan støtte oppfatningen som barnelegene forfektet allerede i 1993, nemlig at dette også synes å gjelde ikke-misbrukte førskolebarn.»

Med henvisning til den overnevnte undersøkelsen av 158 barn (herav 119 jenter) konkluderer de med at de aller fleste av barna ikke opplevde noen del av undersøkelsen som spesielt

traumatisk – og det til tross for en langt mer omfattende undersøkelse enn hva helkroppsundersøkelse er:

«Dette resultatet kom man frem til på tross av at den underlivsundersøkelsen som ble benyttet, både i tid og omfang langt overgikk det som er tenkt å være rutineinspeksjon på helsestasjonen. I en studie av så mange barn var det selvfølgelig noen som ikke likte å bli undersøkt i munn eller ører (henholdsvis 5,1 % og 3,1 %), og det var selvfølgelig også noen barn som reagerte negativt på underlivsdelen av undersøkelsen (7,7 %). Når de sistnevnte videre ble spurt om *hva* med undersøkelsen de reagerte negativt på, var det mikrobiologisk prøvetaking de fleste anførte som noe ubehagelig. For ordens skyld – sistnevnte er en prosedyre som *ikke* vil være relevant ved en rutineinspeksjon av underlivet på helsestasjonen.»

Skånsom undersøkelse og rutinert personell

Myhre, Gulla og Bratli påpeker at det sentrale, og den viktigste forutsetningen, er at undersøkelsen utføres på en skånsom måte og at underlivsinspeksjonen følger som en naturlig del av en helkroppsundersøkelse. Denne holdningen var også klar fra foreldrene som deltok i studien, og de siterer én av dem:

«Det skal være like naturlig å undersøke barnet nedentil som å kikke i ørene»

Og som de understreker: skånsom undersøkelse krever rutinert helsepersonell, der «enhver som har erfaring med barn vet at dette oppnår man kun ved jevnlig å gjenta de aktuelle prosedyrene.»

3.3.1 Må komme oss videre

Myhre, Gulla og Bratli argumenterer for å revurdere bestemmelsen fra 1993 og komme oss videre – og da minner vi om denne artikkelen er fra 2007, altså nærmere åtte år gammel. Men allerede da argumenterte de for at vi hadde fått andre utfordringer innen barnemedisinen enn for 15 år siden:

«Kjønnslemlestelse av jenter må kunne karakteriseres som ekstrem kroppsoedeleggelse – det er et av de grusomste systematiske overgrep mot barn man kjenner til.»

Samtidig argumenterer de for at *alle jentebarn* skal tilbys en slik undersøkelse og ikke begrenses til noen grupper ut fra noen kriterier:

«Vi antar imidlertid at det vil by på store utfordringer, både metodisk og etisk, dersom man skal innføre rutineundersøkelse av spesielle grupper, f.eks. innvandrerjenter. Dersom underlivet hos *alle* jenter blir omfattet av rutinemessige helsekontroller, vil dette ha den samme mulige forebyggende virkning som en undersøkelse bare rettet mot risikogrupper, men uten de negative effektene. Vi tror også at en slik undersøkelse integrert i den vanlige helsekontrollen vil føre til en ønsket avstigmatisering av denne delen av kroppen i alle lag av befolkningen.

Vårt hovedpoeng med denne kronikken er å få frem at undersøkelsen generelt ikke oppleves som traumatisk for små jenter, og at dette derfor ikke er noe holdbart argument mot en slik undersøkelse. Medisinsk sett burde underlivsundersøkelse av jenter kunne inngå som en integrert del av f.eks. en fireårskontroll, ev. ved førskolekontrollen. En generell screening vil kunne ha som hovedeffekt at vanlige helseproblemer i jenters underliv blir oppdaget tidligere, samt at legene blir mer

fortrolige med og får mer kunnskap om denne delen av kroppen. Dersom en slik undersøkelse av førskolebarn gjøres av helsestasjonsleger med kunnskap om undersøkelse av barn generelt, vil dette ikke være en traumatisk opplevelse.»

Til dags dato har vi ikke registrert noen argumenter med faglig tyngde som kan tilbakevise dokumentasjon, påstander og resonnement fremført av overnevnte ekspertise. Tvert om er de argumenter som blir ført i denne diskusjonen typisk personlige meninger, ofte i et følelsesperspektiv. Politisk brukes gjerne også argumentet at det vil bli «kostbart å undersøke alle for å treffe en liten gruppe», hvilket er et snevert argument relatert til jentebarns helse.

Vi finner det således faglig og politisk uansvarlig dersom ikke helkroppundersøkelse av også jenter frem til og med skolestartundersøkelsen gjeninnføres.

La det være klart: i perspektivet kjønnslemlestelse i denne sammenhengen, er det langt mer risikofylt for foreldre å utføre denne legemsbeskadigelsen på et barn i skolealder, for da har barnet språk.

4 Lovverket: nytt tankesett, nytt menneskesyn

Ingen kan mistenke politikerne våre for å ha vedtatt særloven om kjønnslemlestelse med annet enn de beste hensikter. Loven var dog overflødig i den forstand at vi (selvsagt) hadde lover i straffeloven som allerede dekket overgrepet, som lov om legemsbeskadigelse (nedfelt i kapittel 22 «Forbrydelser mod Liv, Legeme og Helbred», § 229). Politikerne ønsket med særloven å sende et signal til aktuelle grupper om Norges holdning til tradisjonen, et signal man med tyngde i dag kan hevde var et signal som ikke har fått rettslige konsekvenser.

HRS er prinsipielt mot særlover rettet mot etniske grupper. Dette fordi det legges et relativiserende kulturelt og/eller religiøst slør over faktisk begått overgrep. Vi mener det derfor hadde vært fortjenstfullt å fjerne særloven om kjønnslemlestelse og ta i bruk overnevnte § 229.

4.1 Ny lov: anmeldelsesplikt

Etter politiske sonderinger i senere tid er det kommet frem at politikerne ikke er klar for å fjerne særlovene, verken mot kjønnslemlestelse eller tvangsekteskap, og det til tross for at de langt på vei er enige i vurderingene. Frykten er at det kan bli brukt av politiske rivaler som et tilbakeskritt i kampen mot disse uønskede praksisene: at man tar lettere på slike overgrep.

Dette får den enkelte politiker og det enkelte parti selv vurdere. HRS har gjort rede for sitt syn. Det alle må kunne være enige i, er at dagens lovverk om kjønnslemlestelse ikke fungerer. Vi har således sparket ball med både politi, påtalemyndighet og jurister og kommet frem til følgende: som argumentert for tidligere i denne rapporten ligger det i sakens natur at foreldre vet om barnet er utsatt for rituell legemsbeskadigelse eller ei. Derfor foreslår vi følgende:

Det bør innføres en anmeldelsesplikt for foreldre ved avdekket rituell legemsbeskadigelse av eget barn, med øvre strafferamme på for eksempel seks år, og der foreldre/foresatte som bryter loven også skal kunne risikere omsorgsovertakelse av barnet.

Et moment er det strafferettslige ved selve overgrepet, et annet sentralt moment er at et barn som er rituelt legemsbeskadiget *skal ha medisinsk hjelp umiddelbart*.

I tillegg mener vi påtalemyndigheten må instrueres til å ta ut tiltale for grov omsorgssvikt, straffelovens §219, når det avdekkes rituell legemsbeskadigelse i jenters underliv og foreldrene hevder at «de ikke visste det hadde skjedd/ble gjort bak ryggen vår.»

4.1.1 Anmeldelsesplikt (2)

Ny lov om anmeldelsesplikt krever i tillegg endringer av retningslinjer/forskrifter/lovverk slik at helsepersonell og andre sentrale aktører som avdekker legemsbeskadigelse av barn pålegges *anmeldelsesplikt* til politiet.

Ved avdekket legemsbeskadigelse i en familie, bør dette også automatisk utløse undersøkelse av eventuelle søstre for samme rituelle legemsbeskadigelse/kjønnslemlestelse, og sikre beskyttende tiltak gjennom barne- og ungdomsårene for de som ikke er utsatt for overgrep.

Helsehjelp

Når helkroppundersøkelser gjeninnføres, betyr dette implisitt at alle jenter som innvandrer til Norge fra risikoområder, skal gå gjennom samme helkroppundersøkelse for å ivareta eventuelle skader som eventuell legemsbeskadigelse i underlivet har påført dem, og at det journalføres om de er lemlestet eller ei ved innvandring, slik at politiet ved avdekket lemlestelse etter bosetting i Norge vet om dette har skjedd før eller etter innvandring. Dette

fordi at når sårene etter skadene har grodd, er det særdeles vanskelig, om ikke umulig, å tidfeste når overgrepet skjedde.

Det er for oss helt uforståelig at det er et særlig fokus på «nytilflyttede» gutter, der det heter i Statens helsetilsyns veileder for helsestasjonen at «rutinemessige undersøkelser» anbefales av «nyinnflyttede innvandrer gutter frem til puberteten». Men det presiseres ikke at nyinnflyttede jenter kan være utsatt for type 3 lemlestelse og gjensydd med de store komplikasjonene det ofte har ved vannlating og senere ved menstruering. Like fullt står det i veilederen også følgende: «Tilbud om målrettet helseundersøkelse anbefales for alle nytilflyttede barn og unge fra utenomvestlige land.»⁵⁸

Her bør kjønnslemlestelse/rituell legemsbeskadigelse presiseres, og med en oversikt over hvilke landbakgrunner som er aktuelle.

Det nye fokuset på jenters helse ved gjeninnføring av helkroppsundersøkelser bør innebære at jenter før eller i grunnskolen som er gjensydd skal gis medisinsk hjelp til å åpne seg, uavhengig av hva foreldre/foresatte mener. Dette innebærer at også skoleundersøkelsen må ha kjønnslemlestelse/legemsbeskadigelse som tema, for nå har barnet språk til å formidle helsesituasjonen. Disse bør således følges opp med tett helseomsorg for å sikre at de ikke blir gjensydd igjen og av generelle helsemessige årsaker. Jenter i videregående skole som er gjensydd, bør gis *tilbud* om medisinsk hjelp til å åpne seg.

4.2 Særlig utfordring for Oslo

Som nevnt innledningsvis har vi over 11 000 jenter i Norge med opprinnelse fra høyrisikoland for kjønnslemlestelse og over 35 prosent, i overkant av 4 000, av disse er bosattregistrert i Oslo. Av disse igjen er hele 70 prosent, ca. 3 000 jenter, født i Norge.

Det gir igjen at om lag 2 400, 58 prosent, av dem er under 9 år, hvorav i overkant av 2 000, 90 prosent, er født i Norge.

Nettopp at Oslo kommune har mange av disse bosattregistrert har vært til politisk debatt. I 2010 lanserte daværende sosialbyråd Sylvi Listhaug (FrP) at hun ønsket at Oslo kommune skulle innføre frivillig underlivsundersøkelse av jenter for å avsløre kjønnslemlestelse.⁵⁹ For dem som avsto tilbudet ville Listhaug ha en varsling som bekymringsmelding til barnevernet.

Sosialbyråden ville egentlig ha innført en obligatorisk helkroppsundersøkelse, men fikk ikke gjennomslag i daværende regjering. Det var daværende helseminister Sylvi Brustad (Ap) som satte foten ned, til tross for at Listhaug fikk støtte fra SV og Senterpartiet.

«All bruk av tvang må hjemles ved lov. I dag har ikke sosialbyråden i Oslo hjemmel til å innføre en slik helsesjekk av denne gruppen,» var daværende statsråds svar.

Listhaugs idé med å koble inn barnevernet hvis noen avsto fra en slik undersøkelse av jentebarna, var også noe av ideen med de frivillige helseundersøkelsene som regjeringen innførte. Men noe gikk galt på veien, og dermed er dette prosjektet blitt fånyttet i arbeidet mot kjønnslemlestelse (merk at av de til sammen snaut 200 jentene som hadde fått tilbud om samtale og frivillige underlivsundersøkelse da NKVTS foretok sin vurdering i 2011, ble det altså bare gjennomført seks underlivsundersøkelser.)

Nettopp «tvang» er et sentralt begrep. For helseundersøkelser av barn er et *frivillig tilbud* i Norge, og det har erfaringsmessig vært svært god oppslutning om tilbudet (opp mot 100 prosent). De siste tiårene har det vært hevdet at det er en økning i frafallet i

⁵⁸ Kapittel 8 <http://www.kith.no/upload/1459/SHT-V2-98VeilederHelsestasjon.pdf>

⁵⁹ <http://www.vg.no/nyheter/innenriks/frivillig-helsesjekk-skal-avsløre-omskjaering-i-oslo/a/149221/>

helseundersøkelser. Det er HRS' oppfatning at Oslo kommune burde iverksette en gjennomgang av hvilke grupper som vanligvis er underrepresentert i helseundersøkelser i kommunen.

Hvis det er noen systematikk i grupper som uteblir fra helseundersøkelser av barn, bør det tas som en indikasjon på at disse bør følges tettere opp. Og hvis dagens regjering gjeninnfører helkroppsundersøkelse av alle barn, bør Oslo være i forkant med en kartlegging av hvem som faktisk benytter seg av dagens helsetilbud.

Tabell-liste:

Tabell 1 Antall førstegenerasjonsjenter bosattregistrert i Norge per 1.1.2013 fra aktuelle land. Fordelt på aldersgruppene 0-9 år og 10-19 år, samt forekomsten av kjønnslemlestelse i opprinnelseslandet. Prosent utbredelse fra Demographic and Health Surveys (DHS) published by Macro, or the Multiple Cluster Indicator Surveys (MICS), published by UNICEF), som WHO refererer til. Merket : i tabellen betyr mindre enn 3. Kilde: SSB/HRS 4

Tabell 2 Antall norskfødte jenter bosattregistrert i Norge per 1.1.2013 med bakgrunn fra aktuelle land. Fordelt på aldersgruppene 0-9 år og 10-19 år, samt forekomsten av kjønnslemlestelse i opprinnelseslandet. Merket : i tabellen betyr mindre enn 3, jf. også fotnote 2. Kilde SSB/HRS..... 5

Tabell 3 Antall jenter i førstegenerasjon bosattregistrert i Oslo per 1.1.2013 fra aktuelle land. Fordelt på aldersgruppene 0-9 år og 10-19 år, samt forekomsten av kjønnslemlestelse i opprinnelseslandet. Merket : i tabellen betyr mindre enn tre. Kilde: SSB/HRS 7

Tabell 4 Antall jenter i andregenerasjon bosattregistrert i Oslo per 1.1.2013 fra aktuelle land. Fordelt på aldersgruppene 0-9 år og 10-19 år, samt forekomsten av kjønnslemlestelse i opprinnelseslandet. Merket : i tabellen betyr mindre enn tre. Kilde: SSB/HRS 8