

Strategi for styrket internasjonal innsats mot kjønnslemlestelse av jenter for perioden 2014 - 2017

Hva er kjønnslemlestelse?

Kjønnslemlestelse av jenter er en praksis knyttet til kultur, tradisjon og tro. Ingen vet med sikkerhet hvordan praksisen oppsto, men det knyttes som oftest til et ønske om kyskhet, mulighet for å bli gift og kontroll over kvinners seksualitet. Kjønnslemlestelse er et brudd på barns og kvinners rettigheter og har omfattende negative helsemessige konsekvenser.

Definisjon¹. Avhengig av hvor fysisk omfattende inngrepet er, så er det vanlig å skille mellom følgende fire typer kvinnelig kjønnslemlestelse:

1. Klitoridektomi, hvor klitoris er helt eller delvis fjernet.
2. Eksisjon, hvor klitoris og indre kjønnslepper er helt eller delvis fjernet.
3. Infibulasjon, hvor man fjerner indre og ytre kjønnslepper og ofte, men ikke alltid, fjerner deler av klitoris og syr igjen.
4. Andre skadelige inngrep som prikking, risping, skraping eller brenning.

Samtidig har man den senere tiden sett at i områder hvor man tradisjonelt har utført infibulasjon, nå i flere tilfeller går over til et inngrep som kalles «sunna». Rent kirurgisk er det ment å være et lite inngrep, men grad av kutt varierer.

Begrepsbruken har vært mye omdiskutert. Mange anser det som passende å bruke begrepet «kjønnslemlestelse» som tydeliggjør standpunkt til praksisen og forskjellen til mannlig omskjæring. Andre mener at begrepet «kvinnelig omskjæring» reflekterer bedre hvordan skikken oppleves herunder meningsinnholdet for de som selv praktiserer. I Norge er begrepet «kjønnslemlestelse» oftest brukt i offentlige dokumenter, og er også valgt i denne strategien.

Norges ambisjon

Bidra til at ingen jenter utsettes for kjønnslemlestelse, og at de som allerede er omskåret skal få best mulig omsorg.

¹ Norad Rapport 13/2011 Diskusjon: Kjønnslemlesting. Hva skjer, og hva gjør Norge? Erfaringsnotat av Marit Berggrav – september 2011.

1. Det globale situasjonsbildet

WHO anslår at **mellom 125 og 130 millioner kvinner er utsatt for kjønnslemlestelse, og at tre millioner nye jenter risikerer å bli kjønnslemlestet hvert år**. En nedgang kan sees i en del land hvor minoriteter praktiserer skikken. Det sees når man sammenligner statistikk for ulike aldersgrupper. F.eks. er kvinnene i Kenya og Tanzania i aldersgruppen 45 – 49 år, i etniske grupper som praktiserer skikken, tre ganger så ofte kjønnslemlestet som jenter i aldersgruppen 15 -19 år. I Sudan og Somalia er de fleste kvinner kjønnslemlestet, og i slike land har det vært lite eller ingen nedgang å spore. Selv om vi ser en nedgang i de fleste land der praksisen er utbredt, har WHO registrert en faktisk økning i antallet jenter som utsettes for kjønnslemlestelse

pga. befolkningsvekst. Praksisen henger ofte nært sammen med barneekteskap og for tidlig graviditet fordi kjønnslemlestelse er ritualet som gir starten til seksuelle relasjoner. Skikken er mest utbredt i Afrika, i et belte tvers over kontinentet fra Etiopia i øst, til Senegal i vest. Den følger etnisk og kulturell tilhørighet, og forekommer i hovedsak både blant muslimer og kristne i alle sosiale sjikt. I blant annet Nord – Sudan og Somalia anslås det at mer enn 90 % av alle kvinnene er omskåret. I tillegg finnes det blant diasporamiljøene i flere europeiske land og i USA. Det er komplekst å overvåke endringer i praksisen.

Innsats hittil har vist at andre problemer som for eksempel mangel på vann, mat og utdanning, oppleves ofte som mer pressende enn å arbeide mot kjønnslemlestelse². Samtidig ser man at annen utviklingsinnsats kan ha positive ringvirkninger for arbeidet mot kjønnslemlestelse. Utdanning er med på å gi jenter sosial status, kunnskap og makt til å ta egne valg og kunne forsørge seg selv og etterhvert sin familie.

Flere studier peker på at skikken er i ferd med å endres ved at jenter som utsettes for kjønnslemlestelse stadig blir yngre. Paradoksalt nok kan dette være et resultat av at lovverk mot kjønnslemlestelse har kommet på plass flere steder og at det er enklere å gjøre et ulovlig inngrep på en yngre jente. I tillegg er det en økende grad av *medikalisering* av inngrepet, dvs. at det foretas av helsepersonell. Det anslås at 18 % av kjønnslemlestelse foretas av helsepersonell og at denne trenden er økende.

2. Globalt momentum for økt innsats mot kvinnelig kjønnslemlestelse

Det har de siste 10 årene skjedd et gjennombrudd i arbeidet med kjønnslemlestelse, og man opplever at det er et momentum for endring i mange av

² Norad Rapport 13/2011 Diskusjon: Kjønnslemlesting. Hva skjer, og hva gjør Norge? Erfaringsnotat av Marit Berggrav – september 2011.

de mest utsatte landene³. Etter mange års innsats har man funnet fram til metoder som virker, som igjen ventes å kunne føre til at investering i tiltak kan ha større effekt enn tidligere. Metodene tar utgangspunkt i en sosial konvensjonsteori, hvor kjønnslemlestelse sees på som en sosial norm, noe folk gjør fordi andre gjør det, samt behovet for å unngå sosial ekskludering. For å bidra til atferdsendring er det viktig å skape arenaer i lokalsamfunn som åpner opp for dialog om kjønnslemlestelse, som gir mulighet for kollektiv refleksjon rundt egen praksis samt lar folket finne egne løsninger. Det er lettere å få til slike dialoger i programmer som i tillegg har et bredere fokus på helse, likestilling, utdanning og øvrig lokalsamfunnsutvikling.

Et annet viktig gjennombrudd i dette arbeidet er resolusjon «Intensifying global efforts for the elimination of female genital mutilation» mot kjønnslemlestelse fremmet av afrikanske land vedtatt av FNs generalforsamling i 2012. Resolusjonen er et viktig globalt instrument som kan bidra til konkret politikk på landnivå i kampen mot kjønnslemlestelse.

3. Norges rolle og internasjonale innsats mot kjønnslemlestelse

I regjeringsplattformen fra Sundvollen er kampen mot kjønnslemlestelse omtalt som en prioritert oppgave for regjeringen. Norge er allerede blant de største bidragsyterne til dette feltet. I 2003 lanserte Norge en egen handlingsplan for regjeringens internasjonale arbeid mot kjønnslemlestelse av jenter (2003 – 2013), hvor brorparten av norsk støtte har vært rettet mot forebygging og sosial mobilisering. Norge har siden 2007 årlig kanalisert støtte på mellom NOK 40 til 60 millioner til FNs fellesprogram mot kjønnslemlestelse og til en rekke sivilt samfunnsorganisasjoner.

Regjeringen vil nå styrke innsatsen mot kjønnslemlestelse gjennom politisk, faglig og finansiell støtte for å avskaffe kjønnslemlestelse.

4. Hvordan vil Norge bidra til økt innsats?

a) Prioriterte kanaler

Norge vil opprettholde forholdet til flere av sine eksisterende kanaler, men ønsker samtidig å styrke støtten til sivilt samfunn inklusive diaspora organisasjoner og internasjonale organisasjoner som arbeider mot kjønnslemlestelse.

Regjeringen vil:

³ Female Genital Mutilation/Cutting: A statistical overview and exploration of the dynamics of change. UNICEF report, July 2013.

- **Doble bevilgningen til sivilt samfunn og internasjonale organisasjoner som arbeider mot kjønnslemlestelse fra NOK 25 millioner til 50 millioner fra og med 2015.**

Unicef og UNFPA har et felles program mot FGM, som er verdens største innsats mot kjønnslemlestelse. De har bidratt til å støtte myndighetenes koordinering av innsatsen mot kjønnslemlestelse på landnivå og gjør en innsats for å overvåke utviklingen. Norge er en sterk støttespiller til programmet og var pådriver for å få det etablert i 2007. Norge har inngått en ny avtale for perioden 2013-2017 for en bevilgning på NOK 20 millioner i året. Programmet, som samarbeider med en rekke sivilt samfunnsorganisasjoner, finnes i 15 afrikanske land og har bidratt til at flere tusen lokalsamfunn har erklært offentlig at de har sluttet å praktisere kjønnslemlestelse. Fellesprogrammet har også støttet utvikling av nasjonale lover og politikk som forbyr eller har som mål å avskaffe kjønnslemlestelse. Programmets rolle har i stor grad vært å bidra til koordinering, rådgivning, erfaringsutveksling og politikkutforming.

Regjeringen vil:

- **Fortsette å være en sterk støttespiller til fellesprogrammet og opprettholde støtten til programmet for perioden 2014 – 2017 med en årlig støtte på NOK 20 millioner.**

Verdens helseorganisasjon (WHO) utgjør med sitt globale mandat på helse, en relevant kanal i arbeidet med å forebygge og behandle kjønnslemlestelse. Norge mener at organisasjonen har en viktig rolle med å bidra til å øke kunnskapen om kjønnslemlestelse og utdanning av helsearbeidere. Det finnes fremdeles for lite kunnskap blant helsepersonell om forebygging og behandling av helsekomplikasjoner som følge av kjønnslemlestelse. Helsearbeidere har en viktig mulighet til å forebygge kjønnslemlestelse i møte med enkeltmennesker og i dialog med lokalsamfunn. De kan også bidra i behandlingen av kjønnslemlestelse gjennom håndtering av akutte komplikasjoner som blødninger og infeksjoner, og senvirkninger som smerter, cyster og problemer knyttet til samliv, graviditet og fødsel. Helsearbeidere har også en viktig rolle i arbeidet med følelsesmessig reaksjoner, og i å tilby behandling til kvinner som ønsker et medisinsk inngrep for å rette på skadene.

Regjeringen vil:

- **Arbeide for å styrke WHO's innsats mot kjønnslemlestelse, herunder mot medikalisering.**
- **Bidra til kompetansebygging av helsepersonell innen forebygging og behandling av kjønnslemlestelse.**

b) Relevante arenaer og synergier

Norge skal styrke bidraget til kampen mot kjønnslemlestelse av jenter gjennom mer aktiv bruk av relevante arenaer hvor Norge har en posisjon og innflytelse.

Dette betyr at kjønnslemlestelse løftes i innlegg og taler, og tas opp både på embetsnivå og politisk nivå.

Kjønnslemlestelse er ofte et uttrykk for kontroll med kvinnelig seksualitet, og arbeidet mot praksisen må sees i sammenheng med likestilling og vil inngå som en viktig del i arbeidet for å fremme seksuell og reprodutiv helse og rettigheter.

FN-systemet har en nøkkelrolle som en normsetter, faglig rådgiver og arena for internasjonalt samarbeid. Norge kan gjennom styredeltakelse og andre fora delta aktivt i flere FN organisasjoner, hvorav flere av disse organisasjonene har mandat med direkte berøringsflater mot kjønnslemlestelse.

Post 2015-agendaen

Det er viktig at kjønnslemlestelse inkluderes i post-2015 agendaen, slik at land der kjønnslemlestelse praktiseres har avskaffelse av praksisen blant sine nasjonale mål.

Regjeringen vil:

- **Bruke normative globale prosesser til å bekjempe praktisering av kjønnslemlestelse.**
- **Prioritere aktiv deltakelse, samarbeid og mobilisering for økt innsats mot kjønnslemlestelse av jenter i FNs befolkningskommisjon, FNs generalforsamling, FNs menneskerettighetsråd, FNs kvinnekommisjon og verdens helseforsamling.**
- **Samarbeide tett med Unicef, UNFPA, UNWomen og WHO mot kjønnslemlestelse, og søke samarbeid med Den afrikanske union for å mobilisere til oppfølging av FN-resolusjonen mot kjønnslemlestelse (2012) og andre relevante internasjonale instrumenter.**
- **Arbeide for at kjønnslemlestelse skal inngå som en del av arbeidet med seksuell og reprodutiv helse og rettigheter.**
- **Samarbeide med likesinnede land, først og fremst land hvor praksisen forekommer, for å bidra til økt innsats i kampen mot kjønnslemlestelse.**
- **Styrke synergien mellom kjønnslemlestelse og andre utviklingspolitiske innsatsområder. Blant annet gjennom oppfølging av Stortingsmelding om menneskerettigheter og i Stortingsmelding om utdanning.**

c) Styrke koblingen mellom innsats i Norge og internasjonalt

Deler av det norske diasporamiljøet har røtter fra noen av de mest berørte landene hva gjelder kjønnslemlestelse som f.eks. Eritrea, Etiopia og Somalia. Mange med

opprinnelse fra disse landene er sterkt engasjert i kjønnslemlestelsesproblematikken, og har både innsats i Norge rettet mot diaspora miljøer men også i opprinnelsesland. Vi mener det er klare overføringsverdier mellom de erfaringer som gjøres i Norge og de erfaringene som gjøres internasjonalt, og vi vil sammen med Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet søke å finne måter dette kan tas med i den videre innsatsen.

d) Pilotland

I tillegg til Norges multilaterale innsats ønsker man å styrke samarbeidet med enkelte land hvor det eksisterer klare koblinger med diasporamiljø i Norge og som også er prioriterte land i vår støtte til FN.

Somalia

Somalia er blant landene med høyest forekomst av kjønnslemlestelse hvor 98% av jentene blir omskåret ifølge UNICEF. Mens forekomsten av omskjæring er nærmere total i opprinnelseslandet, indikerer ny forskning⁴ at forekomsten blant det somaliske diasporamiljøet reduseres drastisk, som antas å skyldes økt kunnskap om helseimplikasjonene og om manglende forankring i islam, samt det sosiale miljøet i Norge. I Somalia støtter Norge tiltak for å bekjempe kjønnslemlestelse gjennom sivilt samfunn og internasjonale organisasjoner.

Regjeringen vil:

- **Søke økt samarbeid med somaliske myndigheter om hvordan man kan styrke forebygging av kjønnslemlestelse i landet.**
- **Vurdere mulige kanaler for spisset støtte fra og med 2015.**

Etiopia

Norge har siden midten av 90-tallet hatt et engasjement i Etiopia på arbeid mot kjønnslemlestelse. Norge gir i dag støtte som vil videreføres til to relevante programmer i landet gjennom fellesprogrammet til UNFPA og UNICEF. I tillegg gis det til et strategisk partnerskap mot kjønnslemlestelse som Redd Barna og Kirkens Nødhjelp har. Det har nylig vært henholdsvis en evaluering og midtveisgjennomgang (2013) av de to tiltakene hvor de begge fikk positiv omtale.

Regjeringen vil:

- **Videreføre vår innsats mot kjønnslemlestelse i Etiopia.**

⁴ En studie av Gele, Kumar, Harsløf Hjelde og Sundby publisert i International Journal of Womens health 2012:4