

Veileder for helsepersonell i Norge om kvinnelig omskjæring

IK-2723

Spørsmål om innholdet rettes til Helsedirektoratet.
Publikasjonen kan ha begrenset gyldighet.



Statens helsetilsyn

Calmeyers gate 1

Pb. 8128 Dep., 0032 Oslo

Tlf. sentralbord: 22 24 88 88 - Faks: 22 24 95 90

Publikasjonen kan ha begrenset gyldighet.
Spørsmål om innholdet rettes til Helsedirektoratet.

Forsidebilde: ©Sureyya Aydin

Fotografiet på side 5 "Ung jente. Lalibela. Etiopia." Fotograf: Peter Mark ©Peter Mark / 2 maj / Samfoto.

Fotografiet på side 17 er tatt av Dr. Nahid Toubia. Copyright©RAINBO.

Vi takker RAINBO Foundation, New York for tillatelse til å bruke fotografiet.

Illustrasjonene på sidene 22 og 23 er utført av Lotte Clevin. ©Lotte Clevin / BONO, 2000

Calmeyers gate 1

Pb. 8128 Dep., 0032 Oslo

Tlf. Sentralbord: 22 24 88 88

Faks: 22 24 95 90

E-postmottak@helsetilsynet.dep.telemax.no

www.helsetilsynet.no

Forord

Det er behov for mer informasjon om omskjæring av kvinner, eller kvinnelig kjønnslemlestelse, som er lovens ordlyd. Statens helsetilsyn har derfor utarbeidet denne veilederen, som er beregnet på helsepersonell som kommer i befatning med dette temaet. Veilederen baserer seg på internasjonal litteratur om dette emnet og på praktiske erfaringer i Norge. Den er utarbeidet i samarbeid med et nettverk bestående av helsepersonell og andre med norsk bakgrunn og med bakgrunn fra land der omskjæring av kvinner er vanlig. Norsk gynekologisk forening har gitt verdifull assistanse. Sosialantropolog Simon Rye var engasjert i noen uker i forbindelse med skrivingen av veilederen. Vi vil takke ham og alle de andre som har bidratt i dette arbeidet.

Omskjæring av kvinner har konsekvenser for mange sider av helsen til de kvinnene det dreier seg om. I denne veilederen fokuseres det på den fysiske helsen, mens den psykiske helsen omtales bare i liten grad. Det er ikke ut fra et ønske om å neglisjere de psykiske sidene av dette problemkomplekset. Men fordi kunnskapsgrunnlaget er sparsomt, og fordi de fleste henvendelser Statens helsetilsyn får dreier seg om de fysiske konsekvensene, ønsker vi å starte med dette i denne omgangen.

Faglige veileders rettslige status

Innholdet i Helsetilsynets faglige veiledere er i utgangspunktet ikke direkte rettslig bindende for mottakerne. Veilederne kan inneholde referanser til bestemmelser og beslutninger som er gitt med bindende virkning. Utover det er imidlertid innholdet i prinsippet å anse som anbefalinger og råd. På områder hvor Statens helsetilsyn i lov eller forskrift er gitt myndighet til å gi bindende påbud til helsetjenesten, gis disse i form av enkeltvedtak eller forskrift.

Dette betyr ikke at de anbefalinger og råd som gis i faglige veiledere er uten enhver rettslig betydning. Statens helsetilsyn beskriver i sine faglige veiledere ofte en praksis eller fremgangsmåte som må anses å gjenspeile allment aksepterte faglige normer. Helsetilsynet gir på denne måten signaler om hvor listen for forsvarlighet etter helselovgivningen ligger. Den som velger løsninger som i vesentlig grad avviker fra veilederens anbefalinger, må være forberedt på å kunne dokumentere og begrunne sine valg. Det er flere eksempler som viser at domstolene i vurderingen av aktsomheten eller forsvarligheten av en handling har lagt vesentlig vekt på de normer for forsvarlig virksomhet som har kommet til uttrykk i veiledninger fra tilsynsmyndighetene.

Formålet med veilederen

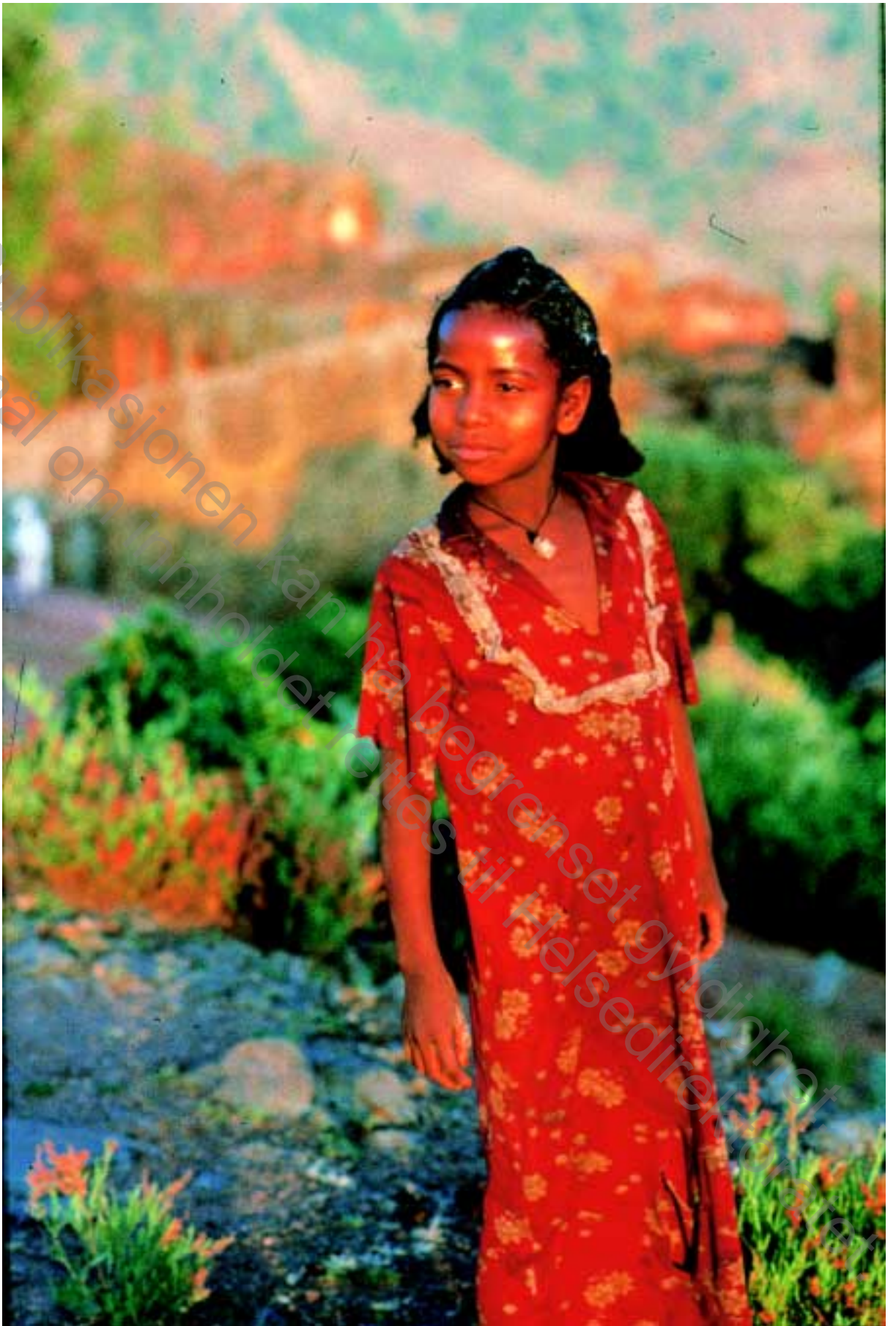
I tillegg til å være til konkret hjelp for helsepersonell, håper vi at denne veilederen vil være med på å skape større åpenhet omkring spørsmålet om omskjæring av kvinner. Det er et stort behov for dialog med og blant innvandrere som har sin opprinnelse i land hvor omskjæring av kvinner praktiseres. Vi håper at denne veilederen kan stimulere til dette. Målet er at jenter ikke skal omskjæres, og at kvinner og jenter som allerede er omskåret skal få et bedre liv.

Statens helsetilsyn har tidligere utgitt materiale om innvandrere og flyktninger. Det finnes retningslinjer for helseundersøkelse til nyankomne flyktninger og asylsøkere, og det er utgitt annet materiale om å arbeide med flyktninger og innvandrere. Denne veilederen supplerer det tidligere utgitte materialet. For ytterligere fordypningsstoff henvises det til litteraturoversikten bak i heftet. Der finnes også en liste over internasjonale organisasjoner som arbeider med kvinnelig omskjæring. Disse kan skaffe ytterligere stoff, og gi veiledning og oppdatering om tilgjengelig litteratur. Det finnes også videofilmer og lysbildeserier som kan leies eller kjøpes fra disse organisasjonene, og som kan være egnet til kursvirksomhet.

Oslo, oktober 2000

Lars E. Hanssen
kst. helsedirektør

Publikasjonen kan ha begrenset gyldighet.
Spørsmål om innholdet rettes til Helsedirektoratet.



Ung jente. Lalibela, Etiopia

Publikasjonen kan ha begrenset gyldighet.
Spørsmål om innholdet rettes til Helsedirektoratet.

Innhold

Innledning	9
Del 1: Noen fakta om kvinnelig omskjæring i en norsk kontekst	11
1.1 De ulike former for kvinnelig omskjæring, terminologi	11
1.2 For hvor mange jenter og kvinner i Norge er omskjæring aktuelt?	12
1.3 Loven mot omskjæring	13
Del 2: Undersøkelse og behandling av kvinner som er omskåret, og forebygging av omskjæring av jenter	15
2.1 Hvordan snakke med dem det angår?	15
2.1.1 Migrasjon som traume	15
2.1.2 Ordbruk	15
2.1.3 Bruk av tolk	15
2.2 Kvinner som er omskåret	16
2.2.1 Den gynekologiske undersøkelse	17
2.2.2 Hvilke symptomer og plager kan tilskrives omskjæring?	18
2.2.3 Informasjon og behandling	19
2.2.4 Prevensjon	20
2.2.5 Provosert abort	20
2.2.6 Svangerskapsomsorg og fødsel	20
2.2.7 Rehabilitering av kvinner som har blitt omskåret	24
SJEKKLISTE: Kvinner som er omskåret	27
2.3 Jenter som er i fare for å bli omskåret	29
2.3.1 Hvem dreier det seg om?	29
2.3.2 Hvem ønsker inngrepet utført?	29
2.3.3 Ved mistanke om at omskjæring planlegges	29
2.3.4 Når foreldrene er ambivalente	30
2.3.5 Dersom samtaler ikke fører fram	30
2.3.6 Hva om omskjæring nylig har funnet sted?	31
2.3.7 Taushetsplikt, opplysningsplikt og opplysningsrett: dilemmaer og avveininger	32
2.3.8 Ansvar, koordinering	34
2.3.9 Støtte til dem som velger å ikke omskjære sine døtre	34
2.4 Opplysning til skolene, og til skolebarn og ungdom	34
SJEKKLISTE: Forebygging av omskjæring av jenter	35
Del 3: Fordypningsstoff: kvinnelig omskjæring i et globalt perspektiv	37
3.1 Kvinnelig omskjæring er en gammel skikk, med usikkert opphav	37
3.2 Omfang og utbredelse av kvinnelig omskjæring i verden	38
3.3 Når og hvordan utføres kvinnelig omskjæring i dag?	39
3.4 By og land, sosial status og utdanning - er det noen forskjell?	42
3.5 Helsemessige konsekvenser av kvinnelig omskjæring	43
3.5.1 Innvirkning på seksualitet	43
3.5.2 Fysiske komplikasjoner	44
3.5.3 Psykososiale virkninger	46
3.5.4 Hvorfor neglisjeres komplikasjonene?	47

3.6	Kvinnelig omskjæring i en sosial og kulturell sammenheng	48
3.6.1	Kultur er delt - men også omstridt	48
3.6.2	Begrunnelser for skikken med omskjæring av jenter	49
3.6.3	Menns forhold til kvinnelig omskjæring	51
3.7	Oss og "de andre": noen refleksjoner om kropp og kultur i Vesten	53
3.8	Bestrebelser på å bekjempe kvinnelig omskjæring	53
3.8.1	Bekjempelse av kvinnelig omskjæring i afrikanske land	53
3.8.2	Internasjonale organisasjoners arbeid med kvinnelig omskjæring	55
3.8.3	Noen internasjonale konvensjoner, erklæringer og handlingsplaner som omfatter omskjæring av kvinner	56
3.8.4	Noen internasjonale, frivillige organisasjoner er sentrale i arbeidet mot kvinnelig omskjæring	57
3.8.5	Lovgivning om kvinnelig omskjæring i Norge og noen andre land som mottar innvandrere og flyktninger	58
Del 4:	Opplæring og samfunnsarbeid	59
4.1	Opplæring av helsepersonell	59
4.2	Samfunnsarbeid blant flyktninger	60
Del 5:	Her kan du hente mer informasjon	61
5.1	Organisasjoner som arbeider med kvinnelig omskjæring, og som formidler informasjon og materiale	61
5.2	Faglige råd og retningslinjer fra Statens helsetilsyn som er aktuelle i forbindelse med kvinnelig omskjæring	61
5.3	Litteratur om helsearbeid og sosialt arbeid med flyktninger og innvandrere	61
5.4	Generell litteratur om kvinnelig omskjæring	61
5.5	Skjønnlitteratur	63
Vedlegg 1	65
	Innstilling fra sosialkomiteen om lov om forbud mot kjønnslemlestelse (omskjæring av kvinner).	65
Vedlegg 2	71
	Helsepersonells opplysningsplikt til barnevernet.	
	Rundskriv IK-32/76	71

Innledning

Siden 1995 har vi hatt en egen norsk lov mot kvinnelig kjønnslemlestelse (se s.13). Loven har en meget klar ordlyd. Samtidig er det mange som har ubesvarte spørsmål i forhold til kvinnelig omskjæring. Vi har i dag bare fragmentarisk kunnskap om hvordan jenter og kvinner som er omskåret opplever sitt møte med helsevesenet i Norge, og hvordan helsepersonell tar hånd om familier med døtre som står i fare for å bli omskåret. Vi kjenner til at det er prøving og feiling når det skal ytes tjenester til disse gruppene, og det er ikke alltid lett å vite hvor en kan hente kunnskap. Det gjøres en god del bra arbeid, men det er store potensialer for forbedring. Hensikten med denne veilederen om omskjæring av kvinner er å formidle kunnskap, og derved søke å gi kompetanse og trygghet hos helsepersonell i konkrete møter med en praksis som krever faglig innsikt så vel som følsomhet og forståelse.

Lovens ordbruk er kjønnslemlestelse, og det viser alvoret i inngrepet. I den delen av denne veilederen som dreier seg om praktiske råd i klinisk og forebyggende arbeid, vil vi likevel bruke uttrykket omskjæring. Det er fordi ordet "kjønnslemlestelse" erfaringsmessig lett blokkerer kommunikasjonen mellom helsepersonell og personer som kvinnelig omskjæring er aktuelt for. I fordypningsdelen av heftet, del 3, vil uttrykkene brukes noe om hverandre.

Helsearbeid i forbindelse med kvinnelig omskjæring skal ha to sentrale formål. Det ene er at de kvinnene som er omskåret skal gis et fullverdig tilbud om behandling og rehabilitering, basert på respekt for deres integritet. Det andre målet er å hindre at flere jenter blir omskåret, enten det skjer i vårt eget land eller jentene tas ut av landet for å få utført inngrepet et annet sted.

Statens helsetilsyn har tidligere utarbeidet generelle retningslinjer for helsetjenestetilbud til innvandrere og asylsøkere, i rundskriv IK-9/93. Der sies det om formålet at:

"Helsetjenesten skal verne om innvanderens helse med respekt for den enkeltes egenart og kulturelle/religiøse bakgrunn".

Samtidig med at helsepersonell skal vise slik respekt, finnes det altså en lov som kategorisk forbyr en skikk som har vært praktisert i tusenvis av år, og som er dypt innvevd i det sosiale livet og i egen identitet. Det er i dette spenningsfelt at helsepersonell befinner seg, og det gir en rekke faglige og etiske utfordringer og dilemmaer.

Respekt for en annen kultur innebærer ikke akseptering av alle kulturelle normer eller skikker. Det er med andre ord en forskjell mellom å *forklare* og å *forsvare*. Respekt innebærer forståelse av og innlevelse i hva en skikk betyr praktisk, kognitivt og følelsesmessig, så langt det er mulig.

Helsepersonell møter omskjæring av kvinner i helt konkrete situasjoner, med krav om faglig vurdering og om handling. Samtidig er det få temaer som vekker så sterke reaksjoner som kvinnelig omskjæring, og det er behov for mulighet til refleksjon og bearbeiding. I del 1 i

dette heftet gir vi først noen grunnleggende fakta om kvinnelig omskjæring. I del 2 gir vi kortfattede og konkrete råd til hvordan helsepersonell bør håndtere ulike problemstillinger overfor kvinner som er omskåret, og når en står overfor tilfeller der en mener at en jente står i fare for å bli omskåret. Denne delen er organisert som en oppslagsdel med ulike temaer, og det vil være en del gjentakelser. Del 3 er en fordypningsdel. Der legger vi an et bredt perspektiv. Vi vil formidle forklaringer på hvorfor slike skikker kan oppstå og bestå, hvordan de forklares kollektivt, og hvordan de enkelte kvinnene forholder seg til det som skjer med dem; til deres mestringsstrategier. Det har vist seg at slik forståelse fremmer god kommunikasjon mellom helsepersonell og flyktninger og innvandrere. Vi vil også trekke linjer til norsk hverdag og virkelighetsoppfatning. Mange, både kvinner og menn, strever med sin kropp og seksualitet, og ønsker å forandre kroppen sin. Det er vesensforskjell mellom f.eks. fettsuging og kvinnelig omskjæring. Men vi ønsker å vise at kvinnelig omskjæring, i tillegg til å være et spesifikt problem, også bærer med seg elementer av noe allmennmenneskelig. Det dreier seg om enkeltmenneskers og samfunns måter å forholde seg til det en oppfatter som idealer, og som en er villig til å påta seg store byrder for å oppnå. Og det dreier seg om å finne eller lage logikk og sammenhenger. I del 4 gis en del råd om opplæring og samfunnsarbeid, og del 5 gir oversikt over kilder for videre lesing og læring.

Innvandrere som kommer til Norge, og som omskjæring av kvinner er aktuelt for, kan oppleve det svært støtende at bare ett trekk ved deres kultur blir gjenstand for stor oppmerksomhet, mens det er liten eller ingen interesse for, eller kunnskap om, andre viktige kulturtrekk. Mange av de som kommer hit har en livssituasjon som er uoversiktlig og vanskelig, med mange påtrengende og viktige problemer. Ensidig interesse fra norsk side for et område som også for dem kan være pinefullt, og neglisjering av deres andre viktige problemer, kan gjøre stor skade. Vi vil derfor anbefale at helsepersonell som kommer i befatning med kvinnelig omskjæring også setter seg inn i generelle forhold som er relevante for dem som kommer hit, og i kulturbakgrunn og livssituasjon til dem de møter.

I alle kulturer finnes det tabuer omkring seksualitet, og uskrevede regler for hvordan det snakkes om seksualitet: med hvem, når og hvordan. Det er lett å se at andre har regler, men vanskeligere å få øye på egne tabuer. I vårt land har vi fått en stadig større åpenhet omkring seksuelle spørsmål, og vi lærer stadig mer om sammenhenger mellom seksualitet og helse. Men det gjenstår mange utfordringer før helsearbeidere kan snakke åpent og fordomsfritt med sine pasienter om seksuelle spørsmål.

Kvinnelig omskjæring er nå blitt kontroversielt i afrikanske land der skikken er utbredt, og i mange land er det forbudt. De som kommer til Norge fra disse landene vil ofte vite at det også er forbudt her. Skikken oppfattes i mange i afrikanske miljøer som utelukkende et kvinneanliggende, til tross for at skikken kan anses som patriarkalsk. Menn kan rett og slett mangle vokabular for å snakke om det, i tillegg til at det kan oppleves pinlig å berøre temaet. Til tross for disse hindringene er det fullt mulig for helsepersonell å ta opp temaet - og de som er berørt av det forventer faktisk ofte at det gjøres. Det kan se ut til at det er et større tabu hos norsk helsepersonell enn hos deres pasienter.

Del 1: Noen fakta om kvinnelig omskjæring i en norsk kontekst

1.1 De ulike former for kvinnelig omskjæring, terminologi

Det finnes mange ulike former for omskjæring. Fordi vi her henvender oss til helsepersonell som vesentlig vil møte kvinner som er blitt omskåret flere år tidligere, vil vi legge vekt på hvordan de ytre genitalia ser ut i ettertid.

Det er mange betegnelser på de ulike formene for omskjæring. Verdens helseorganisasjon (WHO) har foreslått å gruppere dem i fire typer:

Type I: Fjerning av forhuden på klitoris, med eller uten delvis eller fullstendig fjerning av klitoris.

Type II: Fjerning av forhuden og klitoris, pluss delvis eller fullstendig fjerning av labia minora (de små kjønnsleppene).

Type III: Delvis eller fullstendig fjerning av ytre genitalia, og gjensying slik at vaginalåpningen forsnevres.

Type IV: Alle andre former, inklusive prikking og stikking i klitoris, strekking av klitoris og/eller labiae, kauterisering ved brenning av klitoris og omgivende vev, innføring av etsende stoffer i vagina for å minske lumen samt en del andre inngrep og skader.

Se foto s. 17.

Bakgrunnen for denne nye inndelingen var et forsøk på å rydde opp i et virvar av uttrykk, og å ta hensyn til hvordan omskjæringen vanligvis foretas i dag. Samtidig er mange andre uttrykk fremdeles i bruk. Vi skal nevne noen av dem:

Den «*egentlige omskjæringen*», hvor forhuden på klitoris fjernes. Inngrepet er en direkte parallell til omskjæring hos menn, der forhuden på penis fjernes. Denne typen omskjæring av kvinner er imidlertid svært sjelden. Hos kvinner er det svært vanskelig å fjerne forhuden på klitoris uten at selve klitoris skades eller fjernes.

Klitoridektomi, som er et inngrep der klitoris fjernes.

Eksisjon er et uttrykk som brukes om amputasjon av klitoris og de små kjønnsleppene. Det vil i praksis tilsvare type II.

Sunnaomskjæring er en flertydig betegnelse, som brukes om inngrep som faller inn under type I eller type II. Sunna betyr «muslimsk tradisjon». Uttrykket kan gi det feilaktige inntrykket at kvinnelig omskjæring er påbudt i Islam. Vi skal komme tilbake til sammenhengen mellom Islam og kvinnelig omskjæring.

Infibuleringer er en form for type III-omskjæring. De små og store kjønnsleppene er fjernet, og sårflatene er sydd slik at det er en liten, felles åpning for urinrør og skjede. En har tidligere antatt at klitoris også alltid er fjernet, noe som slett ikke trenger å være tilfellet.

Faraonisk omskjæring er en betegnelse som iblant brukes om type III-omskjæring. Det henspeiler på at det i graver fra faraoenes tid er funnet mumier av kvinner man mener var infibulert. Betegnelsen brukes også i Somalia (*frewoni*) om infibulasjon. I Egypt brukes imidlertid uttrykket *sudanesisk omskjæring* om det tilsvarende.

I Somalia praktiseres iblant at kjønnsleppene ikke skjæres bort, men at de skrapes på innsiden av de store kjønnsleppene slik at det dannes sårflater. Disse sys sammen eller holdes sammen på annet vis, slik at de vokser sammen. Dette ses gjerne først når en prøver å føre kjønnsleppene fra hverandre. Ifølge WHO's inndeling er dette type III, fordi vaginalåpningen forsnevres.

Iblant oppstår det komplikasjoner etter at type I eller type II-omskjæring er utført som fører til at skjedeåpningen blokkeres. Det kan skje der det kommer særlig kraftig arrdannelse, og etterkomplikasjoner som blødning, infeksjon eller cystedannelse. Fordi det viktigste skillet mellom type II og type III er om skjedeåpningen er intakt, kan slike komplikasjoner føre til at et inngrep som i utgangspunktet er av type II fører til en tilstand som tilsvarende type III.

I dagligtale brukes gjerne uttrykket "lukket" eller "gjensydd" om infibulasjon og andre former for type III-omskjæring. Tilsvarende brukes gjerne uttrykket "åpne" for kvinner som ikke er infibulert, eller som har fått utført det inngrepet som medisinsk kalles *deinfibulasjon*. Det er et lite plastisk inngrep for å øke skjedens åpning, og hvor en etterstreber å gjenopprette tilnærmet naturlig anatomi.

1.2 For hvor mange jenter og kvinner i Norge er omskjæring aktuelt?

Det finnes ingen eksakte tall for hvor mange kvinner og jenter bosatt i Norge som har vært utsatt for omskjæring, eller for hvor mange jenter som står i fare for å bli omskåret. En måte å få et anslag på er å se på det totale antallet av kvinner og jenter fra de landene hvor omskjæring er aktuelt, samt i hvilken alder dette vanligvis foregår. Vi må da basere oss på temmelig usikre anslag fra de land hvor skikken er aktuell, idet det bare er Sudan som foreløpig har relativt sikre prosentangivelser.

Når denne veilederen utgis, er de siste tilgjengelige tallene fra Statistisk sentralbyrå for innvandrerbefolkningen, brutt ned på kjønn, fra 1. januar 1999. Disse er angitt i tabellen. Etter 1. januar 1999 har det ifølge statistikk fra Utlendingsdirektoratet kommet noe over 2000 asylsøkere fra land der omskjæring av kvinner er vanlig. Dette tallet omfatter begge kjønn og alle aldre. I løpet av 1999 kom totalt 1340 fra Somalia, 126 fra Etiopia og 61 fra Eritrea. I 2000 var det inntil august kommet 693 asylsøkere fra Somalia, 70 fra Etiopia, 31 fra Eritrea og 30 fra Sierra Leone.

Tabell: Antall kvinner med afrikansk bakgrunn bosatt i Norge, og omskjæringspraksis i opprinnelseslandet, pr. 1. januar 1999

	Alle aldre	0-19 år	20-39 år	40-59 år	Prevalens av kvinnelig omskjæring i opprinnelseslandet, typer etter WHO's klassifikasjon
Afrika i alt	9 941	4 120	4 447	1 092	
Algerie	262	104	108	39	Ikke aktuelt
Etiopia	935	341	490	96	85%. Type I, II og III
Gambia	333	130	167	36	80%. Mest type II
Ghana	586	254	291	40	30%. Type ikke angitt
Marokko	2 080	929	835	264	Ikke aktuelt
Somalia	3 128	1 613	1 300	174	98 %. Fire av fem tilfeller er type III
Afrika ellers	2 617	749	1 256	443	

Kilder: Statistisk sentralbyrå: Aktuell befolkningsstatistikk nr. 2/2000, og WHO: Female Genital Mutilation: Information Kit. Geneva, 1996.

1.3 Loven mot omskjæring

Lov om forbud mot kvinnelig kjønnslemlestelse av 15. desember 1995:

Den som forsettelig utfører et inngrep i en kvinnes kjønnsorganer som skader kjønnsorganet eller påfører det varige forandringer, straffes for kjønnslemlestelse. Straffen er fengsel inntil 3 år, men inntil 6 år dersom inngrepet har som følge sykdom eller arbeidsudyktighet som varer over 2 uker, eller en uheldelig lyte, feil eller skade er voldt, og inntil 8 år dersom inngrepet har som følge død eller betydelig skade på legeme og helbred.

Medvirkning straffes på samme måte. Rekonstruksjon av kjønnslemlestelse straffes som nevnt i første ledd.

Samtykke fritar ikke for straff.

"Kvinnelig kjønnslemlestelse" slik det er forstått i loven, omfatter ikke alle de formene som Verdens helseorganisasjon inkluderer i type IV. Det er bare de inngrepene som fører til varige endringer som er forbudt i Norge. En del av formene for stikking og prikking vil ikke rammes av denne loven. Verdens helseorganisasjon går imidlertid inn for at en ikke støtter anbefaling av slike inngrep, f.eks. for å unngå de mer omfattende formene for omskjæring, fordi det erfaringsmessig er med på å vedlikeholde skikken. (Se s. 55-56)

I tillegg til forbudet mot selve omskjæringen, er det to aspekter ved loven som er viktig for helsepersonells arbeid. Det ene er forbudet mot rekonstruksjon av kjønnslemlestelse, som er særlig relevant i forbindelse med fødsler, da kvinnen må åpnes. Det er da forbudt å sy dette igjen etter forløsningen. Dette drøfter vi nærmere på s. 21 og s. 23.

Det andre er at foreldre eller andre kan straffes i Norge dersom de tar en jente ut av landet og får utført inngrepet der. Det har implikasjoner for forebyggende arbeid, og vil bli drøftet nærmere på s. 29-31.

I forbindelse med forebygging av nye tilfeller av omskjæring er også straffeloven av 2. mai 1902, legeloven av 13. juni 1980 og den øvrige helseprofesjoneringslovgivningen¹ samt barnevernloven av 17. juli 1992 relevante. Dette vil drøftes videre på s. 32-33.

Ingen har til nå blitt tiltalt etter den norske loven om forbud mot kjønnslemlestelse. Vi har ingen systematisk kjennskap til hvordan loven virker i praksis. Helsepersonell forteller at loven kan virke som en god ramme. Det er fremdeles mange åpne spørsmål, men en del tar loven seg av. Det er f.eks. klart at det ikke kan foretas et inngrep som omfatter skjæring, som erstatning for full infibulering.

Vi har heller ikke kjennskap til hvor godt loven er kjent blant de afrikanere den er aktuell for. Men det fortelles om tilfeller der migranter har blitt lettet over at det finnes en klar lov. Det kan dessuten virke klargjørende at det dreier seg om en spesifikk lov, og at en ikke bruker generell lovgivning som barnevernlov eller lov mot legemsbeskadigelse for å forhindre omskjæring. Det at det finnes en spesifikk lov forteller at det er gjort en avveining, der det er bestemt at forebygging av den skaden som påføres en jente ved omskjæring skal veie tyngre enn retten til å videreføre en tradisjon. Dette kan virke mindre provoserende enn at en medbrakt skikk uten videre vurderes som skadelig og dermed forbys.

¹ Ny lov om helsepersonell av 2. juli 1999 trer i kraft i januar 2001. Den vil gjelde for alt helsepersonell, og erstatter legelovens og den øvrige profesjonslovgivningens bestemmelser.

Del 2: Undersøkelse og behandling av kvinner som er omskåret, og forebygging av omskjæring av jenter

2.1 Hvordan snakke med dem det angår?

Det er etter hvert samlet en del erfaring om metoder i arbeid med innvandrere og flyktninger. Det er helt grunnleggende for en åpen dialog med en åpen, spørrende, lyttende og ikke forutinntatt innstilling hos helsepersonell. God bruk av tolk er nødvendig for å overkomme språkforskjeller, og språkproblemer finnes oftere enn man i første omgang skulle tro. Videre er det sentralt å ha kjennskap til kulturelle forskjeller, og kunnskap om hva migrasjon kan medføre. Det er også viktig å være klar over at maktforholdene er ulike, og at strukturell rasisme kan føre til diskvalifisering av migranten. Det henvises til generell litteratur om innvandrere og helsespørsmål (se litteraturlisten bakerst).

2.1.1 Migrasjon som traume

Migrasjon kan være en traumatisk krise, dvs. en krise som overstiger den enkeltes bearbeidingsmuligheter. En slik krise kan utsette en for helse- og livsrisiko, men også spore til menneskelig vekst. Tapet av alt som er kjent og kjært er sentralt i dette traumet. Mens det er viktig å gjøre det klart hva norsk lov sier, er *måten* dette gjøres på svært viktig. Å fastslå at "nå er vi i Norge og da er det norske regler som gjelder" åpner erfaringsmessig ikke for den gode samtalen. Flyktninger og innvandrere er smertelig klar over at de ikke er i sitt hjemland, og mange av dem må leve med at de ikke kan vende tilbake. Det er viktig å være klar over at mange migranternes livssituasjon preges av utrygghet og isolasjon, og at omskjæring ikke nødvendigvis er det de er mest opptatt av i møtet med helsepersonell. Samtidig er det helsearbeideres oppgave å gjøre lovens betydning og hensikt klar for dem. Egne skikker kan få en særlig betydning når en er langt hjemmefra, også de skikkene en godt kunne tatt avstand fra om en hadde vært i hjemlandet. Identiteten kan også være truet når en er migrant, og særlig hvis omgivelsene ikke oppleves som støttende. Identiteten er nært knyttet til egen kropp. Mange migranter, og særlig asylsøkere og flyktninger, planlegger ofte livet sitt ut fra at de skal vende tilbake til sitt hjemland. Erfaringen viser at langt færre vender hjem enn de som planlegger det. Men fordi målet ofte er å vende hjem, vil behovet for å være "slik som de der hjemme" oppleves sterkt.

2.1.2 Ordbruk

Det er viktig å bruke uttrykk som gir en felles forståelsesramme. Uttrykket "omskjæring" blir som regel forstått, men "kjønnslemlestelse" eller "mutilering" er nesten umulig å oversette, og kan virke støtende. For personer fra Afrikas horn er type III-omskjæring (infibulering eller faraonisk) mest aktuelt. Da vil uttrykk som "lukket" eller "gjensydd" ofte være de som gir best mening.

2.1.3 Bruk av tolk

Nyanser i språket vil være ekstra viktig fordi det er et sensitivt tema. Slike nyanser får en vanskelig fram på et fremmed språk. Det vil derfor være behov for tolk i svært mange situasjoner, også for personer som har bodd i landet i lang tid.

Vi vet at barn iblant er brukt som tolk. Det er en svært uheldig praksis som absolutt frarådes, og særlig når det gjelder et tema som omskjæring.

Det er også vanligvis svært uheldig om ektemannen eller partneren oversetter for en kvinne. Det kan innebære en forskyvning av partenes roller, som kan resultere i mindre frihet og selvstendighet for kvinnen. Hvis det er en profesjonell tolk som er ukjent, kan kvinnen trenge litt tid før hun kan føle seg trygg på denne. For en omskåret kvinne med behov for hjelp fra helsepersonell kan det oppleves umulig å fortelle åpent om sin problematikk til legen via en tredje person hun ikke kjenner holdningene og synspunktene til.

Noen steder er det liten tilgang på kvinnelige tolker. Men dersom det er mulig å skaffe en kvinnelig tolk, er det stort sett alltid å foretrekke.

Noen tommelfingerregler om bruk av tolk

- bestill tolken i god tid, og pass på å undersøke hvilket språk pasienten snakker!
- orienter tolken om hva samtalen skal gå ut på
- vær klar over at det tar 2-3 ganger så lang tid å snakke via tolk som ved bruk av felles språk, vær derfor fokusert
- la tolk og pasient hilse og si adjø til hverandre
- klargjør tolkens rolle som nøytral oversetter, og ta selv ansvaret for styring av samtalen
- sitt slik at du kan se den du snakker med i øynene, også når tolken snakker
- henvend deg til pasienten, ikke til tolken, og snakk i annen person
- bruk entydige uttrykk, og gi tolken anledning til å oversette korte sekvenser om gangen
- hvis du ikke er sikker på om du har forstått pasienten riktig, så gjenta det hun sier med dine egne ord, og spør om det er riktig forstått
- ikke før egen samtale med tolken mens pasienten er til stede; pasienten skal hele tiden være i sentrum
- respekter den avtalte tid, både for pasientens og tolkens skyld
- telefontolking er en nødløsning, som stort sett bare bør brukes for å gjøre nærmere avtale eller til korte, konkrete beskjeder.

2.2 Kvinner som er omskåret

Med den innvandring vi har til Norge, vil undersøkelse av kvinner som er omskåret vesentlig dreie seg om type III-omskjæring, med innsnevring av vaginalåpningen. Det er derfor slike tilfeller det skal dreie seg om her.

I hele kontakten med kvinnen er det viktig å etterstrebe den gode, åpne samtalen. Særlig for de som ikke er vant til å være i en konsultasjon og til undersøkelse, er det viktig å orientere om hva en skal gjøre og hva en gjør, for å gi trygghet hos kvinnen. Hun har rett til å ha med seg en ledsager, og bør gjøres oppmerksom på det.

2.2.1 Den gynekologiske undersøkelse

2.2.1.1 Anamnesen

Anamnesen vil avhenge av hvilke plager kvinnen eventuelt kommer for. Hvis hun kommer fra et land der type III-omskjæring (infibulering) er vanlig, bør hun spørres om hun er blitt "lukket" eller "gjensydd", og om hun ev. har vært "åpnet" i forbindelse med ekteskapsinngåelse, fødsel eller ellers. De fleste har lite kunnskap om detaljene i inngrepet, men såpass vil de vite. Viktige spørsmål er om hun har smerter (i form av menstruasjonsplager eller ellers), blødningsforstyrrelser (som når menstruasjonsvæsken holdes tilbake), langsom vannlatning eller seksuelle problemer. Spørsmål om hun har vurdert et åpnende inngrep ("deinfibulering") bør også tas opp dersom det ikke er utført, og eventuelt om og når hun ønsker et slikt inngrep.

2.2.1.2 Den kliniske undersøkelsen

Forklar hvordan undersøkelsen skal foregå, og begrunn det du skal gjøre og hva du vil se etter før du starter.

Begynn med inspeksjon av ytre genitalia, uten berøring: Den naturlige vulva-anatomi hos kvinner viser stor variasjon. Når kjønnsorganene i tillegg er endret ved inngrep som ligger mange år tilbake, er det ikke alltid lett å vurdere situasjonen. Selv om det finnes mange komplikasjoner etter omskjæring (se s. 18-19 og s. 44-46), og noen former for omskjæring i seg selv kan gi store anatomiske forandringer, har de aller fleste kvinner som er omskåret en helt glatt vulva.

Foto av underlivet til en syv år gammel sudanesisk jente som er infibulert.



Dersom kvinnen plages av smerter eller ubehag, be henne peke på der hun har sine plager.

Vær ekstra skånsom ved berøring, og spør om det gjør vondt. Underlivet hos kvinner som er omskåret kan være svært ømfintlig. Det er antagelig både fysiske og psykiske grunner til det. Huden kan være svært tynn, og iblant preget av arrdannelse. Det kan også være at kvinnen er særlig anspent og engstelig pga. tidligere traumatisering i forbindelse med omskjæringsinngrepet.

Legg merke til følgende:

- er vaginalåpningen forsnevret? Hvis de store kjønnsleppene er til stede, prøv forsiktig å føre disse fra hverandre for å se om de er vokst sammen. Ser det ut til å være fri passasje av urin og menstruasjonsvæske?
- er klitoris til stede/synlig? (Klitoris kan være gjemt under en fold.)
- er det arrdannelse, cyster og keloid?

Vaginalundersøkelse: For vanlige plager, som menstruasjonssmerter, vil ofte inspeksjon av ytre genitalia, sammenholdt med anamnesen, være tilstrekkelig for å stille en diagnose og starte behandling. Vaginalundersøkelse skal bare foretas når det er helt nødvendig. Dersom forholdene ligger til rette for det, kan det forsøkes brukt et virgo/barnespekel. Når vaginalåpningen er svært trang, skal det ikke gjøres forsøk på å bruke spekulum. Det vil som regel være mulig å føre en bomullspinne inn i vagina til bakteriologisk undersøkelse, hvis det er behov for det. Cytologisk prøve er ikke indisert før seksuell debut, og bør deretter tas etter generelle retningslinjer for cytologisk prøvetaking.

Palpasjon av uterus og adnexa skal også bare foretas om det er grunn til det. Det foretas rektalt i de tilfellene der det ikke er mulig eller ønskelig å føre inn en finger i vagina.

Hos piker som ikke har debutert seksuelt, vil det sjelden være grunn til noen vidtgående undersøkelse. Inspeksjon og ev. rektal eksplorasjon vil oftest være tilstrekkelig. Men også dette kan oppleves som svært skremmende. En skal gå ut fra at deres jomfrudom er svært viktig for disse pikene. Mange oppfatter det å ha infibuleringen intakt som synonymt med jomfrudom. Det er helt sentralt at de får vite hva som skal skje, og hva som har skjedd.

Dersom det er indikasjon for en større utredning, bør pasienten henvises til spesialist i gynekologi, for eventuell ultralyd eller andre former for ikke-invasiv billeddiagnostikk, undersøkelse i narkose, eller liknende.

Når det iblant kan være vanskelig å stille eksakt diagnose, kan dette vel så mye skyldes kommunikasjonsvansker som begrensningene i muligheten til å utføre en fullverdig vaginalundersøkelse.

2.2.2 Hvilke symptomer og plager kan tilskrives omskjæring?

Kunnskapen om virkningen av kvinnelig omskjæring er sparsom. Det er også utført lite systematisk forskning på hvilke behandlingsmåter som fungerer best. I det følgende skal det gis noen generelle regler, særlig for primærleger og for helsestasjonspersonell. Gynekologer, kirurger og jordmødre vil ha behov for mer detaljert informasjon, og det henvises til del 3 samt spesiallitteratur (se litteraturlisten). Det er viktig med et nært samarbeid mellom primærhelsetjenesten og andrelinjetjenesten, både for å utnytte eksisterende kunnskap best mulig, og for å samle viten.

På s. 43-48 omtales nærmere hvilke symptomer og sykdommer som omskjæring kan føre til. Her skal det kort nevnes noen symptomer der en bør tenke på om omskjæring kan være årsaken. I det enkelte tilfellet er det naturligvis vanskelig å fastslå en årsak-virkningssammenheng.

For jenter i skolealder kan det være praktisk viktig å vite at de kan ha vansker med å bevege seg fritt, noe som særlig får betydning i gymnastikktimen. De kan bruke svært lang tid på å late vannet (15-20 minutter), noe som kan gi problemer i forhold til frikvarter og ved prøver og eksamener. Smerter er også vanlig, se under.

Av andre spesifikke plager er:

- *Urinveisinfeksjoner*, som kan ha sammenheng med spesielt type III-omskjæring. Denne diagnosen stilles vanligvis uten inspeksjon av ytre kjønnsorganer, og det er derfor viktig å tenke på omskjæring som mulig bakenforliggende årsak.
- *Dysmenorrhoe* kan oppstå på et rent mekanisk grunnlag der vaginalåpningen er så liten at menstruasjonsblodets passasje hindres eller stoppes. I ekstreme tilfeller der skjedeåpningen er helt lukket, kommer det ikke blod i det hele tatt til tross for at kvinnen menstruerer.
- *Infertilitet*. Et av paradoksene ved kvinnelig omskjæring er at mens inngrepet ofte oppfattes å fremme fruktbarheten, er det noen holdepunkter for at det kan føre til ufrivillig barnløshet. Særlig ved type III-omskjæring kan det være umulig å gjennomføre et samleie på en måte som er optimal for befruktning. En skal imidlertid huske på at også kvinner med svært liten skjedeåpning kan bli gravide. Det antas at infibulasjon kan disponere for oppadstigende infeksjoner med tette eggledere til følge.
- *Psykiske symptomer*. Seksuelle følelser og forholdet til kropp og identitet er tett sammenvevd med og griper inn i eksistensielle forhold. Derfor vil også psykiske symptomer som følge av omskjæringen spenne over et bredt spekter. Depresjoner synes å være vanligst.
- *Seksuelle problemer*. Problemer med å gjennomføre samleie, dyspareuni og vaginisme ses. Analt samleie brukes iblant, og kan gi problemer for kvinner både fordi det kan være smertefullt og fordi det kan oppleves som nedverdiggende. Seksualfiksering og seksualangst ses også.
- *Smerter i perineum* kan skyldes at det er mye arrvev, være en følge av nerveskade, eller ha psykiske årsaker.
- *Cyster*. Disse oppstår fordi glandulært vev har mistet sine utførselsganger, og kan bli smertefulle.
- *Keloid* oppstår generelt oftere hos svarte enn hos hvite, og kan bli plagsomme.

Selv om det antas at selve omskjæringen kan medføre spesielle komplikasjoner, er det viktig å huske på at problemene som presenteres kan dreie seg om vanlige, kjente tilstander. Menstruasjonsmerter kan f.eks. være ekstra plagsomme, men er ikke i seg selv annerledes for dem som er omskåret dersom ikke flyten av menstruasjonsvæske er alvorlig hindret. Urinveisinfeksjoner er vanlig hos kvinner generelt. Ufruktbarhet kan skyldes omskjæringen, men kan også ha andre årsaker. I det hele tatt skal en også vurdere vanlige tilstander og årsaker i tillegg til dem som er relatert til omskjæringen.

Er det mistanke om alvorlig patologi, eller særlige komplikasjoner av omskjæringen, bør pasienten henvises til gynekolog for videre utredning og behandling, og ev. til en som har særlig erfaring med kvinner som er omskåret.

2.2.3 Informasjon og behandling

Jenter og kvinner som er omskåret kan ha et stort, udekket behov for å få vite hva som har skjedd med dem i forbindelse med omskjæringen. De kan ønske å få vite hvordan den naturlige vulva-anatomi er, og mer om hvordan de selv ser ut. Slik informasjon kan være en viktig del av behandlingen. Tegninger, figurer i lærebøker og modeller kan være gode

hjelpemidler, likeledes bruk av speil slik at kvinnen selv kan se sitt eget underliv. Erfaringen tilsier at en bør være forsiktig med bruk av fotografier.

Særlig ved infibulasjon vil det ofte være seksuelle problemer, og gjennomføring av samleie kan være smertefullt eller umulig. Særlig de som ikke har andre å rådføre seg med kan ha behov for råd og veiledning. Tøying av skjedeveggen og bruk av glidemidler blant de rådene som kan gis.

Enhver kvinne som har gjennomgått type III-omskjæring bør tilbys deinfibulering. Dette skal være en selvsagt del av behandlingstilbudet til kvinner som har symptomer og sykdommer som er direkte forbundet med omskjæringen. Men det er svært viktig at den enkelte kvinne selv får bestemme når det skal skje. Spesielt for unge og ugifte kan dette være en svært drastisk avgjørelse. Det kan være vanskelig å undersøke eller gi behandling til en kvinne som er omskåret, men dette er i seg selv ingen grunn til deinfibulasjon.

Iblant oppstår det problemer som ikke er relatert til gynekologi, men som skyldes at rutinemessig undersøkelse eller behandling ikke kan benyttes, som f.eks. kateterisering. Det kan ikke gis generelle råd, fordi situasjonene vil være veldig ulike. Utgangspunktet må være at alle prosedyrer og all behandling må være velbegrunnet, og at pasienten ikke opplever seg overkjørt eller krenket. Alt skal være et tilbud, og det er kvinnen selv som må gis mulighet til å sette grensene. Det er viktig at all undersøkelse og behandling har en klar indikasjon, og en bør tenke igjennom om den prosedyren som er gjengs egentlig er nødvendig. Finnes det alternativer? Den som er uerfaren kan konsultere en mer erfaren, eller henvise pasienten.

2.2.4 Prevensjon

Kvinner kan bli gravide til tross for en svært liten vaginalåpning, så prevensjon kan være et aktuelt behov også hos kvinner med type III-omskjæring. Dersom hun ikke ønsker deinfibulasjon, kan spiral være en umulighet, men P-piller eller P-sprøyter kan være et godt alternativ. Kondom kan naturligvis også benyttes.

2.2.5 Provosert abort

Uønsket graviditet kan opptre også der vulva fortsatt er lukket etter infibulasjon. Ved et eventuelt abortinngrep må det gjøres en åpning som er stor nok til å gjennomføre inngrepet. En bør spørre kvinnen hvor stor åpning hun ønsker. Det er etter loven ikke anledning til å rekonstruere infibulasjonen etterpå. Som hos andre som gjennomgår deinfibulering, bør hun tilbys attest på at det er gjort, dersom hun ønsker det. Medikamentelt indusert abort kan være et alternativ til kirurgisk abort i tidlig graviditet.

2.2.6 Svangerskapsomsorg og fødsel

Det er særlig type III-omskjæring som på grunn av forsnevringen av vaginalåpningen kan skape problemer i forbindelse med svangerskap. En skal også være oppmerksom på mulige komplikasjoner etter type I og II, som kan gi sterke smerter i vulva selv ved lett berøring.

2.2.6.1 Svangerskapskontroll

Mange kvinner vil engste seg for svangerskap og fødsler. Dette er fremdeles svært risikofylte hendelser i mange fattige land. I Somalia har kvinner verdens høyeste livsløpsrisiko for å dø i

forbindelse med graviditet, hele en av syv somaliske kvinner dør av graviditetsrelaterte årsaker. Det skyldes både at hvert enkelt svangerskap er forbundet med en betydelig risiko fordi helsetjenesten ikke kan gi adekvate tilbud, og at fruktbarheten er høy. I praksis vil derfor alle somaliere ha kjent kvinner som har dødd i forbindelse med en fødsel. Keisersnitt er noe en gjør der det er problemer, og kan oppleves som svært skremmende. Det kan derfor være nødvendig med mye informasjon og støtte for å dempe angsten for fødsel generelt og for keisersnitt spesielt. Det vil også være viktig å diskutere smertelindring, både for selve fødselen og for deinfibuleringen. Det er en sentral målsetting å bygge opp et tillitsforhold mellom kvinnen og helsestasjonen, og til sykehuset der hun skal føde.

Hos alle kvinner med type III-omskjæring skal forsnevringen av vagina åpnes i forbindelse med fødselen. Vulvastatus skal anføres på Helsekort for gravide, likeså hva en har blitt enig med kvinnen om hva angår smertelindring under fødsel og tidspunkt for deinfibulering. Dermed blir fødeavdelingen klar over dette i god tid før fødsel, slik at det kan legges planer. Det beste er å få i stand en samtale med sykehuset i løpet av svangerskapet, for eksempel ved ultralydundersøkelse eller journalsamtalen før fødselen. Helsestasjonen forventes å kjenne den gravide best, og har et ansvar for å ta opp med henne spørsmålet om deinfibulering som så kan drøftes videre med fødeavdelingen. Men sykehuset har også et selvstendig ansvar for å ta spørsmålet opp.

Det er svært viktig å informere den gravide så tidlig som mulig om at det ikke er mulig å rekonstruere infibuleringen etter fødselen. Hun bør også informeres om at infibulering ikke er indikasjon for keisersnitt. Episiotomi og suturering kan være forbundet med engstelse pga. tidligere traumatisering i forbindelse med omskjæringen da inngrepet ble gjort, og pga. ømfintlig vev. Det er derfor viktig å forklare hva man gjør og hvorfor på en betryggende måte.

Vurdert rent kirurgisk er ikke deinfibulering noe stort inngrep. Men for kvinnen kan det oppleves som en viktig hendelse, og at det er en stor forandring i hennes kropp. Inngrepet kan også medføre smerter og ubehag, i tillegg til å være en følelsesmessig belastning. Dette må inngå i vurderingen av når inngrepet bør finne sted.

I en del internasjonal litteratur anbefales deinfibulering i andre trimester, fordi det muliggjør medisinsk overvåkning under åpnings- og utdrivingsfasen. Fordi smertelindring er så viktig, vil det ofte innebære narkose eller spinalanestesi, og hun vil muligens ha smerter etterpå. Dersom vevet er tynt og ikke ømt, er deinfibulering forholdsvis enkel å gjennomføre, enten det skjer i løpet av svangerskapet eller i forbindelse med fødsel. Dersom en forventer komplikasjoner i forbindelse med fødsel som sannsynliggjør behov for medisinsk overvåkning, bør deinfibulering vurderes i god tid på forhånd. Men igjen er det snakk om en avveining, og deinfibulering kan som regel gjøres akutt uten særlige problemer, forutsatt at smertelindringen er tilfredsstillende.

2.2.6.2 Fødsel

Ved mottakelse av pasienten på fødeavdelingen bør behovet for tolk eller ledsager vurderes nøye. Det er viktig å sikre best mulig kontakt med kvinnen. Alle fødende har rett til å ha en eller to personer med seg under fødselen. Noen ønsker å ha med seg flere, og det går stort sett greit dersom de praktiske forholdene ligger til rette for det.

Medisinsk overvåking under fødsel: Fødselens framgang bør overvåkes med et minimum av eksplorasjon, som ev. kan utføres rektalt. Hodets descens kan vurderes i forhold til symfyen. Ved tvil om leie utføres ultralyd. Hvis det oppstår behov for å anlegge skalpelektrode, eller å måle pH i fosterblod, må deinfibulasjon vurderes og diskuteres med pasienten.

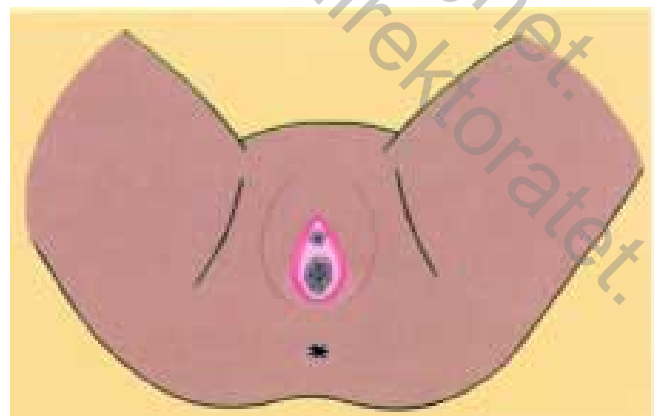
Tidspunkt for deinfibuleringen: Hvis kvinnen får epiduralanalgesi i løpet av fødselen, og har behov for kateterisering, kan det vanskeligjøres hos en som er infibulert (barnekateter kan ev. forsøkes). Det vil da være naturlig å gjøre deinfibulering på et tidlig stadium. Dersom det ikke anvendes epiduralanalgesi, eller hun har epiduralanalgesi og spontan vannlatning, kan deinfibulering i prinsippet vente til hodet står på bekkenbunnen. Samtidig er det viktig å ikke vente for lenge, hodet skal ikke presse mot infibuleringen pga. fare for rift fortil. Stress i forbindelse med deinfibuleringen bør unngås, og smertelindring er meget viktig. For den som ikke er så erfaren i å forløse en kvinne som er omskåret kan det være en fordel å gjøre deinfibuleringen forholdsvis tidlig i forløpet.

Teknikk for deinfibuleringen: Lokalanalgesi kan behøves også der det anvendes epiduralanalgesi. Velg kanylelengde og -tykkelse etter hvordan hudbroen er: tynn kanyle ved tynn hudbro, tykk kanyle ved tykk hudbro. Før en eller to fingre inn under hudbroen, og injiser lokalbedøvelsen rikelig og godt fordelt. Noen foretrekker en lett bøy på kanylen for å få god styring. I noen tilfeller der hudbroen er floraktig tynn, kan det være umulig, og unødvendig, med lokalbedøvelse.

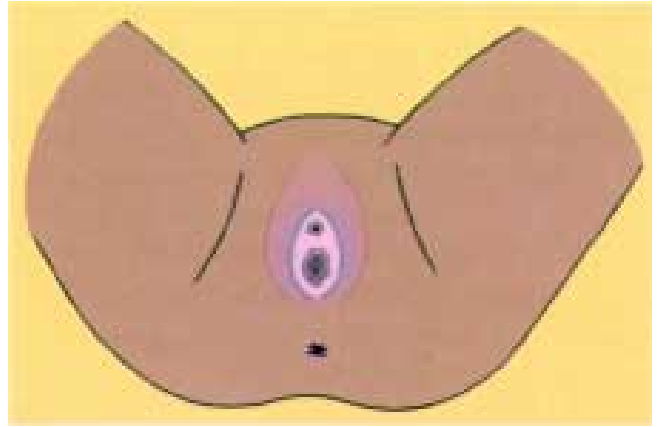
Venstre hånds peke- og langfinger føres inn under hudfolden, og hudbroen klippes opp i midtlinjen, mellom fingrene. En skal klippe til urethraåpningen er synlig, men heller ikke lenger. En skal **ikke** klippe inn i klitorisområdet, og **ikke** inn i urethra.



Oppklippet infibulasjon.



Suturering ved deinfibulasjon.



Det skal legges et snitt i midtlinjen framover (frontal episiotomi). En skal ikke forsøke å tøyvevet i midtlinjen, og aldri forsøke å unngå å legge dette snittet. Der det er nødvendig legges lateral episiotomi i tillegg, men en lateral episiotomi kan aldri erstatte åpningen i midtlinjen.

Det er ofte behov for å suturere langs kantene etter oppklippingen, for å gi hemostase og å hindre at det gror igjen. Det er svært viktig med god smertelindring hele tiden.

Som regel er det uproblematisk å suturere kantene etter frontal episiotomi. Men noen ganger medfører suturering langs kantene et resultat som medisinsk og estetisk sett ikke er tilfredsstillende. Det kan være når det er mye arrvev eller særlig tykt vev. Dersom jordmor i forbindelse med fødsel ser at det foreligger slike tilstander, bør lege tilkalles. I andre tilfeller er vevet helt tynt, nærmest som et flor. I slike tilfeller vil det ikke være mulig eller nødvendig med lokalanalgesi. Når det er så tynt vil vevet heller ikke blø, og kantene trenger da ikke å bli sydd igjen. Iblant kan det trenge revisjon, og det skal vurderes om kvinnen skal gis tilbud om revisjon og et plastisk inngrep senere for å få et mest mulig tilfredsstillende resultat og at det oppnås mest mulig naturlig anatomi.

Som ved fødsler generelt skal det gjøres rektaleksplorasjon etter reparasjon av episiotomi og ved langvarig fødsel for å bringe på det rene om det foreligger en rektovaginal fistel eller gjennomgående suturer til rektum.

Keisersnitt: Ingen form for omskjæring er i seg selv indikasjon for keisersnitt. Men keisersnitt kan bli nødvendig av andre årsaker. Erfaringen viser at kvinner fra land der omskjæring er vanlig ofte er svært engstelige for keisersnitt, fordi det forbindes med så stor fare både for kvinnen og barnet. Det er derfor viktig med god informasjon, også om mulighetene for å få barn senere, og andre forhold som kvinnen kan lure på.

2.2.6.3 Barseltiden

Det er viktig å holde god kontakt med barselkvinnen, og spørre aktivt om hennes behov for smertestillende. Sårstell og instruksjon om, eller hjelp til, skylling vil også være viktig. Det kan være nødvendig å passe spesielt på at sårflatene ikke vokser sammen. Det kan legges en fucidin- eller vaselinkompress mellom labiae for å hindre slik sammenvoksning og infeksjon. En bør også spørre om kvinnen har full kontroll over vannlatning, avføring og luft. Behov for tolk må vurderes. Det kan ofte være lettere å få tolk i barseltiden enn i forbindelse med

fødsel, og det kan da være en mulighet til å gå igjennom fødselen. Dette kan også være en anledning der hun kan få lufte hvordan hun opplever å være deinfibulert, og få svar på eventuelle spørsmål.

2.2.6.4 Kontrollen etter fødselen

Helsestasjonen er sentral i oppfølgingen etter fødselen. En bør være liberal med henvisning til fødeavdeling dersom kvinnen selv ønsker det, og særlig dersom det er spørsmål om revisjon etter deinfibulering. Se for øvrig neste avsnitt om rehabilitering av kvinner som har vært omskåret.

Dersom det nyfødte barnet er en jente, kan tiden like etter fødselen være en god anledning å diskutere hvilke tanker foreldrene har om hvorvidt hun skal omskjæres, og arbeide sammen med familien for å støtte dem i forhold til at jenta ikke skal omskjæres.

2.2.7 Rehabilitering av kvinner som har blitt omskåret

I arbeidet med rehabilitering av kvinner som har blitt omskåret kan en trekke lærdom av det vi vet om traumatisering generelt. Det er alltid viktig at personer selv får avgjøre hva som skal skje med dem og kroppen deres, og dette har særlig betydning for personer som har opplevd overgrep. På den andre siden er det viktig at kvinnene aktivt tilbys hjelp, selv om det også kan være smertefullt å ta imot hjelpen. Inntrykket er at helsepersonell er for lite aktive i å tilby kvinner rehabilitering, inklusive deinfibulering, av frykt for å virke påtrengende.

2.2.7.1 Deinfibulering utenom fødsel

Det legges en spalte i midtlinjen, og sys igjen på begge sider, slik som ved fødsler. Se s. 22 for illustrasjon. Det er viktig å ha meget god smertelindring. I Norge utføres inngrepet gjerne i spinalanalogesi. I tilfeller der vevet i vulva ikke er særlig ømfintlig, kan lokalanalogesi vurderes.

Deinfibulering kan utføres som behandling for en spesifikk plage eller som del av generell rehabilitering.

For en ung, ugift kvinne vil spørsmålet om deinfibulering være mye mer dramatisk enn for en kvinne som har født barn. Mange unge kvinner kan trenge lang tid på å bestemme seg, og ha behov for mye støtte og informasjon. Det kan også være viktig å trekke inn familiemedlemmer, men en skal huske på at det alltid er jentas eget ønske som skal veie tyngst. Hun skal selv få bestemme hvor stor åpning hun skal ha, om det skal være full deinfibulering, eller en åpning som bare er stor nok til å lette strømmen av menstruasjonsvæske og urin. Hun bør orienteres om at hun ved eventuell fødsel senere må ha en full deinfibulering, og at ingen åpning kan sys igjen når den først er utført.

Der jomfruidealet står sterkt, kan kvinnen ønske en attest på at deinfibuleringsinngrepet har vært gjort. En slik attest bør hun få.

Også kvinner som er over menopausen kan ha glede av deinfibulering. En del kvinner har relativt atrofisk vev, men det er ingen kontraindikasjon for deinfibulering.

De fleste infibulerte kvinner har fått utført inngrepet mens de var ganske små, og vil derfor ikke huske hvordan det var å ikke være omskåret. Det er en fordel om kvinnen får snakke med andre

kvinner som har fått utført deinfibulering. Dersom dette ikke er mulig, bør hun informeres om at noen føler seg svært "åpne" i underlivet etter operasjonen, og at urinen kommer mye raskere enn hun er vant til. Det betyr ikke at hun blir inkontinent, men noen føler den første tiden at de har dårlig kontroll. Det er viktig å bevare kontakten med kvinnen etter inngrepet, for å gi henne støtte og informasjon om forandringen hun opplever i kroppen sin.

2.2.7.2 Andre kirurgiske inngrep

Det kan være aktuelt med kirurgisk fjerning av cyster eller keloid, som er spesialistoppgaver. De fleste gynekologer mener en bør være tilbakeholden med å skjære i klitorisområdet, også ved cyster og keloid. Anatomien kan være endret pga. arrdannelse, og en bør unngå å treffe arterien eller nerven til reminisensen til klitoris. Mens en tidligere har antatt at klitoris alltid fjernes ved infibulasjon, har nyere erfaring vist at den ofte er intakt eller at en del står igjen. Noen anbefaler å blottlegge det som måtte være igjen av klitoris. Det er imidlertid behov for mer kunnskap om virkningen av dette inngrepet før det kan gis noen anbefaling.

Plastiske inngrep kan være nødvendig der det er mye arrvev, og spesielt der resultatet ikke er tilfredsstillende medisinsk og estetisk etter deinfibulering. Det er forholdsvis sjelden behov for slike inngrep, og det kan derfor være hensiktsmessig at disse inngrepene skjer på regionsykehus som skaffer seg erfaring.

2.2.7.3 Seksualitet

Erfaringen viser at det er fullt mulig å diskutere seksualitet over "kulturgrenser" og med tolk, men det krever innsikt og takt. Man skal også tenke gjennom sitt eget forhold til seksualitet, og være klar over at en samtale om seksualitet krever åpenhet og modenhet - på begge sider. Ofte gjøres deinfibulering for å bedre kvinnens seksualliv. Det er lite kontakt mellom afrikanske og norske kvinner om intime spørsmål, og afrikanere vil kunne ha oppfatninger om at norske kvinner er promiskuøse. Tilbud om deinfibulering kan oppfattes som at de pådyttes noe som oppfattes som norsk, uønsket seksuallmønster.

En virkning av omskjæring av kvinner er hindring av deres seksuelle utfoldelse. Etter deinfibulering kan kvinner oppleve at de får en valgmulighet i forhold til egen seksualitet som de kan trenge hjelp til å håndtere.

2.2.7.4 Viktig å trekke inn partneren og ev. andre som står kvinnen nær

Dersom kvinnen har en mann, er det viktig å trekke ham inn. En må imidlertid være klar over at det slett ikke alltid er slik at paret diskuterer seksualitet eller omskjæring seg imellom. Iblant tror kvinnen at mannen ikke ønsker at hun skal få utført en deinfibulering, mens han i virkeligheten ønsker at hun skal bli åpnet. Involvering av en mannlig partner kan åpne for dialog. Men man skal også være klar over at mannen kan utøve sterk kontroll over kvinnen og hva som skal skje med henne, uten at det alltid er synlig for utenforstående. Det kan derfor være hensiktsmessig å snakke med kvinnen alene også (uten at hun dermed nødvendigvis føler seg helt fri), eventuelt også med ham alene, før en beslutning om deinfibulering blir tatt. Hvis det kommer fram at kvinnen og mannen har ulike syn, skal kvinnens syn veie tyngst. Det kan også være andre personer som har sterke synspunkter, for eksempel eldre, kvinnelige slektninger. Fordi det kan være ulike syn, er det viktig at det benyttes profesjonell tolk.

2.2.7.5 Følelsesmessig bearbeiding, og forhold til andre i eget miljø

Kvinnelig omskjæring er en rituell handling som oftest er utført med tanke på jentas beste. Dersom hun senere får kunnskap om helsefaren, vil det kunne føre til at hun følelsesmessig kommer i kontakt med det sinnet som stammer fra inngrepet; et sinne som mange ikke er klar over i det hele tatt, fordi det ikke er legitimt i den kulturelle konteksten. Helsearbeidere som går inn i dialog med kvinner om deres opplevelser knyttet til omskjæring, må være forberedt på at sinne, fortvilelse og depresjon kan komme til uttrykk i kontakten.

Det er ikke uvanlig at det også kommer opp sinne overfor foreldrene eller andre foresatte som i sin tid utsatte henne for traumene. Dette kan legge seg oppå en generasjonskonflikt, som i migrantfamilier kan være særlig tilspisset. Kvinner som begynner å bearbeide sine traumer, og som ev. ønsker å få utført deinfibulering, kan oppleve at andre kvinner og menn i deres eget miljø ser på dem som svikere. Omskjæring er tett knyttet til identitet, en identitet som kan oppleves som særlig sårbar i eksil. Alle disse forholdene kan kvinnene ha behov for hjelp til å bearbeide.

2.2.7.6 Pass opp for "victim-blaming"

Behandling av personer som har vært utsatt for overgrep av ulike slag er en stor utfordring for hjelpeapparatet. Også i forhold til kvinner som har vært utsatt for omskjæring er det viktig å være klar over faren for "victim-blaming". Det er ikke lov å utføre omskjæring i Norge, men det er ikke forbudt å være omskåret.

2.2.7.7 Individbehandling eller grupper ?

Det kan være nødvendig med kontakt over lang tid, og med mulighet til å komme tilbake i forbindelse med endring i livssituasjonen, eller hvis kvinnen eller hennes familie av andre grunner skulle ha behov for det. Som i andre tilfeller der personer har gjennomlevet traumatiske opplevelser kan det være en fordel med samtaler i grupper der personene kan støtte hverandre, og vise at det "ikke bare er meg" som opplever noe som vanskelig. Det er svært viktig med kyndig ledelse og en klar oppfatning av målsettingen. Dersom det er mulig å rekruttere en leder med samme kulturbakgrunn som deltakerne, bør dette forsøkes.

SJEKKLISTE: Kvinner som er omskåret

HVA dreier det seg om:

Den vanligste formen for kvinnelig omskjæring som ses i Norge er type III, infibulering, der vaginalåpningen er forsnevret.

HVEM dreier det seg om?

Tenk på mulighet for omskjæring hos:

Flyktninge- og innvandrerkvinner fra Somalia, Eritrea, Etiopia, og visse land i Vest-Afrika (spes. Gambia).

Ved hjelpesøking, tenk på omskjæring som mulig årsak ved (for allmennpraktiserende lege/gynekolog)

- seksuelle problemer (smerter, engstelse)
- urinveisinfeksjon
- dysmenorrhoe
- diffuse magesmerter
- infertilitet
- depresjon

Ved gynekologisk undersøkelse:

- husk tolk!
- husk kvinnens rett til å ha med ledsager
- snakk om omskjæring: spør om hun er omskåret ("lukket"), om hun har blitt deinfibulert ("åpnet")
- forklar grundig alt du skal gjøre/hva du gjør
- vær skånsom ved undersøkelsen; se først, berør bare hvis det er behov
- hvis det er nødvendig med eksplorasjon, vurder om det er tilstrekkelig med rektaleksplorasjon.
- tilby deinfibulasjon og annen rehabilitering
- tilby attest for alle eventuelle inngrep

Ved svangerskapskontroll (for jordmor, helsesøster, lege):

- husk tolk!
- spør om kvinnen er omskåret
- spør om hun engster seg for svangerskapet og fødselen
- ved g.u.: Se over!
- forklar at hun må åpnes i forbindelse med fødselen, og drøft med henne hva det innebærer
- diskuter hvilken smertelindring hun ønsker ved fødselen
- noter i svangerskapsjournalen at hun er omskåret, hvilken form, og at hun skal åpnes i forbindelse med fødselen
- gi henne tid til å fordøye og gjenta informasjonen ved behov
- forklar at omskjæring ikke i seg selv er indikasjon for keisersnitt

VEND

Ved forløsningen (jordmor, lege):

- spør om hun engster seg, og i tilfelle for hva
- husk at infibulasjon ikke er indikasjon for keisersnitt
- gi optimal smertelindring
- åpne alltid i midtlinjen, vurder deretter behov for lateral episiotomi.
- sy igjen langs kantene dersom det blør, vurder behov for revisjon
- rektaleksplorasjon etter reparasjon for å avdekke ev. fistel
- hvis det er behov for keisersnitt av andre grunner enn omskjæring: Forklar hvorfor, og at keisersnitt ikke er farlig.

I barseltiden (jordmor, sykepleier, lege):

- vurder behov for smertestillende, vær aktiv med å tilby lindring
- sørg for at deinfibulasjonen ikke vokser igjen, og forebygg infeksjon (kompress mellom labiae)
- snakk med kvinnen om hvordan hun opplever deinfibulasjonen. Tilkall tolk ved behov!

2.3 Jenter som er i fare for å bli omskåret

2.3.1 Hvem dreier det seg om?

De fleste jenter som lever i Norge med opprinnelsesland der omskjæring er vanlig, kommer fra det østlige Afrika. I den grad de står i fare for å bli utsatt for omskjæring er det i utgangspunktet infibulering det vil dreie seg om. Det er færre innvandrere og flyktninger i Norge fra Vest-Afrika. Der er generelt klitoridektomi den vanligste formen, men i noen land (f.eks. Gambia) er infibulering normen.

Klitoridektomi utføres gjerne i tidlig alder, ofte hos spedbarn. Infibulering gjøres senere, gjerne i 5-10 års alder. Men alderen varierer, og piker i alle aldre kan derfor være utsatt for omskjæring helt til de gifter seg, eller til og med mens de er gravide. En skal være spesielt oppmerksom på de få, men viktige tilfellene av tvangsgifte kombinert med omskjæring. Ved flytting til et annet land kan tidspunktet for rituell omskjæring endres av rent praktiske hensyn, og det ser ut til at omskjæring foretas ved lavere alder hos migranter enn i hjemlandet. Omskjæring bør derfor være et tema for jenter i alle aldre, og tas opp der barn fødes, ved helsestasjon, barneavdeling, skole og legebesøk.

Det har vært hevdet at det utføres omskjæring i Norge, og at jenter tas ut av landet for å få utført inngrepet et annet sted. Så lenge de har flyktningsstatus, kan de ikke reise til sine hjemland, men de har anledning til å dra til andre land.

2.3.2 Hvem ønsker inngrepet utført?

Omskjæring er et rituale som berører hele familien, og det kan være nødvendig å få alle de impliserte i tale. Omskjæring oppfattes imidlertid av mange som et kvinneanliggende. Det kan være jentas mor eller en annen kvinnelig slektning som insisterer på at det skal gjøres. Jentas far kan være en viktig alliert for helsevesenet i arbeidet for å hindre omskjæringen, på tilsvarende måte som ektemenn kan være gode støttespillere i spørsmål om deinfibulering av kvinner.

2.3.3 Ved mistanke om at omskjæring planlegges

Situasjoner der en bør tenke på at en jente kan omskjæres:

- før en ferie, spesielt hvis jenta skal sendes ut av landet og/eller til kvinnelige slektninger (bestemor, tante)
- hvis hun virker engstelig.

I de tilfellene en er urolig, skal helsepersonell ta saken opp med foreldrene. Informasjon kan gis på ulike måter; muntlig og skriftlig, og av ulike personer. Variasjon gjør at budskapet lettere forstås og aksepteres. Dersom det ikke synes å være umiddelbar fare for at omskjæringen vil finne sted, bør det planlegges oppfølging. Hjembesøk med tolk kan være godt egnet. Fordi det ofte vil være ulike oppfatninger innen en familie, er det viktig å finne ut om det er en eller flere allierte i familien. Det er videre viktig å skaffe rede på begrunnelsen hos den eller de som vil at hun skal omskjæres, og ev. trekke inn personer med autoritet. Representanter for frivillige organisasjoner kan iblant også hjelpe i slike tilfeller.

Erfaringsmessig er det to forhold som er av betydning for at foreldre skal bestemme at en jente ikke skal omskjæres. Det ene er at omskjæring er helseskadelig, det andre er at ingen religion påbyr inngrepet.

For å nå fram med argumenter, er det viktig å bli sett på som troverdig. Der det er tid og rom for det, kan samarbeid med en ressursperson med autoritet i den aktuelle innvandrerguppen være til hjelp. Argumenter om at Islam ikke påbyr skikken kan iblant aksepteres om de kommer fra norske, men ofte trengs det muslimske religiøse ledere for å få gjennomslag for dette. Dersom helsepersonell allierer seg med religiøse ledere, er det viktig at det formidles konsekvente budskap, som at enhver form for skjæring er forbudt.

Omskjæring av kvinner er en skikk som er dypt forankret kulturelt og følelsesmessig. Men i motsetning til mange andre mishandlingsaker, kan det være snakk om velfungerende foreldre. Det kan bety at saklige argumenter vil føre fram.

Den som har tillit hos, og kjenner familien best, vil være best skikket til å ta opp dette spørsmålet. Det er viktig at helsepersonell ikke unndrar seg ansvaret i letingen etter en "perfekt" person som kjenner kulturen og språket og har religiøs autoritet. Helsepersonell som mener det er fare for at et overgrep kan skje, har et ansvar for å handle.

Mange migranter planlegger å vende tilbake til hjemlandet senere. Det kan være medvirkende til at familien ønsker at en jente skal omskjæres. Det kan da være til hjelp å forklare at kvinnelig omskjæring nå er økende debattert i de landene der skikken er vanlig, slik at de ser at det skjer endringer også der.

Det må ikke være tvil om en jentes rett til å slippe omskjæring. Samarbeid og frivillighet bør vurderes før en eventuelt tyr til maktmidler for å stoppe omskjæring. Det kan virke klagjørende for foreldre å bli orientert om at helsepersonell har plikt og rett til å overføre en sak til andre instanser som har maktmidler dersom de ikke samarbeider.

2.3.4 Når foreldrene er ambivalente

Endring av en oppfatning og en skikk vil ofte være en prosess som tar tid, og mange vakler underveis. Noen ganger kan foreldre si at de ønsker at det gjøres et "mindre" inngrep, som på den ene siden ikke unndrar jenta fra fellesskapet, men som på den andre siden ikke er så helseskadelig. Noen steder har særlig foreldre med utdanning valgt slike mellomløsninger. Noen land har hatt det som sin politikk. Erfaringen viser imidlertid at dette som en generell politikk ikke hjelper for å utrydde skikken, men faktisk holder den ved like, og endog kan forsterke den. Dette er bakgrunnen for at norsk lov forbyr ethvert inngrep som gir varige forandringer, og at Verdens helseorganisasjon advarer mot slike løsninger. Helsepersonell må derfor bevare kontakten med familien til det er helt klart at en pike ikke vil bli omskåret.

2.3.5 Dersom samtaler ikke fører fram

Omskjæring av jenter er en alvorlig, straffbar handling etter norsk lov. Dersom det skulle oppstå en situasjon der en etter kontakt med familien og forsøk med informasjon og veiledning fortsatt er bekymret for at en jente skal bli omskåret, vil ikke taushetsplikten uten videre være til hinder for at denne bekymringen bringes videre til barnevernet, eventuelt til politiet. Når det gjelder opplysningsplikt til barnevernet, vises til rundskriv IK-32/96, som er å finne i vedlegg 2. Straffelovens paragraf 139 inneholder opplysningsplikt (som det er straffbart å ikke overholde) til politiet for å avverge nærmere angitte alvorlige straffbare handlinger. Grov legemskrenkelse etter straffelovens paragraf 231 er en av de handlingene

som er nevnt. Omskjæring av jenter kan etter omstendighetene anses som grov legemsbeskadigelse, og opplysningsplikt i forebyggende hensikt vil i disse tilfeller kunne inntre. Det er av sentral betydning at det gjøres løpende nedtegninger i journalen om de overveielser som ligger til grunn for eventuelle beslutninger om melding til barnevern eller politi. Dette er spesielt viktig fordi en som helsepersonell beveger seg i et vanskelig grenseland mellom taushetsplikt, opplysningsrett og opplysningsplikt.

2.3.6 Hva om omskjæring nylig har funnet sted?

Dersom omskjæring nylig har funnet sted, kan helsepersonell stå overfor akutte komplikasjoner, som blødninger og infeksjoner. Disse kan bli livstruende uten adekvat behandling.

En skal tenke på at en jente kan ha gått gjennom omskjæring hvis hun har vært borte fra skolen eller barnehagen en tid, særlig hvis hun har vært på ferie i utlandet, og hvis hun

- virker påfallende lei seg
- plutselig har blitt (mer) sjenert
- har fått problemer med å gå eller andre bevegelsesproblemer
- ikke vil delta i gymnastikktimer eller sykle, slik hun har gjort før
- nylig har fått problemer med vannlatning
- nylig har fått magesmerter

I samarbeid mellom skole og skolehelsetjeneste, eller barnehage og helsestasjon, bør disse jentene fanges opp og utredes. Hensynet til jentas helse skal stå i fokus, og en må sikre at hun får nødvendig behandling så raskt som mulig.

Det er et komplisert spørsmål om det skal meldes til barnevern eller politi at det er foretatt omskjæring av en jente, idet det er mange hensyn å ta. Selv om hovedregelen er at helsepersonell har taushetsplikt, vil det når omskjæring har funnet sted være aktuelt å vurdere å melde det. Det vil gjelde i tilfeller der det er tvil om foreldrene sørger for at jenta får den nødvendige behandling, oppfølging og omsorg. Det vises til boks på s. 32-33 for informasjon om forholdet mellom taushetsplikt, opplysningsplikt og opplysningsrett. Det er viktig at alle vurderinger journalføres nøye.

I tilfeller der en jente er omskåret, må en undersøke om det er flere jenter i familien som er i fare. Når det gjelder å *forebygge* kan det foreligge plikt til å informere enten barnevern eller politi, og det vises til avsnitt 2.3.5, og til boksen på s. 32-33. Opplysningsplikten til barnevernet omtales i vedlegg 2.

Det er et komplisert spørsmål om det skal meldes til barnevern eller politi at det er foretatt omskjæring av en jente, idet det er mange hensyn å ta. Selv om hovedregelen er at helsepersonell har taushetsplikt, vil det når omskjæring har funnet sted være aktuelt å vurdere å melde det. Det vil gjelde i tilfeller der det er tvil om foreldrene sørger for at jenta får den nødvendige behandling, oppfølging og omsorg. Det er viktig at alle vurderinger journalføres nøye.

I tilfeller der en jente er omskåret, må en undersøke om det er flere jenter i familien som er i fare. Når det gjelder å *forebygge* kan det foreligge plikt til å informere enten barnevern eller politi, og det vises til avsnitt 2.3.5, og til boksen under. Opplysningsplikten til barnevernet omtales i vedlegg 2.

2.3.7 Taushetsplikt, opplysningsplikt og opplysningsrett: dilemmaer og avveininger

Det har når denne veilederen skrives (medio 2000) ikke vært et eneste tilfelle i Norge der foreldre eller andre har vært anmeldt til politiet for omskjæring av jenter. Barnevernet har også minimal erfaring med slike situasjoner. Vi har derfor ingen konkret kunnskap om hvilke typer dilemmaer helsepersonell vil kunne oppleve, eller hvordan de ulike hensyn vil kunne vurderes i en eventuell retts sak. I boksen under er det gitt beskrivelse av regelverket når det gjelder taushetsplikt, opplysningsplikt og opplysningsrett i situasjoner der helsepersonell frykter at det planlegges omskjæring av en jente, eller der omskjæringen allerede har blitt foretatt.

Er en i tvil om hva en skal gjøre i en konkret situasjon, kan en henvende seg til Helsetilsynet for veiledning.

Unntak fra taushetsplikten

Hovedregelen er at helsepersonell har taushetsplikt, jf. legeloven paragraf 31². Det finnes imidlertid noen unntak fra denne regelen, blant annet i legeloven og straffeloven.

I noen tilfeller foreligger det en opplysningsplikt til barnevernet og/eller politi. Videre kan det foreligge "særlige grunner", jf. legelovens paragraf 31, 2. ledd som gir helsepersonell rett til å meddele opplysninger som er underlagt taushetsplikt. I den tilsvarende bestemmelsen i ny helsepersonellov er den interesseavveining som må foretas, klarere angitt. I helsepersonellovens paragraf 23 punkt 4 heter det at tausheten ikke er til hinder for at opplysninger gis når tungveiende private eller offentlige interesser gjør det rettsmessig å gi opplysningene videre.

Opplysningsplikt til barnevern og politi

Hvis omskjæring har funnet sted, og helsepersonell vurderer at medisinsk oppfølging er nødvendig, vil det kunne oppstå en plikt til å melde fra til barnevernet dersom det er nødvendig for å sikre at jenta får adekvat behandling. Legelovens paragraf 34b (ny helsepersonellov paragraf 33) angir hvilke forhold som utløser slik opplysningsplikt. Det må foretas en konkret vurdering hvor lege eller annet helsepersonell ut fra sitt skjønn tar i betraktning inngrepets art og omfang, det traume som barnet er påført, og hvorvidt det er nødvendig med medisinsk og/eller annen oppfølging. Barnevernet vil med hjemmel i barnevernlovens paragraf 4-10 kunne sørge for at barnet får den nødvendige medisinske oppfølging, uten at foreldre fratras foreldreretten.

² Det finnes tilsvarende bestemmelser i lov om tannleger, lov om sykepleiere, lov om psykologer, lov om jordmødre, lov om fysioterapeuter, lov om kommunehelsetjenesten, lov om sykehus og lov om psykisk helsevern.

Ifølge straffelovens paragraf 139 foreligger det en plikt til å gi opplysninger til politiet for å avverge nye, alvorlige straffbare handlinger, jf. straffelovens paragraf 231. Kjønnsmestelse vil være å anse som grov legemsbeskadigelse etter denne paragrafen. Hvis helsepersonell har opplysninger som tilsier at det foreligger en reell fare for at andre jenter i familien også vil bli forsøkt omskåret, vil det kunne foreligge en meldeplikt. Videre vil dette også kunne medføre en opplysningsplikt til barnevernet, jf. rundskriv IK-32/96 og barnevernlovens paragraf 4-12, bokstav d.

Opplysningsrett til barnevern og politi

På tross av taushetsplikten kan det, som nevnt, i visse tilfeller foreligge opplysningsrett. Legelovens paragraf 31, 2. ledd (den nye helsepersonellovens paragraf 23, punkt 4) kan hjemle rett til å gi opplysninger til politi og/eller barnevern i de tilfellene der omskjæring har funnet sted, selv om den som har krav på taushet ikke samtykker til at opplysninger gis. Det er kanskje mest aktuelt å vurdere der omskjæring har funnet sted på jenter som ikke selv kan samtykke. Barn under 16 år har ikke samtykkekompetanse, men når barnet er fylt 12 år skal det få si sin mening i spørsmål som angår egen helse. Den generelle regel er at foreldre samtykker i helsespørsmål på vegne av barnet. Dette framgår i dag av legelovens paragraf 32. I den nye helsepersonellovens paragraf 22 er det henvist til ny pasientrettighetslov ("pasientrettighetsloven" av 2. juli 1999). Når det gjelder omskjæring, vil det stort sett dreie seg om jenter under 12 år. Det kan i disse tilfeller ikke antas at foreldrene, som kan ha medvirket til omskjæringen, vil samtykke til at opplysninger gis til for eksempel politiet. Helsepersonell er ikke avskåret fra å ivareta barnets interesser der det er åpenbart at disse ikke blir ivaretatt av foreldrene. Helsepersonell har i særlige tilfeller mulighet til gi opplysninger til politi og/eller barnevern, som så kan gå inn og foreta nødvendige tiltak. Det mest nærliggende er å melde til barnevernet som har myndighet til å ivareta barnets interesser.

Helsepersonells skjønn er sentralt i vurderingen av om opplysningsretten til barnevernet skal kunne brukes. Lovverket setter imidlertid rammer for skjønn. Der hvor loven åpner for at opplysningene kan gis, skal gjøres en helhetsvurdering av barnets fysiske og psykiske helse. Foreldrenes evne til å dra omsorg for barnet i sin alminnelighet, og i forhold til oppfølgingen av barnet etter omskjæringen, skal tas med i betraktningen. Det skal også tas hensyn til de mulige uheldige konsekvensene og den ekstra belastningen det vil være for barnet at foreldrene meldes til politi eller barnevern.

Det kan foreligge opplysningsrett overfor politiet, selv om det dreier seg om en handling der det ikke er fare for gjentakelse. På gitte vilkår kan det foreligge vilkår for rett til voldsoffererstatning for barnet. Men da må som hovedregel den straffbare handlingen anmeldes til politiet, jf. paragraf 5 i forskrift om erstatning fra staten for personskade voldt ved straffbar handling. Også i slike tilfeller må det foreligge en helhetsvurdering av hva som er best for jenta.

2.3.8 Ansvar, koordinering

Å hindre at omskjæring foretas er en felles oppgave for alle som kommer i kontakt med familien. Det er viktig med samarbeid og koordinering. Det må sikres at spørsmålet tas opp med foreldrene og at de får informasjon. Dersom det hele virker betryggende og det ikke er noen grunn til å anta at foreldrene vil få jenta omskåret, må foreldre slippe å bli konfrontert med spørsmålet i alle mulige sammenhenger. Det kan være hensiktsmessig at helsestasjonen har koordineringsansvaret. Aktuelle samarbeidspartnere er flyktningekontor, barnehage, skole, barnevern og religiøse ledere.

2.3.9 Støtte til dem som velger å ikke omskjære sine døtre

I samfunnsgrupper der nesten alle jenter er omskåret, kan det å ikke være omskåret, eller ha en datter som ikke er det, til tider oppleves som en belastning. Det er en viktig oppgave for helsepersonell å følge opp slike følelsesmessige reaksjoner, samt eventuelle reaksjoner fra omgivelsene på at en jente ikke blir omskåret.

2.4 Opplysning til skolene, og til skolebarn og ungdom

Det er viktig å trekke inn skolene, både fordi det er et viktig oppholdssted for barn og ungdom, og pga. skolens rolle i informasjonsspredning. Her har skolehelsetjenesten en særlig oppgave.

Jenter som er omskåret vil ofte være svært blyge i en sosial sammenheng der flertallet ikke er "som dem", f.eks. i forbindelse med gymtimer. At de må bruke lang tid på å late vannet kan føre til problemer; friminutt og pauser under prøver og eksamener kan bli for korte. En del har magesmerter med eller uten tilknytning til menstruasjon.

Skolen er et viktig sted for seksualopplysning til barn og ungdom. Slik undervisning må legges opp slik at den ikke støter jenter som er omskåret eller barna til mødre som er omskåret. Det kan være hensiktsmessig å ha gutter og jenter atskilt ved slik undervisning, eller ved deler av den. Slik undervisning forutsetter sensitivitet og vilje til fleksibilitet, og til å finne løsninger som ikke unødig eksponerer jenter som er omskåret. Slik tilrettelegging peker også på behov for kunnskap om omskjæring blant lærere. Det er viktig med en aktiv holdning for å motvirke at kjennskap til at jenter er omskåret fører til mobbing eller annen sårende oppførsel.

I alle kulturer verden over er seksualitet et vanskelig tema i forholdet mellom foreldre og tenåringsbarn. I de land der omskjæring av jenter er vanlig, er det også gjerne et sterkt ideal om jomfrudom før ekteskapet. Fordi et samleie er så vanskelig å gjennomføre, vil det i praksis ofte måtte vente til ekteskapet. Når deinfibulering blir en reell mulighet, kommer gjerne spørsmålet om ungdomsseksualitet med full styrke. Både foreldre og deres tenåringsbarn kan trenge hjelp til å håndtere dette.

SJEKKLISTE: Forebygging av omskjæring av jenter

HVEM dreier det seg om?

Jenter i alle aldre, og kvinner fram til og med første graviditet, fra land der omskjæring er vanlig. I Norge vil det særlig være Somalia, Etiopia, Eritrea, noen land i Vest-Afrika

NÅR er de i størst fare?

- før utenlandsreise, spesielt ved besøk hos eldre, kvinnelige slektninger
- ved planlagt ekteskapsinngåelse
- men husk: ikke noe tidspunkt er uten fare!

TEGN på at omskjæring kan være forestående

- engstelse, endring i atferd

HVA skal helsepersonell gjøre

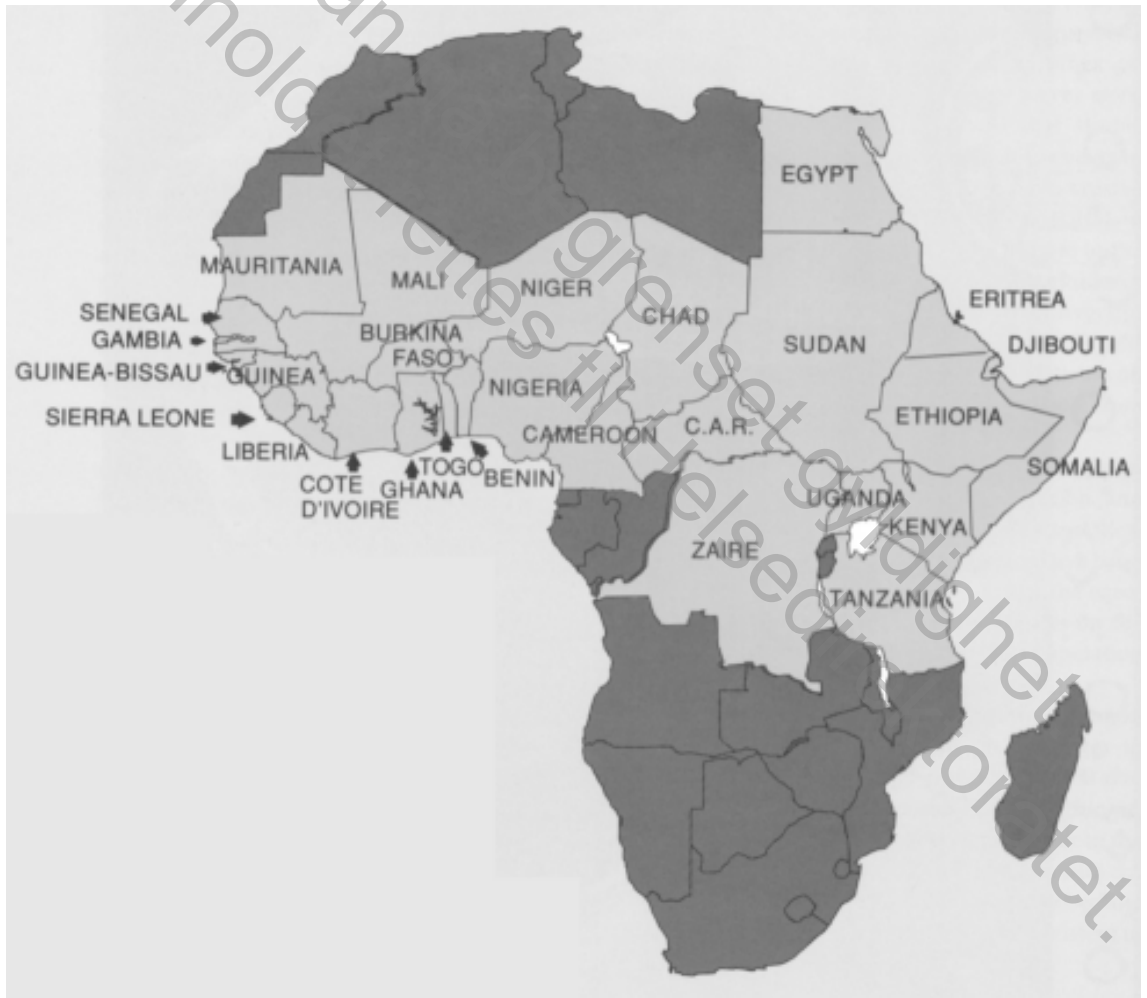
- snakk åpent og direkte med foreldre/foresatte
- husk tolk!
- argumentere med at omskjæring er skadelig for helsen, og at det ikke er påbudt av religionen
- inngå ev. allianse med person som har særlig troverdighet
- hvis det ikke fører fram: Vurdere melding til barnevernet eller politi, og nedtegn vurderingene i journalen

Publikasjonen kan ha begrenset gyldighet.
Spørsmål om innholdet rettes til Helsedirektoratet.

Del 3: Fordypningsstoff: kvinnelig omskjæring i et globalt perspektiv

3.1 Kvinnelig omskjæring er en gammel skikk, med usikkert opphav

Kvinnelig omskjæring som kulturell praksis ble først kjent i Vesten gjennom reiseskildringer og nedtegnelser gjort av misjonærer i Afrika sent på 1800-tallet, men må ha bestått i årtusener. De tidlige kildene bruker begrepet "omskjæring" (circumcision). Den tidligste kjente referanse til kvinnelig omskjæring ble funnet på en papyrusrull fra år 163 før Kristus i et egyptisk tempel i Memphis. Den greske geografen Strabo skrev også om kvinnelig omskjæring i Egypt og Etiopia i den andre halvdel av det siste århundret før Kristus. I moderne tid kan de første beskrivelsene tilskrives Daniell som skrev om omskjæring av kvinner i Vest-Afrika i *The Medical Gazette of London* i 1847. Det er imidlertid uklart når og hvor skikken oppstod, og det er også uklart om de ulike formene for kvinnelig omskjæring har det samme historiske eller geografiske opphav.



Kart over utbredelse av kvinnelig omskjæring

3.2 Omfang og utbredelse av kvinnelig omskjæring i verden

Angivelsene av antallet jenter og kvinner som er omskåret i verden varierer ganske mye. Dette gjenspeiler både hvor lite vi vet om kvinners helse, og hvor skjult problemet med kvinnelig omskjæring har vært. Den sudanesiske legen Nahid Toubia har gjennomgått et omfattende materiale, og kommet til at 130 millioner kvinner er omskåret. Dette er et høyere tall enn det som tidligere er antatt.

Tabell: Anslag over antall kvinner som er omskåret i Afrika

Land	Forekomst	Antall
Benin	50 %	1 200 000
Burkina Faso	70 %	3 290 000
Djibouti	98 %	196 000
Egypt	80 %	21 440 000
Elfenbenskysten	60 %	3 750 000
Etiopia og Eritrea	90 %	23 940 000
Gambia	80 %	360 000
Ghana	30 %	2 325 000
Guinea	50 %	1 875 000
Guinea Bissau	50 %	250 000
Kamerun	20 %	1 310 000
Kenya	50 %	6 300 000
Liberia	60 %	810 000
Mali	80 %	3 320 000
Mauretania	25 %	262 500
Niger	20 %	800 000
Nigeria	60 %	36 750 000
Senegal	20 %	750 000
Sentralafrikanske republikk	50 %	750 000
Somalia	98 %	3 773 000
Sudan	89 %	9 220 400
Tanzania	10 %	1 345 000
Tchad	60 %	1 530 000
Togo	50 %	950 000
Uganda	5 %	467 500
Zaire	5 %	945 000
Til sammen		129 843 500

Kilde: Toubia, Nahid: A Call for Global Action, Women, Ink., New York 1995

Omskjæring av kvinner foretas i land som ligger i et belte som strekker seg tvers over Afrika, stort sett sør for Sahara. Men de ulike typer av omskjæring forekommer ikke i like stort omfang overalt. Anslagsvis 15 % av alle kvinner som er omskåret, er infibulerte. Infibulering foretas stort sett i land i østlige Afrika, og spesielt på Afrikas Horn, mens klitoridektomi er vanlig i vestlige deler av kontinentet. Det finnes likevel mange unntak fra denne tommelfingerregelen: Masaiene i Tanzania og Kenya praktiserer klitoridektomi, mens infibulering er den vanligste formen i Mali og gjøres dessuten i deler av Gambia og andre land ved vestkysten. I Øst-Afrika utføres omskjæring av jenter blant folkeslag som hører til ulike religioner, mens det i Vest-Afrika stort sett er begrenset til muslimske grupper.

Hos noen få folkegrupper utenom Afrika foretas det også kvinnelig omskjæring. Yemen og Oman er de eneste landene på den arabiske halvøya hvor det foretas omskjæring av jenter. Videre er det noen få tilfeller i India, Indonesia og Malaysia. Men det er viktig å merke seg at omskjæring av jenter er helt ukjent i Saudi-Arabia, som regnes for Islams vugge. Det gjøres heller ikke i Pakistan, et land hvor de aller fleste er muslimer, og hvor Islam preger mye av samfunnslivet.

Vi kjenner til hvilke land omskjæring foretas i, men det er fremdeles fragmentarisk kunnskap om omfanget innen de ulike landene. De første forsøkene på kartlegging ble foretatt i begynnelsen av dette århundret, av misjonærer og andre europeere. I de senere årene har landene selv stått for kartlegging, bl.a. gjennom nasjonale komiteer mot kvinnelig omskjæring. Enkeltstående forskere har også gitt verdifulle bidrag.

Sudan var det første afrikanske landet som foretok en landsomfattende kartlegging av omfanget av kvinnelig omskjæring, og derfra finnes det pålitelige data. Landet har vært banebrytende ved at spørsmål om omskjæring har vært inkludert i Demographic and Health Surveys (DHS). Dette er utvalgsundersøkelser som gjøres med regelmessige intervaller i en rekke utviklingsland, hvor særlig emner vedrørende reproduktiv helse og fruktbarhet kartlegges. Det kan gi status til emnet hvis data om kvinnelig omskjæring inkluderes i slike undersøkelser som gjøres regelmessig, og på den måten kan datatilgangen bli betydelig bedre i framtiden. I Sudan er det utarbeidet en modul i DHS om omskjæring av kvinner. Den har også vært brukt i Den sentralafrikanske republikk i 1994-95, i Egypt i 1995, i Elfenbenskysten i 1994, i Eritrea i 1995 og i Mali i 1995-96. Det finnes derfor en del kunnskap om utbredelse i disse landene.

Utbredelse av kvinnelig omskjæring i Sudan

"Demographic and Health Survey" ble utført i Sudan i 1989/90, og det var første gang at modulen om kvinnelig omskjæring ble brukt. Dataene viser at 89 % av gifte kvinner som ble spurt i undersøkelsen har fått utført en form for omskjæring, og av alle som var omskåret hadde hele 82 % gjennomgått infibulering. Blant muslimer var infibulering den helt dominerende formen for omskjæring, mens det blant kristne var utført klitoridektomi hos 46 %, eksisjon hos 27 % og infibulering i 27 % av tilfellene.

I 64 % av tilfellene var inngrepene utført av tradisjonelle fødselshjelpere. Utdannede jordmødre stod for 35 % av inngrepene, og leger gjorde under 1 %. Men utdannede jordmødre gjorde eksisjon langt oftere enn tradisjonelle jordmødre, som oftere gjorde infibulering. Årsaken var at de utdannede jordmødrene var klar over de skadelige virkningene av infibulering, og derfor ikke ville utføre inngrepet.

Det antas ofte at det foretas mindre omskjæring i byene enn på landet, og at unge i mindre grad enn eldre er omskåret. DHS fra Sudan bekrefter imidlertid ikke denne oppfatningen, der var det like hyppig i alle aldersgrupper. Det viste seg at utdanningsnivået var viktig for holdningen til omskjæring: Bare vel 40 % av kvinner med videregående utdanning støttet skikken, mens over 80 % av de som ikke hadde utdanning, eller som har avbrutt primærutdanningen, gikk inn for kvinnelig omskjæring.

3.3 Når og hvordan utføres kvinnelig omskjæring i dag?

De ulike formene for omskjæring utføres på jenter i ulike aldre: fra nyfødte til voksne kvinner. Det er altså stor spennvidde, men som regel utføres inngrepet før puberteten. Klitoridektomi utføres ofte i livets første dager eller uker, mens type III-omskjæring vanligvis utføres i fem- til tiårsalderen. Det kan også utføres i pre-pubertet, som en innføring i det voksne livet, eller som en forberedelse til at en pike skal gifte seg.

I det alt vesentlige er det kvinner som utfører inngrepet. Tradisjonelle jordmødre fungerer ofte som omskjærere. Eldre kvinner i familien kan iblant utføre inngrepet, eller det gjøres av kvinner som har religiøse og rituelle funksjoner. Noen steder i Vest-Afrika er det smedens kone som har denne oppgaven. Andre ganger gjøres det av kvalifiserte helsearbeidere, oftest av jordmødre, sjelden av leger. Det er for øvrig et omstridt spørsmål om kvalifisert personell bør utføre omskjæring. Etter å ha vurdert slik praksis, har WHO kommet til en klar anbefaling om at kvalifisert personell ikke bør utføre inngrepet. Verdensorganisasjonen for leger, World Medical Association, har inntatt det samme standpunktet.

Det benyttes forskjellige typer skarpe instrumenter ved inngrepene, slik som barberblad, kniv og saks. En del desinfiserer instrumentet, men bruk av forurenset redskap er et stort problem. Bedøvelse brukes sjelden, men iblant får jenta noe å drikke som skal redusere smerteopplevelse. Noen steder blir hun satt i en lett form for trance for at hun ikke skal oppleve smerten så sterkt, andre steder bringes hun til en elv der kjølig vann nedsetter temperaturen i hennes kjønnsorganer med formålet å redusere smerten. Noen steder der de omskjærer svært små jenter, argumenteres det med at det er lettere å holde dem slik at det er mindre sjanser for å skjære feil. Det er dessuten ofte en oppfatning at de små jentene er mindre plaget av smertene, og at de glemmer dem etterpå. Det skal her bemerkes at vi foreløpig vet svært lite om virkningen av de psykiske traumene som jentene påføres, uansett alder, og dette er et forsømt forskningsfelt. Men det er helt klart at små jenter traumatiseres, selv om det ikke alltid er synlig.

Når inngrepet er utført, kan det anvendes forskjellige former for mekanisk eller kjemisk behandling for å stoppe blødning og infeksjon. Blant disse er trykkbandasje, melk, smeltet smør, olje og urter. Ved type III-omskjæring brukes det noen steder torner for å holde sårflatene sammen, andre steder sys det igjen. Hensikten er at det skal bli en sammenvoksning, samtidig som vaginalåpningen ikke skal vokse helt sammen. Saft fra akasietreet, eller andre former for naturmedisin, kan brukes for å hindre at såret gror helt igjen slik at det blir en liten åpning for urin og menstruasjonsblod, mens andre planter og urter kan brukes for å påskynde tilhelingen.

Etter inngrepet må jenta ligge stille, ofte med bena bundet sammen, for at sårene skal gro. Etter en type III-omskjæring er det vanlig at jenter ligger slik i opptil 40 dager, mens andre begynner å gå forsiktig etter syv til ti dager, når de føler at de kan klare det.

I forbindelse med omskjæring er det gjerne en stor fest, der det lages god mat og hvor piken får gaver og nye klær. Forventningen til og gleden over denne festen hvor jenta får være i sentrum for mye positiv oppmerksomhet angis av noen å være med på å gjøre smerten lettere å bære. Ikke alle typer omskjæring er ledsaget av feiring, og hvor mye det kan investeres i en fest er avhengig av hvor god råd familien har. I enkelte samfunn blir inngrepet hemmeligholdt eller lite omsnakket.

Omskjæring i Sierra Leone:

Omskjæringen foretas oftest på grupper av jenter, som del av et overgangsritual hvor jentene skal opplæres i sine oppgaver som voksne kvinner: Stelle hus og hjem, personlig pleie, fiske og andre måter å tjene penger på, stell av barn og syke, sang og dans. En gruppe jenter er sammen en måneds tid under ledelse av en eldre kvinne, som har en religiøs funksjon. Som en del av ritualet gjennomgår jentene klitoridektomi. Kvinnene som leder disse gruppene forplikter seg til ikke å fortelle om hva som gjøres som del av ritualet. Dette har bidratt til at det har vært vanskelig å få vite om hva som faktisk foregår, og hemmeligholdelsen har vanskeliggjort arbeidet med å bekjempe tradisjonen. Portugisiske oppdagelsesreisende beskrev skikken med disse hemmelige gruppene da de kom til Sierra Leone på 1500-tallet. Da Islam ble innført tre hundre år senere, ble omskjæring innlemmet i det som oppfattes som muslimsk livsførsel.

(Kilde: Koso-Thomas, Olayinka: The Circumsision of Women. Zed Books Ltd, London & New Jersey 1987)

Omskjæring i Kenya:

Jomo Kenyatta ble den første statsminister i det frie Kenya i 1963. I hans bok "Facing Mount Kenya" som er en etnografisk studie av Kenya, er omskjæring av jentene i Kikuyu-stammen omfattende behandlet. Han understreker betydningen av å ikke bare se på selve inngrepet, men å også fokusere på de sosiale, moralske og religiøse implikasjonene. I likhet med mange andre bruker han uttrykket "initiering" om ritualet, og legger dermed vekt på inngrepets betydning som rite ved overgang til voksenstatus. Han mener at innfødte kenyanere var redde for at de hvites motiv for å bekjempe kvinnelig omskjæring var å bryte ned stammetilhørigheten og den sosiale orden, og gjøre kenyanerne til europeere. Blant kikuyuene ble inngrepet utført på grupper av jenter, som ledd i omfattende ritualer som varte i flere uker. Renselse og velsignelse var del av disse ritualene, som både framhevet gruppetilhørigheten og det særskilte ved hver jente. De fikk en spesiell kost som skulle redusere blødning, og de fikk urter som skulle motvirke infeksjon. Smerten ved inngrepet ble lindret ved nummenhet som oppstod ved at de oppholdt seg lenge i elvevannet tidlig om morgenen mens vannet var kaldt. Slik ble også blødningen nedsatt. Det ble utført klitoridektomi ved et raskt kutt, og melk med urter ble smurt på såret etter inngrepet. Kenyatta mente at den vanskeligste tiden for jenta var i timene etter inngrepet. Da kjenner de mest smerter, og de er overlatt til seg selv.

(Kilde: Jomo Kenyatta: Facing Mount Kenya. Kenway Publications, Nairobi, 1928)

Omskjæring i Etiopia:

I Tigray, som i dag er Etiopias nordligste region, deltok kvinnene i en frigjøringskamp som varte fram til 1991. De definerte arbeidet mot skadelige skikker, og særlig kvinnelig omskjæring, som en del av frigjøringskampen. Blant ortodokse kristne utføres inngrepet når barna er 7-8 dager gamle. I tilfeller der barnet er prematurt utsettes inngrepet til hun er over 40 dager gammel. Det revolusjonære rådet vedtok fordømmelse av omskjæring av jenter, samt en rekke lover for å beskytte kvinners reproduktive helse: ekteskapsalderen for jenter ble hevet til femten år, det lovmessige skillet mellom barn og ugifte foreldre ble avskaffet, og loven om voldtekt ble endret slik at jenter ikke lenger trengte å bevise sin

uskyld. Selv om omskjæring av jenter er fordømt i den etiopiske grunnloven, er inngrepet ikke straffbart. Det ble satset sterkt på opplysning og holdningsendring, som ble ansett som et bedre virkemiddel enn straff eller trussel om straff. (Kilde: Druce, N & Hammond, J.: *Sweeter than Honey. Testimonies of Tigrayan Women. Links Publications, Third World First, London 1989*) Det er gode indikasjoner på at dette førte til at færre valgte å omskjære døtrene sine. Men etter at landet ble fritt har skikken dessverre tatt seg opp igjen.

Omskjæring i Somalia:

Boken "Aman" er en somalisk kvinnes beretning om sitt liv. Hun ble omskåret sammen med sine kusiner da hun var ni år. Hennes mor hadde dårlig råd og ønsket å vente, for selskapet koster mange penger. Men Amans tante mente at det var en skam at hun ikke var omskåret, og at hennes kusine som var yngre skulle omskjæres før henne.

Det ble slaktet en okse, to geiter og en sau, og det ble laget masse mat for å traktere gjestene. Aman fikk beskjed om å dusje tidlig en morgen; inngrepet skal gjøres tidlig på dagen, "før blodet blir varmt og sirkulerer raskere i kroppen". Pubesbehåringen ble barbert, og det ble lest fra Koranen. Hun fikk beskjed om at det ikke ville gjøre vondt - samtidig som hun fikk beskjed om at hun ikke måtte skrike, det ville være en skam. "De løy for oss", sier Aman. Den som ga minst uttrykk for smerte ville få mest gull og andre gaver. Mange piker måtte få bundet fast bena, men Aman sier at hun skal kontrollere seg, og får ros fordi hun er så tapper. Kvinner og barn synger; det er som om sangen deres blir en bedøvelse for piken som skal omskjæres, og samtidig kan pikenes skrik drukne i sangen. Det ble utført infibulering, og hun beskriver en grusom smerte idet hun skjæres, hun ser nedover seg og tror hun skal dø. Når hun ser seg omkring etter noen som kan hjelpe henne i hennes smerte og fortvilelse, ser hun bare glade ansikter, og det var ingen som kunne få henne vekk. Etter inngrepet ble det brukt torner til å sy sammen sårflatene, og eggehvite ble påført for å lindre smerten og fremme tilhelingen. I dagene som fulgte fikk hun lett kost, vesentlig suppe, men hun drakk lite, fordi vannlatingen var så smertefull. (Kilde: Lee Barnes, Virginia & Janice Boddy: *Aman.: en kvinne fra Somalia forteller. Hjemmets bokforlag, Oslo 1996*).

3.4 By og land, sosial status og utdanning - er det noen forskjell?

Det er en utbredt oppfatning at kvinnelig omskjæring er et landsbyfenomen, og at skikken mer eller mindre har forsvunnet i byene. Til denne oppfatningen hører også en forestilling om at byer og byfolk er mer moderne enn landsbygda og menneskene som bor der, og følgelig at tradisjonelle skikker, som i manges øyne er bakstreverske og 'primitive', ikke hører byen til. Forskning viser at skillet mellom by og land ikke alltid er så klart når det gjelder utbredelsen av kvinnelig omskjæring, se eksempelet fra Sudan i Boks 5. En kartlegging foretatt av the National Committee for Traditional Practices in Ethiopia i 1997 viser at forekomsten av omskjæring i Etiopias hovedstad Addis Abeba er nær 70 %. Det er imidlertid mye som tyder på at det finnes en sammenheng mellom sosial og økonomisk status og holdninger til og praktisering av kvinnelig omskjæring i byen. Forskjeller i holdninger og praksis mellom ulike deler av byens befolkning kan derfor være vel så slående som forskjellene mellom by og land.

3.5 Helsemessige konsekvenser av kvinnelig omskjæring

Kvinnelig omskjæring er en helsefarlig skikk, med alvorlig sykkelighet og dødelighet til følge. Dette står fast. Likevel finnes det liten kunnskap om *omfanget* av helseskader. Det kan også være vanskelig å vite hva en skal inkludere i betegnelsen "helseskader". Verdens helseorganisasjon definerer helse som: "en tilstand av fullstendig fysisk, mentalt og sosialt velvære". I et samfunn som verdsetter omskjæring av kvinner, kan det å ikke være omskåret gi problemer i forhold til tilhørighet og sosial integrasjon, samtidig som en unngår de til dels alvorlige fysiske skadevirkningene.

De helsemessige konsekvensene varierer sterkt fordi det er ulike inngrep som omfattes av begrepet "kvinnelig omskjæring". Det er også forskjellige komplikasjoner på kort og på lang sikt. Sett ut fra et menneskerettighetsperspektiv er enhver form for omskjæring uakseptabel. WHO uttalte i 1997 at "skikken innebærer krenkelse av kvinners og jenters fysiske og psykoseksuelle integritet og representerer en form for vold mot dem".

Omskjæring har omfattende virkninger på hele personligheten, på relasjonen mellom kvinner og menn, og på samfunnet. I de tidligste beskrivelsene var en bare opptatt av de rent fysiske komplikasjonene. De sosiale og psykologiske reaksjonene har lenge vært neglisjert.

3.5.1 Innvirkning på seksualitet

Ved de formene for omskjæring der vaginalåpningen er forsnevret, og det ikke foretas deinfibulasjon før kvinnen starter sitt seksualliv, kan samleie være vanskelig og smertefullt. For infibulerte kvinner omtales ofte den første penetrasjonen som et stort traume. I en del tilfeller må skjedeåpningen skjæres opp for at samleie i det hele tatt skal kunne skje. Dersom det ikke brukes en skarp gjenstand, kan det brukes uker og til og med måneder på å tøye skjedeåpningen slik at et normalt samleie kan finne sted, men for noen kvinner vil samleie alltid være smertefullt, og menn kan få skader på sin penis. I vanskelige tilfeller tyr enkelte til analt samleie.

Mens penis er et organ for både seksualitet og reproduksjon, er kvinners anatomi slik at et organ som har betydning for seksualiteten, nemlig klitoris, ikke har noen vesentlig funksjon i forbindelse med reproduksjon. Ved klitoridektomi og eksisjon fjernes deler av kjønnsorganene som er viktige for kvinners seksuelle nytelse. En må likevel ikke gå i den fellen å redusere oppfatninger om seksualitet til bare å bli et spørsmål om kjønnsorganers beskaffenhet. Forskere gikk lenge ganske enkelt ut fra at kvinner som var omskåret ikke kunne oppnå orgasme. Dette har vist seg å være feil. Det er flere erogene soner i kvinnekroppen enn i vulva, og noen er flinke til å utnytte disse. Både libido og orgasme avhenger av både fysiske, psykologiske og sosiale forhold. Rent generelt kan en si at kvinner som er omskåret vil beholde libido, men ha redusert evne til å oppnå seksuell tilfredsstillelse og orgasme. Men det finnes naturlig nok svært store individuelle forskjeller. Kvinner som er omskåret kan trenge stor tålmodighet og oppfinnsomhet, og kan i større grad enn andre kvinner være avhengige av å ha en hensynsfull partner. Innen den medisinske verden har det helt siden Sigmund Freuds tid foregått intense diskusjoner om ulike typer kvinnelig orgasme, og til og med om hvilken form som er den mest modne. I den senere tid har det kommet kritikk mot en slik båstenkning rundt orgasme, og en større forståelse for den rike variasjonsbredden som finnes i kvinners seksuelle opplevelser.

3.5.2 Fysiske komplikasjoner

Det skiller iblant mellom lite alvorlige og mer alvorlige former for omskjæring. For helsepersonell kan infibulasjon og annen type III-omskjæring oppfattes som alvorlig, mens klitoridektomi kan i ettertid se bagatellmessig ut i forhold. Men det er viktig å huske på at alle formene for omskjæring er dramatiske og kan ha svære komplikasjoner både i forbindelse med at de utføres, og for jentas liv etterpå. Klitoridektomi har en ikke ubetydelig dødelighet i den tidlige fasen, og kvinnene er for hele livet fratatt et organ som er viktig for seksuell nytelse.

Siden datagrunnlaget om kvinnelig omskjæring er usikkert har vi usikker kunnskap om utbredelse av komplikasjonene. Men vi har etter hvert fått kunnskap om hvilke typer komplikasjoner som følger av inngrepene.

3.5.2.1 Hvor vanlig er komplikasjonene?

Noen ganger oppgis komplikasjonsforekomsten å være skyhøy. F.eks. har det vært angitt en dødelighet på 15 prosent i tilknytning til inngrepet, og alle mulige komplikasjoner som oppstår i relasjon til reproduksjon og seksualitet tilskrives omskjæringen. Dette gjøres ofte i den gode intensjon å skape blest om problemet. Men i lengden betyr dette sensasjonsmakeri, og det tjener ikke saken.

I de afrikanske landene hvor kvinnelig omskjæring foregår, er den seksuelle og reproduktive helse gjennomgående dårlig. Fruktbarheten er høy sammenliknet med resten av verden, og dødelighet og sykkelighet ved hver graviditet er blant de høyeste i verden. Abortlovgivningen er streng de aller fleste stedene, noe som fører til mange ulovlige, farlige aborter. Helsevesenet klarer bare i liten grad å møte utfordringene ved å gi gode helsetjenester i forbindelse med fødsler, og mange kvinner får ødelagt sin helse pga. komplikasjoner etter fødsler, uten adekvat medisinsk hjelp. Fistler mellom endetarm og skjede, eller med felles åpning mellom skjede, urinblære og endetarm, er blant slike alvorlige komplikasjoner. Fordi infibulering gir passasjehindring i fødselskanalen kan det være nærliggende å tro at infibulering kan føre til slike komplikasjoner, men det er slett ikke sikkert. Vi må antagelig leve med at vi i mange år vil ha stor usikkerhet om hvilke komplikasjoner omskjæringen forårsaker. De forskningsrapportene som finnes i dag domineres av beretninger om enkeltkasus, og det er vanskelig å slutte noe om hva de ulike komplikasjonene skyldes. Det vil være ønskelig med mer kunnskap, men det finnes små midler og det gir vanskelige prioriteringer. Det har nylig kommet en del god, aksjonsrettet forskning om hvordan en kan gi best mulig service til kvinner som er omskåret, og hvordan en best kan forebygge at jenter blir omskåret.

3.5.2.2 Komplikasjoner som oppstår de første dagene eller ukene etter inngrepet

Komplikasjonene vil naturlig nok avhenge av hvordan inngrepet gjennomføres. De vanligste fysiske komplikasjonene er:

- blødninger (fra a. clitoridis, årer i labiae minoraе og majoraе)
- infeksjon
- urinretensjon pga. ødem
- sjokk pga. blødning
- gangvansker.

Blødninger, infeksjoner og ødem kan gjensidig påvirke og forverre hverandre. En infeksjon kan f.eks. føre til at koaguleringen ikke skjer som normalt, eller at et koagel løsner. Infeksjonen kan skyldes bakterier som er påført ved selve inngrepet, eller ved de stoffer som brukes til å smøre på såret, eller såret kan infiseres fra hud og tarm.

Faren for tetanus er reell for jenter som omskjæres. Hepatitt-B vil kunne overføres med instrumentene i tilfeller der flere jenter omskjæres samtidig. Pga. at mange jenter holdes hardt fordi de stritter imot, kan det oppstå ytterligere skader. Kuttet kan gå dypere enn planlagt. Det er beskrevet brudd og andre skader etter basketak under selve inngrepet, som f.eks. kravebens- og overarmsbrudd.

De umiddelbare komplikasjonene er årsak til en del dødsfall, men hvor mange som dør kjenner vi ikke til. Fra *Demographic and Health Survey* i Sudan har vi imidlertid kunnskap om at jenter har større dødelighet enn gutter i de aldersgrupper hvor omskjæring foregår.

3.5.2.3 Langsiktige fysiske komplikasjoner

Når såret har tilhelet, kan andre typer komplikasjoner oppstå.

- *Nevrinom* kan dannes der den dorsale nerve på klitoris er overskåret. Dette kan føre til permanente smerter i hele genitalområdet.
- *Nervesmerter*, hvis den samme nerven er kommet i beknip.
- Det er beskrevet at *urinveisinfeksjon og nyresten* kan oppstå pga. at urinstrømmen hindres, men dette er et område hvor årsak/virkningsskjeden er usikker.
- *Dysmenorrhoe og hematokolpos*. Menstruasjonsblodet kan hindres i forskjellig grad, og menstruasjonsblødningen kan bli smertefull. I ekstreme tilfeller er det beskrevet at blødningen kan stoppes helt, slik at det dannes hematokolpos, dvs. at skjeden fylles helt med gammelt, koagulert blod istedenfor en normal menstruasjonsblødning.
- *Infertilitet*. Det antas at infibulasjon kan gi risiko for oppadgående infeksjon, men angivelsene er usikre fordi forekomsten av ufrivillig barnløshet er generelt dårlig kjent.
- *Cyster* kan oppstå fordi utførselsgangene til kjertler rundt skjedeåpningen skjæres over, spesielt Gl. Bartolini. Cystene kan blir svært store. I de ekstreme tilfellene kan de gi gangvansker, eller de kan blokkere skjedeåpningen.
- *Keloid* er betydelig vanligere hos personer med svart hudfarge enn med hvit, og det kan oppstå etter omskjæring.

I litteraturen om kvinnelig omskjæring ser en også at andre tilstander tilskrives omskjæring, uten at det er tilstrekkelig belegg for det. Noen forfattere framholder faren for hivsmitte i forbindelse med inngrepet. Teoretisk kan dette være mulig der de samme instrumentene benyttes til fødselshjelp og til omskjæring, samt der omskjæringen skjer på mange jenter samtidig uten at instrumenter desinfiseres etter hvert inngrep. Dette gjøres imidlertid sjelden på spedbarn, som kan være hivsmittet, eller hos jenter som allerede er seksuelt aktive i en så stor grad at de kan ha blitt hivsmittet. I praksis vil derfor hivsmitte meget sjelden overføres med selve inngrepet. Derimot kan det forventes hyppigere forekomst ved traumatisk vaginalt samleie og analt samleie. Dette kan øke sjansen for hivsmitte, og være av stor praktisk betydning i områder der hivforekomsten er høy. En annen tilstand som iblant tilskrives omskjæring men der årsakssammenhengen er tvilsom er endometriose, som noen antar skyldes at menstruasjonsvæsken ikke kan flyte fritt.

3.5.2.4 Komplikasjoner i forbindelse med svangerskap og fødsel

Kvinner som er omskåret har behov for godt kvalifisert fødselshjelp med tilgang til adekvat utstyr, men i de landene hvor omskjæring er vanlig, er helsetjenesten mangelfullt utbygd. På denne bakgrunn kan kvinner som er omskåret få mange og alvorlige komplikasjoner. Blant disse komplikasjonene er:

- *Blokkert fødselskanal.* Dersom det ikke foretas en deinfibulering, ev. også legges episiotomi, kan det oppstå passasjehindring. Uterusruptur er en av grunnene til fødselsrelaterte dødsfall i Afrika, og disse dødsfallene kan tilskrives omskjæringen, men årsakssammenhengen er uklar. Passasjehindring kan også bli livstruende for barnet, eller forårsake hjerneskade som følge av prolongert fødsel.
- *Ruptur med dannelse av fistler*
- *Unødig keisersnitt.* I land som mottar flyktninger og innvandrere som har blitt omskåret, er det beskrevet at det gjøres unødige keisersnitt, fordi en ikke er kjent med adekvat fødselshjelp til disse kvinnene. Enkeltrapporter fra vårt eget land tyder på at dette også forekommer her.
- *Arraktig vev etter repeterte gjensyinger.* En del steder sys kvinner igjen etter en fødsel, slik at infibuleringen blir gjenopprettet. Det skjer slett ikke hos alle, og mange steder er slik praksis helt ukjent. Ved repeterte gjensyinger og åpninger kan vevet bli svært arraktig og uelastisk.

3.5.2.5 Virkningen hos gamle kvinner

Eldre kvinners underlivsproblemer er dårlig kartlagt i alle deler av verden, og særlig i utviklingsland. Det finnes praktisk talt ingen kunnskap om de spesifikke plagene som eldre kvinner som er omskåret kan ha. Men mer generelt vet vi at svekkelsen av vevet etter menopause gir mange slags problemer. Framfall av livmor og urininkontinens er særlig hyppig der kvinnene føder mange barn og driver tungt fysisk arbeid. Der det er lite mulighet til personlig hygiene i tillegg til at helsetjenestene er lite utbygd, kan slike problemer gi betydelig nedsatt livskvalitet. Når en kvinne som er omskåret og så deinfibulert kommer i overgangsalderen, vil vevet som fra før er belastet kunne svekkes ytterligere.

3.5.3 Psykososiale virkninger

Vi har etter hvert fått kunnskap om hvordan traumer generelt virker på barn. Det vi vet lite om er hvordan mestringsstrategier virker når små barn utsettes for smerte gjennom riter som er en integrert del av kulturen. Afrikanske kvinneforskere har beskrevet de umiddelbare psykologiske reaksjonene som sjokk og smerte, og opplevelse av svik fra mor og andre omsorgspersoner.

Ut fra det vi nå ser konturene av, virker det rimelig å karakterisere enkelte former for omskjæring av jenter som en traumatisk krise, en krise som personen ikke er forberedt på, og som stiller krav til bearbeidelse som går utover det personen selv har kapasitet til. Traumatiske kriser kan derfor føre til fysisk eller psykologisk sykdom.

”Den somaliske kulturen er så vakker, med så mye samhold og stolthet. Og det aller vakreste i vår kultur er familiesamholdet. Der finner vi trygghet, der finner vi ro. Samtidig er det nettopp innen familietradisjonen at vi finner den forferdeligste skamplett og det grusomme overgrepet som omskjæring innebærer.” (*Utsagn fra en ung somalisk kvinne bosatt i Europa, som selv er infibulert.*)

Et viktig aspekt ved en mestringsstrategi er å skape en mening med det som har skjedd. Utbredte oppfatninger om at sykdommer og farlige tilstander kan oppstå dersom omskjæring ikke blir gjort er en type kollektiv meningsskapning. Også individer skaper mening knyttet til smertefulle opplevelser. Stolthet over å bli "riktig kvinne", gleden over fellesskapet med andre og over å være i sentrum av en stor feiring, kan gi mening til smerten, ved at opplevelsen settes inn i en større sosial og kulturell sammenheng. Mestringsstrategiene vil likevel ikke fjerne opplevelsen av at det har skjedd noe vondt. Ambivalens, med en sterk opplevelse av at det har skjedd noe som både er vondt og godt, ser ut til å prege kvinnenes minne når de tenker tilbake på hva som har skjedd med dem.

Afrikanske forskere har hevdet at fiksering på seksualitet kombinert med seksualangst, samt ulike diffuse symptomer, kan være tegn på en depresjon som en seneffekt av omskjæring.

"Tusenvis av kvinner kommer til den gynekologiske poliklinikken med vage, kroniske symptomer som de oppfatter kommer fra underlivet. Disse kvinnene ses på som masete og som personer som tapper klinikkens ressurser, for de har ingen tilstand som kan diagnostiseres eller behandles. Hvis en lytter til dem, blir det klart at disse vage symptomene med tretthet, søvnavanser, ryggsmarter, hodepine og tyngdefølelse i underlivet er et rop om hjelp for en dypere følt smerte. Når en bruker tid med dem, forteller de etterhvert om seksualangst, frykt for infeksjon og ufruktbarhet, og om hvordan deres kjønnsorganer ser ut; de har ingen mulighet til å vurdere om de er normale." (Kilde: Toubia, Nahid: *Female Genital Mutilation. A Call for Global Action. Women, Ink., New York 1995*)

Iblant kan individuelle mestringsstrategier bli stengsler for å få til endring. Også traumatiserende skikker opprettholdes. Kvinner som selv er omskåret er ofte de som mest iherdig forsvarer skikken. Men det finnes også de som evner å nettopp bruke sin egen opplevelse til å argumentere for at skikken skal opphøre, og å trekke et skille mellom det som har skjedd med dem selv og hva som bør skje med andre. Derfor blir god omsorg for de som er omskåret en viktig del av det forebyggende arbeidet.

3.5.4 Hvorfor neglisjeres komplikasjonene?

Det kan virke forunderlig at komplikasjonene av kvinnelig omskjæring overses og bortforklares, spesielt når en tar i betraktning at det ofte er tradisjonelle jordmødre og fødselshjelpere som utfører omskjæringen. Flere forhold kan medvirke til dette. Vi skal senere drøfte noen kulturelle normer og forklaringsmodeller vedrørende kvinnelig omskjæring.

I samfunn der alle kvinner er omskåret, vil plager som egentlig skyldes omskjæringen forbindes med "det å være kvinne". At det tar femten til tyve minutter å late vannet, at menstruasjonen er smertefull og at samleie er komplisert og smertefullt, er noe "alle kvinner opplever". Det er først når noen kvinner ikke er omskåret, og når det snakkes åpent om seksualitet, at sammenhengen mellom omskjæring og helsefarlige eller plagsomme tilstander kan bli synlig.

Ifølge afrikanske tradisjoner vil gjerne enkeltmenneskers sykdom og plager i liten eller ingen grad forklares ut fra personens kropp. Forklaringen søkes i andre og ofte kollektive fenomen, som f.eks. i forfedrenes irritasjon over at tabuer er overtrådt eller at sosiale forpliktelser ikke er overholdt. Andre ganger gis det forklaringer som hekseri, eller at det har med vær og vind eller stjernenes stilling å gjøre. Dermed settes ikke omskjæringens fysiske endringer i sammenheng med komplikasjonene. Endring av en skikk som innebærer helsefare forutsetter forståelse av årsakssammenhenger mellom kulturelt foreskrevet atferd og helsefare.

Sosialt sett opprettholdes omskjæring av sterke krefter i samfunnet. Ønsket om kontroll av kvinnelig seksualitet er universelt, og omskjæring kan ses på som et ekstremt uttrykk for slik kontroll. Det sosiale presset kan være enormt. Å være "barn av en uomskåret mor" kan være det sterkeste skjellsuttrykket, og en mor eller en far som forsøker å unndra sin datter fra omskjæring kan bli utstøtt og motarbeidet. Kvinner som ikke er omskåret kan bli sett på som uegnet til å delta i viktige rituelle og sosiale handlinger, slik som begravelser. Økonomiske behov kan virke til at kvinner som utfører omskjæring vil opprettholde skikken. De er ofte fattige kvinner uten annet livsunderhold, og noen har foreslått å innføre pensjon for tradisjonelle jordmødre for å få bukt med skikken. Fattige foreldre kan være engstelige for ikke å få brudepris for sin datter dersom hun ikke omskjæres, eller for ikke å få henne gift i del hele tatt.

3.6 Kvinnelig omskjæring i en sosial og kulturell sammenheng

3.6.1 Kultur er delt - men også omstridt

Når vi søker kulturelle forklaringer på omskjæring av kvinner eller søker å se skikken i en kulturell sammenheng, er det viktig å være klar over hva vi mener med "kultur". Kultur blir gjerne definert som mening, normer og verdier delt mellom medlemmene i et samfunn. Men det er ikke nødvendigvis riktig at mening, normer og verdier alltid er delt i den forstand at det hersker enighet om hva for eksempel ulike skikker betyr eller om hvilken verdi de har. Et samfunn er altså ikke nødvendigvis et meningsfellesskap. Vi kan derfor si at mening er delt men også *fordelt* mellom medlemmene i et samfunn der noen har større makt enn andre til å definere hva som til enhver tid er "riktig". Det kan altså finnes uenighet om hva en kultur innebærer for ulike medlemmer av samfunnet.

Ulikheter i makt og autoritet følger gjerne skillelinjer som kjønn og alder: eldre menn og kvinner har gjerne større autoritet enn unge kvinner og menn i afrikanske samfunn. Antropologen Bob Scholte har i en kritikk av forståelsen av kultur som et "nett av mening mennesker selv vevet" ("webs of significance man himself has spun") skrevet at "få deltar i selve vevingen, de fleste blir fanget i nettet" ("few do the actual spinning while the majority is simply caught"). Dette bildet forteller at ikke alle deltar i "vevingen" av et samfunns kultur. En småjente som blir omskåret er åpenbart ikke i en posisjon til selv å definere den kulturelle meningen med sin kropp, ei heller kan hun avverge inngrepet som blir gjort på den i kulturens navn.

Men kultur er ikke statisk: den er i kontinuerlig endring og det er nettopp i spenningene mellom generasjoner og kjønn at endring av kultur kan finne sted. Det er i forhold mellom menn og kvinner og mellom unge og eldre at diskusjonen om nødvendigheten av kvinnelig omskjæring kommer opp, og det er ofte ved at unge mennesker utfordrer hevdvunne oppfatninger at endring kan finne sted.

3.6.2 Begrunnelser for skikken med omskjæring av jenter

I arbeidet med å bekjempe kvinnelig omskjæring, er det viktig å kjenne til begrunnelsene for skikken. Det er naturligvis store individuelle variasjoner, og det er også mye tvetydighet i begrunnelsene. Det avspeiler seg imidlertid noen kategorier, slik som kvinnelighet, skjønnhet, renhet, og hva som er godt og moralsk høyverdig. Noen av kategoriene skal gjennomgås her. Forklaringene er innvevd i kulturen, og fungerer dermed som overbygninger i sosial meningsskaping: I fellesskap lages en forklaring på hvorfor ting er som de er. I neste omgang blir det viktig å opprettholde denne meningen. Å gi en skikk et religiøst innhold er en måte å gi den kulturell legitimitet på. Kvinnelig omskjæring opprettholdes også ved at inngrepet gis betydning i forhold til reproduksjon og seksualitet. Det kan virke paradoksalt at mange av disse begrunnelsene står i kontrast til det en kjenner til som de faktiske konsekvenser av omskjæring for helse og seksualitet. I mange samfunn hvor omskjæring av kvinner praktiseres, markerer inngrepet overgangen fra barn til voksen, og det uttrykker sosial tilhørighet. Kulturelle verdier er nær forbundet med moralsk tenkning.

3.6.2.1 Tradisjon

Omskjæring knyttes til "tradisjon", og tradisjon holdes gjerne fram som den viktigste grunnen til at en jente skal omskjæres. I intervjuundersøkelser hvor de som forsvare kvinnelig omskjæring blir spurt om begrunnelsen for sitt syn, svarer svært mange at det er pga. "tradisjonen", og tradisjonen behøver ingen legitimering: "slik har det alltid vært, slik skal det være også i framtiden". Tradisjoner gir trygghet og tilhørighet, noe som er særlig viktig når identitet trues og sosiale bånd blir ekstra viktig, som hos migranter.

3.6.2.2 Kvinnelighet

Alle samfunn har sterke normer for hva som er kvinnelig og hva som er mannlig, og for individer er utvikling av kjønnsidentitet veldig sentralt. Klitoris oppfattes i enkelte samfunn som mannlig, og for å rendyrke det kvinnelige må den fjernes. I tråd med slike oppfatninger finnes også en overbevisning om at hvis klitoris ikke fjernes, kan den vokse ut og bli svært lang, som en penis, og hindre samleie og befruktning.

Det er et interessant trekk at omskjæring av jenter praktiseres bare i samfunn som også praktiserer omskjæring av gutter (mens det finnes mange steder hvor bare gutter omskjæres). Det kan tyde på at skikkene er forbundet kulturhistorisk.

3.6.2.3 Religion

Omskjæring er i praksis forbundet med tenkning og moralbud som er religiøst forankret, og det er en utbredt oppfatning blant mange som praktiserer kvinnelig omskjæring at det er et religiøst krav. Men det er ingen religion som påbyr kvinnelig omskjæring dersom en legger til grunn religiøse skrifter og tolkninger av de som er lærde og toneangivende. Likevel foretas kvinnelig omskjæring blant grupper av muslimer, kristne, jøder og de som tilhører tradisjonelle afrikanske religioner.

Kvinnelig omskjæring er bundet til et geografisk område i mye større grad enn til en religion. I dette geografiske området gis inngrepet forskjellige typer begrunnelser, og hyppig gis det religiøse begrunnelser. Skikken har blitt særlig forbundet med Islam, til tross for at omskjæring var utbredt i deler av Afrika før Islam ble innført, og til tross for at omskjæring av kvinner ikke praktiseres i muslimske "kjerneområder" som i Saudi-Arabia.

Autoriserte tolkninger av Islam er det som er påbudt ifølge Koranen og Hadith, som er Profetens lære som ble nedtegnet etter hans død. Folkereligiøsitet omfatter de oppfatninger som folk selv tilskriver Islam. Islam er en religion som oppfattes og praktiseres på svært ulike vis på de forskjellige stedene i verden. For den enkelte vil det ofte være uklart hva som står i de hellige skriftene, og hva som har oppstått som en lokal skikk.

Kvinnelig omskjæring er ikke omtalt i Koranen, og det er omdiskutert om slik omskjæring er omtalt i Hadith. Det anses imidlertid som sikkert at Profeten omtalte fenomenet i en tale, der han skal ha sagt at dersom en jente skal omskjæres, så skal det ødelegges minst mulig. Noen mener at dette betyr at Profeten gikk inn for en omskjæring av begrenset omfang. Andre mener at han egentlig var helt imot skikken med å skjære i jenters kjønnsorganer, men at han anså det umulig å få folk til å slutte med det og derfor ba om at det minst ødeleggende inngrepet skulle benyttes. Omskjæring av type I og type II omtales derfor iblant som "sunna" omskjæring.

Islam som religion setter mange og detaljerte regler for dagligliv og personlig hygiene. Omskjæring av gutter er et religiøst påbud, i motsetning altså til omskjæring av kvinner. Til tross for det oppfatter mange afrikanske muslimer det slik at de også må omskjære jenter av religiøse grunner.

3.6.2.4 Skjønnhet, renhet

Der infibulasjon er vanlig, oppfattes et infibulert, lukket underliv som vakkert og rent. Oppfatninger om verdien av "naturlighet" er dermed ikke direkte oversettable fra en kultur til en annen. Det er i mange samfunn den "kulturelle" kroppen som er vakker, ikke den "naturlige" i en vestlig forstand. Skjønnhet brukes altså som et viktig argument for omskjæring. Her gjelder reglene om at "hva som er skjønnhet, bestemmes av øynene som ser". Det vi er vant til å se, oppfatter vi gjerne som vakkert. Der det er vanlig å fjerne deler av kvinners ytre kjønnsorganer, virker tilstedeværelsen av slike både skremmende og stygt, og skjønnsidealet er et glatt underliv. Inngrepet knyttes også i stor grad til oppfatninger om renhet. Kjertlene i kvinners ytre kjønnsorganer utsondrer forskjellige typer væske, og disse kan oppfattes som urene. Særlig i Islam spiller kroppslig renhet en stor rolle, og religionen gir nitidige regler om fjerning av hår og hvordan en skal holde kroppen ren. I den sammenheng kan oppfatningen om at omskjæring fremmer renhet være meningsfull.

3.6.2.5 Beskyttelse mot uønsket seksualitet

I områder der kvinnelig omskjæring foregår, står jomfruidealet sterkt, og det anses helt nødvendig at en kvinne er seksuelt trofast mot sin ektemann. Omskjæring ses ofte på som bevis for at hun er jomfru, og spesielt infibulasjon gjør samleie vanskelig. Men det er også ulike oppfatninger om dette. I Etiopia er det vanlig å anse at samleie med en uomskåret kvinne er vanskelig fordi det som hos en omskåret kvinne er skåret bort hos en uomskåret kvinne vil "være i veien" og blokkere mannens penetrasjon. Argumenter for omskjæring handler derfor ikke alltid om å gjøre kvinnen mindre seksuelt tilgjengelig eller hemme hennes seksuelle utfoldelse. Det kan også handle om å gjøre henne seksuelt tilgjengelig på en måte som hun fra naturens side ikke er.

Omskjæring anses å beskytte kvinner mot deres egne seksuelle følelser, og iblant også deres aggressive følelser. Et av paradoksene ved omskjæring er at det særlig er muligheten til å få orgasme som hemmes, mens libido påvirkes i mindre grad, eller ikke i det hele tatt.

I svært mange afrikanske land gis det fortsatt brudepris for en kvinne. Brudepris er betalingen for at hennes arbeidskapasitet, fødeevne og moralske standard skal komme hennes ektemanns familie til gode. Hennes egen familie skal kompenseres for det materielle tapet bortgifte av datteren medfører, og for å ha gitt henne en moralsk høyverdig oppdragelse. Omskjæringen sies iblant å beskytte kvinner mot deres egen seksualitet, garantere jomfrudom og forebygge promiskuitet og prostitusjon. Betaling av brudepris foregår langt flere steder enn der det foretas omskjæring av kvinner. Men der det foretas omskjæring finnes det gjerne en kobling mellom brudepris og omskjæring. For at hun skal være «verd prisen», må hun være omskåret.

Mange steder i Afrika er prevensjon fremdeles lite tilgjengelig. Kontroll med kvinners seksualitet blir derfor sett på som viktig for å forebygge uønskede svangerskap.

3.6.2.6 Fremming av ønsket seksualitet

Omskjæring av jenter berører også oppfatninger om seksualitet og nytelse. Tradisjonelt har det vært antatt at fordi en kvinne som har gjennomgått en type III-omskjæring er "trang", vil samleie med henne gi mannen større nytelse. Mange menn gir imidlertid også uttrykk for at de opplever samleie med infibulerte kvinner smertefullt, at det setter helt urimelige krav til deres ereksjon, og at de selv lider under den smerten de opplever at de påfører sine kvinner.

Noen forskere har beskrevet at menn som har seksuallerfaring både med kvinner som er omskåret og som ikke er det, sier at kvinner som ikke er omskåret er "lettere å tilfredsstille" og "kjenner mer". Dersom disse mennene skulle velge sine seksualpartnere ut fra underlivets beskaffenhet, ville de foretrekke kvinner som ikke er omskåret.

3.6.2.7 Fremming av fruktbarhet og helse

Det er et paradoks at kvinnelig omskjæring begrunnes med at det anses å fremme fruktbarhet, mens det er mange tegn på at det faktisk virker motsatt. Denne forestillingen knyttes tett til de andre positive oppfatninger om kvinnelig omskjæring. Enkelte hevder også at kvinnelig omskjæring sikrer kvinnens evne til å få et levende og sunt barn. En del mener at dersom et barn berøres av klitoris under fødselen, vil det dø. Derfor kan omskjæring av kvinner iblant skje mens kvinnen er gravid.

En rekke sykdommer og uønskede tilstander forbindes med at en jente ikke er omskåret. I samfunn i Sudan begrunnes en ormesykdom hos jenter med at de ikke er omskåret, og omskjæring anses som behandling for denne lidelsen. Hvis en jente til stadighet får forskjellige typer sykdommer, kan det også hende at omskjæring blir utført for å bote på dette. I samfunn i Etiopia blir tilstander som barnløshet og kroniske magesmerter f.eks. ofte forklart med at kvinnen det dreier seg om ikke er omskåret. Historiene om at "alt ble bedre etter omskjæringen" er mange.

3.6.3 Menns forhold til kvinnelig omskjæring

Det foreligger tvetydig informasjon om menns holdninger til kvinnelig omskjæring. Skikken kan ses på som en ekstrem form for kvinneundertrykking i et patriarkalsk samfunn. Samtidig oppfatter mange menn omskjæring av jenter som "et kvinneanliggende", som de ikke har noen rolle i. Den enkelte mann kan også ses på som offer for skikken, og det er ikke nødvendigvis slik at menn forsvarer omskjæring av jenter. Forskning viser at menn kan oppleve at de er utestengt fra beslutninger om omskjæring av jenter i familien. Mye tyder

også på at menns holdninger til omskjæring tas "for gitt" av de kvinnene som tar beslutningen, og at de antar at ingen mann vil gifte seg med en kvinne som ikke er omskåret i et samfunn der skikken er vanlig.

Forskning viser at menns holdninger ikke er så stereotyp, og at de - dersom de hadde blitt spurt - i mange tilfeller hadde motsatt seg omskjæring av sine døtre. Årsakene til at mange menn ikke støtter omskjæring ligger både i egen opplevelse av smerte knyttet til samleie, og til traumatiske opplevelser knyttet til omskjæringen av egne søstre i barndom og oppvekst.

Menn opplever imidlertid ofte krysspress i spørsmål om kvinnelig omskjæring. En mann er for eksempel forventet å penetrere sin infibulerte kone bryllupsnatten, og kan risikere å bli latterliggjort dersom det tar dager eller uker. En mann som er hensynsfull mot sin partner kan komme i dilemma mellom sine egne behov og hennes. I de tilfeller der det er ønske om det fra begge parter bør en søke å involvere menn aktivt i dialogen om kvinnelig omskjæring.

En etiopisk manns opplevelse av sin søsters omskjæring.

Det var tidlig på morgenen at Alemayehu våknet av stemmer i huset. Det var enda kaldt og tusmørkt, og han kunne ikke forstå hva alle de menneskene gjorde i huset så tidlig. Da han kom seg opp så han en eldre kvinne som han visste var en "gerash", en tradisjonell omskjærer. Naboene var også der, og noen kvinnelige slektninger. Da så han at Kelemua, hans halvsøster på fem år også var der. Hun satt på fanget til nabokona og så trett og litt forvirret ut. Stemoren til Kelemua satt på en liten krakk og brente kaffebønner, og praten gikk dempet om løst og fast. Alemayehu skjønnte da hva som var på ferde: dette var dagen da Kelemua skulle omskjæres. Han hadde gruet seg til denne dagen siden første gang han hørte omskjæringen nevnt. Han kjente fortvilelse og sinne nå som han skjønnte at de hadde bestemt seg. Han gikk over til bestemoren sin som satt inntullet i sin hvite "shama" på en trebenk ved veggen, og spurte henne hvorfor det var nødvendig å omskjære Kelemua. Han var sint og snakket til henne på en måte han ellers aldri hadde gjort. Hun slo hendene sammen i luften og svarte at det var "bahil", det er "tradisjon", og at ingen vil gifte seg med henne hvis hun ikke ble omskåret. Alemayehu skjønnte at det ikke var noe han kunne gjøre, men da de plasserte Kelemua med bena spredt, ytterst på en stol med nabokona sittende bak henne slik at hun kunne holde henne fast, ble han rasende. Han slo etter moren og bestemoren sin og skrek til dem at de ikke skulle gjøre det og at omskjæring av piker er farlig, men det nyttet lite. Alemayehu ble tatt til side og holdt der til det hele var over og Kelemuas skrik hadde forstummet. Da løp han ut og kom ikke tilbake før sent på ettermiddagen. Det tok lang tid før sinnet han følte overfor moren og bestemoren la seg. Nå er Alemayehu 27 år. Han har fremdeles "bildet av det som skjedde i hodet". Han avsluttet historien med å si: "Jeg hadde alltid tatt vare på henne, men da de tok henne den dagen var det ingenting jeg kunne gjøre." Opplevelsen av halvsøsterens omskjæring er i dag den viktigste grunnen til at Alemayehu er så sterkt imot omskjæring av jenter. Som han sier: "Jeg vil aldri la det skje med mine døtre dersom Gud skulle gi meg noen". (Kilde: Rye, Simon: *Circumcision in Urban Ethiopia. Practices, Discourses and Contexts*. Sosialantropologisk institutt, Universitetet i Oslo, 2000)

3.7 Oss og ”de andre”: noen refleksjoner om kropp og kultur i Vesten

Når vi møter skikker vi opplever som kvinneundertrykkende og som institusjonaliserte overgrep mot kvinnelig seksualitet, er det naturlig å reagere med harme. For at helsepersonell skal ha evne til å kommunisere med innvandrere og flyktninger om kvinnelig omskjæring på en mest mulig konstruktiv måte, kan det være til hjelp å tenke gjennom hva som er egen referanseramme i forhold til seksualitet og kropp.

Slanking har ikke bare å gjøre med en sunn kropp. Spesielt for jenter knyttes det å være slank til å være sexy. Spiseforstyrrelser kan neppe forstås uten å trekke inn seksualitet. Plastisk kirurgi foretas på mange steder på kroppen, men det er særlig korreksjon av brystene som har fengst interesse. Det har utviklet seg et helt marked for brystoperasjoner her hjemme og internasjonalt.

Mindre kjent er det kanskje at norske kvinner får utført kosmetiske inngrep på de små kjønnsleppene. Enkelte kvinner opplever at kjønnsleppene er for lange eller for slappe, og noen kvinner har fått høre av sine partnere at de er avvikende. Gynekologer i Norge har i stillhet utført plastiske inngrep på en del av disse kvinnene. Slike inngrep har selvfølgelig ikke de samme konsekvenser som kvinnelig omskjæring. Men fenomenet viser at også norske kvinner vil gå langt for å forandre på kroppen sin for at den skal være slik som de forestiller seg at andres kropp er, og for å være seksuelt tiltrekkende. Et slikt kosmetisk inngrep vurderes som å medføre varig endring av kjønnsorganene i lovens forstand, og har blitt vurdert å rammes av loven om kjønnslemlestelse.

I et forsøk på å forstå en annen kultur kan det også være til hjelp å se vår egen kultur i et historisk perspektiv. Også hos oss har vi hatt den oppfatning at kvinnelige kjønnsorganer har stor innvirkning på generell sykdom. Uttrykket ”hysteri” kommer fra ”hyster”, som betyr livmor. I Vesten mente man tidligere at psykiske lidelser hos kvinner skyldtes at livmoren vandret omkring i kroppen, og den foreskrevne behandlingen av slike lidelser var fjerning av livmoren og/eller eggstokkene. Klitoridektomi ble dessuten utført i Europa fram til siste verdenskrig på kvinner som viste seksuell lyst eller interesse utover det som ble ansett som akseptabelt, enten ved å ha mange partnere eller ved å masturbere. Sigmund Freud har blitt tillagt ansvaret for at medisinen i vår del av verden lenge anså klitoris for å være uren, og han hevdet at vaginalorgasme var mer ”modent” enn klitorisorgasme. Modifikasjon av kroppen er universelt, det er karakteren og graden som varierer. Ved å sette egen kultur i historisk og sammenliknende relieff ser man at det ikke alltid er så enkelt å opprettholde skarpe skiller mellom ”oss” og ”de andre”.

3.8 Bestrebelse på å bekjempe kvinnelig omskjæring

3.8.1 Bekjempelse av kvinnelig omskjæring i afrikanske land

Kolonimaktens første forsøk på å utrydde kvinnelig omskjæring ble av dem det angikk sett på som uttrykk for arroganse, og en måte å fordømme og undergrave afrikansk kultur på. Det var en tid da de fleste afrikanske land var kolonisert, og kunnskapen om Afrika var minimal og forestillingen om primitivitet og afrikansk ”villskap” var rådende. Metodene som ble brukt var svært ovenfra og ned, og ordbruken brutal. Da representanter for feministiske organisasjoner i Vesten tok opp spørsmålet på 1970-tallet, ble de beskyldt for ikke å se skikken i sin sosiale og kulturelle sammenheng, og de ble også beskyldt for å være arrogante.

I dag er situasjonen en annen. Nå er det afrikanere fra land som er berørte av skikken som selv leder an i kampen, og samarbeid ønskes velkommen. Det er enighet om at tilnærmingen må omfatte tiltak for å heve kvinners økonomiske status slik at de får mulighet til et anstendig underhold og ikke er avhengige av å underkaste seg andre. Deres rett til utdanning må oppfylles, slik at de kan forstå hva omskjæring innebærer, bli i stand til å ta egne avgjørelser og kreve å bli respektert på egne premisser. Kvinners seksualitet må ikke lenger ses på som noe som er farlig for dem selv og andre, og deres rett til liv og helse må respekteres.

3.8.1.1 Samfunnsarbeid mot kvinnelig omskjæring i Afrika

Fordi det foreløpig finnes lite sikker kunnskap om skikkens utbredelse, vites det også lite om hvordan utbredelsen endrer seg. Noen steder har det vært vellykkede prosjekter for å få bukt med skikken.

I **Uganda** er det en minoritet øst i landet, Sabiny-folket, som praktiserer en type II-omskjæring. Det foregår vanligvis i 15-25 års alder, og er en del av initieringsritualet, dvs. en del av ritualet som skal gjøre jentene til voksne kvinner. I 1989 startet staten, med hjelp av frivillige organisasjoner, en kampanje for å få slutt på skikken. Men Sabiny-folket opplevde dette som utidig innblanding fra utenforstående, og som en protest økte forekomsten av kvinnelig omskjæring. Fra 1995 og framover ble en annen framgangsmåte benyttet. En fikk i stand et samarbeid med de lokale beslutningstakere og organisasjoner, og brukte mye mer tid på informasjon til alle dem det gjaldt. Det ble lagt vekt på at andre, ikke-skadelige skikker i forbindelse med initieringen av jentene skulle bevares, og på jenters generelle skolegang. Personer som tidligere hadde foretatt omskjæringen ble gitt opplæring slik at de kunne få andre jobber. Selv om statistikken ikke er helt pålitelig, var det gledelig å se at ett år etter at den nye tilnærmingen hadde startet, var det en nedgang på 36 % i antallet jenter som ble omskåret, og i 1997 ble det ikke registrert noen nye tilfeller av omskjæring av jenter overhodet. (Kilde.: *Personlig meddelelse, Jackson Chekweko, REACH Project Manager, Kapchorwa, Uganda, 1998*)

I **Somalia** startet det organiserte arbeidet mot kvinnelig omskjæring i 1977, og Somali Women's Democratic Organization (SWDO) ble dannet i nært samarbeid med staten. Organisasjonen arbeidet for at kvinnelig omskjæring skulle utryddes. Til da hadde politikken vært at en anbefalte mer symbolske handlinger, som prikking av klitoris, istedenfor infibulering. SWDO fikk gjennomført at omskjæring av kvinner ble stoppet i sykehus, og det ble et offentlig tema. Organisasjonen inngikk allianser med religiøse ledere, det ble startet store opplæringsprogrammer for helsepersonell, og massemedia ble brukt til å spre informasjon om de helseskadelige virkningene.

Da Siad Barres parti Somali Revolutionary Party mistet makten i 1991, falt statsapparatet sammen, og med det opphørte også arbeidet til SWDO. (Kilde: *Dorkenoo, Efua: Cutting the Rose. Female Genital Mutilation: The Practice and its Prevention. Minority Rights Publications, London 1995*).

I de senere årene har det vært gjort forsøk på å etablere en nasjonal komite mot kvinnelig omskjæring, med støtte fra mange sentrale departementer og med forgreninger ut på grasrota. Et av forslagene er også å få et eget lovforbud, i tillegg til opplæring og annet samfunnsarbeid. UNICEF har støttet dette arbeidet.

3.8.1.2 Lovgivning mot kvinnelig omskjæring i Afrika

Et økende antall afrikanske land har eksplisitt lovforbud mot kvinnelig omskjæring. Det gjelder Burkina Faso (innført i 1996), Den sentralafrikanske republikk (innført i 1996), Djibouti (innført i 1995), Elfenbenskysten (innført i 1998), Ghana (innført i 1994), Senegal (innført i 1999), Tanzania (innført i 1998), Togo (innført i 1998). I mange andre land foreligger det enten dekreter som sier at kvinnelig omskjæring ikke skal foretas (som i Egypt og Kenya), eller det er generelle paragrafer i straffeloven som er relevante. Det er imidlertid viktig å være klar over at lovgivning alene ikke er tilstrekkelig for å avskaffe skikken. Erfaringer med slik lovgivning er at den må ses i forhold til sosial og økonomisk utvikling som tilfører kvinner ressurser og som setter kvinner i stand til å bestemme over sine egne liv. Det er dessuten åpenbare problemer knyttet til håndhevelse av lover mot kvinnelig omskjæring. Praksisen går lett "under jorden" dersom lovforbud ikke følges av en bevissthet om at skikken er risikofylt, uverdigg og unødvendig. Derfor må lovvedtak kombineres med arbeid for holdningsendring og bevisstgjøring både blant kvinner og menn. Arbeid med lovgivning i Egypt er en illustrasjon på at omskjæring av kvinner ikke kan ses isolert fra en bred sosial og politisk sammenheng. Omskjæring ble der av fundamentalister gjort til et spørsmål om islamsk rettroenhet og nasjonal selvbestemmelse. De tok skikken i forsvar og forsøkte å slå politisk mynt på den. Det førte til at den egyptiske regjeringen trakk tilbake et lovforslag om forbud mot inngrepet. Arbeidet mot kvinnelig omskjæring ble satt tilbake, men etter en tid tok arbeidet seg opp igjen.

3.8.2 Internasjonale organisasjoners arbeid med kvinnelig omskjæring

Afrikanske menneskerettighets- og kvinneorganisasjoner definerer nå omskjæring av kvinner som et problem, og er ledende i globalt solidaritetssamarbeid. Det dreier seg særlig om å arbeide mot at jenter blir omskåret, og å gi anstendige helsetjenester til kvinner som allerede er omskåret, spesielt i forbindelse med fødsler. Dette er en stor utfordring, fordi det dreier seg om svært fattige land der helsetjenestene fra før av har svært mange påtrengende oppgaver, og helsetjenestene ved fødsler mange steder er katastrofalt dårlige. Internasjonale organisasjoner inklusive FN arbeider intensivt med disse problemstillingene.

Den første gangen kvinnelig omskjæring ble tatt opp i en FN-organisasjon var i Menneskerettighetskommisjonen i 1952. Men FN har inntil ganske nylig vært nok så handlingslammet i forhold til spørsmålet. Dette må ses på som uttrykk for sensitiviteten i temaet, og at FN er politisk styrt. Det som er vanskelig å ta opp i de enkelte medlemslandene er også vanskelig å sette på dagsorden i FNs fora.

Verdens helseorganisasjon (WHO) har arbeidet med spørsmålet om kvinnelig omskjæring siden 1958. Men som for andre FN-organisasjoner tok det tid før det kom noe fart i arbeidet. I den første tiden var det manges oppfatning at et slikt tema ikke var noe for WHO fordi det vedrørte privatsfæren. Kvinnelig omskjæring ble ikke omtalt spesifikt, men innbakt i uttrykk som "tradisjoner som skader kvinner og barn". Senere har en blitt mye mer eksplisitt, og nå er det høyt prioritert i WHO å samle og spre kunnskap om skikken, og å arbeide for utryddelse. I 1993 vedtok Verdens helseforsamling, som er organisasjonens øverste besluttede organ, en resolusjon om temaet, og arbeidet med dette feltet er høyt prioritert i organisasjonen. WHO har også tatt et klart standpunkt mot at helsepersonell skal utføre inngrepet. Det er et dilemma at helsepersonell antagelig kan utføre inngrepet med mindre

skade enn legfolk. Men det veier tyngre at slik praksis gir inngrepet legitimitet, og på lang sikt antas å være med på å opprettholde praksisen.

UNICEF, som er FNs barnefond, har lenge engasjert seg i menneskerettighetsspørsmål, i tillegg til at barns helse er en viktig del av organisasjonens arbeid. UNICEF har engasjert seg sterkt i spørsmålet, og gir bl.a. støtte til nasjonale komiteer mot kvinnelig omskjæring i en rekke afrikanske stater.

FNs høykommissariat for flyktninger, UNHCR, er toneangivende når det gjelder flyktningers rettigheter i verden, og har også tatt opp temaet seksualisert vold mot kvinner. Organisasjonen går inn for at kvinner som har blitt voldtatt, har gjennomgått andre typer seksualisert vold eller flykter for omskjæring, skal ha rett til flyktningestatus.

Organisasjonen av afrikanske stater (OAU) er også aktive i arbeidet mot kvinnelig omskjæring.

Første gang et møte med representanter for alle FNs medlemsland vedtok en handlingsplan som omfattet bekjempelse av kvinnelig omskjæring, var på den internasjonale konferansen om befolkning og utvikling i Kairo i 1994. Året før hadde Menneskerettighetskonferansen i Wien banet veien for en slik bestemmelse, men da brukte en generelle vendinger om "tradisjoner som skader barn og kvinner". Kvinnekonferansen i Peking i september 1995 gjentok målsettingen fra Kairokonferansen om å bekjempe kvinnelig omskjæring. Det er ikke lenger kontroversielt å ta opp problemet internasjonalt, men måten det tas opp på er fremdeles viktig. Det finnes riktignok enkeltstående innlegg i internasjonale tidsskrifter der omskjæring forsvares fordi den er en viktig del av kulturen, men slike innlegg er nå meget sjeldne.

3.8.3 Noen internasjonale konvensjoner, erklæringer og handlingsplaner som omfatter omskjæring av kvinner

Det finnes en rekke paragrafer i menneskerettighetskonvensjoner som brukes til å bekjempe kvinnelig omskjæring, og det har vært gjort vedtak på globale konferanser der landene forplikter seg til å bekjempe kvinnelig omskjæring. Alt dette er viktige verktøy som kan benyttes til handling på nasjonalt og lokalt plan. De viktigste bestemmelsene er:

- Verdenserklæringen om menneskerettighetene av 1948, som sier at alle mennesker har rett til å leve under forhold der de kan nyte godt av god helse og helseomsorg.
- De internasjonale konvensjonene om sivile og politiske rettigheter og om økonomiske, sosiale og kulturelle rettigheter av 1966, som fordømmer diskriminering på grunnlag av kjønn, og anerkjenner alles rett til fysisk og mental helse.
- Konvensjonen om avskaffelse av alle former for diskriminering av kvinner av 1979, som pålegger "å iverksette alle egnede tiltak, herunder lovgivning, for å endre eller avskaffe eksisterende lover, sedvaner og skikker som utgjør diskriminering av kvinner" (artikkel 2f), og "å endre menns og kvinners sosiale og kulturelle atferdsmønstre med sikte på å avskaffe fordommer og sedvaner og annen praksis som er basert på forestillinger om at ett av kjønnene er overlegent eller underlegent, eller på stereotype roller for menn og kvinner" (artikkel 5a).
- Konvensjonen om barns rettigheter ("Barnekonvensjonen") av 1990 som beskytter retten til lik behandling uten hensyn til kjønn (artikkel 2), til frihet fra alle former

for mental og fysisk vold og mishandling (artikkel 19.1), til høyest mulig helsestandard (artikkel 24.1) og til frihet fra tortur og grusom, inhuman eller nedverdiggende behandling (artikkel 37a). Konvensjonen sier at staten skal treffe effektive og egnede tiltak for å avskaffe tradisjonelle skikker som er til skade for barns helse.

- Wien-erklæringen og handlingsplanen for Verdenskonferansen om menneskerettighetene av 1993, som omfatter kjønnsbaserte overgrep som kvinnelig omskjæring.
- Erklæringen fra det 45. World Medical Assembly i 1993 som fordømmer kvinnelig kjønnsmutilering og legers utøvelse av kjønnslemlestelse.
- Handlingsplanen for Den internasjonale befolknings- og utviklingskonferansen ("Befolkningskonferansen") fra 1994 der FNs medlemsland forplikter regjeringer til å treffe tiltak for å gjøre slutt på kvinnelig omskjæring.
- Handlingsplanen for Den fjerde verdenskonferansen om kvinner ("Kvinnekonferansen") i 1995, der medlemslandene i FN bestemte seg for å utarbeide programmer for avskaffelse av alle former for diskriminering av jentebarn, herunder omskjæring.

For at disse konvensjonene og arbeidsplanene skal ha noen praktisk betydning, må det utvikles handlingsrettede og konkrete tiltak på lokalt nivå i samfunn der omskjæring av kvinner foregår. Slike initiativ blir i økende grad tatt av ikke-statlige organisasjoner i land der omskjæring foregår, ofte med faglig og økonomisk støtte fra FN.

3.8.4 Noen internasjonale, frivillige organisasjoner er sentrale i arbeidet mot kvinnelig omskjæring

Adresse og telefonnummer til organisasjoner som arbeider mot kvinnelig kjønnslemlestelse finnes bakerst i heftet.

Inter-African Committee on Traditional Practices Affecting the Health of Women and Children, (ofte bare kalt Inter-African Committee) ble startet i 1984. Organisasjonen har hovedkontor i Addis Abeba i Etiopia, og nasjonale komiteer i 26 afrikanske land. Den har også et underkontor i Genève, og dessuten et kontor i Frankrike som arbeider spesielt i forhold til migranter. Organisasjonen samarbeider med myndigheter og med andre organisasjoner for å utrydde praksisen. De driver forskning og dokumentasjon både av omfanget av kvinnelig omskjæring, og av hva som er virksomt for å motarbeide praksisen.

FORWARD, *Foundation for Women's Health*, er en organisasjon som ligger i London, og som springer ut av menneskerettighetsarbeid, The Minority Rights Group. De arbeider med å spre opplysning om kvinnelig omskjæring særlig i forbindelse med innvandring.

IPPF, *International Planned Parenthood Federation*, er en paraplyorganisasjon for familieplanleggingsforeninger i hele verden. De har foretatt en del forskning om kvinnelig omskjæring, og de distribuerer materiale. Organisasjonens hovedkontor ligger i London.

RAINBO, *Research, Action & Information Network for Bodily Integrity of Women*, ligger i New York. Organisasjonen arbeider med kvinnelig omskjæring ut fra helse- og

menneskerettighetsperspektiv. De driver med opplæring og forskning for å påvirke stater og internasjonale organisasjoner.

Det finnes også en rekke nasjonalt baserte organisasjoner som arbeider mot kvinnelig omskjæring, bla. Redd Barna i Norge, og søsterorganisasjonene i andre land.

3.8.5 Lovgivning om kvinnelig omskjæring i Norge og noen andre land som mottar innvandrere og flyktninger

Også før det ble vedtatt en egen lov var det ansett å være forbudt å utføre omskjæring av jenter både for helsepersonell og for andre i Norge. I et rundskriv av 24. mars 1980 til alle landets leger, skrev helsedirektør Torbjørn Mork at han anså omskjæring av kvinner, uansett omfang, å innebære "betydelig skade på legeme eller helbred i straffelovens forstand". Det betød bl.a. at helsepersonell ikke kunne gjøre inngrepet i noe tilfelle, uansett alder eller samtykke. En kjenner ikke til at helsepersonell har utført omskjæring av jenter i Norge. I Sverige hadde en imidlertid det problemet at enkelte helsearbeidere foretok inngrepet. Begrunnelsen var at alternativet var verre, nemlig at foreldrene kunne få det utført av ukyndige. Dette førte til at Sverige i 1982 fikk en lov som eksplisitt forbød omskjæring av jenter i Sverige, og som dessuten forbød rekonstruksjon av omskjæringen etter fødsel.

I Norge fungerte rundskrivet fra 1980 tilfredsstillende fram til begynnelsen av 90-tallet. Da ble det fra juridisk hold reist spørsmål om straffeloven kunne brukes slik som tidligere antatt. Selv om det var et teoretisk problem mer enn et praktisk, var det uklart hvordan det stilte seg i tilfeller der kvinnen selv gir samtykke til inngrepet. Det rådet dessuten uklarhet i forhold til reparasjon og gjensyng etter fødsel, og det ble klart at media blandet sammen slik reparasjon med omskjæring. Dette synliggjorde behovet for avklaring, og det ble fremmet forslag om en egen lov som eksplisitt forbyr kvinnelig omskjæring. Loven ble vedtatt høsten 1995. Innstillingen fra sosialkomiteen og lovens ordlyd er å finne i veglegg 1.

Innvandringen til Europa av mennesker fra land der omskjæring praktiseres har stilt landene overfor nye utfordringer. Noen land har særskilte lover mot kjønnslemlestelse. Foruten for Norge gjelder det Sverige, England og Sveits. Men alle land har lover mot barnemishandling og mot legemsbeskadigelse. I Frankrike har en brukt slik generell lovgivning til å domfelle personer for omskjæring av jenter. I Europa var Sverige først ute med å vedta en egen lov mot kvinnelig omskjæring.

Storbritannia innførte en egen lov i 1985, og loven mot kvinnelig omskjæring i Norge ble vedtatt i 1995. Australia fikk en egen lov i 1994 og USA i 1995. Land som Danmark, Frankrike, Nederland og Italia har ingen lov spesielt mot omskjæring av kvinner, men i disse landene rammes kvinnelig omskjæring av generelle bestemmelser i straffeloven.

Del 4: Opplæring og samfunnsarbeid

4.1 Opplæring av helsepersonell

Blant personell i helsesektoren i Norge er det et stort behov for opplæring om flyktninger og innvandrere generelt, og om kvinnelig omskjæring spesielt. Det er viktig at helsearbeidere vet når det kan være aktuelt at en kvinne er omskåret, at de gjenkjenner omskjæring når de ser det, og vet hvordan det skal håndteres. Det er også behov for å bygge ut tilbudet om rehabilitering, inklusive deinfibulering, og det er behov for systematisk innsamling av hjelpeapparatets erfaring med disse spørsmålene.

En del helsearbeidere kan fortelle at de blir overveldet av sine egne følelser når de ser underlivet til en omskåret kvinne, eller når de skal snakke med flyktninger og innvandrere om omskjæring. Det er ikke noe godt utgangspunkt for profesjonelt arbeid. Poenget er ikke at helsepersonell skal være ufølsomme, men at de i pasientkontakten ikke skal bli så overveldet av egne reaksjoner at de ikke makter å sette pasienten i sentrum. Målet må være å utvikle profesjonalitet gjennom økt kunnskap og sensitivitet.

Helsepersonell kan ha behov for følelsesmessig forberedelse og bearbeiding i forhold til opplevelser knyttet til kvinnelig omskjæring. Dersom det ikke finnes et eget støtteapparat for personell som av og til opplever at jobben er vanskelig, er det en fordel om man kan snakke med noen som har erfaring fra arbeid med kvinner som er omskåret. Dette er antakelig av størst betydning i forkant av det første møtet med en omskåret kvinne. Slik forberedelse krever imidlertid bevissthet og planlegging fra avdelingens side.

Faktisk kunnskap om kvinnelig omskjæring viser seg å fungere godt for å bearbeide egne reaksjoner. **Skjønnlitteratur** kan også være en innfallspurt til bearbeiding. I skjønnlitteraturen møter en på en annen måte enn i faglitteraturen menneskene bak handlingene, og det kan gi en forståelse av meningen i tilsynelatende meningsløse handlinger. Skjønnlitteraturen kan også gi forståelse av de sosiale forholdene som er med på å skape skikker, slik at det gir forståelse av hva som skal til for å få til endringer. Det kan også gi innsikt i den smerte som enhver endring fører med seg.

Det vises til litteraturlisten bak i dette heftet, der en del aktuell litteratur er opplistet, og det angis videre kilder for informasjon.

Omskjæring bør også være et tema på faglige kurs, og i faglige diskusjoner på arbeidsplasser der en kommer i kontakt med problematikken: helsestasjoner, flyktningekontor, barnevern, barnehager, skoler og sykehus. På tilsvarende måte som flyktninger og innvandrere kan trenge tid på å bearbeide den informasjon og veiledning som de får om den norske loven og praksisen her, kan helsepersonell trenge gjentatt informasjon og tid til å forstå og bearbeide.

4.2 Samfunnsarbeid blant flyktninger

Det er svært viktig at informasjon om lovforbudet blir gjort kjent blant flyktninger og innvandrere, og at det skjer på en måte som skaper tillit og åpner for samarbeid.

Argumentene i forhold til helse og religion står sentralt. Det kan også være viktig å ta opp migrasjonens betydning, og å se på alternative måter å befeste identitet og samhold.

Holdningsskapende arbeid bør søke å involvere institusjoner og personer av betydning for dem det gjelder, slik som religiøse ledere. Eksisterende grupper og organisasjoner, f.eks. mødregrupper og ungdomsklubber, er også naturlige utgangspunkt.

Innvandrerforeninger befatter seg med innvandreres interesser, og det kan iblant være vanskelig for dem å ta opp et tema som er kontroversielt og som kan oppfattes som splittende, når samhold om felles interesser kan være presserende. Det finnes likevel innvandrerforeninger som har tatt opp omskjæring av kvinner, og samarbeid mellom helsevesen og slike organisasjoner kan være svært produktivt. Det samme gjelder samarbeid med radio, aviser og tidsskrifter for innvandrere.

Kvinnelig omskjæring har etter hvert også blitt tatt opp av interessegrupper og organisasjoner i afrikanske land som er berørt av skikken, så vel som i land som mottar flyktninger og innvandrere fra land der skikken praktiseres. I Norge finnes det for eksempel somaliske kvinnegrupper som arbeider for bedring av kvinners helse. Kvinnefronten har også engasjert seg i arbeidet for å avskaffe praksisen både i Norge og internasjonalt, og å gi støtte til kvinner som allerede er omskåret.

Helsepersonell med innvandrerbakgrunn er en stor ressurs i dette arbeidet, og det er mange som er svært interessert i samarbeid. Både på lokalt og sentralt plan er det store muligheter i slikt samarbeid.

Del 5: Her kan du hente mer informasjon

5.1 Organisasjoner som arbeider med kvinnelig omskjæring, og som formidler informasjon og materiale

Se s. 57-58 for nærmere omtale av disse organisasjonene.

Foundation for Women's Health (FORWARD), 6th Floor, 50 Eastborne Terrace, London W2 6LX, England. Tel: 44-207-725 2606. Fax: 44-207-725 2796. Hjemmeside:

Göteborgs stad, Invandrarförvaltningen. Box 11305, 40427 Göteborg, Sverige.
Tel. 46-31-6110 00.

Inter-African Committee, 147, rue de Lausanne, CH-1202 Genève, Sveits.
Tel. 41-22-731 24 20 eller 732 08 21. Fax 41-22-738 1823.

IPPF, Regent's College, Inner Circle, Regent's Park, London NW1 4NS, England.
Tel. 44-207-487 7900. Fax 44-207-487 7950. Hjemmeside: www.IPPF.org

RAINBO, 915 Broadway, Suite # 1603, New York, N.Y. 10010-7108,
Tel. 1-212-477 3318, fax 1-212-477 4154. Hjemmeside: www.RAINBO.org

World Health Organization. CH-1211 Geneva 27, Sveits. Tel. 41-22-791 2111.
Fax 41-22-791 4868. Hjemmeside: www.WHO.org

5.2 Faglige råd og retningslinjer fra Statens helsetilsyn som er aktuelle i forbindelse med kvinnelig omskjæring

Rundskriv IK-9/93: Retningslinjer for helsetjenestetilbud til innvandrere og asylsøkere (er under revisjon).

IK-2277 Flyktninger og asylsøkere - helseproblemer og medisinsk behandling.

IK-2318 Kurspakke i helsearbeid for flyktninger, asylsøkere og innvandrere.

5.3 Litteratur om helsearbeid og sosialt arbeid med flyktninger og innvandrere

Austveg, Berit: Helsearbeid og innvandrere. 2. reviderte utgave. TANO, Oslo 1994 .

Hagen, Gerd og Nasushad Ali Quereshi: Etnisitet i sosialt arbeid: Arbeid med etniske minoriteter i barnevern og sosiale tjenester. Tano-Aschehoug, Oslo 1996.

Hanssen, Ingrid: Helsearbeid i et flerkulturelt samfunn. Universitetsforlaget, Oslo 1996.

Horntvedt, Tone: Helsearbeid i flerkulturell sammenheng. Vett og Viten, Nesbru 1997.

Kommunaldepartementet & Utlendingsdirektoratet: Norge som flerkulturelt samfunn. Et undervisningsopplegg (Forfattere: Berit Torbjørnrud & Ada Engebriksen). Oslo 1995.

Skare, Signe: Flerkulturelt barnevern: Håndbok. Kommuneforlaget, Oslo 1993.

Sveaass, Nora & Edvard Hauff (red.): Flukt og fremtid: Psykososialt arbeid og terapi med flyktninger. Ad Notam, Oslo 1999.

5.4 Generell litteratur om kvinnelig omskjæring

Abdalla, Raqiya Haji Dualeh: Sisters in Affliction. Circumcision and Infibulation of Women in Africa. Zed Press, London 1982.

Andersson-Brolin, Lillemor: How to eradicate circumcision of girls? A study of efforts in Egypt, Kenya and Mali. Rädda Barnen, Stockholm 1990.

- El Dareer, Asma: *Woman, Why Do You Weep? Circumcision and Its Consequences*. Zed Press, London 1982.
- El Saadawi, Naawal: *Eva skjulte ansigt - kvinder i den arabiske verden*. Mellemfolkeligt Samvirke, København 1981.
- D-Ashur, Shamis: *Silent Tears*. London's Black Women's Health Action Project 1989.
- Dorkenoo, Efua: *Cutting the Rose. Female Genital Mutilation: The Practice and its Prevention*. Minority Rights Group, London 1994.
- Dorkenoo, Efua & Elworthy, Scilla: *Female Genital Mutilation: Proposals for Change*. Minority Rights Group, London 1992.
- Dirie, Mahdi Ali: *Female Circumcision in Somalia. Medical and Social Implications*. Somali Academy of Sciences and Arts, Mogadishu 1985.
- Forebyggelse af omskæring af piger. Sundhedsstyrelsen, København 1999.
- Hosken, Fran P: *The Hosken Report: Genital and Sexual Mutilation of Females*. Fourth Revised Edition. Women's International Network News, Lexington, Mass., 1993.
- Izett, Susan & Nahid Toubia: *Learning About Social Change: A Research and Evaluation Guidebook Using FC/FGM as a Case Study*. RAINBO, New York 1999.
- Kamara, Connie Hedrington: *HADITHI: Guinea Means Woman*. RAINBO, New York, 1998.
- Kenyon, Susan M.: *Five Women of Sennar: Culture and Change in Central Sudan*. Clarendon Press, Oxford, 1991.
- Koso-Thomas, Olayinka: *The Circumcision of Women. A Strategy for Eradication*. Zed Books, London & New Jersey 1987.
- Kvinnelig omskjæring. En felleseklæring fra WHO/UNICEF/UNFPA. FN-sambandet i Norge, Oslo 1998.
- Lightfoot-Klein, Hanny: *Prisoners of Ritual. An Odyssey into Female Genital Circumcision in Africa*. The Haworth Press, New York - London, 1989.
- Omsäter, Margareta: *Den smärtsamma traditionen. Om Göteborgsprojektet mot kvinnlig könsstympning*. Göteborgs invandrarförvaltning, Göteborg 1996.
- Paide, K.E. et al: *The Politics of Reproductive Ritual*. University of California Press, Berkeley, 1981.
- Rye, Simon: *Circumcision in Urban Ethiopia. Practices, Discourses and Contexts*. Sosialantropologisk institutt, Universitetet i Oslo, 2000.
- Sanderson, Lilain Passmore: *Against the Mutilation of Women: The Struggle Against Unnecessary Suffering*. Ithaca Press, London 1981.
- Toubia, Nahid: *Female Genital Mutilation. A Call for Global Action*. Women, Ink., New York 1995 (Bestilles fra RAINBO).
- Toubia, Nahid: *Caring for Women with Circumcision: A Technical Manual for Health Care Providers*. RAINBO, New York 1999.
- World Health Organization: *A Systematic Review of the Health Complications of Female Genital Mutilation including Sequelae in Childbirth*. WHO, Genève 2000.
- World Health Organization: *Female Genital Mutilation. A handbook for frontline workers*. WHO, Genève 2000.
- World Health Organization: *Female Genital Mutilation: Information Kit*. WHO, Genève 1996.
- World Health Organization: *Female Genital Mutilation. Programmes to Date: What Works and What Doesn't*. WHO, Genève 1999.
- World Health Organization: *Regional Plan of Action to Accelerate the Elimination of Female Genital Mutilation in Africa*. WHO Regional Office for Africa, Brazzaville, 1997.

5.5 *Skjønnlitteratur*

Dirire, Waris & Cathleen Miller: Ørkenblomsten. Egmont Hjemmets bokforlag, Oslo 1998.

Lee Barnes, Virginia & Janice Boddy: Aman: en kvinne fra Somalia forteller. Hjemmets bokforlag, Oslo 1996.

Walker, Alice: Gledens hemmelighet. Aschehoug, Oslo 1993.

Publikasjonen kan ha begrenset gyldighet.
Spørsmål om innholdet rettes til Helsedirektoratet.

Publikasjonen kan ha begrenset gyldighet.
Spørsmål om innholdet rettes til Helsedirektoratet.

Vedlegg 1

Innstilling fra sosialkomiteen om lov om forbud mot kjønnslemlestelse (omskjæring av kvinner).

Innst.O.nr.9 (1995-1996)

Sammendrag

Sosial- og helsedepartementet legger i proposisjonen fram forslag til lov om forbud mot kjønnslemlestelse (omskjæring av kvinner). Forbudet retter seg mot alle former for omskjæring av kvinner.

For de fleste praktiske tilfeller av omskjæring antas det at dette allerede rammes av straffelovens bestemmelser om legemsbeskadigelse. Når det likevel foreslås en bestemmelse i egen lov, er det dels for å avklare tvilsomme grensespørsmål, dels fordi en slik bestemmelse antas å ha større opplysningsverdi og en klarere markering av norske myndigheters avstandstagen til omskjæring av kvinner.

Det framholdes i proposisjonen at utbredelsen av kvinnelig omskjæring først og fremst ser ut til å være geografisk betinget, og ikke knyttet til en særskilt religion. Det forekommer særlig i et afrikansk belte ved og nord for ekvator, men er ikke begrenset bare til disse områdene. Andelen omskårne kvinner i befolkningen, og graden av omskjæring for hver enkelt, kan variere sterkt.

Verdens helseorganisasjon karakteriserer omskjæring av kvinner som «kjønnsmessig lemlestelse». Forbud mot alle former for kvinnelig omskjæring har lenge stått på dagsorden til UNICEF og andre internasjonale organisasjoner, både ut fra medisinske grunner og med henvisning til at omskjæring av kvinner er krenkelse av menneskerettighetene.

Det orienteres i proposisjonen bl.a. om initiativ fra Den norske nasjonalkommisjonen for UNESCO, Statens helsetilsyn og fra organisasjoner som f.eks. Human-Etisk Forbund der spørsmålet om lovforbud mot omskjæring av kvinner er blitt tatt opp.

Det redegjøres for de ulike former for omskjæring av kvinner som praktiseres, og for de helsemessige konsekvensene av slik omskjæring. Disse konsekvensene kan følge umiddelbart i forbindelse med inngrepet (f.eks. infeksjoner, sjokk og vevskader), det kan dreie seg om seinvirkninger (f.eks. urinveiskomplikasjoner, menstruasjonsproblemer eller vanskeliggjøring av samleie), eller det kan arte seg som framtidige fødselskomplikasjoner.

Det framholdes at gjeldende norsk lovgivning ikke inneholder et uttrykkelig forbud mot omskjæring av kvinner. Dette innebærer imidlertid ikke at omskjæring av kvinner er tillatt i Norge. Omskjæring av kvinner er forbudt og kan rammes av både legeloven og straffeloven. Omskjæring av kvinner antas å stride mot norsk legetikk, og vil derfor kunne innebære brudd på legelovens krav til forsvarlig behandling.

I § 30 i lov av 8. april 1981 nr. 7 om barn og foreldre omhandles innholdet av foreldreansvaret. Av bestemmelsens tredje ledd framgår det at barnet ikke skal utsettes for vold eller på annen måte bli behandlet slik at den fysiske eller psykiske helse blir utsatt for skade eller fare. Dersom mindreårige jenter blir omskåret av foreldrene, eller under medvirkning fra disse, antar departementet at forholdet kan rammes av barnelovens § 30 tredje ledd.

Det vises til at omskjæring av kvinner er forbudt ved egen lov i Sverige og Storbritannia. Av andre europeiske land er omskjæring forbudt i Sveits og Frankrike der dette anes som barnemishandling og dømmes deretter. Omskjæring av kvinner er for øvrig også forbudt i en rekke afrikanske land som Sudan, Egypt, Mali, Nigeria, Senegal, Sierra Leone, Djibouti og Guinea.

Som mange andre land har Norge tilsluttet seg FNs konvensjon om barns rettigheter. I artikkel 24 § 3 fastslås det at konvensjonsstatene skal søke ved alle effektive og hensiktsmessige midler å avskaffe tradisjonelle sedvaner som er skadelig for barns helse. En slik skadelig sedvane er omskjæring av kvinner.

Forslaget til lov har vært på høring til departementene, medisinske og juridiske miljøer, samt organisasjoner som arbeider med innvandrrelaterte spørsmål. 43 instanser har svart. Ingen av høringsinstansene hadde innvendinger mot et lovforbud mot kjønnslemlestelse, og innholdet i forslaget har bred støtte. Enkelte høringsinstanser var imidlertid av den oppfatning at et lovforbud burde innarbeides i straffeloven. Andre fant at en særlov var å foretrekke av hensyn til den opplysningsverdien lovforbudet vil ha. Mange høringsinstanser pekte på at det er viktig at forslaget følges opp med opplysning til miljøer hvor kjønnslemlestelse forekommer, og til helsearbeidere.

Det uttales at departementet anser det som svært viktig å ta hensyn til innvandrerkulturers normer, men at ikke enhver norm er beskyttelsesverdig dersom det dreier seg om undertrykkende eller fysisk ødeleggende normer.

Det er for øvrig tegn som tyder på at omskjæring foretas på stadig yngre piker. Omskjæring kan i denne forbindelse være å anse som fysiske overgrep mot barn. Departementet vil her understreke viktigheten av å gi barn et særskilt vern også i forhold til denne type overgrep.

Departementet fremmer derfor forslag om en egen lov med uttrykkelig forbud mot omskjæring av kvinner. I tråd med WHO's begrepsbruk foreslår departementet at det i loven brukes begrepet «kjønnslemlestelse».

Et av formålene med lovforslaget er bl.a. å fange opp de tilfeller som ikke rammes av straffelovens bestemmelser. Det vises i denne forbindelse spesielt til at et samtykke fra en myndig og tilregnelig kvinne til et inngrep av mindre omfang kan være straffriende etter straffeloven. Departementet foreslår at forbudet gjelder uansett om kvinnen har gitt samtykke til omskjæring.

Forbudet rammer ikke inngrep som er medisinsk begrunnet, f.eks. nødvendige inngrep i forbindelse med fødsel, fjerning av kjønnsorganer ved kreft o.a. Korrigering av medfødte misdannelser som f.eks. tvekjønnethet eller legitime kjønnskifteoperasjoner rammes heller ikke av forbudet.

For å sette forbud mot at noen tar med barn til land hvor omskjæring er utbredt og får utført inngrepet der, foreslås det at straffeloven § 12 nr. 3 bokstav a endres slik at denne lov får anvendelse også på handlinger foretatt i utlandet av norsk statsborger eller noen i Norge hjemmehørende person. Omskjæring er også offisielt forbudt i en rekke land der dette er mest utbredt.

Under henvisning til inngrepets alvorlige karakter og de helsemessige konsekvenser dette kan medføre, foreslår departementet tre straffealternativer, med strafferammer med fengsel inntil 3, 6 og 8 år. De foreslåtte strafferammer korresponderer med straffeloven § 229 om legemsbeskadigelse. Andre og tredje straffealternativ skal forstås på samme måte som straffeloven § 229.

Sosial- og helsedepartementet regner ikke med at lovforslaget vil medføre nevneverdige økonomiske eller administrative konsekvenser for domstolen, påtalemyndigheten eller fengselsmyndighetene.

Komiteens merknader

Komiteen, medlemmene fra Arbeiderpartiet, lederen, Bjørnstad, Bæivi, Hornslien, Kristoffersen, og Wennevold Osflaten, medlemmene fra Senterpartiet, Gløtvold, Kvalbukt og Viken, medlemmene fra Høyre, Gabrielsen og Høegh, medlemmet fra Sosialistisk Venstreparti, Sortåsløkken, medlemmet fra Kristelig Folkeparti, Svarstad Haugland, og medlemmet fra Fremskrittspartiet, Alvheim, mener det er nødvendig å vedta en slik særlov, både fordi gjeldende norsk lovgivning i dag ikke inneholder et uttrykkelig forbud mot omskjæring av kvinner, og for å markere at en tar sterk avstand fra kjønnslemlestelse av kvinner. Komiteen vil på denne måten si et klart nei til en kulturell praksis som rammer kvinners liv på en nedverdiggende og helsefarlig måte. Komiteen er enig i at bruken av begrepet «kjønnslemlestelse» er en viktig markering av de alvorlige konsekvenser av slik praksis. En strafferettslig særlov betyr at lovverket brukes aktivt til å ta avstand fra slik mishandling av kvinner.

En slik lov er også i tråd med internasjonale menneskerettsstandarder. Kvinnelig kjønnslemlestelse er internasjonalt definert som brudd på kvinners menneskerettigheter. I den første rapporten fra FNs Menneskerettighetskommisjons spesialrapport om vold mot kvinner, av november 1994, beskrives kvinnelig kjønnslemlestelse som instrument for å kontrollere kvinners seksualitet og det kanskje mest ekstreme eksempel på skadelige tradisjoner med formål å kontrollere kvinners seksualitet for å sikre korrekt farskap og videreføring av eiendom i ættelinjen.

Omskjæring av kvinner er forbudt i en rekke europeiske land, og også i mange av de afrikanske landene hvor praksisen forekommer.

Komiteen vil også vise til at Norge var med på å vedta den Regionale Handlingsplanen fra FN's 4. kvinnekonferanse i 1995 der regjeringene oppfordres til å aktivt motarbeide og utrydde vold mot kvinner som er resultatet av en skadelig tradisjon og sedvane, herunder å forby kvinnelig kjønnslemlestelse.

Norge har etterhvert fått innvandrere fra land hvor omskjæring ikke er uvanlig. Komiteen finner ikke grunnlag for å støtte skikker som innebærer brudd på menneskerettighetene og tar avstand fra bl.a. undertrykkende, fysiske ødeleggende eller lignende normer, slik kjønnslemlestelse av kvinner er.

Komiteen er kjent med at det kan tyde på at omskjæring foretas på stadig yngre piker. Dette er grov fysisk lemlestelse av småjenter fra helt nyfødte opp til sjuårsalderen, eller helt fram til puberteten. Disse jentene har ikke noe valg, og de vet ikke på forhånd hva det innebærer. Siktemålet med handlingen er å kontrollere den voksne kvinnens seksualitet. Det er derfor spesielt viktig å gi barna et særskilt vern også i forhold til denne type overgrep. Komiteen er derfor enig i at foreldre eller andre som medvirker eller bidrar til inngrep her i Norge eller i utlandet, kan straffes.

Komiteen ser det som svært viktig at innvandrerne blir meddelet på et forståelig språk at kjønnslemlestelse nå blir forbudt i Norge og kan straffes med fengsel. Det kan også være nødvendig at helsemyndighetene går ut til de innvandrergupper som praktiserer kjønnslemlestelse, med holdningsskapende informasjon om de fysiske og psykiske problemer som dette kan skape for kvinnene. Helsepersonell må få informasjon om hvordan de skal forholde seg til omskårne kvinner, slik at kvinnene det gjelder, ikke blir påført tilleggsbelastninger.

Komiteen har merket seg at lovforslaget tar sikte på å ramme alle typer kjønnslemlestelse av kvinner.

Komiteen støtter den strenge strafferammen med fengsel inntil 3, 6 eller 8 år.

Komiteens tilråding

Komiteen viser til proposisjonen og det som står foran, og rår Odelstinget til å gjøre følgende

vedtak til lov om forbud mot kjønnslemlestelse.

I.

§ 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 3 år, men inntil 6 år dersom inngrepet har som følge sykdom eller arbeidsudyktighet som varer over 2 uker, eller en uheldelig lyte, feil eller skade er voldt, og inntil 8 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.

§ 2.

Loven trer i kraft fra den tid Kongen bestemmer.

II.

Fra den tid lov om forbud mot kjønnslemlestelse trer i kraft, skal straffeloven av 22. mai 1902 nr. 10 § 12 nr. 3 bokstav a lyde:

hører blant de som omhandles i denne lovs kap. 8, 9, 10, 11, 12, 14, 17, 18, 20, 23, 24, 25, 26 eller 33, eller §§ 135, 141, 142, 144, 169, 192-195, 199, 206-209, 222-225, 227-235, 238, 239, 242-245, 291, 292, 294 nr 2, 317, 326-328, 330 siste ledd, 338, 367-370, 380, 381 eller 423, *eller omhandles av lov om forbud mot kjønnslemlestelse*, og i hvert fall når den

Oslo, i sosialkomiteen, den 1. november 1995.

Sylvia Kristin
Brustad,
leder.

Håvard Wennevold
Osflaten,
ordfører.

Valgerd Svarstad
Haugland,
sekretær

Publikasjonen kan ha begrenset gyldighet.
Spørsmål om innholdet rettes til Helsedirektoratet.

Vedlegg 2

Helsepersonells opplysningsplikt til barnevernet. Rundskriv IK-32/6

Rundskrivet erstatter rundskriv IK-18/93, datert 10. mai 1993. Ved vedtagelsen av lov av 17. juli 1992 nr. 100 om barneverntjenester (heretter kalt barnevernloven) har vi fått et viktig unntak fra helsepersonells taushetsplikt. Helsepersonell har ikke bare som tidligere en opplysningsrett til barnevernet, men har også fått en plikt til å gi opplysninger. Dette er en viktig endring av tidligere rettstilstand og er gitt for å kunne sette barnevernet i stand til å ivareta barns interesser på en bedre måte. Dette er imidlertid et område hvor en gal avgjørelse i den ene eller den andre retning kan få svært alvorlige konsekvenser for de personer som er involvert. Det er av stor betydning at befolkningen kan stole på helsevesenets diskresjon og ikke unnlater å oppsøke hjelp eller å gi alle relevante opplysninger av frykt for at disse kan komme videre.

Når inntre opplysningsplikten

I § 6-4 i barnevernloven har helsepersonell fått **plikt til å gi opplysninger** til barnevernet av eget tiltak og/eller etter pålegg fra barnevernet.

Plikten inntre når det er **grunn til å tro** at barn blir **mishandlet i hjemmet** eller det foreligger andre former for **alvorlig omsorgssvikt** jf. flg. paragrafer:

§ 4-10 - når foreldre ikke sørger for nødvendig helsehjelp til et barn med en livstruende eller alvorlig sykdom eller skade

§ 4-11 - når foreldre ikke sørger for at et funksjonshemmet eller spesielt hjelpetrequende barn får nødvendig behandling og opplæring

§ 4-12 - når situasjonen er så alvorlig at vilkårene for å overta omsorgen er til stede eller situasjonen er som beskrevet i § 4-24 - når et barn har vist vedvarende **alvorlige atferdsvansker**.

Det er av avgjørende betydning at helsepersonell som vil gi melding til barnevernet skaffer seg tilstrekkelig kunnskap om de lovbestemmelsene som angir når opplysningsplikten inntre.

Det er grunn til å presisere at opplysningsplikten er begrenset til de alvorlige tilfellene. Taushetsplikten kan først settes til side når det er **grunn til å tro** at det foreligger en slik situasjon som beskrevet ovenfor. Dette innebærer at det stilles krav til en viss undersøkelse og vurdering av forholdet.

Hvis helsepersonell har kunnskap om forhold som ikke er så alvorlige som beskrevet i barnevernlovens § 6-4, men allikevel av en slik art at det kan være aktuelt med hjelpetiltak etter barnevernloven, må kontakt med barnevernet bare skje i samråd med pasienten.

Hvem gjelder opplysningsplikten for

I følgende lover som angår helsepersonell er det gitt en tilsvarende bestemmelse som i § 6-4 i barnevernloven.

Lov om:

- leger av 13. juni nr. 42 - 1980, § 34 b,
- tannleger av 13. juni nr. 43 - 1980, § 32 b
- godkjenning av psykologer av 9. mars nr. 13 - 1973, § 6 b
- godkjenning av sykepleiere av 8. januar nr. 1 - 1960, § 11 b
- jordmødre av 26. april nr. 23 - 1985, § 6 b
- fysioterapeuter av 13. juli nr. 8 - 1956, § 8 b
- kommunehelsetjenesten av 19. november nr. 66 1982, § 6-6 b
- sykehus 19. juni nr. 57 - 1969, § 17 b
- psykisk helsevern av 28. april nr. 2 - 1961, § 21 b

Det er ikke gitt en slik bestemmelse i lov om godkjenning av helsepersonell, men alt helsepersonell som arbeider innenfor kommunehelsetjenesten, sykehus eller i det psykiske helsevern har fått den samme opplysningsplikten.

I mange tilfeller vil annet helsepersonell være undergitt den samme taushetsplikt som legen ved at de anses som «leges medhjelper» jf. legelovens § 17.

Statens helsetilsyn vil derfor anbefale at opplysninger som skal gis til barnevernet i et slikt tilfelle kanaliseres gjennom den behandlingsansvarlige lege.

Nærmere om praktiseringen av opplysningsplikten

Statens helsetilsyn antar at helsepersonell kan kreve at et pålegg om å gi opplysninger til barnevernet er skriftlig og at det angir hvorfor opplysningsplikten er tilstede. Et pålegg om å gi opplysninger til barnevernet kan påklages til Fylkesmannen etter reglene i forvaltningslovens § 14.

Nærmere om hvilke opplysninger som skal gis

Når helsepersonell har plikt til å gi opplysninger av eget tiltak er det viktig at det enkelte helsepersonell vurderer konkret hvilke opplysninger som er relevante for at barnevernet skal kunne ivareta sine oppgaver. Opplysningsplikten går ikke lenger enn det som er nødvendig for formålet. På samme måte må barnevernet ved pålegg om å gi opplysninger angi og begrunne hvilke opplysninger som anses relevante. Det helsepersonell som er ansvarlig for pasientens journal må selv kunne avgjøre hvorvidt opplysningene skal avgis i form av en skriftlig redegjørelse eller i form av et journalutdrag.

Informasjon til pasienten

Når opplysninger gis til barnevernet bør pasienten som hovedregel informeres om hvilke opplysninger som gis og hvorfor dette anses nødvendig.

Det kan imidlertid tenkes tilfeller hvor slik informasjon ikke er tilrådelig bl.a. fordi en for tidlig varsling av foreldre kan hindre avdekking av overgrep mot barn. Denne

problemstillingen er nærmere omtalt i Rundskriv Q-9/95 om tverretatlig samarbeid i saker som gjelder seksuelle overgrep mot barn. Rundskrivet er utgitt av Barne- og familiedepartementet, Sosial-og helsedpartementet, Justisdepartementet og Kirke-, utdanning - og forskningsdepartementet i felleskap.

Tverretatlig samarbeid og taushetsplikt

Det er i forbindelse med bl.a. forebyggende barnevern etablert ulike former for samarbeid mellom helsetjenesten og kommunale barnevernmyndigheter flere steder i landet. Ved slike samarbeidsformer er det viktig at partene er oppmerksom på personvernet til de som er berørt. Helsepersonells taushetsplikt skal overholdes, med mindre det foreligger et lovbestemt unntak (f.eks. når opplysningsplikten er tilstede), eller pasienten har gitt et informert samtykke til utveksling av informasjon. En sak kan også drøftes hvis pasientopplysningene er tilstrekkelig anonymisert.

Det understrekes at den omtalte opplysningsplikten kun gjelder i forhold til barnevernet og ikke i forhold til andre eventuelle samarbeidspartnere.

Statens helsetilsyn har utgitt et eget rundskriv, **IK - 1/96**, vedrørende taushetsplikt og samarbeid mellom helsetjenesten og kommunale barnevernmyndigheter, hvor disse spørsmål er nærmere berørt. Rundskrivet kan fåes ved henvendelse til Statens helsetilsyn.

Hilde Jordal
avdelingsdirektør

Helene Braanen
fung. kontorsjef

Publikasjonen kan ha begrenset gyldighet.
Spørsmål om innholdet rettes til Helsedirektoratet.

STATENS HELSETILSYNS UTREDNINGSSERIE

			PRIS
1-1994	Neonatal kirurgi	IK-2445	(100)
2-1994	Tannhelse og behandlingsbehov hos fengselsinnsatte	IK-2446	(100)
3-1994	Pasientjournalen	IK-2451	(100)
4-1994	Selvmordsforebyggende arbeid Bærumsmodellen	IK-2456	(100)
6-1994	Organisering av gastro-enterologisk cancerkirurgi i Norge	IK-2463	(100)
7-1994	Plutselig uventet død hos diabetikere under 40 år	IK-2465	(100)
8-1994	Laboratoriemedisin i Norge	IK-2466	(100)
9-1994	Spesialisthelsetjenester i indremedisin og kirurgi	IK-2467	(100)
10-1994	EØS/EU og helsesektoren	IK-2468	(100)
1-1995	Høydosebehandling med autolog stamcellestøtte ved maligne lidelser	IK-2497	(100)
2-1995	Småbarnsforeldres synspunkter på helsestasjonen	IK-2488	(100)
3-1995	Folkehelse - et nytt traktatfestet samarbeidsområde i EU	IK-2496	(100)
4-1995	Styring av høyspesialiserte funksjoner innen psykisk helsevern for voksne	IK-2506	(100)
5-1995	Organisering av diagnostikk og behandling med radiofarmaka i Norge	IK-2510	(100)
6-1995	Prioriteringer innen hjertekirurgi	IK-2511	(100)
1-1996	Spesialisthelsetjenester i indremedisin og kirurgi - Del 2	IK-2519	(100)
2-1996	Prioriteringer innen palliativ kreftbehandling	IK-2541	(100)
3-1996	Spesialisert rehabilitering av pasienter med leddgikt og beslektede sykdommer	IK-2544	(100)
1-1997	Faglige krav til fødeinstitusjoner	IK-2565	(100)
2-1997	Fremtidig struktur for blodbankene i Norge	IK-2571	(100)
3-1997	Organisering av kvalitetsarbeid i kommunehelsetjenesten	IK-2582	(100)
4-1997	El-overfølsomhet	IK-2599	(100)
5-1997	Tannhelsetjenesten	IK-2600	(100)
6-1997	Karsykdommer og røyking	IK-2602	(100)
1-1998	Somatiske undersøkelser (helseundersøkelser/screening) av barn og unge 0-20 år	IK-2611	(100)
2-1998	Kvalitetsstyrte helseorganisasjoner - til deg som leder	IK-2615	(100)
3-1998	Kvalitetsstyrte helseorganisasjoner - til deg som medarbeider	IK-2616	(100)
4-1998	Undersøkelser i helsestasjons- og skolehelsetjenesten	IK-2618	(100)
5-1998	Helsefremmende og forebyggende arbeid for barn og unge 1-20 år	IK-2621	(100)
6-1998	Katarakt som samfunnsproblem	IK-2626	(100)
7-1998	Oppfølging av personell som har tjenestegjort i internasjonale fredsoperasjoner	IK-2631	(100)
8-1998	Bruk av tannrestaureringsmaterialer i Norge	IK-2652	(100)
1-1999	Norsk nevrokirurgisk virksomhet - innstillinger fra en arbeidsgruppe nedsatt av Statens helsetilsyn	IK-2680	(100)
2-1999	Patologifaget i det norske helsevesen	IK-2682	(100)
3-1999	Miljø og helse i plan - kvalitetsverktøy og teknikker	IK-2685	(100)
4-1999	Angstlidelser - kliniske retningslinjer for utredning og behandling	IK-2694	(100)
5-1999	Utdanning av spesialister og opprettelse av regionale odontologiske kompetansesentra	IK-2701	(100)

STATENS HELSETILSYNS VEILEDNINGSSERIE

1-1994	Godkjenning som lege i Norge	IK-2447	(100)
2-1994	Målemetoder for inneklimateparametre	IK-2462	(100)
3-1994	Kvalitetsutvikling i helsetjenesten Analyse-Tiltak-Evaluering	IK-2464	(100)
1-1995	Sped- og småbarnsernæring	IK-2475	(100)
2-1995	Behandling av saker om tillatelse til bruk av avløpsslam	IK-2481	(100)
3-1995	Gruppearbeid - metoder og muligheter	IK-2484	(100)
4-1995	Inneklima - en veileder for kommunehelsetjenesten	IK-2489	(100)
5-1995	Veileder i svangerskapsomsorg for kommunehelsetjenesten	IK-2492	(100)
6-1995	Norsk vassforsyning, fylkesleganes tilsyn med kommunane	IK-2477	(100)

7-1995	Vondt i ryggen? Hva er det? Hva gjør vi?	IK-2508	(100)
8-1995	Retningslinjer for håndtering av cytostatika utenfor sykehus	IK-2520	(100)
1-1996	Retningslinjer for GMP i blodbanker.....	IK-2527	(100)
2-1996	Taushetspliktens betydning for samarbeidet mellom medisinsk nødmeldetjeneste og andre nødetater	IK-2531	(100)
4-1996	Veileder i rehabilitering av slagrammede	IK-2542	(100)
5-1996	Opplæringshefte ICD-10	IK-2549	(30)
1-1997	Retningslinjer for håndtering av antimikrobielle midler i helsevesenet	IK-2568	(100)
2-1997	Veiledning for utfylling av helseattest for førerkort mv	IK-2562	(100)
1-1998	Veileder i habilitering av barn og unge	IK-2614	(100)
2-1998	Veileder for helsestasjons- og skolehelsetjenesten - barn og unge 0 - 20 år	IK-2617	(100)
3-1998	Veileder til forskrift om miljørettet helsevern i barnehager og skoler mv	IK-2619	(100)
4-1998	Behandling av ryggmargsskade i Norge	IK-2620	(100)
1-1999	Tenner for livet - Helsefremmende og forebyggende arbeid	IK-2650	(100)
2-1999	Veiledning i journalføring i helsestasjons- og skolehelsetjenesten	IK-2700	(100)

STATENS HELSETILSYNS SKRIFTSERIE

2-1994	Helsefremmende tiltak i kommunene.....	IK-2471	(100)
1-1995	Sykepleietjenester i kommunene	IK-2498	(100)
2-1995	Den fylkeskommunale habiliteringstjenesten - 3 år etter HVPU-reformen	IK-2502	(100)
3-1995	Støtte til egen mestring - en veileder om organisering av sosial støtte i lokalsamfunnet, basert på erfaringer fra samarbeidsprosjektet Sorg og Omsorg.....	IK-2507	(100)
4-1995	Handlingsplan mot selvmord 1994-1998	IK-2514	(100)
1-1996	Bærumsmodellen 1984-1994	IK-2524	(100)
2-1996	The National Plan for Suicide Prevention 1994-1998	IK-2539	(100)
1-1997	Retningslinjer for transfusjonstjenesten	IK-2590	(100)
1-1998	The Bærum Model 1984-1994.....	IK-2624	(100)

Samling av lover, forskrifter og rundskriv

Det psykiske helsevern - Samling av relevante lover, forskrifter og rundskriv	IK-2607	(60)
Krav om forsvarlig virksomhet i tannhelsetjenesten - Samling av relevante lover, forskrifter og rundskriv	IK-2608	(60)
Krav om forsvarlig virksomhet i sykehus - samling av relevante lover, forskrifter og rundskriv	IK-2609	(60)
Krav om forsvarlig virksomhet i kommunehelsetjenesten - Samling av relevante lover, forskrifter og rundskriv	IK-2610	(60)

Vi tar forbehold om endringer i priser