



Kjønnslemlestelse av kvinner – stigma og behandling

KRONIKK

BERIT AUSTVEG

E-post: berit@austveg.com

Berit Austveg er lege. Hun ledet Helsetjeneste for innvandrere i perioden 1976–1988 og har jobbet med globale kvinnehelse spørsmål ved siden av å ha arbeidet i bl.a. Statens helsetilsyn. Hun er nå pensjonist og tilknyttet Enhet for migrasjonshelse ved Folkehelseinstituttet.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir at hun tar konsulentoppdrag for organisasjonen AmplifyChange.

Regjeringen går inn for å bedre behandlingstilbudet til kvinner som er kjønnslemlestet. Det er riktig vei å gå.

En rekke yrkesutøvere har plikt til å prøve å avverge kjønnslemlestelse dersom de tror at det kan være forestående. Regjeringen foreslo i desember 2018 at denne plikten skal gjelde alle personer som er bosatt i landet. Dette er en forsterkning av det politiske arbeidet med å forebygge omskjæring av kvinner, et arbeid som startet med den første norske handlingsplanen mot kjønnslemlestelse i 2000. Bekjemping av stigma knyttet til omskjæring og bedring av behandlingstilbudet til kvinner som er omskåret, synes imidlertid å være mer aktuelle utfordringer enn forebygging.

Forebygging og lovgiving

Det er anslått at vel 17 000 jenter og kvinner i Norge har blitt omskåret før de kom til landet (1). De fleste jenter og kvinner som lever med omskjæring i Norge, er infibulert, det vil si at de har gjensydde kjønnslepper. I tillegg til en rekke fysiske plager har kvinner som er omskåret, økt risiko for angst, depresjoner og posttraumatisk stressforstyrrelse (2).

Helsedirektoratet hadde allerede tidlig på 1980-tallet vurdert at kvinnelig omskjæring stred mot straffelovens generelle forbud mot legemsbeskadigelse. Men det var to forhold som ikke var dekket av loven. Det ene var dersom jenta eller kvinnen ba om det selv. Det andre var dersom omskjæringen ble foretatt utenfor Norges grenser, siden paragrafen om legemsbeskadigelse kun gjelder lovbrudd som skjer i Norge. I 1995 kom det så en spesifikk lov som forbød begge deler. Ved en senere tilføyelse i loven er det gjort straffbart å ikke søke å avverge forestående kjønnslemlestelse for personell i barnehager, barnevernet, sosialtjenesten, helse- og omsorgstjenesten, skoler, skolefritidsordninger og trossamfunn. I 2015 ble den spesifikke loven opphevet, og forbudet mot kjønnslemlestelse av kvinner inkludert i straffeloven med § 284 og § 285.

Lovforbudet synes å ha fungert godt normativt og forebyggende. Imidlertid har ingen saker blitt ført for domstolen til tross for at mer enn 50 mistenkte tilfeller har vært meldt til

politiet i løpet av en tiårsperiode (3). Politiet har av mange årsaker problemer med å etterforske disse sakene og skaffe beviser.

Tidligere handlingsplaner

Det systematiske arbeidet mot kjønnslemlestelse i Norge startet med en statlig handlingsplan i år 2000. Like etter ble det fireårige OK-prosjektet lansert, der O sto for omsorg og K for kunnskap (4). Strategien i prosjektet gikk bl.a. ut på å bygge tillit hos berørte grupper, å samarbeide med dem om forebygging og å gi omsorg til jenter og kvinner som allerede var omskåret. Senere skulle strategiene i det nasjonale arbeidet endres til å bli mer konfronterende. I 2002 foreslo regjeringen lovtillegget om avvergeplikt. Dessuten skulle alle nyankomne fra land som praktiserer omskjæring, spørres om jenter i deres familie var omskåret, og de måtte skrive under på at de hadde fått og forstått informasjonen.

I handlingsplanen for perioden 2008–11 ble avskrekking tungt vektlagt. I de foregående årene hadde tvungen underlivsundersøkelse av jenter fra berørte grupper blitt vurdert innført. Undersøkelsene ble ikke gjennomført fordi man mente at det kunne stride mot menneskerettighetene. I stedet ble tilbud om frivillig undersøkelse etablert. Men det fantes et ris bak speilet: Dersom ikke tilbudet ble godtatt, skulle helsepersonell vurdere om det var grunnlag for bekymringsmelding til barnevernet.

I handlingsplanen som kom i 2012, ble arbeidet mot kjønnslemlestelse slått sammen med arbeid mot tvangsekteskap. Deretter fulgte Handlingsplan mot tvangsekteskap, kjønnslemlestelse og alvorlige begrensninger av unges frihet (2013–16).

Offentlig innsats fram til 2014

I 2014 evaluerte Fafo det statlige forebyggende arbeidet mot kjønnslemlestelse, som til da hadde kostet 72 millioner kroner (5). Evalueringen viste at selv om forskere hadde konkludert med at det knapt hadde blitt foretatt kjønnslemlestelse av jenter bosatt i Norge, tok de politiske tiltakene utgangspunkt i at det var vanlig. Mange familier hadde opplevd seg urettmessig mistenkt, og det hadde vært rapportert om en del tilfeller der barnevernet hadde gått hardt til verks. Evalueringens konklusjon var at politikken hadde vært lite kunnskapsbasert og overdimensjonert i forhold til behovet for tiltak.

Handlingsplanen 2017

Den nyeste handlingsplanen har en positiv tittel: «Retten til å bestemme over eget liv. Handlingsplan mot negativ sosial kontroll, tvangsekteskap og kjønnslemlestelse (2017–2020)» (6). I motsetning til tidligere handlingsplaner erkjenner planen at det er rapportert om svært få, om i det hele tatt noen, tilfeller av kjønnslemlestelse utført på jenter etter at de har blitt bosatt i Norge. Den erkjenner også at rettsvesenet spiller en liten rolle, med bare to anmeldelser i 2016. Handlingsplanen har, i motsetning til de foregående, et sterkt fokus på behandling av jenter og kvinner som er omskåret.

Forskning

Holdninger til omskjæring endres etter migrasjon, slik det er vist i en doktoravhandling om temaet (7). Mens omskjæring ble sett på som rensende og et tegn på kvinnelighet i Somalia, kalte somaliere i Norge det for «amputasjon» og til og med «mutilering» (7).

Bekjemping av stigma knyttet til omskjæring og bedring av behandlingstilbudet til kvinner som er omskåret, synes å være mer aktuelle utfordringer enn forebygging

Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress har et tverrfaglig forskningsprogram om kvinnelig omskjæring. Omfang av, holdninger til og oppfatninger om omskjæring av kvinner, formidling til nyankomne, helsetjenestens møte med og

behandling av kvinner som er omskåret, pluss hvordan temaet behandles av politi og rettsvesen, er blant emnene. En rapport om politiets arbeid fra 2017 viste at fordi det er strenge beviskrav for straff for gjennomført omskjæring, men lavere beviskrav for at barnevernet kan gripe inn ved mistanke om forestående inngrep, oppstår det et paradoks. Barnevernet kan gå til omsorgsovertakelse dersom man anser det som en risiko at en jente kan omskjæres, f.eks. i en familie med to døtre der den ene er omskåret. Å fratras omsorgen for et barn kan oppleves som en streng straff. Paradoksalt nok vil det være større risiko for å oppleve en slik «straff» hvis en familie har én datter som er omskåret og én som ikke er det, enn hvis de har to døtre som er omskåret (8).

Stigma

Stigma har i liten grad vært et eksplisitt forskningstema. Likevel kjenner vi til at i områder der majoriteten av kvinner er omskåret, får uomskårne slengt ukvemsord etter seg (9). Det er også et problem at når tradisjoner endres, og flere forblir uomskåret, kan de som allerede er omskåret, bli stigmatisert. Kampanjer der menn skal erklære at de ikke vil gifte seg med kvinner som er omskåret, kan ha gode hensikter, men kan også bidra til stigmatisering. Den aggressive måten det offisielle Norge har håndtert omskjæringsproblematikken på med framstilling av omskjæring som en barbarisk skikk, samtidig som andre og positive aspekter av kulturen der omskjæring er vanlig, har blitt neglisjert, kan ha bidratt til dette.

Én hensikt med omskjæring er ofte, men ikke alltid, å sikre jomfrudom ved ekteskapsinngåelse. Kvinner som søker en åpnende operasjon uten at det knyttes til ekteskap, kan oppleve, eller være redd for å oppleve, fordømmelse og stigmatisering i sitt miljø. Derfor tilbys kvinner som får slik behandling, en attest som sier at behandlingen er medisinsk nødvendig.

Behandlingstilbudet i Norge

Det er etablert et behandlingstilbud ved gynekologiske avdelinger i alle landets helseregioner for kvinner som er omskåret, og det finnes retningslinjer for behandling fra Norsk gynekologisk forening (10) og fra Verdens helseorganisasjon (2).

Til tross for at sudanere og somaliere i Norge ikke lenger støtter kvinnelig omskjæring, er det samtidig støtte til de kulturelle verdiene som ligger til grunn for skikken (11). Noen tror fortsatt at kjønnslemlestelse av kvinner er nødvendig for menns seksuelle nytelse. Dessuten er det å kunne penetrere en omskåret kvinne sett på som bevis på menns virilitet. Det kan derfor være forbundet med skam å måtte søke medisinsk hjelp for å få utført åpningen. Slike oppfatninger utgjør barrierer for å søke medisinsk behandling med deinfibulering (dvs. åpning av en lukket vulva). Kvinner som er omskåret, er ofte svært ambivalente til om de skal søke behandling. Det gjelder også kvinner som har betydelige problemer pga. omskjæring.

Erfaringer fra behandling av kvinner som er infibulert, viser at mange får sterke reaksjoner i forbindelse med inngrepet. For de aller fleste går reaksjonene raskt over, men en liten del får sterke psykiske reaksjoner de trenger behandling for. Noen få får også vedvarende smerter, uten at en finner fysiske forandringer som forklarer smerteopplevelsen (12).

Mens det er kjent at omskjæring virker inn på seksuallivet, er det etter min erfaring knapt mulig å få hjelp av sexolog for dem som trenger det.

Hva behøves?

Ingen jenter bosatt i Norge skal utsettes for omskjæring, og alle som er omskåret, må tilbys best mulig behandling. I tillegg er det viktig å arbeide for å fjerne stigma knyttet til omskjæring. Det må bli full aksept i alle miljøer for at kvinner ikke skal være omskåret. Like viktig er det at kvinner som er omskåret, ses på som fullverdige, komplette kvinner, enten de bestemmer seg for å få en åpnende operasjon eller ikke.

Kvinner som er omskåret, er ofte svært ambivalente til om de skal søke behandling

Vi trenger å forstå bedre hvilke barrierer mot å ta imot behandlingstilbud som finnes og hvordan de kan motvirkes. Helsepersonell må bli flinkere til å diskutere seksuelle spørsmål med pasienter. Behandling av kvinner som er omskåret, bør omfatte både kirurgiske, mentale og eksistensielle aspekter. Mens veilederen fra Verdens helseorganisasjon går langt i å definere følelsesmessige reaksjoner som mentale forstyrrelser (2), kan det være hensiktsmessig å skille mentale lidelser fra eksistensielle reaksjoner. Slike eksistensielle reaksjoner kan være ganske sterke når identitet og lojalitet til egen kultur blir utfordret. Erfaringen med behandling av kvinner i Norge indikerer at de aller fleste takler reaksjonene på egenhånd eller med hjelp av venner og familie. Slike reaksjoner bør ikke sykeliggjøres. Men den lille gruppen som trenger hjelp, må få et bedre behandlingstilbud enn det den får i dag.

LITTERATUR:

1. Ziyada MM, Norberg-Schulz M, Johansen REB. Estimating the magnitude of female genital mutilation/cutting in Norway: an extrapolation model. *BMC Public Health* 2016; 16: 110. [PubMed][CrossRef]
2. WHO guidelines on the management of health complications from female genital mutilation. Genève; World Health Organization, 2016. <https://www.who.int/reproductivehealth/topics/fgm/management-health-complications-fgm/en/> Lest 16.5.2019.
3. Lien IL. Prosecution of the offence of female genital mutilation/cutting in Norway. *Int J Law Policy Fam* 2017; 31: 191–206. [CrossRef]
4. Hagen KJ. Kvinnelig omskjæring – etter Kadra. *Kilden* 31.1.2005. <http://kjonnsforskning.no/nb/2005/01/kvinnelig-omskjaering-etter-kadra> Lest 16.5.2019.
5. Bråten B, Elgvin O. Forskningsbasert politikk? En gjennomgang av forskningen på tvangsekteskap, kjønnslemlestelse og alvorlig begrensning av unges frihet, og av de politiske tiltakene på feltet. *Fafo-rapport 2014:16*. Oslo: Fafo, 2014. <https://www.fafo.no/images/pub/2014/20363.pdf> Lest 16.5.2019.
6. Retten til å bestemme over eget liv. *Handlingsplan mot negativ sosial kontroll, tvangsekteskap og kjønnslemlestelse (2017–2020)*. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/retten-til-a-bestemme-over-eget-liv/id2542163/> Lest 8.5.2019.
7. Johansen REB. Experiences and perceptions of pain, sexuality and childbirth – a study of female genital cutting among Somalis in Norwegian exile, and their health care providers. *Doktorgradsavhandling*. Oslo: Institutt for allmenn- og samfunnsmedisin, Seksjon for medisinsk antropologi, Universitetet i Oslo, 2006.
8. Lien IL. Politiets arbeid med kjønnslemlestelse. En systemteoretisk analyse. *Rapport 6/2017*. Oslo: Nasjonalt kompetansesenter om vold og traumatisk stress, 2017. <https://www.nkvt.no/rapport/politiets-arbeid-med-kjonnslemlestelse-en-systemteoretisk-analyse/> Lest 8.5.2019.
9. Gele AA, Bø BP, Sundby J. Attitudes towards female circumcision among men and women in two districts in Somalia: Is it time to rethink our eradication strategy in Somalia? *Obstet Gynecol Int* 2013; 2013: 312734. [PubMed][CrossRef]
10. Øian P, Jacobsen AF, Kessler J, red. *Veileder i fødselshjelp*. Tromsø/Oslo/Bergen: Norsk gynekologisk forening, 2014. <https://legeforeningen.no/Fagmed/Norsk-gynekologisk-forening/Veiledere/Veileder-i-fodsels-hjelp-2014/> Lest 16.5.2019.
11. Johansen REB. Virility, pleasure and female genital mutilation/cutting. A qualitative study of perceptions and experiences of medicalized defibulation among Somali and Sudanese migrants in Norway. *Reprod Health* 2017; 14: 25. [PubMed][CrossRef]
12. Austveg B. *Kjønnslemlestelse og behandling. Jordmor Sara forteller*. Oslo: Nakmi, 2017.

<https://fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/trykksaker/kjønnslemlestelse-og-behandling-jordmor-sara-forteller-2017-berit-austveg.pdf> Lest 16.5.2019.

Publisert: 9. september 2019. Tidsskr Nor Legeforen. DOI: 10.4045/tidsskr.19.0163

Mottatt 20.2.2019, første revisjon innsendt 29.4.2019, godkjent 16.5.2019.

© Tidsskrift for Den norske legeforening 2020. Lastet ned fra tidsskriftet.no