

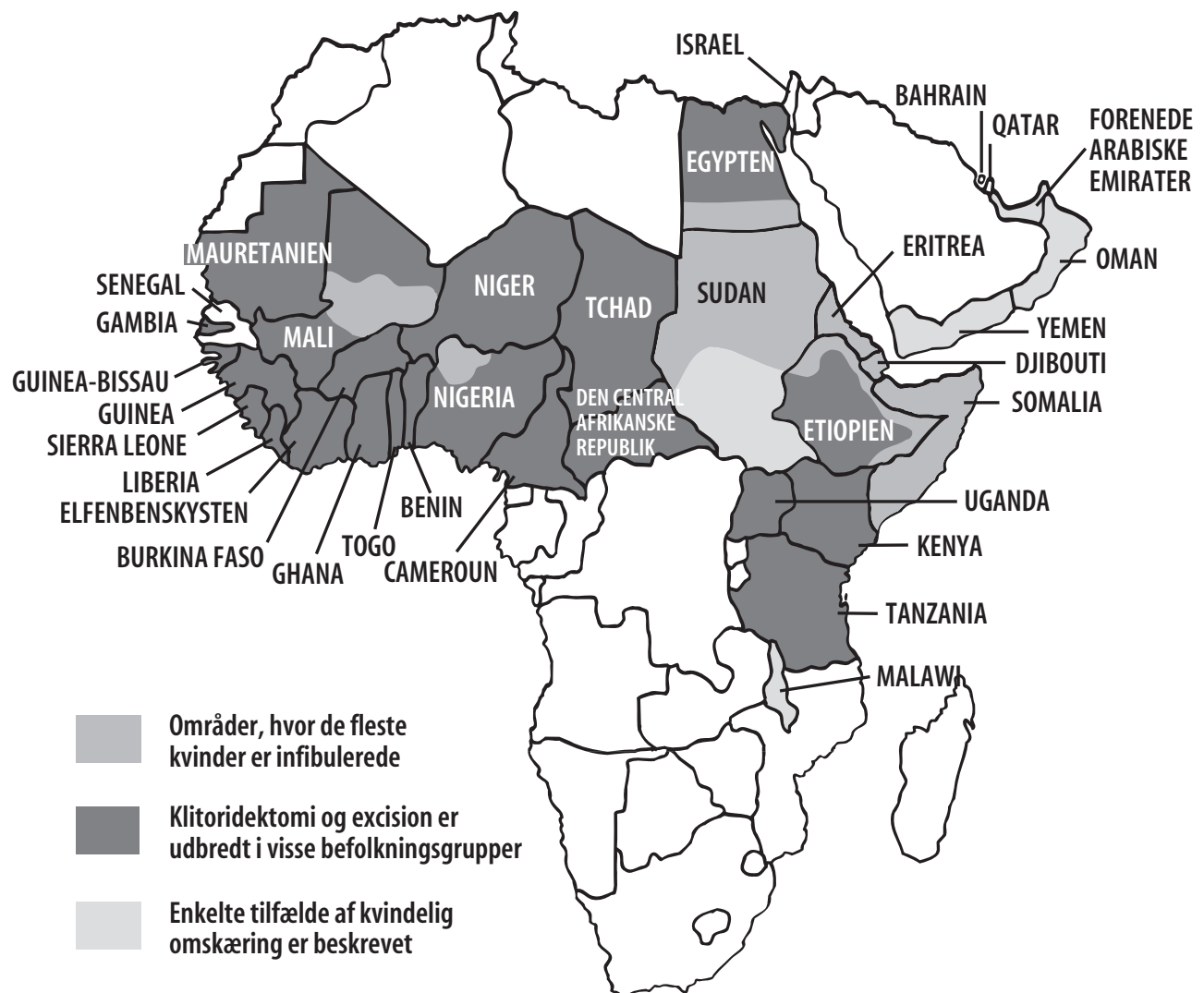


Forebyggelse af

OMSKÆRING

af piger

Kvindelig omskæring i Afrika og Mellemøsten. Geografisk oversigt.



Forebyggelse af omskæring af piger

Forebyggelse af omskæring af piger

Oplysningsmateriale fra Sundhedsstyrelsen

© Sundhedsstyrelsen 1999

ISBN: 87-90765-10-9

Tilrettelæggelse: Komiteen for Sundhedsoplysning

Illustrationer: Lotte Clevin.

Forside: Lotte Clevin

Sats: Peter Dyrvig Grafisk Design

Tryk: P.J. Schmidt A/S, Vojens

Farvebilleder fra filmen "Lad os tale sammen" produceret af Heller Film, 1998.

Denne publikation kan købes hos:

KOMITEEN FOR SUNDHEDSOPLYSNING

Postboks 2639

Østbanegade 55, 5.

2100 København Ø

Telefon: 35 26 54 00

Telefax: 35 43 02 13

e-mail: kfs@sundkom.dk

Homepage: www.sundkom.dk

Forord

Kvindelig omskæring er et problem, der først for alvor er blevet nærværende i Danmark i slutningen af 1980'erne, hvor somaliske flygtninge begyndte at komme hertil. I Danmark er der nu knap 12.000 somaliere. Da omskæring af kvinder er udbredt i Somalia, bringer somaliere en tradition med sig, som truer somaliske kvinders sundhed og strider mod dansk lovgivning. Formålet med bogen er derfor for det første at forebygge, at piger, der bor i Danmark, bliver omskåret her eller i udlandet. For det andet at sikre, at de kvinder, som er omskårne, får den bedst mulige behandling fx i forbindelse med svangerskab og fødsel.

Bogen vil forhåbentlig være et godt redskab for kommunerne med hensyn til at give relevante personalegrupper viden om, hvordan man forholder sig til omskæring af piger med respekt for andre kulturer, samtidigt med at man i samarbejde med familierne søger at undgå, at omskæring af piger finder sted her eller i udlandet. Herudover henvender bogen sig til sundhedspersonale, der i professionel sammenhæng støder på konsekvenserne af omskæring.

Bogen er beregnet som en opslagsbog. Den er opbygget med generelle kapitler, som bør læses af alle, og specielle kapitler beregnet for bestemte faggrupper. Denne opdeling fremgår af indholdsfortegnelsen.

Der vil i bogen være gentagelser, da kapitlerne til de enkelte faggrupper kan læses uafhængigt af helheden. Det vil dog være en fordel at læse kapitel 1 til 4 om selve emnet – samt eventuelt de mere almene afsnit bagerst i bogen – suppleret med det afsnit, der relaterer sig til ens egen faggruppe.

Sundhedsstyrelsen takker alle de organisationer og enkeltpersoner, der har medvirket til udarbejdelse af bogen. En speciel tak til Fatuma Ali for værdifulde bidrag og kommentarer. En særlig tak går til medlemmerne af arbejdsgruppen for deres store indsats vedrørende oplysningsindsats mod omskæring af piger.

København, februar 1999

*Einar Krag
Medicinaldirektør*

*Lene Skak-Iversen
Kontorchef*

Indhold

	Kapitel 1	7
	Indledning	7
	1.1 Arbejdsgruppens foreløbige resultater og sammensætning	8
	Kapitel 2	11
	Kvindelig omskæring	11
	2.1 Baggrund og udbredelse	11
	2.2 Forskellige former for omskæring	11
	2.3 Komplikationer efter omskæring af piger og kvinder	13
	2.4 Hvorfor omskæres piger/kvinder?	14
	2.5 Omskæring af afrikanske piger i vestlige lande	16
	2.6 Kvindelig omskæring i internationalt perspektiv	17
	2.7 Oplysningsindsatsen i Danmark	20
	Kapitel 3	23
	Beretninger om og holdninger til kvindelig omskæring	23
	3.1 Somaliske kvinders beretninger	23
	3.2 Somalieres holdninger til omskæring	24
	3.3 Danskeres holdninger til omskæring	27
	Kapitel 4	29
	Lovregler m.v.	29
	4.1 Dansk lovgivning	29
	4.2 FN's Konvention om Barnets Rettigheder m.fl.	33
	4.3 Love mod kvindelig omskæring i andre vestlige lande og den seneste udvikling i Danmark	34
	Kapitel 5	35
	Sagsbehandlere	35
	Kapitel 6	39
	Sundhedsplejersker og læger i den kommunale sundhedstjeneste	39
	6.1 Spæd- og småbørn	40
	6.2 Skolebørn	40
	6.3 Hvornår er pigen mest udsat?	41
	6.4 Drøftelse af omskæring af piger i forbindelse med et sundhedsplejerskebesøg	42

	Kapitel 7	44
	Pædagoger og lærere	44
	7.1 Vejledning til pædagoger	44
	7.2 Vejledning til lærere i skoler m.v.	45
	7.3 Hvor henvender man sig ved mistanke om omskæring af piger?	48
	Kapitel 8	50
	Praktiserende læger	50
	Kapitel 9	52
	Vejledning til sundhedspersonale vedrørende	
	gravide kvinder, der er omskåret	52
	9.1 Typer af omskæring	53
	9.2 Jordemødre og obstetrikere	58
	Kapitel 10	67
	Tolkning	67
	10.1 Tolkebistand	67
	Kapitel 11	69
	Somalias historie	69
	11.1 Geografi, økonomi, mennesker og politik	69
	11.2 Religion og kultur	72
	11.3 Klansystem	73
	11.4 Familie	74
	11.4.1 I Somalia	74
	11.4.2 I Danmark	76
	Litteraturliste	78
	Bilagsoversigt	83
	Bilag 1 Organisationer	84
	Bilag 2 Foredragsholdere	89
	Bilag 3 Skema over lande hvor omskæring af piger praktiseres	91
	Bilag 4 Sundhedsstyrelsens udtalelser i Ugeskrift for Læger	96
	Bilag 5 Socialministeriets bekendtgørelse nr. 875 af 27. november 1997.	100
	Bilag 6 FN's Konvention om Barnets Rettigheder (1989)	102
	Bilag 7 Tolkning	105
	Bilag 8 Forkortet udgave af "Vejledning til sundhedspersonale vedrørende	
	gravide kvinder der er omskåret"	107
	Bilag 9 Arbejdsgruppens kommissorium	112
	Bilag 10 Regler for udlændinges indrejse og ophold samt integration	
	i Danmark	113
	Register	122

Kapitel 1

Indledning

Sundhedsministeriet nedsatte i april 1996 en arbejdsgruppe, der skulle udarbejde en rapport med forslag til en oplysningsindsats vedrørende omskæring af piger, der bor i Danmark. I september 1996 blev arbejdsgruppens endelige rapport forelagt Sundhedsministeren, der ønskede rapportens forslag gennemført. Sundhedsministeriet bad herefter Sundhedsstyrelsen om at iværksætte oplysningsindsatsen (18).

Udgangspunktet for oplysningsindsatsen er, at omskæring af piger er forbudt i Danmark. Formålet er derfor at forebygge, at piger, der bor i Danmark, bliver omskåret her eller i udlandet. Indgrebet er forbundet med en række helbreds-mæssige risici. Den største risiko og de fleste komplikationer er forbundet med den form for omskæring, der kaldes infibulation¹. Den danske oplysningsindsats gælder alle former for kvindelig omskæring, som traditionelt opdeles i: Sunna og klitoridectomi, excision og infibulation.

I Danmark er det hovedsageligt somaliere, der har tradition for omskæring, og omskæring af piger er derfor blevet et nærværende problem siden slutningen af 1980'erne, hvor somaliske flygtninge begyndte at komme hertil.

Danmarks Statistik (4) oplyser, at der den 1. januar 1998 var 11.890 somaliske borgere, der var anerkendte som flygtninge. Godt halvdelen af disse var under 19 år, og 2.238 var piger i alderen 0-14 år. Hvor stor en procentdel af pigerne, der er omskåret i dag, vides ikke. Det anslås, at ca. 98% af kvinderne i Somalia er omskåret.

Sundhedsstyrelsen har tidligere (i 1981) henstillet til landets læger at undlade at foretage omskæring af piger². Efter at have hørt Justitsministeriet meddelte Sundhedsstyrelsen i marts 1993, at indgreb foretaget her i landet er omfattet af § 245, stk. 2, om legemsbeskadigelse. Jf. Bilag 4, 1993.

1) Se kap. 2.2, "Forskellige former for omskæring", side 11.

2) Se bilag 4, "Sundhedsstyrelsens udtalelser i Ugeskrift for Læger", side 96.



Efter denne bestemmelse straffes den, som tilføjer en anden person skade på legeme eller helbred, med fængsel indtil 4 år. Det må endvidere antages, at omskæring er et indgreb af en sådan karakter, at et samtykke fra den kvinde eller pige, som indgrebet vedrører, eller fra en piges forældre, ikke kan medføre, at indgrebet bliver straffrit³.

Formålet med denne bog er at gøre alle med offentlig ansættelse eller lignende, som på en eller anden måde kommer i kontakt med somaliere og andre, der har omskæring som en del af deres kultur, opmærksom på følgende forhold:

- at omskæring af piger er forbundet med en række helbredsmæssige risici på såvel kort som længere sigt,
- at der er en række særlige forhold, der skal tages højde for i forbindelse med fødsler m.v. hos gravide kvinder, der er omskåret,
- at omskæring af piger er forbudt i Danmark,
- at der er underretningspligt for alle faggrupper,
- at omskæring af piger er en kulturel skik, men ikke en religiøs pligt,
- at omskæring af piger betragtes som et overgreb mod piger og kvinder,
- at kvindelig omskæring er et brud på de universelt anerkendte menneskerettigheder.

Herudover spiller almindelige betragtninger vedrørende forebyggelse en rolle. Det er således åbenlyst, at oplysning af personale, således at dette opnår den nødvendige ekspertise, på lang sigt vil kunne reducere udgifterne til håndtering af komplikationer i forbindelse med omskæring af piger.

1.1 Arbejdsgruppens foreløbige resultater og sammensætning

Foreløbige resultater

Ved arbejdsgruppens første møde i april 1997 blev kommissoriet diskuteret⁴. Der var enighed om at fremme kommunikationen mellem de involverede parter, hvorfor følgende tre aktiviteter blev prioriteret højt:

- at lave oplysningsmateriale til sundhedspersonale m.fl.,
- at producere en diskussionsvideo til somaliere,
- at igangsætte debatmøder, herunder understøtte opbygningen af lokalgrupper.

Med hensyn til oplysningsmaterialet til sundhedspersonale m.fl. blev det

3) Se kap. 4, "Lovregler m.v.", side 29 og bilag 4, "Sundhedsstyrelsens udtalelser i Ugeskrift for Læger", side 97.

4) Se bilag 9, for "Arbejdsgruppens kommissorium", side 112.

besluttet at publicere dette som en opslagsbog, som kan bruges på tværs af sektorerne. Bogen indeholder dels nogle generelle kapitler, dels nogle kapitler der retter sig mod særlige målgrupper. Således er kapital 5 en særlig vejledning til sagsbehandlere, kapitel 6 henvender sig især til sundhedsplejersker og læger i den kommunale sundhedstjeneste, kapital 7 til pædagoger og lærere, kapitel 8 er tiltænkt praktiserende læger og endelig er kapitel 9 en vejledning til jordemødre og obstetrikere vedrørende gravide kvinder, der er omskåret.

Med hensyn til diskussionsvideoen og debatmøderne blev det besluttet at igangsætte disse aktiviteter hurtigst muligt. I september 1998 forelå videofilmen "Lad os tale sammen"⁵. I 1998 blev der afholdt to debatmøder i København, et i Århus, et i Odense og et i Ålborg. Herudover er der planlagt yderligere to debatmøder: Et i Esbjerg og et i Holstebro i 1999.

Sammensætning

Sundhedsstyrelsens arbejdsgruppe vedrørende oplysningsindsats mod omskæring af piger har følgende sammensætning:

Sekretariatsfunktionen har været varetaget af:

Assistent Marion Mølsted (indtil 1. april 1998)

Assistent Lisbeth Storm Møller (fra 1. maj 1998)

Sundhedsstyrelsen

Læge Tove Petersen, formand for arbejdsgruppen (indtil 1. januar 1998)

Læge Else Smith, formand for arbejdsgruppen (fra 1. februar 1998)

Fuldmægtig Lone Sørensen Hoff

Amtsrådsforeningen

Fuldmægtig Hanne Sognstrup

Dansk Flygtningehjælp

Informationskonsulent Birthe Frederiksen

Dansk Røde Kors

Sundhedsplejerske Kirsten Abdalla

Den somaliske ressourcegruppe

Mohamed Gelle

Samia Yusuf Ali

Abdirahman SH. Rashid Abdi (fra august 1998)

5) Se "Litteraturliste", side 78.



*Kommunernes Landsforening*

Ledende sundhedsplejerske Kirsten Sandersen

Red Barnet

Flygtningefaglig konsulent John Reinstein

Særlige sagkyndige

Læge, formand for Danske Kvindelige Lægers Forening,

Vibeke Jørgensen

Jordemoder Lisbet Nybro

Kapitel 2

Kvindelig omskæring

2.1 Baggrund og udbredelse

Det har været foreslået, at man kaldte kvindelig omskæring Lemlæstende Kvindelig Omskæring for at bringe det i overensstemmelse med den internationale betegnelse: Female Genital Mutilation (FGM). I bogen har vi valgt at bruge den mere neutrale betegnelse: Kvindelig omskæring, idet det er vigtigt overfor de kvinder, der har fået foretaget omskæring, at der anvendes en acceptabel terminologi.

Kvindelig omskæring er først og fremmest en afrikansk skik. Den har eksisteret i mere end 2000 år – før både kristendommen og islam. Sandsynligvis er den opstået i Ægypten og har bredt sig langs handelsruter og med vandringer af stammer til omkring 28 lande i Afrika syd for Sahara. Omskæring finder ikke sted i Nordafrika bortset fra i Ægypten og heller ikke i den sydlige del af Afrika. Skikken har bredt sig fra Afrika til Yemen og andre lande på den sydlige del af Den arabiske Halvø. Den findes også enkelte andre steder i verden helt uafhængig af dette, fx i Malaysia og Indonesien (som dog tidligt har stået i forbindelse med arabisk kultur) (13).

Man regner med, at cirka 130 millioner piger og kvinder i Afrika er omskåret, og hvert år får yderligere 2 millioner piger foretaget indgrebet (25).

2.2 Forskellige former for omskæring

Ved kvindelig omskæring forstår man alle indgreb, hvor der fjernes større eller mindre dele af de kvindelige kønsorganer af kulturelle eller traditionsbetingede årsager.



Der er principielt 3 former for kvindelig omskæring:

1. SUNNA og KLITORIDECTOMI:

SUNNA bruges af mange som betegnelse for fjernelse af forhuden på klitoris, men i praksis bliver ofte en del af klitoris fjernet samtidig. Ved KLITORIDECTOMI forstås hel eller delvis fjernelse af klitoris.

2. EXCISION:

Fjernelse af en del af klitoris eller hele klitoris i forbindelse med hel eller delvis fjernelse af de små skamlæber.

3. INFIBULATION:

Fjernelse af klitoris, de små skamlæber og en del af de store skamlæber, hvor de rå sårflader enten sys sammen eller holdes sammen med akacietorne, således at der kun efterlades et ganske lille hul til urin og menstruationsblod.

Definitionerne kan kun betragtes som en teoretisk inddeling til hjælp for sundhedspersonalets vurdering af indgrebets omfang. Virkeligheden viser, at typerne ikke klart kan adskilles, men at der findes mange mellemliggende former.

Infibulation praktiseres først og fremmest i Somalia, Djibouti og Sudan, men i disse lande begynder de mindre omfattende former for omskæring efterhånden at vinde frem.

I Somalia er 98% af kvinderne omskåret. Af disse er cirka 80% infibuleret, mens resten har fået foretaget en af de andre former for omskæring. Excision er den hyppigst anvendte form i de fleste af de øvrige lande. Hvis man samlet ser på alle omskæringstyper, udgør Sunna, klitoridectomi og excision tilsammen cirka 85%, mens infibulation udgør cirka 15% (19).

Cirka 70% af pigerne bliver omskåret som børn. I Somalia foretages omskæring som regel, når pigerne er mellem 5 og 10 år. I andre områder sker det i puberteten eller lige før ægteskabet, enkelte steder når pigerne er få dage gamle.

Omskæringen foretages som regel af traditionelle fødselshjælpere, men også af ældre kvinder i familien, og disse kvinders ofte dårlige syn er en medvirkende årsag til læsioner af fx urinrøret.

2.3 Komplikationer efter omskæring af piger og kvinder

Nogle af de *umiddelbare følger*, specielt efter infibulation, kan være:

- ✘ smertechok,
- ✘ blødning,
- ✘ smertefuld vandladning,
- ✘ infektion,
- ✘ blodforgiftning eller stivkrampe,
- ✘ psykisk chok pga. indgrebets karakter.

Indgrebene foretages i mange tilfælde med barberblade, urene knive eller måske med glasskår, hvilket kan være med til at overføre hiv, specielt da omskæringsceremonien nogle steder foregår i forbindelse med en fest, hvor mange piger bliver omskåret samtidig.

Forældre, der har mulighed for at betale for det, får indgrebet udført på sygehus under bedøvelse og hygiejniske forhold. I flere lande i Afrika giver det sygeplejersker, jordemødre og læger en betydelig ekstraindtægt at foretage disse indgreb.

Blandt senfølger kan nævnes:

- ✘ smerter ved menstruation,
- ✘ underlivssmerter,
- ✘ kronisk underlivsbetændelse, som kan føre til, at kvinden ikke kan få børn,
- ✘ invaliderende vandladningsproblemer,
- ✘ komplikationer i forbindelse med svangerskab og fødsel,
- ✘ smerte ved samleje og seksuelle problemer.

I forbindelse med omskårne kvinders seksualitet udtaler Fatuma Ali, herboende somalisk overlæge i psykiatri, følgende:

”De omskårne kvinders seksualitet er, i og med at de mangler klitoris og måske også kønslæberne, anderledes end de uomskårne kvinders.

De omskårne kvinders seksualitet er vaginalt orienteret, dvs. orgasmeoplevelsen er afhængig af skedestimulation.

Flere omskårne kvinders beretninger viser, at omskårne kvinder udvikler større sensitivitet i brystvorterne, på ballerne og andre steder på kroppen.

En omskåret kvindes seksuelle nydelse er i højere grad end hos uomskårne kvinder afhængig af, at partneren er velfungerende, dvs. at han er potent og i stand til at stimulere kvindens vagina.



Impotens og for tidlig sædafgang er problemer, der kan skabe en del samlivsproblemer. Den omskårne kvinde vil som regel være et produkt af en socialiseringsproces, hvor det forventes, at pigen udvikler sig til en lydig og dydig kvinde, der ikke stiller krav om egen tilfredsstillelse. Dette betyder, at en omskåret kvinde som resultat af denne socialisering slet ikke vil være bevidst om egne behov, og dermed være i stand til at stille krav om at blive seksuelt tilfredsstillet.

Ved infibulation bliver den seksuelle debut smertefuld, og dette kan resultere i, at samlejet for kvinden bliver lig med smerte og dermed ubehag. Tilbagevendende infektioner med ardannelse kan ligeledes mindske kvindens seksuelle nydelse" (33).

Mange kvinder sætter ikke selv omskæringen i forbindelse med de forskellige symptomer fra underlivet, såsom smerter ved samleje, menstruations- og underlivssmerter, vandladningsbesvær m.m. Indgrebet er foretaget for mange år siden, og andre kvinder har lignende gener. Kvinder mener ofte, at sådan har kvinder det. Ved helbredsundersøgelser er det derfor nødvendigt at spørge specifikt efter bestemte symptomer, som kvinderne måske ikke selv nævner, og på grundlag heraf drøfte sammenhængen med det tidligere indgreb. Det gør det måske også lettere at redegøre for, hvorfor man ikke bør lade sine døtre omskære.

2.4 Hvorfor omskæres piger/kvinder?

Der er mange forklaringer på, hvorfor man omskærer piger og kvinder, afhængig af hvilket land og hvilken kultur man kommer fra. Nogle af forklaringerne er følgende:

- ✘ I Somalia og Sudan er det et skønhedsideal, at kvinden er helt glat forneden. Man anser det også for at være mest hygiejnisk.
- ✘ I de lande, hvor næsten alle er omskårne, ved man slet ikke, hvordan en kvindes skamlæber ser ud, når hun er ikke er omskåret.
- ✘ Man tror, at hvis skamlæberne ikke skæres væk, vil de blive ved med at vokse og hænge ned mellem benene. Man frygter ligeledes, at klitoris vil vokse og blive på størrelse med penis. Når pigerne i lande som Sudan og Somalia begynder at udvikle sig i 7-8 års alderen, og kønsorganerne begynder at vokse, fjerner man derfor de ydre kønsdele, inden de bliver for store.
- ✘ I mange af de lande, hvor omskæring finder sted, er man af den overbevisning, at det nyfødte barn har både mandlige og kvindelige træk. Klitoris repræsenterer det mandlige og drengens forhud det kvindelige. Derfor må begge dele fjernes, for at barnet kan blive henholdsvis en rigtig kvinde eller en rigtig mand.
Andre folkeslag anser klitoris for et farligt organ, som kan skade mandens potens.

I Somalia og flere andre lande anses klitoris for et urent organ, specielt i Vestafrika mener man, at barnet kan dø under fødslen, hvis det berører klitoris. Her foregår omskæringen ofte, når kvinderne er giftefærdige eller omkring ægteskabets indgåelse. Her fjernes først og fremmest klitoris.

- ✘ I Afrika er der mange fejlagtige forestillinger om, at omskæring fremmer fertiliteten og gør fødslen lettere.

Men i virkeligheden har de kvinder, der er omskårne, specielt de, der er infibulerede (den form man bruger i Somalia), ofte fødselskomplikationer.

- ✘ Man mener, at omskæring med fjernelse af klitoris beskytter mod promiskuitet og seksuelle lyster.

Det er et argument, der ofte bruges i de lande, hvor omskæring finder sted. Et andet argument er, at en kvinde, der ikke er omskåret, vil ende som prostitueret. Frygt for, at en uomskåret kvinde vil tære for meget på mandens potens, anføres også som årsag til omskæring.

- ✘ Det er en betingelse for at blive gift, at man er omskåret.

Derfor fastholdes skikken, også selv om man er oplyst om de skader, det kan forvolde på pigens liv og helbred.

- ✘ Omskæring har i umindelige tider fungeret som indvielse af pigen til den voksne kvindes rolle – ofte omgivet af mange ritualer, dans, fest og gaver.

Den slags skikke er svære at ændre. Der findes dog mange folkeslag i Afrika, hvor man har indvielsesceremonier uden omskæring. Bestræbelser på at fortsætte ritualer, hvor man fester i anledning af, at pigerne er klar til at blive optaget blandt de voksne kvinder, men hvor man giver afkald på omskæring, støttes af græsrodsbevægelser, som i Afrika arbejder på at afskaffe skikken. Det er dog ikke i alle områder, at omskæring er en indvielse til den voksne kvindes rolle. Fx omskæres pigerne i store dele af Etiopien, når de er 8 dage gamle, og i visse dele af Nigeria i 2-4 års alderen.

- ✘ Infibulation skal sikre, at kvinden er jomfru ved ægteskabets indgåelse. Kvinden er bærer af mandens, slægtens og hele samfundets ære. Traditionelt skal manden åbne kvinden ved første samleje.

Dette kan ofte være vanskeligt, og undertiden må han bruge en kniv. Mændene kan også være ret medtagne efter samlejet, hvilket kan resultere i potensforstyrrelser. Når ægteskabet er fuldbyrdet, skal familien sikre sig, at der har været blødning, som bevis på, at kvinden var jomfru. I mere oplyste og velhavende kredse åbnes kvinden på sygehus i forbindelse med brylluppet.

- ✘ Kvindelig omskæring ses af mange som en religiøs pligt. At omskæring af piger skulle være en islamisk pligt, er en meget udbredt forestilling, men der er mange islamiske lande – blandt andre Iran, Irak og landene i Nordafrika – hvor man slet ikke kender til omskæring. Det omtales intetsteds i Koranen ifølge islamiske religiøse lærde (således som det også fremgår af filmen: "Lad os tale sammen", 1998). I Hadith-samlingerne, hvor der findes udtalelser om, hvad Profeten plejede



at gøre eller sige i mange forskellige situationer, kan man derimod finde udsagn om omskæring af både drenge og piger. Derfor er der nogle inden for den muslimske verden, som argumenterer for omskæring af piger. Men som nævnt går skikken meget længere tilbage end islam. Man finder også kristne og andre trosretninger, der praktiserer omskæring. Det er især ældre kvinder, der forfægter det synspunkt, at det er en religiøs pligt. Mange religiøse ledere i den islamiske verden tager nu afstand fra skikken, specielt infibulation.

- ✘ En væsentlig årsag til at fastholde omskæring er, at mændene er socialiserede til at gifte sig med kvinder, der er omskåret.

Som ugift kvinde har man ingen fremtid, derfor bør man ikke glemme mændene i arbejdet for at ændre holdningen og dermed fjerne det sociale pres for at lade pigerne omskære. En ugift kvinde har ingen plads i samfundet, derfor tør mødre og bedstemødre ikke løbe risikoen for, at datteren eller datterdatteren ikke vil kunne finde en ægtemand.

- ✘ Specielt de ældre kvinder fastholder skikken.

Det giver dem status at foretage omskæringen. Desuden har mange enker i nogle lande intet at leve af, da det i almindelighed er mandens bror, der arver alt ved dødsfald. Indtægter eller naturalieydelser i forbindelse med omskæring kan være en måde at overleve på for disse kvinder.

- ✘ De ældre kvinders holdning ændres ikke af, at familien har bosat sig i udlandet, og at den yngre generation måske nu er imod, at deres døtre omskæres.

Der er adskillige eksempler på, at bedstemoderen, hvis hun kommer på besøg i det nye land, eller hvis familien kommer på ferie i Afrika, lægger pres på forældrene for at få barnebarnet omskåret, så pigen fortsat har optimale chancer for giftermål i Afrika. Det sker også, at bedstemoderen mod forældrenes ønske fx under et feriebesøg i Afrika, sørger for, at pigen omskæres en dag, hvor forældrene ikke er til stede. Dette har skabt mange ulykkelige situationer, både for pigerne og deres forældre.

2.5 Omskæring af afrikanske piger i vestlige lande

Problemstillingerne for pigerne og deres familier stiller sig imidlertid helt anderledes, hvis de lever i lande, hvor omskæring af piger anses for uacceptabelt, og hvor det er forbudt⁶.

Der er som ovenfor nævnt eksempler på, at afrikanske piger, som er vokset op i Vesten, er blevet omskåret under en ferie hos bedsteforældrene i Afrika, selv om deres forældre var imod det og havde lovet pigerne, at det ikke skulle ske. Sådanne piger kan føle sig svigtet – både af forældrene, som ikke formåede at beskytte dem, og af bedstemoderen, som foretog indgrebet.

6) Se bilag 3, "Skema over lande hvor omskæring af piger praktiseres", skema 1, 2 og 3, side 92, 94 og 95.

Pigerne er nu pludselig udenfor. De har en hemmelighed, de ikke kan fortælle andre. Ofte vil indgrebet medføre, at de ikke kan dyrke sport som før. Det kan betyde, at pigerne fx ikke kan cykle på grund af arvæv. Det kan tage længere tid at lade vandet, hvis pigen har fået foretaget infibulation. Det kan give vanskeligheder i klassen både overfor læreren og klassekammeraterne, når pigen pludselig kan være et kvarter eller mere på toilettet. Det kan være pinligt og vanskeligt for hende at komme med en forklaring.

Erfaringer fra England har vist, at omskæringen senere kan give vanskeligheder, hvis den unge pige forelsker sig i en mand fra det land, hun nu bor i, og ikke tør fortælle, at hun er anderledes end andre piger. Samtidig kan pigen stå over for de vanskeligheder, der i øvrigt er forbundet med at gifte sig med en mand fra en anden kultur. Det kan give anledning til psykiske forstyrrelser. Det kan være vanskeligt at hjælpe pigerne i denne traumatiske situation. Det kræver kendskab til deres kulturelle baggrund samt til såvel de fysiske som de psykiske følger af omskæring (8).

2.6 Kvindelig omskæring i internationalt perspektiv

Gennem mange år har kvinder i Afrika ikke ønsket, at europæerne deltog i debatten om og kampen mod omskæring af piger, men det har ændret sig inden for de sidste godt 10 år. Der er opstået mange organisationer og græsrodsbevægelser i Afrika, som arbejder på at forebygge og udrydde omskæring af piger. Det er først og fremmest kvinder, der har taget opgaven på sig.

Det tager tid at få en kulturelt betinget skik bragt til ophør. Blandt de frivillige organisationer med rod i Afrika, der arbejder for at forebygge omskæring af piger, kan nævnes Inter-African-Committee⁷, som blev stiftet i 1984. Organisationen har efterhånden lokalkomitéer i alle de lande, hvor omskæring finder sted. Organisationen arbejder ikke kun for at forebygge og oplyse om kvindelig omskæring, men også for at udrydde andre traditioner, der er skadelige for kvinder og børn, som fx tidlige ægteskaber og undgåelse af bestemte fødemidler i svangerskabet. Det kan være svært at ændre ældre kvinders holdning til omskæring af piger. Derfor må der sættes på de yngre generationer. Dette gøres gennem oplysning i skolerne og de steder, hvor kvinderne mødes, for derigennem at udvikle nye traditioner på disse områder.

Afrikanerne viser stadig større interesse for at samarbejde med internationale organisationer og forskellige hjælpeorganisationer og for at få

7) Se bilag 1, "Organisationer" side 84.



støtte til projekter, som beskæftiger sig med kvindelig omskæring og andre – specielt reproduktive – aspekter af kvinders helbred.

WHO⁸ vedtog i 1994 en resolution, som fordømte kvindelig omskæring og tilskyndede medlemslandene til at gå aktivt ind for udryddelse af omskæring af kvinder. WHO, UNICEF (FN's børnefond) og UNFPA (United Nations Fund for Population Activities) afgav i 1996 en fælles erklæring om at støtte kampen mod omskæring af piger og samtidig støtte kulturelle værdier i Afrika og andre områder, hvor kvindelig omskæring foretages.

Der kommer stadig flere organisationer til, som samarbejder med organisationer og lande i Afrika om projekter, således også Amnesty International og IPPF (International Planned Parenthood Federation).

FN's Kvindekommission, bestående af regeringsdelegationer, holdt sin 42. samling i marts 1998 i New York. Konventioner og konklusioner vedtaget i Kvindekommissionen har bindende virkning for medlemslandene. Blandt emnerne ved denne samling var "Vold mod Kvinder" og "Pigebørn". Der blev i kommissionen opnået enighed om flere formuleringer, hvori skadelige traditioner stærkt fordømmes.

Sideløbende med samlingen i Kvindekommissionen mødtes repræsentanter for en række organisationer for at drøfte de forskellige emner. Også afrikanske græsrodsbevægelser og aktivister var til stede for at drøfte, hvordan man bedst afskaffede kvindelig omskæring. Det fremgik, at UNICEF, UNFPA, WHO, IPPF og en række hjælpeorganisationer havde projekter i 15 lande vedrørende kvindelig omskæring, kvinders helbred, familieplanlægning m.m. I det nordøstlige Somalia var der taget flere nye initiativer på dette område.

Flere afrikanske lande er nu ved at finde frem til alternativer til kvindelig omskæring og de traditioner, som er forbundet dermed. Disse alternativer respekterer både de lokale traditioner og universelle menneskerettigheder. På lokalt plan samarbejder man om at fremme ceremonier i forbindelse med overgangen fra pige til kvinde. Man bevarer sang, dans og fest og giver en symbolsk gave i stedet for omskæringen.

De afrikanske organisationer lægger megen vægt på, at man samarbejder med de lokale traditionelle fødselshjælpere – som ofte er dem, der foretager omskæringen – for at få dem overbevist om de skadelige helbredsmæssige konsekvenser. Oplysning og mulighederne for at give disse kvinder indtægter ved andet arbejde end omskæring er vigtigt for at engagere dem i arbejdet for at afskaffe kvindelig omskæring.

8) Se bilag 1, "Organisationer" side 84.

Kvindelig omskæring (FGM) og strategier for at udrydde denne tradition tages frem internationalt i mange sammenhænge. Som eksempel kan nævnes det indlæg projektleder Rahmat Mohammad fra organisationen FORWARD⁹ (Foundation for Women's Health Research and Development) havde i efteråret 1997 ved et møde hos WHO i København. Emnet for mødet var: "Helbredsforhold blandt minoritetskvinder i Vesteuropa". FORWARD har gjort et stort arbejde med uddannelse af socialpersonale i England og har været en inspiration for det forebyggende arbejde vedrørende kvindelig omskæring i Danmark. Desuden har FORWARD gjort et stort arbejde for rådgivning og psykisk støtte til afrikanske piger i England, som er blevet omskåret, mens de har boet der.

Rahmat Mohammad pointerede ved ovennævnte møde hos WHO, at piger, der omskæres i en kultur, hvor det er uacceptabelt, får helt specielle problemer ikke kun fysisk, men især på det psykiske område og med hele deres identitet som kvinder.

Mens det i Afrika er en fælles oplevelse, som man er stolt af, har man nu en hemmelighed, som man ikke kan dele med andre og føler sig skamfuld over. Psykisk kan denne tilstand minde om den, som man finder hos børn, der har været udsat for seksuelle overgreb. Pigerne har en hemmelighed, som vedrører et meget følsomt område i hele deres identitet som pige og kvinde.

Rahmat Mohammad nævnte endvidere i sit indlæg baggrunden for FGM, og hvorfor en sådan skadelig skik fastholdes: "FGM er en tradition, som er dybt rodfæstet i kulturen. Begrundelserne for at foretage indgrebet er komplekse og griber ind i hinanden:

- ✘ Kvinderne har en tro på, at traditionen skal bevares, og at der ikke må sættes spørgsmålstejn ved den.
- ✘ Det sociale system fastholder sammen med disse traditioner kvinderne i en underordnet rolle.
- ✘ Den manglende uddannelse og almindelige afmagt bevirker, at kvinderne ikke ser i øjnene, hvilke skader skikken kan medføre.
- ✘ Mange har fejlagtigt den forestilling, at det er et religiøst påbud."

Der er behov for forståelse for disse kvinders vanskelige situation og behov for oprigtig vilje til hjælp fra offentlighedens side, da de grupper, der praktiserer kvindelig omskæring, i forvejen føler sig fremmedgjorte, og derfor er ekstra følsomme over for angreb på deres kultur.

9) Se bilag 1, "Organisationer", side 84.



Men ikke desto mindre finder Rahmat Mohammad, at hensynet til barnets velfærd må gå forud for forældrenes eller værgernes ønske, og derfor bør man arbejde for, at traditionen afskaffes.

De, der udformer politikken vedrørende kvindelig omskæring, er ofte i vildrede om, hvordan det skal gribes an. De ser problemet som kulturelt og viger tilbage for indgreb, fordi de er bange for at blive betragtet som nogle, der påtvinger andre kulturer vestlige værdier. De er bange for at blive beskyldt for at være racister eller for at mangle respekt for andre kulturer.

De græsrodsbevægelser, som kæmper mod omskæring af piger, betragter det som en overtrædelse af konventionen om barnets rettigheder. På den anden side må man ikke overse, at forældrene lader deres døtre omskære af kærlighed og for at sikre dem forsørgelse.

En alt for forstående og accepterende holdning til denne tradition vil imidlertid være at svigte de ca. to millioner piger, der hvert år bliver ofre for indgrebet. *Det alarmerende er, at det er børn, der ikke kan repræsentere egne interesser – de har ingen stemme – og af den grund har de brug for regeringer og myndigheder til at tale på deres vegne og give dem beskyttelse imod omskæring. Det er vigtigt, at FN's konventioner overholdes som led i den nationale indsats mod kvindelig omskæring (29).*

2.7 Oplysningsindsatsen i Danmark

Når asylansøgere kommer til Danmark, informeres de om, at omskæring af piger er forbudt ifølge dansk lov¹⁰. Flygtningehjælpen har udgivet et hæfte om kvindelig omskæring, som også findes på somali. Sundhedsstyrelsen har i 1998 produceret en film: "Lad os tale sammen", som er på somali med danske undertekster. I den oplyses om lovgrundlag og de sundhedsmæssige komplikationer ved omskæring af piger¹¹.

Til oplysning om forebyggelse af kvindelig omskæring i Danmark kræves særlige ressourcer. Oplysningen bør så vidt muligt varetages af personer fra Somalia. Hvis dette ikke er muligt, må der være adgang til professionel tolkebistand. Oplysningen skal ikke kun være til kvinder, men også til mænd, drenge og til de store piger. Det er vigtigt at informere pigerne og drengene, mens de går i skole, og give dem viden svarende til deres alderstrin. Der er størst mulighed for at ændre holdningen hos den kommende generation, men de ældre kvinders betydning ved kulturdannelse bør altid tages i betragtning, og det kan derfor blive nødvendigt at

10) Se kap. 4, "Lovregler m.v.", side 29 og bilag 10, "Regler for udlændinges indrejse og ophold samt integration i Danmark", side 115.

11) Se "Litteraturliste", side 78.



inddrage dem. Det er vigtigt, at drengene også får oplysning om, hvad kvindelig omskæring er, og hvilke helbredsmæssige og psykiske konsekvenser, der er ved indgrebet.

Der er somaliske forældre, som på forhånd fravælger at lade deres piger omskære, og som måske er glade for at være kommet til en del af verden, hvor de kan undlade det uden at blive udsat for det pres fra omgivelserne, som de ville have været udsat for i deres hjemland.

Andre somaliere, som håber at kunne vende tilbage til deres eget land, ønsker omskæring foretaget for ikke at stille deres døtre ringere end andre piger, når de vender tilbage.

Når der i Danmark skal oplyses om alle aspekter ved omskæring af piger, må det ske under hensyntagen til somalisk tradition. Der bør oplyses om de helbredsmæssige konsekvenser af kvindelig omskæring. Det vil være en fordel, at de, der oplyser om kvindelig omskæring, ved, at det ikke er en islamisk pligt at omskære piger. Islam tager mere og mere afstand fra kvindelig omskæring, specielt de mere indgribende former. *Sundhedsstyrelsen finder, at socialforvaltningerne og kommunernes sundhedstjenester bør uddannes til disse opgaver, og der bør være adgang til professionel tolkebistand.*

Det er nødvendigt at oplyse forældrene om, hvilke vanskeligheder en omskåret pige vil få, hvis familien vælger at blive i et vestligt land. Dette vil kunne forhindre dem i at tage til udlandet for at få deres datter om-

skåret. Forældrene er opvokset med gamle ritualer, som det er svært at frigøre sig fra. Specielt bedstemødrene holder meget fast ved omskæringsritualet, og ifølge traditionen har de retten til at bestemme i disse sager.

Forældrene bør støttes i processen med at frigøre sig fra traditionen på en for somalierne forståelig og respektfuld måde. Sundhedsvæsenet kan oplyse og rådgive og dermed hjælpe til en holdningsændring. Den danske stat har forpligtet sig til at beskytte disse piger.

Sundhedspersonalet er ofte tilbageholdende med at spørge kvinderne, om de er blevet omskåret, men det er der ingen grund til. Kvinderne forventer, at man drøfter det med dem, fx i forbindelse med graviditet og fødsel.

Kvinder, der er omskårne, bør altid henvises til fødsel på specialafdeling. De bør tidligt i graviditeten vurderes på en fødeafdeling, der har kendskab til omskæring. Vurderingen og en samtale med såvel kvinden som hendes mand bør foregå i god tid inden fødslen, således at der er mulighed for at tilbyde åbning i 2. trimester. Endvidere vil man være i stand til at finde de ganske få kvinder, hvor åbningen er meget lille og derved undgå at komme til at stå i en akut vanskelig situation under fødslen.

Det arbejde, der gøres i Danmark for at forebygge kvindelig omskæring, må ses som en del af det globale arbejde for at forbedre forholdene for kvinder og børn.

Kapitel 3

Beretninger om og holdninger til kvindelig omskæring

3.1. Somaliske kvinders beretninger

Der ville ske et mirakel om et øjeblik.

“Landsbyen sov stadig, og solen var ikke stået op endnu. Jeg skulle omskæres, inden det blev for varmt, for at undgå kraftig blødning. Vi gik ad de stille veje, mens tusinde tanker fløj gennem mit hoved. Jeg vidste, at jeg ikke ville blive bedøvet, når omskæringen skulle foregå i Belet Wein i stedet for Mogadishu. Jeg ville så gerne vide, hvorfor min mor ville omskære mig her, men jeg var enormt bange for hende. Hun gik der, mægtig stor og tavs, og jeg forventede, at det ikke hjalp noget at spørge.

Hvordan kunne dette ske for mig? Hvorfor skulle jeg straffes så hårdt? Hvordan kunne Gud tillade dette? Var jeg ikke en god datter for mine forældre? Nej, Gud ville ikke tillade dette. Der ville ske et mirakel om et øjeblik. Der måtte være tale om en misforståelse. Alle disse tanker og en enorm angst for smerter fyldte mig...

Vores lille gruppe nåede en kiosk. Min mor rakte mig nogle mønter og sagde, at jeg skulle bede om nogle barberblade. Helt automatisk gik jeg fra mor hen til manden i kiosken og rakte ham pengene uden at sige et ord. Min mor råbte udefra tydeligt irriteret, at jeg skulle have et barberblad. Helt robotagtigt gik jeg tilbage til mor og rakte hende barberbladet. Vores ofringsprocession kunne fortsætte, og jeg var lammet, der skulle slagtes” (1).

Hun gjorde det af kærlighed til mig.

“Jeg er opvokset i en almindelig somalisk familie med 6 børn. Med en mor, som er analfabet, og en far, som er veluddannet. Jeg er den ældste i flokken.

Så kom den alder (ca. 7 år), hvor jeg som alle andre somaliske piger skulle omskæres. Det var noget, jeg på en måde glædede mig til, fordi jeg så blev optaget i fællesskabet med de andre store piger.



Min mor, som var den, der stod for, at jeg blev omskåret, var stolt over, at hun gjorde sin pligt. Hun gjorde det af kærlighed til mig, for at jeg skulle være ligesom de andre.

Da jeg som 13-årig mødte min faster, hørte jeg en anden opfattelse. Hun er en meget religiøs kvinde, som har to døtre, der kun har fået den lille omskæring (Sunna). Jeg undrede mig over dette, og spurgte hende hvorfor. Hun svarede, at omskæring ikke har noget med Koranen at gøre, men bundet i en gammel tradition. Efter den tid har jeg ændret holdning til omskæring og formålet med den.

Traditionen er opstået, dengang man ikke havde viden om, hvad det betød for kvinderne og deres sundhed. Man omskærer pigerne for at beskytte dem mod at have seksuelle forhold inden ægteskabet.

Med tiden forstod jeg, at seksualiteten kommer andre steder fra, så det hjælper ikke at sy pigens skamlæber sammen. Hvis man som forældre gerne vil beskytte sine piger, er der andre måder at gøre det på, som fx at give dem støtte til at udvikle sig mentalt, oplyse dem om seksuelt overførte sygdomme m.v.

I sommeren 1997 var jeg med mine børn, hvoraf to er piger, hjemme hos mine forældre i Somalia på ferie. Jeg var meget usikker på og bange for, at min mor ville forsøge at få pigerne omskåret. Jeg snakkede med min far om det, og han forstod min frygt. Han forsøgte at forklare min mor, at det, hun havde gjort mod mig, var forkert. Dengang kunne han ikke sige fra over for hende, men nu 25 år efter ville han stå frem og beskytte sine børnebørn.

Det er meget positivt og glædeligt, at der er sket en ændring og udvikling på området i Somalia. Da jeg mødte unge kvinder i Somalia, mærkede jeg, at de ikke ville udsætte deres døtre for overgrebet. Kvinderne havde fået en større viden, blandt andet via uddannelse, men også fordi der i medierne foregår en engageret debat om omskæring. Der fortælles åbent om, hvor sundhedsfarligt det er, og oplyses om, at det ikke har udspring i Koranen” (Samia Yusuf Ali, 1997).

3.2 Somalieres holdninger til omskæring

Mange flygtninge håber at vende tilbage til deres eget land. De frygter familiens kritik og forringede sociale muligheder for deres døtre, hvis de ikke er blevet omskåret.

Somalierne har ikke nogen fælles holdning til omskæring af piger – hverken somaliere i Danmark eller i Somalia. I Somalia gælder det, at forskellen i holdning især er betinget af geografi, uddannelse og alder. Der er cirka 9,6 millioner indbyggere i Somalia, hvoraf cirka halvdelen er no-

madefolk (jf. kap. 11, "Somalias Historie"). Byfolkene har generelt en højere uddannelse end nomadefolkene, der fastholder de gamle traditioner. De unge forældre, der har uddannelse, får ikke foretaget infibulation af deres døtre, men går i stadig højere grad over til Sunna.

I løbet af de sidste 5-10 år har situationen ændret sig i positiv retning. Blandt andet skriver aviserne i Somalia om, hvor sundhedsskadeligt omskæring er, ligesom der er en større åbenhed og diskussion om emnet blandt både mænd og kvinder.

Allerede i 1970'erne blev der lavet en oplysningsindsats fra den somaliske regerings side for at få somalierne til at lade være med at omskære deres piger. Nogle af dem, der var aktive dengang, har også arbejdet med forebyggelse af omskæring, efter at de er kommet til vestlige lande.

Myndighederne i Somalia er fortsat opmærksomme på problemet, og befolkningen er i stigende grad interesseret i at vide, hvad andre lande gør ved problemet.

Blandt somaliere, der er bosat i Danmark, er der en blandet holdning til omskæring af piger. Nogle somaliere tager afstand fra det, andre er i tvivl. Nogle vil gerne holde fast i omskæring som en tradition, men foretrækker da Sunna-omskæring, mens andre holder fast i traditionen om, at pigerne omskæres ved infibulation.

Tre herboende somaliske kvinders holdninger

Safia Jama

"Den eneste måde, hvorpå man kan stoppe omskæring, er ved, at vi sammen snakker om det; både mødre og fædre og de unge, og ved at vi fortæller hinanden, hvilke problemer omskæring medfører. Jeg synes ikke, at omskæring giver andet end problemer. Derfor synes jeg, at vi skal afskaffe denne gamle, forkerte tradition, og at vi alle sammen som forældre og som samfundsborgere bør snakke sammen om, hvordan vi kan frelse vores børn fra denne straf. Det er mærkeligt nok sådan, at vi, der bor i Europa og Danmark, ikke er begyndt at snakke om det, medens folk i Somalia laver en stor oplysningskampagne, hvor omskæring diskuteres".

Ambaro Hashi Nur

"Omskæring er en gammel tradition. Det er en praksis, som er nedarvet fra generation til generation. Langsomt sker der så det, at opfattelsen i samfundet bliver, at hvis pigen ikke er omskåret, er hun ikke noget værd. Man fortæller den lille pige, at hun ikke vil blive gift, hvis hun ikke er omskåret. Herudover har man bildt de unge mænd ind, at det giver problemer at gifte sig med en pige, der ikke er omskåret.



Pigen får derfor opfattelsen af, at hun ikke vil blive gift, hvis hun ikke er omskåret, og at hun simpelthen ikke kan betragtes på lige fod med sine jævnaldrene. Hun er bange for at blive udsat for chikane fra sine veninder, og at hun ikke kan gå normalt i skole. Traditionen er især indgroet på landet.

Det er baggrunden for, at omskæring fortsætter med at eksistere, og har gjort det så længe”.

Qali Saed

“Grunden til, at jeg er imod omskæring, er for det første, at det ikke gavner samfundet overhovedet. For det andet giver det ikke andet end problemer for de piger, der bliver udsat for det. Det somaliske folk betragter det som et religiøst ritual, især den faraoniske metode. Men også den anden metode – Sunna – er unødvendig. Så jeg er imod omskæring. Jeg mener, at man bør holde op med at pine de somaliske piger.

Jeg vil gerne have, at de somaliske kvinder frelser deres døtre fra denne lidelse, og at de unge piger ikke bildes ind, at de mister noget, ved ikke at være omskåret. De skal slås for deres sundhed, så længe de har den. Den gamle faraoniske metode er så forfærdelig, at selv religionen betragter den som en forbrydelse. Den medfører så store problemer, og religionen er imod den, så jeg ønsker virkelig, at folk holder op med at udsætte de unge piger for den”.

To herboende somaliske mænds holdninger

Hassan Ahmed Noor

“Ja, den traditionelle side, som du lige har spurgt mig om, er jo en meget vigtig del af problemet. Jeg skal minde om, det har ikke noget med religion at gøre, og at det er traditionen, der er dybt forankret i os. Det, at pigen var omskåret, var obligatorisk, for at pigen kunne blive gift, fordi vi i vores somaliske tradition mente, det var en skam at have en datter, der ikke var omskåret. Ifølge traditionen var den omskårne pige værdifuld. Mændene kom og friede til hende, og familien fik masser af husdyr for hende. Hun havde en særlig status. Hvorimod den pige, som ikke var omskåret, ikke ville få samme status. Derfor vil enhver mor, for at sikre sine døtres fremtid, lede dem af den samme smertefulde vej, som hun allerede selv kender. Hvis du spørger moderen, om det ikke er smertefuldt, så ved hun udmærket godt, at det er et smertefuldt indgreb, men alligevel vælger hun at gøre det mod sine døtre, fordi samfundet betragter det som ærefuldt og vigtigt, at pigen er omskåret”.

Muhammed Omar

“Det, at pigerne tror, at omskæring er en forudsætning for ægteskab, er noget, de har fået at vide fra deres mødre. Det er mødrene, der bilder deres døtre ind, at de ikke vil blive gift, hvis de ikke er omskåret. Derved vil de også påvirke mændenes holdning. Men jeg synes, at det er en gammel og forældet tankegang.

Jeg mener, at de somaliske mænd skal lade være med at betinge deres ægteskab med omskæring, især da vi nu bor i et samfund, hvor man er bedre oplyst om problemer vedrørende omskæring og de konsekvenser, det medfører for pigerne sundhedsmæssigt. Vi bør ikke tage del i ansvaret for, at vores små piger omskæres. Efter min mening må hendes ægteskab aldrig betinges af omskæring”¹².

3.3 Danskeres holdninger til omskæring

Når talen falder på omskæring af piger, og især når indgrebet beskrives, reagerer mange danskere med overraskelse og ubehag, mens nogle griber af fascination over for det anderledes og uforståelige. For danskere kan det være ubegribeligt, at man kan vælge at forvolde en sådan smerte på et lille barn. Ubehaget ved emnet kan være så stort, at det kan være svært at tale om. Samtidig vedrører omskæring kvinders seksualitet og de kvindelige kønsorganer, emner, som mange opfatter som meget intime. Det kan være svært at diskutere omskæring med de involverede – man tror måske derved, at man overskrider deres grænser. Men sandheden kan også være, at problemet ved en sådan samtale er egne grænser og egne holdninger. En sådan afklaring kræver, at man gennem uddannelse og tværfagligt samarbejde arbejder med problemstillingerne, så den enkelte udvikler en professionalitet i forhold til sin egen tilgang til problemet (som sagsbehandlere, sundhedsplejerske, jordemoder o.s.v.).

Hvordan kan man føre en ligeværdig og ikke fordømmende samtale om et emne, hvor lov og kultur i den grad støder sammen? Hvordan vise respekt, forståelse og vinde tillid, når man samtidig må tage afstand fra noget, som man ved i den grad er forbundet med en anden persons identitet og selvopfattelse? Derfor er det vigtigt, at danskere i de fagkredse, hvor man nu befinder sig, får emnet diskuteret med de berørte somaliere og derigennem opnår en øget forståelse.

Man kan som dansker møde det synspunkt, at en mild form for omskæring (Sunna) burde tillades, for ikke at gå helt imod traditionen om

12) De tre herboende somaliske kvinders og de to herboende somaliske mænds holdninger er citater fra Sundhedsstyrelsens film, “Lad os tale sammen”, 1998. Holdningerne er formuleret i samtale med Esther Heller.



omskæring af piger. I den forbindelse bliver det ofte foreslået, at Sunna således kunne foretages under hygiejniske forhold på hospital. Heroverfor må man anføre, at for det første er alle former for omskæring af piger forbudt i Danmark, og for det andet er der også ved Sunna-indgrebet en stor risiko for at beskadige eller at fjerne en del af klitoris.

Ved at tillade indgrebet i Danmark ville man således bidrage til at fastholde skikken blandt herboende somaliere.



Kapitel 4

Lovregler m.v.

4.1 Dansk lovgivning

Straffeloven

Denne tekst er udarbejdet i samarbejde med Justitsministeriet.

Omskæring af piger er strafbart i Danmark efter straffelovens § 245 og efter omstændighederne i grove tilfælde § 246. Det må endvidere antages, at et samtykke fra den kvinde eller pige, som indgrebet vedrører, eller fra en piges forældre ikke kan medføre, at indgrebet bliver straffrit. Se bilag 8 side 111.

Sundhedspersonale og andre personer, der udfører eller medvirker til at foretage kvindelig omskæring, kan således efter omstændighederne straffes for overtrædelse af straffelovens § 245.

Der er også mulighed for at straffe personer, der medvirker til, at piger omskæres i udlandet, fx forældre, der sender deres døtre til et andet land for at lade dem omskære. Danske statsborgere og personer, som er bosat i Danmark, vil således efter omstændighederne kunne straffes for medvirken til overtrædelse af straffelovens § 245. Det er dog efter straffelovens § 7 en forudsætning for, at der kan idømmes straf i Danmark for forhold, der er begået i udlandet, at det også er strafbart at foretage omskæring i det land, hvor indgrebet er udført¹³.

Lægeloven

For læger gælder endvidere, at medvirken til omskæring af piger er i strid med lægelovens § 6, stk. 1, hvorefter en læge under udøvelsen af sin gerning er forpligtet til at udvise omhu og samvittighedsfuldhed. (Lægelovens § 6, stk. 1 og § 18).

13) Se bilag 3, "Skema over lande hvor omskæring af piger praktiseres", side 91.



Sundhedsstyrelsens udtalelser

Vedrørende omskæring

I 1981 henstillede Sundhedsstyrelsen i en officiel meddelelse i Ugeskrift for Læger, at danske læger ikke foretager kvindelig omskæring (1981; 143; 2532). Sundhedsstyrelsen udtalte i 1981 og 1993, at kvindelig omskæring må anses for at være en lemlæstende operation, og at der aldrig vil være indikation for at udføre denne (1993; 155; 835)¹⁴.

Vedrørende oplysningspligt ved sammensyning af infibulerede kvinder

Sundhedsstyrelsen har desuden i Ugeskrift for Læger (1994; 156; 1758) redegjort for de særlige problemstillinger, der vedrører omskæring af kvinder/piger.

Ved sammensyning af infibulerede kvinder efter fødsel, det vil sige sammensyning af det opklippede arvæv fortil, er det i henhold til lægelovens § 6, stk. 2, lægens pligt at oplyse patienten om den helbredsrisiko, som dette indgreb indebærer i form af risiko for urinvejsinfektioner mv.

Information til kvinden bør gives inden fødslen. Fastholder kvinden på baggrund af den givne information ønsket om en sammensyning, kan dette indgreb efter Sundhedsstyrelsens opfattelse foretages, såfremt lægen vurderer, at det ud fra en samlet situation tjener kvindens tarv bedst. En sammensyning kan ske som en rekonstruktion af forholdene, som de var før fødslen. Det er imidlertid ikke Sundhedsstyrelsens vurdering, at lægen har pligt til at udføre indgrebet.

Det må understreges, at såfremt der er sprogproblemer, må lægen sikre sig, eventuelt ved brug af tolk, at kvinden har forstået de komplikationer, sammensyning kan indebære.

Det er væsentligt, at der foretages journaloptegnelser om den givne information og om, hvad kvinden på denne baggrund har tilkendegivet, jf. cirkulærets §16.

Sundhedsstyrelsens seneste udmelding vedrørende resuturering efter fødslen fremgår af kapitel 9 "Vejledning til sundhedspersonale vedrørende gravide kvinder, der er omskåret".

Lov om social service

Denne tekst er udarbejdet i samarbejde med Socialministeriet.

Pr. 1. juli 1998 blev bistandsloven erstattet af lov om social service (Lov nr. 454 af 10. juni 1997) for så vidt angår reglerne om børn og unge. Bistandslovens regler om underretningspligt og om kommunens generelle tilsynsforpligtelse for børn og unge, der lever i kommunen, er rent indholdsmæssigt videreført i reglerne i lov om social service.

14) Se bilag 4, "Sundhedsstyrelsens udtalelser i Ugeskrift for Læger", side 96.



Reglerne om den skærpede underretningspligt for offentligt ansatte m.v. (bistandslovens § 19) er optaget i § 35 i lov om social service. Reglen om kommunens generelle tilsynsforpligtelse (bistandslovens § 32, stk.1) er fastsat i § 6 i lov om social service. Denne bestemmelse suppleres nu af lovens § 33, hvorefter kommunen skal føre sit tilsyn efter § 6 på en sådan måde, at kommunen så tidligt som muligt kan få kendskab til tilfælde, hvor der må antages at være behov for særlig støtte til et barn eller ung under 18 år.

Lov om social service

Socialministeren kan efter § 35 i lov om social service – reglerne om den skærpede underretningspligt m.v. (bistandslovens § 19) – fastsætte regler, hvorefter personer, der udøver offentlig tjeneste eller hverv, skal underrette kommunen, hvis de under udøvelsen af tjenesten eller hvervet får kendskab til forhold, der giver formodning om, at et barn eller ung under 18 år har behov for særlig støtte. Endvidere kan socialministeren efter § 35, stk. 2, fastsætte regler om underretningspligt for andre grupper af personer, der under udøvelsen af deres erhverv får kendskab til forhold, som bevirker, at der kan være anledning til foranstaltninger efter denne lov.

Socialministeriet har oplyst, at sådanne nærmere regler er fastsat i Socialministeriets bekendtgørelse nr. 875 af 27. november 1997 om underretningspligt over for kommunen, efter lov om social service, hvori det



præciseres, at alle personer, der virker i offentlig tjeneste eller hverv, er omfattet af underretningspligten¹⁵.

I bekendtgørelsens § 3 er det endvidere fastsat, at enhver læge samt enhver medarbejder ved puljeordninger oprettet efter lovens § 11 og ved private dagpasningsordninger efter lovens § 63 samt ved de fri grundskoler og frie kostskoler skal rette henvendelse til kommunen, når de i deres virksomhed bliver bekendt med forhold for børn og unge under 18 år, der må give formodning om, at barnet eller den unge har behov for særlig støtte.

Ifølge § 36 i lov om social service har den, der får kendskab til, at et barn eller en ung under 18 år fra forældrenes eller andre opdrageres side udsættes for vanrøgt eller nedværdigende behandling eller lever under forhold, der bringer dets sundhed eller udvikling i fare, pligt til at underrette kommunen.

Vedrørende socialforvaltningens pligt til at tage sig af de forhold, der har betydning for børns (og indvandrerbørns) vilkår, henvises til § 6 i lov om social service – reglen om kommunens generelle tilsynsforpligtelse (bistandsloven § 32, stk. 1), der fastslår en tilsynsforpligtelse for kommunen og dermed en pligt for kommunen til at interessere sig for forhold, der har betydning for børns og unges vilkår. I § 6 fastslås det, at kommunen fører tilsyn med de forhold, hvorunder børn og unge under 18 år i kommunen lever, jf. § 33.

Tilsynspligten er fortrinsvis af generel karakter og omfatter alle forhold, der har betydning for børns og unges livsbetingelser i lokalområdet.

Ved udførelsen af den generelle tilsynspligt er det vigtigt, at der samarbejdes – ikke blot mellem de enkelte forvaltninger i kommunen – men også med andre offentlige myndigheder, fx embedslægen. Et samarbejde med private organisationer og foreninger vil også være nødvendigt, for at kommunalbestyrelsen kan danne sig et overblik over tilbuddene til børn og unge i kommunen. Dette er især vigtigt af hensyn til mulighederne for en tidlig forebyggende indsats. Bestemmelsen er således også grundlag for den forebyggende virksomhed, der foregår i samarbejde mellem skole, politi og de sociale myndigheder.

Tilsynspligten har imidlertid også en mere konkret karakter, idet kommunalbestyrelsen specielt bør være opmærksom på omstændigheder, der giver formodning om, at børn og unge har behov for individuel støtte. Denne mere konkrete karakter af tilsynspligten er uddybet i § 33 i lov om social service.

15) Se bilag 5, "Socialministeriets bekendtgørelse nr. 875 af 27. november 1997" om underretningspligt over for kommunen efter lov om social service", side 100.

Tilsynspligten medfører ikke, at der iværksættes foranstaltninger fra kommunens side i forbindelse med enhver henvendelse til socialforvaltningen, men kun hvor der skønnes at være behov herfor. Dette afhænger af en konkret vurdering jf. punkt 24 i Socialministeriets vejledning af 5. marts 1998 om servicelovens regler om særlig støtte til børn og unge.

4.2 FN's Konvention om Barnets Rettigheder m. fl.

Udover de ovennævnte lovbestemmelser ratificerede Danmark i 1991 FN's Konvention om Barnets Rettigheder (Børnekonventionen). I artikel 24, stk. 3 står der:

“Deltagerstaterne skal tage alle effektive og passende forholdsregler med henblik på afskaffelse af traditionsbundne ritualer, som er skadelige for børns sundhed” (10).

Ifølge Det Danske Center for Menneskerettigheder betyder ovenstående, at Danmark er forpligtet til at beskytte piger mod denne praksis og arbejde for at forhindre udførelsen af omskæring af pigebørn. Denne pligt opfyldes ved, at forholdet er strafbart efter straffelovens § 245.

Børnekonventionens artikel 24, stk. 3 forpligter staten til at beskytte børn mod det omtalte indgreb. I tilfælde af en konfliktsituation, hvor forældrene insisterer på at få udført indgrebet, er myndighederne forpligtet til i medfør af artikel 24 at forhindre udførelsen af indgrebet.

I Børnekonventionen artikel 19 nævnes endvidere “Beskyttelse mod mishandling”, hvor staten forpligter sig til at beskytte barnet mod alle former for mishandling, begået af forældre eller andre, og til at forebygge alle former for mishandling og at afhjælpe deres virkninger, når det er sket¹⁶.

Pr. 1. december 1998 var Konventionen om Barnets Rettigheder ratificeret af 191 lande.

Idet nogle typer af omskæring foretages på voksne kvinder lige før de indgår gitemål, henvises desuden til “Konvention om afskaffelse af alle former for diskrimination mod kvinder” (1979). Den trådte i kraft den 3. september 1981. Pr. 1. januar 1988 var konventionen ratificeret af 94 stater, herunder Danmark. I artikel 5 står der bl.a., at: “De deltagende stater skal tage alle passende forholdsregler for at ændre mænds og kvinders sociale og kulturelle adfærdsmønstre med henblik på at opnå afskaffelse af fordomme, sædvaner og al anden adfærd, som hviler på den opfattelse, at det ene køn er mere eller mindre værd end det andet, eller på fastlåste kønsroller”.

16) Se bilag 6, “FN's Konvention om Barnets Rettigheder (1989)”, side 102.



4.3 Love mod kvindelig omskæring i andre vestlige lande og den seneste udvikling i Danmark

Sverige fik tidligere end Danmark flygtninge fra lande med tradition for omskæring, og i 1982 indførte Sverige en lov mod omskæring af piger. I Storbritannien vedtog man i 1985 efter pres fra forskellige organisationer – specielt afrikanske kvindegrupper – en lov som forbød omskæring af piger. Efter en del diskussion fik Norge en lov om omskæring – lov om forbud mod lemlæstelse – den 1. januar 1996¹⁷.

I erkendelse af, at Danmark ville få de samme problemer som de ovenfor nævnte lande, sendte Danske Kvindelige Lægers Forening i september 1992 et forslag til sundhedsministeren om en særlig lov mod kvindelig omskæring. Forslaget medførte ikke på daværende tidspunkt, at der blev fremsat et lovforslag i Folketinget.

I 1996 fremsatte medlemmer af Det Konservative Folkeparti, Fremskridtspartiet og Dansk Folkeparti samt Jacob Haugaard forslag til en særlig lov om forbud mod omskæring af kvinder (L 65, fremsat den 14. november 1996). Lovforslaget indebar navnlig, at princippet om “dobbelt strafbarhed” ikke skulle gælde ved omskæring af piger (ved “dobbelt strafbarhed” forstås, at en handling, som er foretaget i udlandet, kun kan straffes her i landet, hvis handlingen også er strafbar i det pågældende land). Som begrundelse anførte forslagsstillerne, at omskæring af kvinder er en så grov krænkelse, at det ikke bør være muligt at foretage indgrebet i udlandet, uden at det får følger, når de pågældende vender tilbage til Danmark.

Lovforslaget blev forkastet i Folketinget den 28. maj 1997. *Flere ordførere pegede på en målrettet forebyggende oplysningsindsats som et andet middel i kampen mod omskæring af kvinder.*

I forbindelse med forkastelse af lovforslaget blev det besluttet, at Justitsministeriet skulle udarbejde en redegørelse herom. Redegørelsen “Notat om dobbelt strafbarhed og omskæring af kvinder i udlandet” forelå den 1. juli 1998 (35). Af notatet fremgår det, at “Justitsministeriet finder det rigtigt i første omgang at afvente virkningerne af det omfattende og målrettede oplysningsarbejde i Sundhedsministeriets regi. Såfremt der efter gennemførelsen af denne oplysningsindsats viser sig et (væsentligt) behov herfor, vil Justitsministeriet imidlertid være indstillet på at tage initiativ til en lovændring, der på dette område fraviger princippet om dobbelt strafbarhed”. En ophævelse af kravet om dobbelt strafbarhed i forbindelse med omskæring af kvinder vil umiddelbart medføre, at det bliver muligt at straffe personer med bopæl i Danmark, som foretager eller medvirker til omskæring af piger i lande, hvor omskæring er tilladt (35).

17) Se bilag 3, “Skema over lande hvor omskæring af piger praktiseres”, side 91.

Kapitel 5

Sagsbehandlere

Alle former for omskæring af piger er forbudt i Danmark, og det er strafbart både for de personer, der foretager omskæring, og for dem, der medvirker dertil, jf. kap. 4, "Lovregler m.v.". Ifølge Lov om social service bør sagsbehandleren oplyse om dette, eftersom omskæring er en tradition, der fortsat er tilladt i Somalia. Ukendskab til dansk lovgivning fritager ikke en person fra at blive straffet, hvis han eller hun har overtrådt loven.

Selv om omskæring er tilladt i Somalia, er det også der et stærkt omdiskuteret emne. Siden 1970'erne er omskæring med mellemrum blevet diskuteret. I 1987 iværksatte regeringen i Somalia en informationsindsats mod omskæring af piger. På grund af borgerkrigens udbrud nåede den imidlertid ikke rigtig at få nogen effekt. Der er således ikke noget forkert i at tage emnet op i Danmark, selv om der selvfølgelig vil være mange forskellige holdninger til og reaktioner på et generelt forbud – især et forbud mod den mildere form, Sunna¹⁸. Det er en proces, og den kan tage tid.

Asylsøgere, der har opholdt sig på Dansk Røde Kors' asylcentre, er som udgangspunkt blevet informeret om de danske regler vedrørende omskæring af piger; men det er ikke altid sikkert, at alle har forstået informationen. Mange andre og vigtigere spørgsmål trænger sig på for en asylansøger, og omskæring er så langt fra det emne, der optager personen mest. Man skal være opmærksom på, at familiesammenførte muligvis ikke har fået de nødvendige oplysninger.

Sagsbehandlerens rolle kan være

- at yde almen rådgivning og vejledning til enkeltpersoner og/eller familier. Herunder at oplyse om, at omskæring af piger er forbudt i Danmark,
- at oplyse forældrene om de sundhedsmæssige risici, der er forbundet med omskæring,

18) Se kap. 2, "Kvindelig omskæring", side 11.

- at yde almen rådgivning om sygdom og sundhed samt henvise til relevante behandlingsmuligheder for kvinder, der er omskåret,
- at overveje igangsættelse af kvindegrupper, hvor somaliske kvinder kan diskutere omskæring og/eller henvise til allerede eksisterende grupper/foreninger,
- at sikre sig, at samtalen foregår med respekt for parrets kultur, og at alle informationer er forstået, bl.a. ved at bruge professionel tolk efter behov,
- at handle, hvis der er mistanke om, at et barn er blevet omskåret eller risikerer at blive det.

For at kunne udføre disse opgaver anbefaler Sundhedsstyrelsen, at sagsbehandleren

- har et godt kendskab til baggrunden for omskæring – herunder den sociale og kulturelle sammenhæng – samt hvilke befolkningsgrupper, der har tradition for at udføre indgrebet¹⁹,
- ved hvad omskæring er, og hvilke komplikationer det kan medføre,
- har bredt indblik i gruppens kulturelle baggrund – og i familieforhold og opdragelsesmønstre²⁰,
- kan fornemme familiens/ kvindens holdning til omskæring – om den er positiv eller negativ – og være forberedt på eventuelle reaktioner,
- kender årsagerne til forbudet i Danmark²¹,
- kan orientere om forskelligt oplysningsmateriale – video, foldere, pjecer (se "Litteraturliste"),
- har adgang til supervision/faglig støtte,
- er afklaret om egen holdning,
- har mulighed for at kunne overdrage opgaven til andre, hvis vedkommende ikke synes, at han/hun magter den. Det kan fx være vanskeligt for en mandlig sagsbehandler. Evt. kan henvises til fx sundhedsplejerske eller praktiserende læge,
- afsætter god tid, hvis der skal samtales om emnet.

Som nævnt ovenfor må sagsbehandleren være indstillet på, at han eller hun på et eller andet tidspunkt vil komme i en situation, hvor omskæring bringes på bane. Det kan være som led i en mere formel rådgivning, men måske også i mere ustrukturerede sammenhænge. Det kan være en god huskeregel altid at tale om omskæring i forbindelse med fødsel af en pige og ved rejser ud af landet. Da det følelsesmæssigt kan være et vanskeligt emne at tale om, kan man overveje at etablere støttegrupper/erfaringsgrupper, ligesom det anbefales, at sagsbehandlere, der skal indgå i denne rådgivning, får mulighed for støtte via supervision. Der vil være personer,

19) Se kap. 2, "Kvindelig omskæring", side 11.

20) Se kap. 11, "Somalias historie", side 69.

21) Se kap. 4, "Lovregler m.v.", side 29 og bilag 6, "FN's Konvention om Barnets Rettigheder (1989)", side 102.

som slet ikke synes, at de har de fornødne forudsætninger for at tale om omskæring, og de skal have mulighed for at sige fra og henvise til andre. Disse forhold må den enkelte kommune udarbejde retningslinier for.

Når kvindelig omskæring er forbudt i Danmark, skyldes det, at det anses for at være en lemlæstende operation og et brud på FN's Konvention om Barnets Rettigheder, som Danmark ratificerede i 1991²².

I samtalen med kvinden/forældrene om forbudet, er det vigtigt at udvise respekt for parrets kultur.

Fremhæv positive forhold som det stærke familiesammenhold, det stærke sociale netværk og den tætte kontakt til børnene. Der bør afsættes god tid til samtalen.

Man skal også være opmærksom på, at mange familier har fravalgt omskæring, og at de familier, der evt. fortsat ønsker omskæring, som oftest foretrækker den mildere form, Sunna. Det er forståeligt, at de med den socialt-kulturelle betydning, som omskæring har for kvindens og mandens placering i samfundet, vil reagere negativt i forhold til et forbud og føle det som et angreb på deres kultur, værdier og normer. En følelse, der ofte vil blive forstærket af de negative oplevelser, der kan være forbundet med at tilhøre en minoritetsgruppe.

Kvinderne har ofte ikke haft mulighed for at tale om deres egen omskæring, deres følelser og eventuelle fysiske ubehag i forbindelse hermed. For nogle kan det være vanskeligt at sætte ord på emnet. Andre kvinder har måske fået skyldfølelse over, at de lod deres døtre omskære.

Nogle mænd vil måske føle sig afmægtige i forhold til deres teenage-døtre, som de synes påvirkes for stærkt af vestlige normer. De oplever, at de helt vil miste kontrollen over pigerne, hvis de ikke er blevet omskåret.

Familier, der lader deres døtre omskære, gør det ofte ud fra en overbevisning om, at det er et religiøst påbud, og tror det er beskrevet i Koranen. Men ifølge islamiske religiøse lærde omtales det intetsteds i Koranen (således som det også fremgår af filmen: "Lad os tale sammen", 1998).

Ifølge reglerne om underretningspligt m.v. for personer, der udøver offentlig tjeneste eller hverv, – § 35 i lov om social service (bistandslovens § 19) – har man pligt til at underrette kommunen, hvis man under udøvelse af tjenesten eller hvervet får kendskab til forhold, der giver formodning om, at et barn eller ung person under 18 år har behov for særlig støtte. Det vil sige, at man bør rette henvendelse til de sociale myndigheder, hvis man får mistanke om, at en pige står for at skulle omskæres her eller i udlandet. De sociale myndigheder skal så tage kontakt til forældrene og derefter tage stilling til, om politiet skal involveres.

22) Se kap. 4.1, "Dansk lovgivning", side 29 og bilag 6, "FN's Konvention om Barnets Rettigheder (1989)", side 102.

I det tilfælde, hvor man har en begrundet mistanke om, at et barn er i risiko for at blive taget ud af landet for at blive omskåret, vil det alene være de sociale myndigheder, der vil kunne indstille, at der beskikkes en særlig værge. Men selve afgørelsen træffes af statsamtet.

Hvis barnet er blevet omskåret, er det ligeledes de sociale myndigheder, der skal tage stilling til det videre forløb vedrørende samtale med forældrene og en eventuel anmeldelse.

Brug af tolk

Det er vigtigt, at kommunerne har den nødvendige tolkekapacitet. Man bør helst bruge professionelle kvindelige tolke, og aldrig bruge børn²³.

23) Se kap. 10, "Tolkning", side 67.

Kapitel 6

Sundhedsplejersker og læger i den kommunale sundhedstjeneste

Den kommunale sundhedstjeneste arbejder med børn og unge i barnets hjem, på skoler og som konsulent i daginstitutioner og dagplejen. Her er det en naturlig opgave for det sundhedsuddannede personale at forebygge omskæring af piger.

Den kommunale sundhedstjenestes opgaver kan være

- at tale med somaliske og andre afrikanske forældre om de fysiske og psykiske konsekvenser, omskæring kan have for deres barn,
- at oplyse somaliske og andre afrikanske skolebørn, som har omskæring som en del af deres kultur om, hvad omskæring er og de sundhedsmæssige risici, der er forbundet med det,
- at råde og vejlede andre faggrupper i kommunen,
- at oplyse om, at kvindelig omskæring er forbudt i Danmark²⁴.

For at kunne udføre disse opgaver anbefaler Sundhedsstyrelsen, at sundhedsplejersken og kommunallægen har et godt kendskab til:

- baggrunden for omskæring og hvilke befolkningsgrupper, der har tradition for at udføre indgrebet,
- hvad omskæring er, og hvilke komplikationer det kan medføre,
- symptomerne på, at en pige kan være blevet omskåret²⁵, samt eventuelle henvisningsmuligheder til de sociale myndigheder ved mistanke om, at en pige er i risiko for at skulle omskæres,
- egen holdning til omskæring af piger.

24) Se kap. 2, "Kvindelig omskæring", side 11 og kap. 4, "Lovregler m.v.", side 29.

25) Se kap. 2.3, "Komplikationer efter omskæring af piger og kvinder", side 13 og kap. 7, "Pædagoger og lærere" side 44.

6.1 Spæd- og småbørn

Ved sundhedsplejerskens kontakt med en afrikansk familie bør der spørges til forældrenes holdning til omskæring. Det er naturligvis ikke det første, man skal tale med forældre om, idet der først bør være etableret et tillidsforhold.

Et vigtigt spørgsmål at få afklaret er fx, om barnet skal vokse op i Danmark eller i Afrika? Man bør herunder oplyse om hvilke vanskeligheder omskæring kan give pigen, hvis hun vælger at blive i Danmark.

Sundhedsplejersken bør sikre sig, at forældrene ved, at det er sundhedsskadeligt at foretage omskæring, og de bør oplyses om de komplikationer, indgrebet kan medføre. Samtidig er det vigtigt at forklare forældrene, at omskæring er forbudt i Danmark ifølge straffeloven²⁶.

I kommuner med mange somaliere er det almindeligt, at sundhedsplejen samler de somaliske kvinder i mødregrupper med tolk. I disse grupper vil det være naturligt at drøfte omskæring og give den fornødne information. Hertil kan bruges Sundhedsstyrelsens videofilm for somaliere: "Lad os tale sammen", 1998. Den giver bl.a. oplysninger om de sundhedsmæssige komplikationer, der er ved omskæring af piger samt om lovgivningen i Danmark.

6.2 Skolebørn

Alderen for, hvornår omskæring finder sted, kan variere fra nationalitet til nationalitet, men mange udfører indgrebet, når pigerne er mellem 5 og 10 år. Sundhedsplejerske og kommunallæge må derfor være opmærksomme på dette i deres arbejde i skolerne.

Ved lægeundersøgelsen optages der en anamnese, og man bør spørge om, hvorvidt pigen er omskåret. I journalen noteres, om omskæring har fundet sted, og hvis det er tilfældet, noteres hvornår og hvilken type omskæring, og om pigen har haft eller har gener, der kan relateres til indgrebet. Hvis pigen er omskåret, oplyses hun (afpasset efter barnets alder og forældrene) om de sundhedsmæssige problemer, omskæring kan medføre. Hvis pigen ikke er omskåret, oplyses hun og forældrene, hvis de deltager, om de sundhedsmæssige konsekvenser af omskæring, og om at indgrebet er ulovligt i Danmark.

Ved sundhedssamtalen, som sundhedsplejersken har med det enkelte barn, vil det være naturligt at drøfte omskæring og give den information, der passer til barnets alderstrin. Omskæring må antages at være et emne,

²⁶) Se kap. 4., "Lovregler m.v.," side 29.

der er af så privat karakter, at det kun sjældent kan tages op, mens andre jævnaldrende er til stede, selv om de har samme etniske baggrund.

6.3 Hvornår er pigen mest udsat?

Som allerede omtalt finder de fleste omskæringer af piger sted i aldersgruppen mellem 5 år og 10 år, men der er en tendens til, at pigerne omskæres tidligere, når de lever i udlandet (4-5 år). Dette kan måske forklares ved, at forældrene ikke ønsker, at pigen skal fortælle andre om omskæringen. Det er kendt, at specielt bedstemødre finder det vigtigt, at pigerne bliver omskåret²⁷. Derfor bør sundhedstjenestens personale være opmærksomme på, at omskæring ofte vil ske, når pigen er på besøg/ferie hos bedsteforældrene i hjemlandet – også selv om forældrene måske er stærkt imod indgrebet.

Tolk

Det er vigtigt, at der bruges tolk i de situationer, hvor sundhedspersonalet og familien ikke kan kommunikere på et fælles sprog. Der bør altid bruges kvindelig tolk, og der gælder de samme regler for brug af tolk, som ved andre situationer, hvor emner af meget privat karakter skal drøftes²⁸.

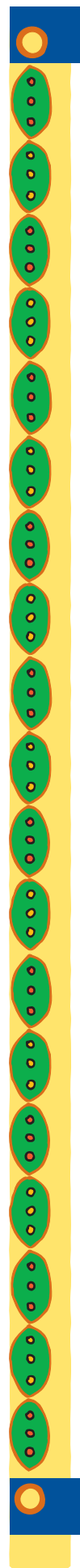
Information og underretningspligt

Familier, der giver udtryk for, at det er en del af deres kultur at foretage omskæring af piger, bør såvel af sundhedsplejerske som af kommunallæge informeres om, at dette er forbudt og endog strafbart i Danmark. Desuden er planer om omskæring af herboende piger omfattet af lov om social service § 35 om pligt til at underrette kommunens sociale myndighed (underretningspligt)²⁹.

27) Se kap. 2, "Kvindelig omskæring", side 11.

28) Se kap. 10, "Tolkning", side 67.

29) Se kap. 4, "Lovregler m.v.", side 29.



6.4 Drøftelse af omskæring af piger i forbindelse med et sundhedsplejerskebesøg

Interview med sundhedsplejerske Signe Rimmer, Aalborg Kommune

“Den vejledning, jeg giver, når jeg besøger familier, der er somaliske flygtninge, omhandler fx helbredsmæssige forhold i forbindelse med omskæring af piger. Jeg gør opmærksom på, at omskæring af piger kan have alvorlige følger for en piges helbred. Dels kan hun miste meget blod i forbindelse med selve indgrebet, og dels kan den, der skærer, komme til at ødelægge endetarm og urinrør. Hvis instrumenterne ikke er fuldstændig rene, kan der gå betændelse i såret, og i værste fald kan pigen dø af det.

Senere kan der opstå komplikationer i form af fx smerter i forbindelse med menstruation, og betændelse i underlivet, der kan medføre, at pigen ikke kan blive gravid og føde børn. Underlivsbetændelsen kan også bevirke, at der opstår misdannelser, som kan give problemer ved fødsler. Det nyfødte barn kan i værste fald få en hjerneskade, hvis fødslen derved bliver trukket i langdrag.

Betydningen af at være anderledes kan drøftes med forældrene. Hvis deres datter blev omskåret, vil hun være anderledes end sine danske veninder. Det er meget vigtigt for børn at være ligesom deres kammerater. Ellers kan det give anledning til problemer med fx mobning.

Jeg siger også noget om, at danskerne ser meget alvorligt på omskæring. Mange er chokerede over, at det stadig finder sted. I Danmark synes vi, det er et helt unødvendigt overgreb. Især mener vi, at det er forkert, at det bliver foretaget, mens pigerne er så små, at de ikke selv kan bestemme og har en mulighed for at sige fra.

Jeg orienterer også om det lovmæssige vedrørende omskæring af piger. Der gør jeg opmærksom på, at det er ulovligt i Danmark at omskære piger under en hvilken som helst form. Det er strafbart, både for den, der udfører indgrebet, men også for forældrene.

Det, som forældrene måske vil bruge som argument, er, at det er vanskeligt for deres datter, hvis hun på et tidspunkt kommer tilbage til Somalia og ikke er omskåret, men der fremhæver jeg, at der også sker en udvikling i Somalia. Blandt andet ved jeg, at der er en gruppe, som arbejder på at komme helt væk fra denne tusindårige tradition for omskæring. Så det er muligt, at forholdene er anderledes, når de måske om nogle år vender tilbage.

Det religiøse kan også komme ind i samtalen. Der er stadig somaliere, der har en forestilling om, at der er et religiøst påbud, der siger, at piger skal omskæres. Men der vil jeg fortælle, at omskæring af piger ifølge islamiske, religiøse lærde ikke omtales direkte i Koranen. Det er en tradition, der opstod før Islam, og som også eksisterer indenfor andre trosretninger, fx blandt kristne.

Jeg vil ikke tage omskæring op ved det første besøg, jeg aflægger i en familie. Det er fortsat et noget tabubelagt emne, og det er vigtigt, at der er opbygget et tillidsforhold først.

Hvis jeg har en formodning om, at forældrene trods grundig information alligevel planlægger at lade deres datter omskære, eventuelt i udlandet, vil jeg lade dem vide, at jeg er forpligtet til at underrette socialforvaltningen.

Kommunikationen er utrolig vigtig, så hvis der på nogen måde er kommunikationsvanskeligheder, er det selvfølgelig nødvendigt at bruge tolk i samtalen”.

Et af de spørgsmål, man kan drøfte, er, hvilken støtte de somaliske kvinder kunne ønske sig fra deres mænd i denne sag. Et andet spørgsmål er, hvordan mændene opfatter omskæring af piger, og hvordan det har påvirket dem i forhold til deres partner. Hvilke fordele ser mændene i, at dette indgreb afskaffes?



Kapitel 7

Pædagoger og lærere

7.1 Vejledning til pædagoger

Er man småbørnspædagog, hører det med til ens arbejdsopgaver at være med til at forebygge omskæring af piger. Man skal være opmærksom på de situationer, hvor piger kan være særlig udsatte, som fx hvis et forældrepar oplyser, at de skal rejse på ferie til hjemlandet eller til et af de lande, hvor omskæring ikke er forbudt³⁰.

Daginstitutioner m.v. modtager flere kategorier af afrikanske børn:

1. *Børn, der er født i Danmark.* Her er det fødeafdelingernes opgave at underrette sundhedsplejersken om, at forældrene er oplyst om, at omskæring er forbudt i Danmark, og at det er forbundet med en helbredsrisiko for barnet.
2. *Børn, som er kommet til Danmark med forældre, der har søgt asyl.* Disse forældre skulle allerede på asylcentret være underrettet om, at omskæring er forbudt. Men nogle af dem har måske ikke rigtig forstået det, da der var så meget andet, de samtidig fik oplysning om.
3. *Børn, der er kommet til Danmark ved familiesammenføring.* Måske har den, der oprindelig fik asyl, ikke drøftet omskæring med sin ægtefælle og oplyst, at det er forbudt.

Sundhedsstyrelsen anbefaler, at man som pædagog først og fremmest

- orienterer sig om baggrunden for omskæring³¹,
- evt. søger råd og bistand til at drøfte emnet hos sundhedsplejersken, eller kommunallægen. En person fra sundhedstjenesten kan altid kontaktes med henblik på at tale med forældrene om de sundhedsmæssige komplikationer omskæring kan medføre,
- oplyser om, at omskæring er forbudt i Danmark,

30) Se bilag 3, "Skema over lande hvor omskæring af piger praktiseres", side 91.

31) se kap. 2, "Kvindelig omskæring", side 11.

- diskuterer omskæring med forældrene og orienterer om helbredsrisikoen,
- er opmærksom på, at piger, der er omskårne (infibulation), fx kan være længere tid om at lade vandet og kan have vanskeligheder ved at dyrke sport som før (jf. kap. 2.5),
- kontakter det sociale system ved mistanke om, at barnet står i fare for at blive bragt ud af landet for at blive omskåret.

I tilfælde af begrundet mistanke har man ifølge § 35 i lov om social service (de skærpede regler om underretningspligt m.v.) oplysningspligt til socialforvaltningen³². Socialforvaltningen er i samråd med den kommunale sundhedstjeneste forpligtet til at tage en samtale med forældrene og dernæst finde frem til relevante forholdsregler.

Som pædagog bør man aldrig henvende sig til politiet. Det er de sociale myndigheder, der skal afgøre, om der er basis for en anmeldelse.

7.2 Vejledning til lærere i skoler m.v.

Som lærer kan man naturligt spille en rolle i forebyggelsesindsatsen mod omskæring af piger. Omskæring kan dog være et ømtåleligt emne at tale om i en klasse. Omskæring vækker ubehag hos mange, og det er naturligt, at man som lærer føler det vanskeligt at tale om emnet. Skal man overhovedet tage emnet op, er det nødvendigt, at man har den nødvendige viden om baggrunden for omskæring samt de helbredsmæssige følger³³. Læreren bør være klar over, at alle former for kvindelig omskæring er forbudt i Danmark.

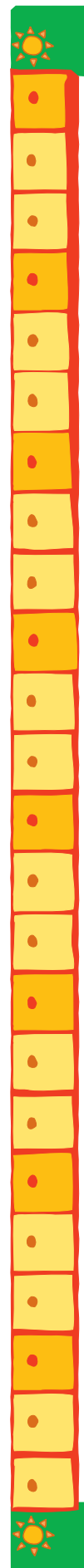
En fordømmende holdning kan let sprede sig, og pigerne kan derved blive udsat for ubehagelige spørgsmål fra andre elever i frikvartererne. Som lærer må man hellere lade være med at tale om det, hvis man ikke føler sig tryk ved det. Hvis eleverne bringer emnet op i klassen, må man ikke negligere problemet, men i sådan en situation vil det være en god idé at inddrage skolesundhedsplejersken.

Sundhedsstyrelsen anbefaler, at man som lærer især

- orienterer sig om baggrunden for omskæring og somalisk kultur,
- er varsom med at diskutere det i klassen, hvis man har fornemmelsen af, at det kan virke sårende, eller der er elever i klassen, der vil udnytte det til at genere de somaliske piger. Det vil nok være en god idé at tale med de somaliske piger i klassen om, hvordan emnet bedst tages op, uden de føler sig forulempet. Det kan

32) Se kap. 4, "Lovregler m.v.", side 29.

33) Se kap. 2, "Kvindelig omskæring", side 11.



være vanskeligt at undgå at tage problemet op i klassen, hvis spørgsmålet rejses af andre elever,

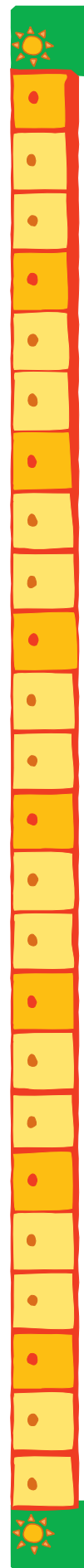
- kender symptomer på omskæring – langvarig og besværlig vandladning, gener fra arret ved sport etc.,
- er opmærksom på piger, der er blevet omskåret på en ferie i udlandet – ændret adfærd, tristhed, besværlig vandladning, ændret holdning til sport,
- bruger skolesundhedsplejersken til at tale med pigerne og til selv at drøfte forskellige symptomer med,
- er opmærksom på, at somaliske og andre afrikanske piger, der nylig er kommet til Danmark, ofte har ringe viden om deres egen krop,
- organiserer, at pigerne får den nødvendige viden – og at drengene også får den,
- er klar over underretningspligten til det sociale system efter § 35 i lov om social service,
- oplyser om, at kvindelig omskæring er forbudt i Danmark,
- bruger professionel kvindelig tolk til eventuelt at tale med forældrene.

Det er vigtigt, at der i kommuner med mange somaliere findes personer inden for det kommunale sundhedsvæsen – sundhedsplejerske eller kommunallæge – der kan vejlede. I kommuner med kun få somaliere, hvor man lokalt ikke har den fornødne ekspertise, må man forsøge at trække på andre kommuner.



I skolen vil man som lærer møde piger, der er blevet omskåret, inden de kom til Danmark. Man bør her være opmærksom på følgende forhold:

- Nogle piger vil være længe om at lade vandet. Her kan læreren med fordel bede skolesundhedsplejersken eller kommunallægen om at tale med pigen. Der er måske visse former for gymnastik og sport, pigerne undslår sig for, fordi arret strammer og hæmmer dem, fx atletik, spring og cykling.
- Mange har smerter ved menstruation, fordi blodet har svært ved komme ud, eller fordi de i tilslutning til omskæringen har fået beskadigelser, som giver dem smerter. De kan være nødt til at forsømme skolen en eller flere dage. Også her kan man have glæde af at henvise til skolesundhedsplejersken for at få afklaret, hvad der er i vejen og måske få pigerne henvist til egen læge til vurdering af, om symptomerne kan afhjælpes.
- Piger, der lige er blevet omskåret, ændrer ofte adfærd. De kan fx blive mere tavse, mere stille og afvisende i kontakten på grund af oplevelsen af svigt fra forældrenes side. Nogle bliver pludselig meget længe om at lade vandet, deres gang og måde at færdes på har ændret sig, og de afstår fra sport, som de tidligere har deltaget i. Det er psykisk belastende pludselig at have en hemmelighed, som man ikke kan tale om. De er helt bevidste om, at de nu adskiller sig fra deres kammerater, og at de er kommet uden for fællesskabet. Pigerne bør henvises til sundhedsplejerske eller kommunallæge. På længere sigt kan pigerne have brug for psykologhjælp, men det anbefales at være en psykolog, som kender til somalisk tradition og som ved, hvordan man bedst støtter pigerne. Man må tage kontakt til forældrene, idet der kunne være flere piger i familien, der endnu ikke er omskåret. Man bør sørge for den nødvendige tolkebistand, hvor det er nødvendigt. Det bør være en kvindelig tolk.
- Hvis man erfarer, at en pige skal omskæres, har man underretningspligt til de sociale myndigheder – socialforvaltningen i kommunen – ifølge § 35 i lov om social service.
- Hvis man får mistanke om, at en pige skal tages ud af landet for at blive omskåret, har man også underretningspligt til socialforvaltningen, som har pligt til at tage en samtale både med pigen og forældrene og finde frem til de nødvendige foranstaltninger.
- Man bør aldrig henvende sig direkte til politiet, men til socialforvaltningen. Om der skal ske en anmeldelse til politiet på et senere tidspunkt, må socialforvaltningen afgøre.
- Det er vigtigt, at de somaliske piger får viden om deres egen krop og dens funktioner. Mange er måske kommet ind i det danske skolesystem på et sent tidspunkt, og pigerne mangler ofte den viden om egen krop, som børn her i landet har fået. Hvis en pige ved mere om sin krop, er der måske en chance for, at de



større piger tør diskutere omskæring med forældrene, bl.a. hvis disse vil tage hende med til udlandet for at få hende omskåret.

- Det er også nødvendigt at oplyse drenge om, hvad omskæring er og de sundhedsmæssige konsekvenser. Der er ikke tradition for, at mændene får nogen viden om disse spørgsmål.
- Omskæring af piger er ikke det første, man skal tale med afrikanske forældre om. Man skal først have etableret et rimeligt tillidsforhold og fornemme, om man står over for forældre, som ikke ønsker deres datter omskåret, eller forældre, som senere planlægger at tage til udlandet for at få indgrebet foretaget. Det er vigtigt, at man oplyser forældrene om, at alle former for omskæring af piger er forbudt i Danmark ifølge straffeloven, og at det er sundhedsskadeligt at foretage omskæring³⁴. Sundhedsplejerske eller kommunallæge kan eventuelt inddrages.
- Man må gøre sig klart, at der er forældre fra Somalia eller andre lande i Afrika, hvor omskæring finder sted, som allerede inden de kom her til eller efter ankomsten, har fravalgt omskæring af deres døtre. Det er stødende for somaliere kun at blive identificeret med omskæring, når de har en hel række andre traditioner, som det kan være positivt for eleverne at høre om.

Det er den næste generation, der skal satses på for at få denne tradition ændret.

7.3 Hvor henvender man sig ved mistanke om omskæring af piger?

Hvad gør man, hvis man får mistanke om, at et barn vil blive taget ud af landet for at blive omskåret?

Det vil ofte være mest hensigtsmæssigt, at institutioner og skoler i første omgang henvender sig til socialforvaltningen og den kommunale sundhedstjeneste for at få en sundhedsfaglig vurdering. Socialforvaltningen og den kommunale sundhedstjeneste bør tage en samtale med forældrene.

Ifølge § 35 og § 36 i lov om social service har man pligt til at henvende sig til de sociale myndigheder, som derefter skal tage kontakt til forældrene. Man skal aldrig selv henvende sig til politiet. Det er de sociale myndigheder, der afgør, om politiet skal involveres.

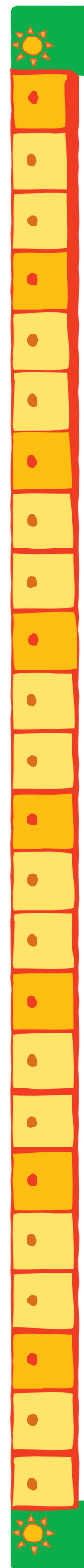
Socialforvaltningerne i områder med mange somaliere bør have personale med viden og forståelse for somaliske forhold samt den nødvendige tolkebistand til rådighed til at oplyse forældrene om dansk lov. I mindre kommuner må man kunne søge råd og vejledning i andre kommuner.

34) Se kap. 2.3, "Komplikationer efter omskæring af piger og kvinder", side 13 og kap. 4. for "Lovregler m.v." side 29.

Det er udelukkende de sociale myndigheder, der vil kunne indstille, at der beskikkes en særlig værge for at undgå barnets udrejse. Selve afgørelsen træffes af statsamtet.

Man må forudse, at omskæring kan ske her i landet. Måske sørger en gruppe somaliere for at skaffe en traditionel fødselshjælper til Danmark, som så kan foretage omskæringen og hurtigt forlade landet igen. Det er nødvendigt at være opmærksom på en sådan situation, og man bør være parat med eventuelle nødvendige foranstaltninger.

En forebyggende indsats kunne være at sikre, at forældrene bliver oplyst om de sundhedsmæssige komplikationer ved omskæring af piger og om dansk lovgivning på området. Dette kan især være nyttigt, hvis familien skal hjem på ferie, således at de bedre kan modstå et eventuelt pres fra anden side.



Kapitel 8

Praktiserende læger³⁵

I Danmark er den primære kontakt til sundhedsvæsenet typisk via den praktiserende læge. Praktiserende læger vil derfor i mange forskellige sammenhænge komme i kontakt med kvinder, der er omskåret.

Sundhedsstyrelsens anbefalinger:

- ✘ Vær ikke bange for at spørge, om kvinden er omskåret. Cirka 98% af de somaliske kvinder er blevet omskåret. De er helt parate til at svare. De mister tilliden til lægen, hvis denne ikke spørger.
- ✘ Ikke alle kvinder er vidende om, hvor omfattende omskæringen er, så det kan være nødvendigt med en gynækologisk undersøgelse, før en relevant vejledning kan gives.
- ✘ Det er ofte en god idé at spørge om, hvornår kvinderne er blevet omskåret, og derefter mere specifikt fortælle om hvilke gener/symptomer, der kan være som følge af omskæringen. Kvinden sætter sjældent eventuelle smerter ved samleje, menstruationssmerter og vandladningsbesvær i forbindelse med indgrebet, der ofte er foretaget for længe siden.
- ✘ Det er vigtigt, at lægen er orienteret om, hvilke sundhedsmæssige følger omskæringen kan have, således at hun/han kan stille de rigtige spørgsmål.
- ✘ Brug tolk, hvor det er nødvendigt. Det bør være en kvindelig tolk. *Brug aldrig børnene*³⁶.
- ✘ Hvis kvinden henvender sig på grund af graviditet, forsøg da at undersøge hende. Brug eventuel virgo spekler.
- ✘ Beskrive i svangrejournalen til hospitalet, hvordan vulva ser ud, og om gynækologisk undersøgelse har kunnet gennemføres.
- ✘ Alle kvinder, der er omskåret, bør henvises til fødsel på specialafdeling.

35) Se kap. 6.4, "Drøftelse af omskæring af piger i forbindelse med et sundhedsplejerskebesøg", side 42.

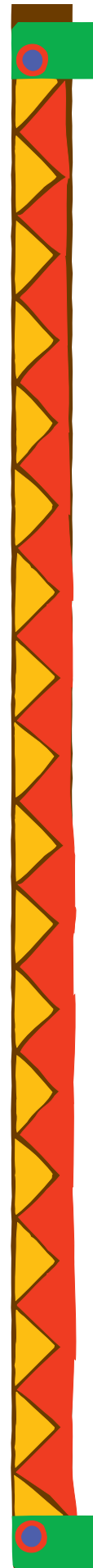
36) Se kap. 10, "Tolkning", side 67.

- ✖ Fortæl om mulighederne for åbning inden fødslen. Dette gøres bedst i 2. trimester. Det bør foregå på specialafdeling eller hos en praktiserende gynækolog³⁷.
- ✖ Hvis kvinden henvender sig med henblik på åbning af infibulationen inden brylluppet, bør man betænke, at opskrivning på en lang venteliste ikke vil hjælpe hende. Hun har brug for en hurtig indsats. Åbningen kan foretages på en specialafdeling, hos en praktiserende gynækolog eller hos den praktiserende læge. Åbning inden en eventuel graviditets indtræden vil altid være at foretrække.
- ✖ Hvis en pubertetspige henvender sig på grund af infektion, smerter ved vandladning eller kraftige menstruationssmerter, bør man forklare hende og hendes mor/forældre, om disse symptomers sammenhæng med omskæringen samt tilbyde, at hun kan blive åbnet på specialafdeling, hos en praktiserende gynækolog eller hos den praktiserende læge. Det er vigtigt, at man samtidig tilbyder at udfærdige en attest på, at indgrebet er udført på medicinsk indikation.
- ✖ Ved børneundersøgelser bør det drøftes med moderen/forældrene, at det er forbudt at omskære piger i Danmark, og hvorfor man her i landet synes, at det er et overgreb at omskære pigerne.

Ved mistanke om, at pigen skal omskæres, er der indberetningspligt til de sociale myndigheder.

Sundhedsstyrelsens forskellige udtalelser vedrørende kvindelig omskæring fremgår i øvrigt af bilag 4.

37) Se kap. 9, "Vejledning til sundhedspersonale vedrørende gravide kvinder, der er omskåret", side 52.



Kapitel 9

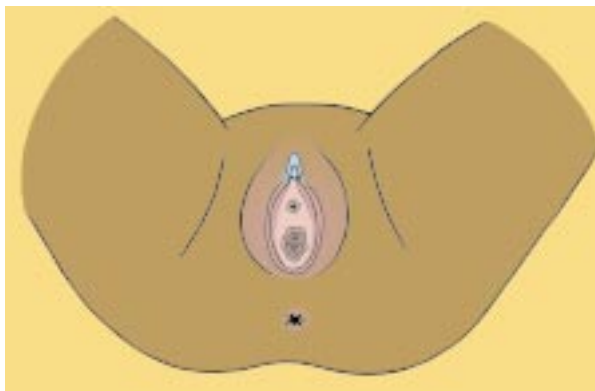
Vejledning til sundhedspersonale vedrørende gravide kvinder, der er omskåret

Dette kapitel henvender sig til sundhedspersonale, primært jordemødre og obstetrikere, der kommer i kontakt med gravide kvinder, der er blevet omskåret. Vedrørende baggrund og udbredelse se kap. 2, "Kvindelig omskæring", side 11.

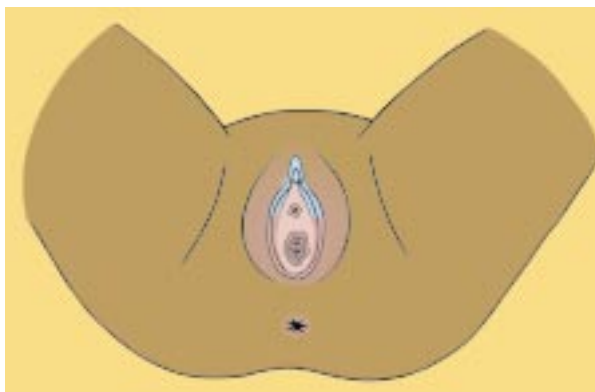
Man skal være opmærksom på, at deinfibulation også bør tilbydes ikke-gravide ved fx vandladnings- eller menstruationsproblemer, ved frygt for seksuelle problemer eller når disse er opstået samt før seksuel debut. Det vil altid være en fordel at foretage indgrebet inden graviditetens indtræden, da det åbner muligheden for, at man kan tilbyde en rekonstruktion af de anatomiske forhold hos kvinder, der måtte vise sig at have en intakt clitoris. Dette indgreb kræver længere tid i narkose og bør derfor ikke foretages på gravide (34).

9.1 Typer af omskæring³⁸

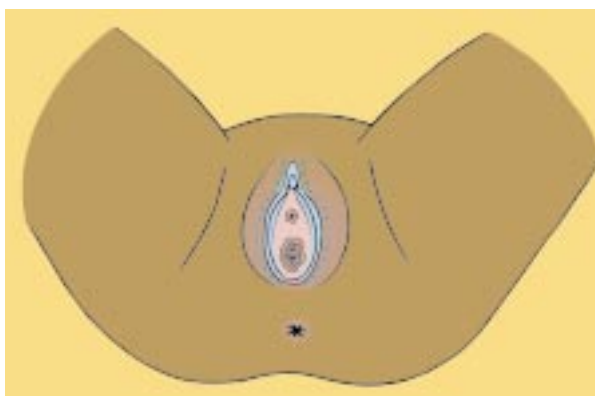
Der findes 3 former for kvindelig omskæring:



1. SUNNA og CLITORIDECTOMI:
SUNNA bruges af mange som betegnelse for fjernelse af forhuden på clitoris, men i praksis bliver ofte en del af clitoris fjernet samtidig. Ved CLITORIDECTOMI forstås hel eller delvis fjernelse af clitoris.

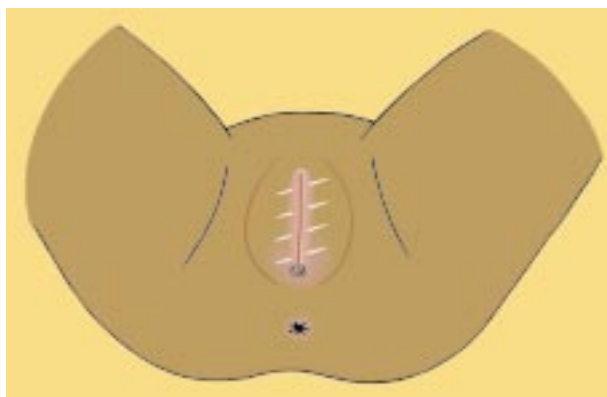


2. EXCISION:
Fjernelse af en del af clitoris eller hele clitoris i forbindelse med hel eller delvis fjernelse af labia minora.

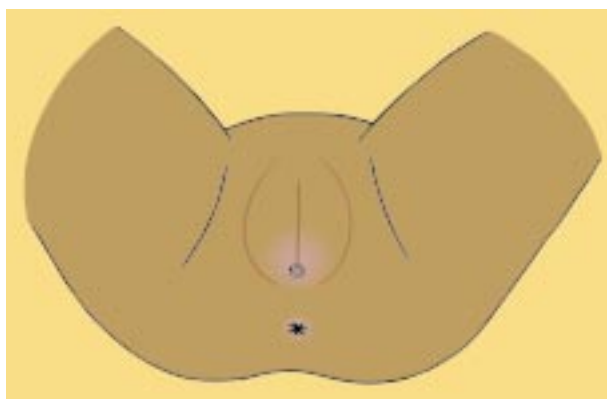


3. INFIBULATION:
Fjernelse af clitoris, labia minora og en del af labia majora.

38) Se bilag 8, forkortet udgave af "Vejledning til Sundhedspersonale vedrørende gravide kvinder, der er omskåret", side 107.



De rå sårflader sys enten sammen eller holdes sammen med akacietorne. Der efterlades således kun et ganske lille hul til urin og menstruationsblod.



Ophelet infibulation.

Definitionerne kan kun betragtes som en praktisk inddeling til hjælp for sundhedspersonalets vurdering af indgrebets omfang. Virkeligheden viser, at typerne ikke klart kan adskilles, men at der findes mange mellemliggende former (36).

Komplikationer

De fleste piger bliver stadig omskåret under primitive forhold. Hygiejnen er ofte dårlig og instrumenterne ofte usterile. Mortaliteten og morbiditeten er afhængig af typen af omskæring, de hygiejniske forhold, om pigen gør modstand under indgrebet samt af evner og erfaring hos den, der foretager omskæringen.

De alvorligste komplikationer forekommer hos kvinder, der er blevet infibuleret. Hyppige problemer er dysmenoré, kronisk underlivsbetændelse, urin-retention, urinvejsinfektioner, dyspareuni samt obstetriske komplikationer som følge af de ændrede anatomiske forhold.

Man bør være opmærksom på, at mange omskårne kvinder ikke er klar over, at de sundhedsmæssige komplikationer skyldes omskæringen.

Man kan derfor ikke efter 1. eller 2. konsultation forvente, at man har fået et reelt billede af hvilke problemer, omskæringen har medført for kvinden.

Komplikationerne kan deles op i 2 kategorier, de umiddelbare komplikationer og senkomplikationer:

1. De umiddelbare komplikationer:

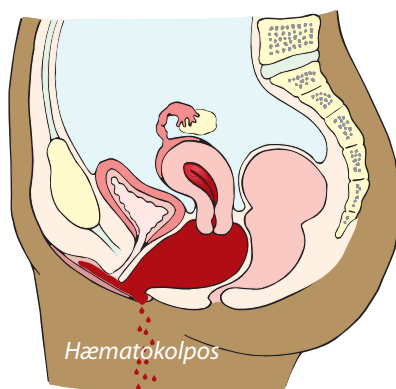
Blødning: Blødning kan ikke undgås, da man skærer i et stærkt vasculariseret væv. Massiv blødning i forbindelse med omskæringen kan medføre blødningschok. Mange piger er i tidens løb døde af forblødning efter omskæring. Sekundær blødning, ofte forårsaget af infektion, kan medføre anæmi.

Chok: Indgrebet udføres som regel uden anæstesi. Den voldsomme smerte kan medføre smertechok, til tider med døden til følge.

Urinretention: På grund af hævelse omkring urethra, inflammation og angst for at lade vandet, fordi det udløser smerter, er urinretention almindeligt. Tilstanden kan vare i timer eller dage og kan medføre urinvejsinfektion.

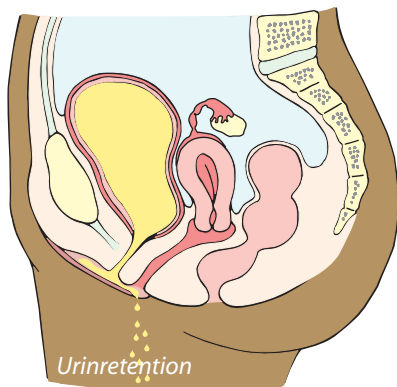
Infektioner: På grund af uhygiejniske forhold og usterile instrumenter er infektioner hyppigt forekommende. Infektionen kan være lokaliseret til såret i vulva, men kan også ascendere til genitalia interna. Undertiden ses generaliseret infektion i form af sepsis, ofte med dødelig udgang. Da mange stadigvæk ikke er stivkrampevaccinerede, forekommer tetanus, ofte med døden til følge.

2. Senkomplikationer, specielt ved infibulation:



Menstruationsvanskeligheder: Menstruationsblod kan ophobes i vagina eller uterus (hæmatokolpos), fordi hullet i infibulationen ifølge traditionen skal være så lille som muligt. Dysmenoré er hyppigt forekommende, hvilket kan betyde månedlige forsømmelser fra skole eller arbejde i op til flere dage.

Underlivsbetændelse: Kronisk underlivsbetændelse med smerter er almindeligt forekommende, og medfører ikke sjældent infertilitet. Konsekvensen kan blive, at manden tager en anden kone. Det er helt legalt, da kvinden ikke opfylder ægteskabskontrakten, som forudsætter, at hun kan få børn, så slægten føres videre.



Urologiske gener: Vandladningsproblemer er hyppige. Vandladningen er besværet (stranguri), hvilket kan betyde, at det kan tage op til ½ time at lade vandet. Dette kan medføre infektioner i urinvejene, stendannelse i urogenitalsystemet samt eventuelt nyreskader.

Seksuelle problemer: a) Dyspareuni. På grund af følgerne efter infibulationen kan smerterne ved coitus være så stærke, at man undertiden vælger analt samleje. b) Lystproblemer. Mange af disse kvinder klager over, at de har vanskeligt ved at blive seksuelt stimuleret og ved at opnå seksuel tilfredsstillelse. Dette afhænger i mange tilfælde af, hvor omfattende omskæringen har været. Der er dog også mange kvinder med omskæring, som har et tilfredsstillende seksualliv, fordi de har udviklet andre erogene zoner. Se "Komplikationer efter omskæring af piger og kvinder", side 13.

Obstetriske problemer: Det er hovedsageligt de infibulerede kvinder, der har problemer med fødslen. Det er forbundet med stor risiko, hvis man i hjemlandet er alene, når man skal føde, og måske skal forsøge at åbne sig selv med et barberblad. Føder en infibuleret kvinde uden adgang til kvalificeret fødselshjælp, kan følgende obstetriske komplikationer forekomme:

- **Vesvækkelse** med prolongeret uddrivningsperiode på grund af ueftergiveligt arvæv. Det kan for barnet betyde, at det bliver hjerne-skadet eller dør. For moderen kan det betyde, at hun får tryksår i vævet mellem blære og vagina, resulterende i vesico-vaginale fistler (se disse). Det samme kan ske med vævet mellem anus og vagina, hvilket kan medføre recto-vaginale fistler.
- **Vestorm**, som kan medføre betydelige læsioner og kraftig blødning. Af og til med døden til følge for både mor og barn.

Smear: Det kan være vanskeligt at tage en smear på infibulerede kvinder.

Antikonception: Det kan være vanskeligt at oplægge en spiral på en kvinde, der er infibuleret. P-piller eller kondom er for disse kvinder den bedst egnede metode.

Vesico-vaginale og recto-vaginale fistler: Børneægteskaber er hyppige i mange egne af Afrika, fx i Etiopien, hvor pigerne bortgiftes ned til 8 års alderen. Mange bliver gravide inden bækkenet er færdigudviklet. De protraherede fødsler og den manglende adgang til hospitalshjælp kan medføre vesico-vaginale fistler hos disse ganske unge piger. Vesico-vaginale fistler medfører urin-inkontinens. Den konstante urinsiven og lugtgenerne medfører ofte udstødelse af familien. Det samme gælder recto-vaginale fistler, hvor kvinden ikke kan holde på afføringen.

Cyster og abscesser i vulva: Dermoidcyster opstår ved, at huddele bliver lukket inde i vævet i tilslutning til infibulationen. Cysterne kan blive inficerede, og dette kan medføre abscesdannelse.

Keloiddannelse: Det fortykkede arvæv kan blive så voldsomt, at kvinden er bange for, at hun har fået cancer. Hun søger måske ikke hjælp, da hun ofte er skamfuld over de monstrøse genitalia. Idealet blandt infibulerede kvinder er, at vulva skal være helt glat.

Hiv-overførsel: Visse steder praktiseres gruppeomskæring. Der benyttes fælles barberblad eller kniv, og blodet føres fra den ene pige til den anden. Desuden fremmer smertefuldt arvæv i vagina, at man anvender analt samleje, hvor der er kendt højere risiko for hiv smitte.

Psykiske følger

I de lande i Afrika, hvor næsten alle piger bliver omskåret, er disse oftest psykisk forberedte. Pigerne ved, at de skal omskæres, og nogle glæder sig til at få det overstået, selv om de ofte vil være angst for selve indgrebet. Mange steder afholdes i forbindelse med omskæringen en fest for pigerne, og der gives gaver.

Men måske forløber det anderledes end pigerne havde forventet. Fastholdelsen, den voldsomme smerte i forbindelse med selve indgrebet, og de fortsatte smerter i dagene efter kan efterlade dybe spor i personligheden. Det er også en stor belastning for pigen, at hun ikke må bevæge sig af hensyn til sårhelingen, og måske oven i købet får bundet benene sammen, samtidig med at hun har problemer med vandladningen. Pigerne kan føle, at de er blevet svigtet af deres mor og bedstemor. Tabet af tilliden til dem, der skulle



beskytte og passe på en, kan lægge grunden til adfærdsforstyrrelser, rastløshed og angst. Dog kan oplevelsen af, at være blevet som de andre og dermed en del af fællesskabet, kompensere noget for oplevelsen af overgrebet.

I forbindelse med det første samleje, som ofte er smertefuldt på grund af arvævet, og fordi adgangen til skeden er så snæver, kan hele den ubearbejdede angst og erindringen om omskæringen komme frem. Tanken om en forestående fødsel kan også forårsage angst, da kvinden forudser uudholdelige smerter. Derfor er det vigtigt, at man giver kvinderne mulighed for at blive åbnet inden fødslen, så de kan føde normalt.

Der er forsket meget lidt i langtidsvirkningerne på det psykiske og det seksuelle område (13). Men selvfølgelig er der også masser af omskårne kvinder, der lever et godt liv og har fået bearbejdet oplevelsen³⁹.

9.2 Jordemødre og obstetrikere

Det vil som oftest kun være de infibulerede kvinder, der har vanskeligheder i forbindelse med fødslen.

I konsultationen:

Kvinder, der er omskåret, bør henvises af den praktiserende læge til en specialafdeling før fødslen med henblik på vurdering af de anatomiske forhold. Det kan være hensigtsmæssigt at omsorgen varetages af en mindre gruppe obstetrikere og jordemødre på fødestedet og i jordemodercentret, således at de har erhvervet sig viden og erfaring vedrørende denne gruppe kvinder.

I flere kulturer har kvinder ikke tradition for at følge svangrekonsultationerne regelmæssigt. Det første møde med jordemoderen/lægen er derfor af afgørende betydning. Behandles kvinden med respekt og empati af et erfarent personale, kommer hun igen. Man må ikke undervurdere betydningen af, at personalet forstår kvindens situation og følgelig omtaler omskæringsindgrebet på en for hende acceptabel måde. Kvinderne ønsker ikke at opfatte sig selv som lemlæstede, selvom Female Genital Mutilation (FGM) er den anerkendte betegnelse på internationalt plan. Derfor anvendes terminologien kvindelig omskæring i denne bog. Man kan også bruge betegnelsen “åben” eller “lukket”.

- I konsultationen bør man altid sørge for, at der er rekvireret kvindelig tolk til 1. jordemoderundersøgelse, med mindre egen læge har noteret, at kvinden taler dansk. På den måde kan man få optaget en grundig anamnese og få afklaret spørgsmålet om omskæring. Parret tilbydes herefter tolk, men det respekteres,

39) Psykiske følger hos somaliske piger i vestlige lande: Se kapitel 2.5 “Omskæring af afrikanske piger i vestlige lande”, side 16 og kap. 2.6 “Kvindelig omskæring i internationalt perspektiv”, side 17.

hvis kvinden ønsker, at hendes mand skal tolke eller ønsker at klare sig på engelsk/dansk⁴⁰. Man bør aldrig bruge børn til tolkning.

- 1) Tal generelt om omskæring med kvinden.
- 2) Spørg hende, om hun har eller har haft gener i form af dysmenoré, kronisk underlivsbetændelse, vanskeligheder ved vandladningen m.m. Forklar sammenhængen mellem disse symptomer og omskæringen.
- 3) Informer om de muligheder, der findes for åbning før eller under fødslen. Forklar om de helbredsmaessige konsekvenser af resuturering. Fortæl om hvilke fordele/forandringer, der er ved ikke at blive resutureret. Vis tegninger af før og efter. Vis ligeledes tegninger af de anatomiske forhold hos henholdsvis infibulerede og ikke infibulerede kvinder. (Se side 60).
- 4) Afsæt god tid til at motivere kvinden for deinfibulation, da det er en stor beslutning for hende.
- 5) Informer parret om det sundhedsskadelige ved omskæring og om dansk lovgivning vedrørende omskæring samt holdninger til resuturering⁴¹ af infibulationen.
- 6) Se omfanget af omskæringen og vurder vævets beskaffenhed. Vær ikke bange for at tage emnet op. Kvinderne forventer det.
- 7) Alle kvinder, der er omskåret, bør tilbydes at blive åbnet inden fødslen. De kvinder, der ikke kan eksploreres med to fingre, skal åbnes, i det mindste i et omfang, der gør det muligt at følge fødselens fremgang. Informationsniveauet bør være højt, så man sikrer, at kvinderne har forstået årsagen og kan se fordelene ved at blive åbnet (nemlig, at de undgår unødige indgreb, fx sectio). Man bør motivere kvinderne til at blive åbnet helt. Åbningen foregår bedst i 2. trimester, da det er en periode med obstetrisk ro. Fødslen kan herefter forløbe som hos kvinder, der ikke er omskåret. Dette indgreb forudsætter imidlertid, at kvinderne er indforstået med ikke at blive syet sammen igen efter fødslen.

Information til kvinden ved åbning/deinfibulation

Der bør gives grundig information om de forandringer, åbningen medfører:

- 1) Kvinden vil opleve, at hun lader vandet hurtigere og kraftigere, da urinen ikke længere holdes tilbage af infibulationen.
- 2) Efter fødslen kan kvinden opfatte sig selv som værende "for stor". Det er derfor nødvendigt at informere hende grundigt om knibeøvelser. Et fænomen som ellers er ukendt blandt kvinder, der er omskåret og reinfibuleret efter fødslen.
- 3) Kvinden bør tilbydes mulighed for, at hendes mand deltager i samtalen, da de ændringer, åbningen medfører, kan få betydning for samlivet.

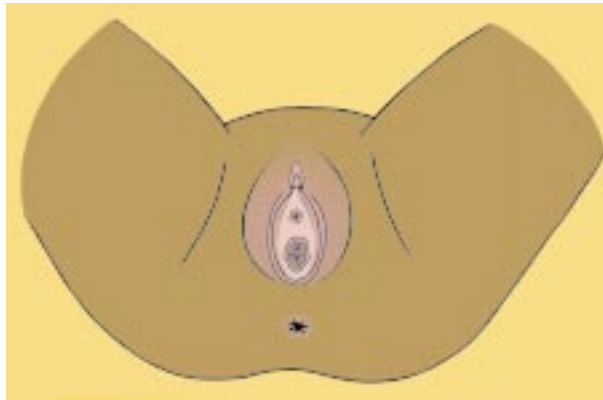
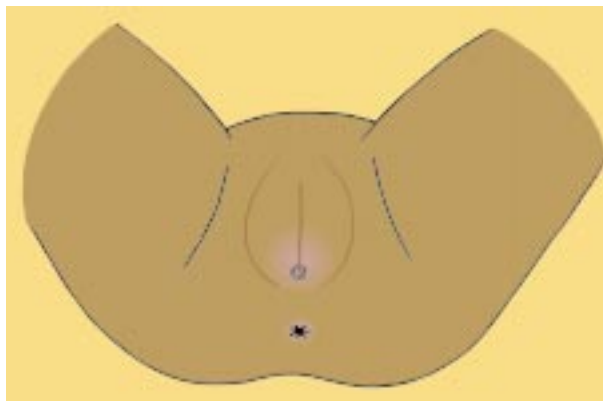
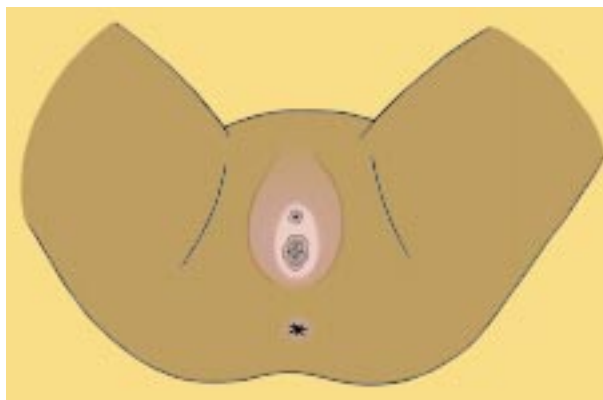
40) Se kap. 10, "Tolkning", side 67 og bilag 7, "Tolkning", side 105.

41) Følgende terminologi anvendes:

Suturering: Sammensyning af episiotomi eller bristninger.

Resuturering af infibulation: Sammensyning fortil med henblik på at genskabe infibulationen dog kun som rekonstruktion af forholdene, som de var før fødslen = reinfibulation.



*Normal vulva**Infibuleret vulva**Deinfibuleret vulva*

- Kvinden tilbydes valg mellem lokalanæstesi, spinalanæstesi og fuld anæstesi. Indgrebet skønnes at være af så kort varighed, at fuld anæstesi ikke bør give anledning til betænkeligheder og opvejes af, at kvinden undgår at genopleve omskæringen (flashback).

Åbnes kvinden ikke i 2. trimester, lægges plan for fødslen.

Gør i journalen udførligt rede for planen. Beskriv og tegn:

- ① Omskæringsens omfang og vævets elasticitet.
- ① Hvornår og hvordan kvinden skal åbnes.
- ① Hvorledes bedøvelsen anlægges.
- ① Hvorledes klippet sutureres, hvis kvinden ønsker at forblive åben.

Sundhedsstyrelsen anbefaler, at der ikke foretages resuturering efter fødslen, da der ikke er nogen medicinsk indikation for indgrebet, som kun foretages for at følge en gammel tradition. Vælges resuturering undtagelsesvist, skal det derfor ske efter en samlet vurdering af kvindens situation og de problemer, manglende resuturering vil påføre hende. Resuturering, den såkaldte reinfibulation, bør kun foretages, såfremt der er givet information om de risici, dette indgreb indebærer. Det må kun udføres som en genskabelse af forholdene, som de var før fødslen, dog således, at man efter resutureringen uden problemer kan eksplorere vaginalt. Hvis den tilstedeværende læge/jordemoder ikke ønsker at udføre resuturering, kan en anden tilkaldes. Ovennævnte information gives før fødslen.

Erfaringen viser, at resuturering efter fødslen som oftest fravælges, hvis der i graviditeten er givet grundig information om de helbredsmæssige konsekvenser, indgrebet medfører.

Forhold vedrørende det ventede barn

- ① Hvorledes forholder parret sig til omskæring, hvis det bliver en pige?
- ① De væsentligste omskæringskomplikationer gennemgås.
- ① Dansk Flygtningehjælps pjece om omskæring på somali udleveres.
- ① Vær opmærksom på, at ikke alle kan læse.
- ① Sundhedsstyrelses video "Lad os tale sammen" udleveres til hjemlån.
- ① Det oplyses, at alle former for omskæring af piger er ulovlige i Danmark⁴².
- ① Med kvindens tilladelse sendes der brev til sundhedsplejersken med besked om, at der er talt om omskæring med parret, og at det er oplyst, at omskæring af piger er ulovligt i Danmark. Der anmodes samtidig om, at sundhedsplejersken følger sagen op, når barnet er født.

Vær i konsultationen opmærksom på infibulerede kvinders særlige problemer**Fysiske**

- ① Øget risiko for urinvejsinfektioner.

42) Se kap. 4, "Lovregler m.v.", side 29.



- Ⓜ Manglende vægtøgning. Nogle undlader at spise tilstrækkeligt af frygt for at få for store børn og deraf følgende fødselskomplikationer.
- Ⓜ Anæmi. Af samme årsag som ovenfor undlader mange at tage jern og vitaminer.
- Ⓜ Endvidere foreskriver traditionen, at man undgår visse fødemidler under svangerskabet. De fleste anæmier hos somaliske kvinder vil være jernmangelanæmier.

Psykiske

- Ⓜ Angst for personalets reaktion på omskæringen.
- Ⓜ Angst for gynækologisk undersøgelse med instrumenter.
- Ⓜ Angst for sundhedspersonalets manglende viden og deraf følgende fejlbehandling (fx sectio).
- Ⓜ Angst for smerter i forbindelse med fødslen. Smerterne kan give associationer til den gang, kvinden blev omskåret, og få hende til at genopleve det smertefulde indgreb.
- Ⓜ Angst for smerter post partum.

Under fødslen

- Ⓜ Brug tolk ved behov.
- Ⓜ Den aftalte plan følges.
- Ⓜ Vær særlig opmærksom på behov for smertelindring.
- Ⓜ Vaginaleksplorer så lidt som muligt.

a) Kvinder, der er åbnet før fødslen:

- Ⓜ Fødslen ledes på vanlig vis.
- Ⓜ Medio lateral episiotomi anlægges kun på vanlig indikation.

b) Kvinder, der åbnes under fødslen:

- Ⓜ Fødslen ledes på vanlig vis frem til presseperioden. Her bedømmes vævet i infibulationen med henblik på adækvat bedøvelse, som bør anlægges ved presseperiodens start.
- Ⓜ Infiltrationsanæstesi kan eventuelt senere suppleres med en pudendusbloade.

Tyndt væv

- 1) Der anlægges infiltrationsanæstesi med tynd kanyler (Mantouxkanyler).
- 2) Der anlægges flere indstik, nålen er kort.
- 3) Anlægges evt. i "juletræs" facon.
- 4) Kanylen bøjes 45°, så er den lettere at styre.
- 5) Alternativt gennemvædes 2 gazeekompresser med carbocain/lidocain. Spar ikke. Kompresserne holdes på hver side af hudfolden så længe som muligt.



*Infiltrationsanæstesi,
tyndt væv*

Tykt væv

- 1) Der anlægges infiltrationsanæstesi med kanyler til intramuskulær injektion.
- 2) Anlægges på begge sider af det planlagte klip.
- 3) Husk at bøje kanylen 45°.



*Infiltrationsanæstesi,
tykt væv*

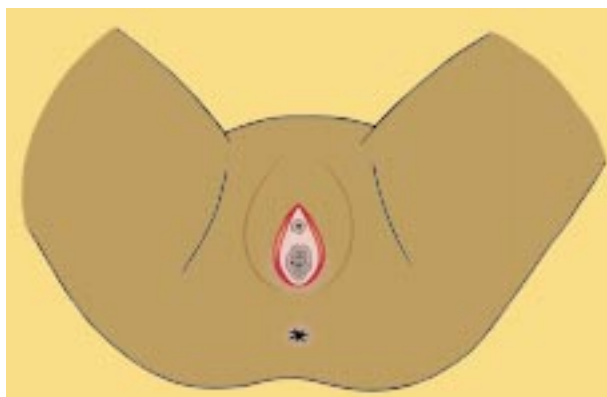
Klippet

- 1) Venstre hånds pege- og langfinger indføres under hudfolden og anbringes parallelt under infibulationsarret.



Klippet

- 2) Peg op mod os pubis og hold ud i huden.
- 3) Der klippes op midt fortil i den gamle cicatrice.
- 4) Der klippes til urethra er synlig.



Opklippet infibulation

- 5) Pas særlig på området omkring clitoris-reminiscensen, fordi det overliggende arvæv er det eneste, der er tilbage til at beskytte det fra at blive hypersensitivt for normale stimuli.
- 6) Pas på saksens bageste ben, da urethra ofte prominerer.
- 7) Episiotomi fortil anlægges, før vævet udspiles af caput, således at der er tid til at supplere med en medio-lateral episiotomi, hvis det skønnes nødvendigt. I de meget sjældne tilfælde, hvor introitus er for lille til, at der kan indføres en finger, kan der, efter at bedøvelsen er lagt, anlægges et lille klip op i infibulationsarret inden ovennævnte procedure.

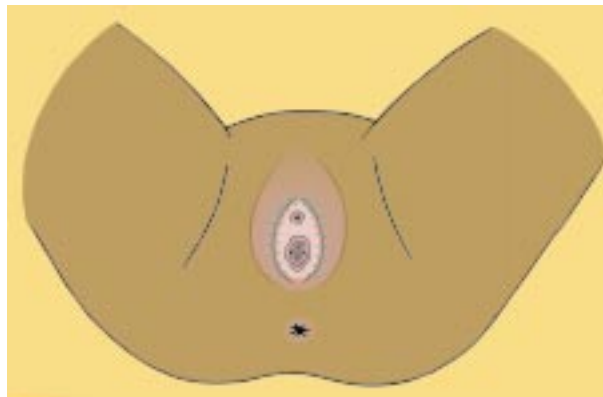
Sutureringen

Suturering udføres i henhold til beskrivelsen i journalen. Hvis området svarende til klitoris mod forventning er blevet blottet, bør man sørge for huddække.

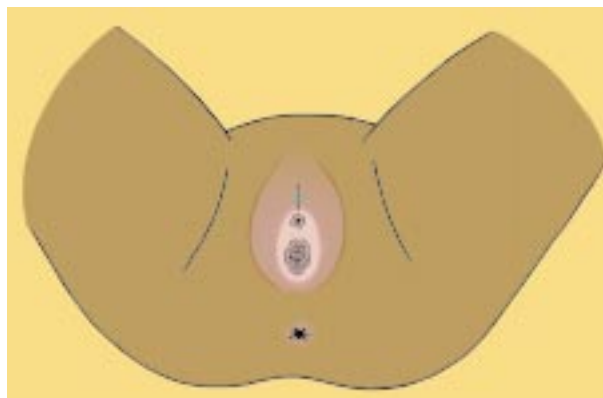
Kvinden ønsker at forblive åben

Siderne i den opklippede infibulation sutureres hver for sig med små atraumatiske 4-0 eller 3-0 dextron/vicryl knuder, som ved almindelige labiabristninger. Er åbningen fortil bristet højere end urethra er blevet synlig, kan bristningen sutureres med atraumatiske 3-0 dextron/vicrylknuder.

Kvinden tilbydes at se de ændrede anatomiske forhold i et spejl efter fødslen.



*Suturering ved
deinfibulation*



Suturering af bristning

Kvinden ønsker resuturering af infibulationen (sjældent)

Den opklippede infibulation sys fortløbende med dexion/vicryl på mellemstor nål. Hele det opklippede stykke sutureres, dog således at man uden problemer kan eksplorere vaginalt. Kan evt. sys med knuder. Husk grundig information til kvinden/parret om de helbredsmæssige konsekvenser af indgrebet inden resutureringen foretages.

Section

Mange somaliske kvinder frygter section, og det er derfor vigtigt at holde et højt informationsniveau, hvis man bliver nødt til at gribe ind i fødselsforløbet. Mange misforståelser og megen angst kan undgås, hvis man allerede i graviditeten har forklaret kvinden/parret, hvorfor man laver section, og at man kun gør det, hvis det er absolut nødvendigt. Det er vigtigt at understrege, at man sagtens kan få flere børn, og at det ikke forhindrer kvinden i at føde vaginalt i fremtiden, med mindre man lavede section, fordi bækkenet var for lille. Man må så huske at forklare, at man sagtens kan få lavet flere kejsersnit, og at det ikke er farligt i Danmark.

Ved vanskeligheder i forbindelse med kateterisation kan børnekateter eventuelt anvendes.

Efter fødslen

Den jordemoder, der har født med kvinden, bør tale hele fødselsforløbet igennem med hende bagefter. Er kvinden ikke resutureret, gentages informationen om de anatomiske forandringer. Husk tolk.

Den praktiserende læge/sundhedsplejersken informeres om kvindens ændrede anatomiske forhold.

Kapitel 10

Tolkning

Anvendelsen af tolke er et naturligt og ofte uundværligt led i arbejdet med flygtninge og indvandrere, uanset hvorfra de kommer.

10.1 Tolkebistand

Når man bruger tolk, er man mere sikker på,

- ☀ at begge parter forstår hinanden bedst muligt,
- ☀ at samtalerne bliver nuancerede,
- ☀ at man får et bedre grundlag for afgørelse og/eller problemløsning, at man har en "kulturformidler" ved sin side, som kan opklare eventuelle misforståelser.

Det sker ofte, at vigtige samtaler med danske myndigheder og institutioner foregår med børn eller venner som tolke, eller også gennemføres de på et fælles tredjesprog, fx engelsk. Herved kan der selvsagt opstå alvorlige misforståelser eller udeladelser af vigtige problemer på grund af blufærdighed, loyalitet eller manglende forståelse af vigtige nuancer.

Det er også vigtigt at rekvirere professionel assistance til skriftlige oversættelser både af dokumenter og andet materiale, som man fx vil anvende til information og oplysning om det sociale system, skatteforhold, boligområdet eller andre centrale sider af det danske samfund.

Tolkebrugerens ansvar

Før samtalen:

- ☀ Bestil tolken i god tid.
- ☀ Fortæl tolken, hvad samtalen går ud på, så tolken evt. kan forberede sig.
- ☀ Fortæl tolken, hvor lang tid samtalen vil vare.
- ☀ Giv mulighed for at flygtninge/indvandrere og tolk får hilst ordentligt på hinanden.

- ☀ Respekter tolkens tid ved at begynde til den aftalte tid.

Under samtalen:

- ☀ Tolken placeres et sted, hvor hun/han kan se og høre alle parter. Ved større møder sidder tolken ved siden af brugeren.
- ☀ Tolkebrugeren præsenterer tolken og orienterer om tolkens opgave. At tolken oversætter alt, hvad der bliver sagt, at tolken er neutral og har tavshedspligt.
- ☀ Det kan aftales, at tolken klarer denne del.
- ☀ Tolkebruger og flygtninge/indvandrere sidder, så de har øjenkontakt og taler direkte til hinanden – ikke til tolken.
- ☀ Hvis der er noget, en af parterne ikke forstår, eller noget der skal uddybes, spørges der via tolken og ikke til tolken.
- ☀ Tolkesamtalen bør kun vare ca. 50 min. Efter en pause kan der eventuelt fortsættes.
- ☀ Gentag vigtige dele af samtalen og afslut med at resumere og præcisere eventuelle aftaler.
- ☀ Husk, at samtalen og styringen altid er tolkebrugerens ansvar.
- ☀ Afslut samtalen til den aftalte tid.
- ☀ Lad også tolk og flygtninge/indvandrere afslutte ordentligt med hinanden.

Efter samtalen:

- ☀ Afsæt tid sammen med tolken, efter at flygtningene/indvandrerne er gået, så I har mulighed for at drøfte forløbet.

Tolkens ansvar:

- ☀ Tolken møder forberedt op til tiden.
- ☀ Tolken udtrykker sig klart og tydeligt på begge sprog. Tolken har indsigt i begge landes kulturer.
- ☀ Tolken taler i 1. person: "Jeg vil gerne tale med dig....."
- ☀ Tolken er ansvarlig for, at alt, som siges, bliver omhyggeligt tolket. Ingenting udelades bevidst. Dette indebærer bl.a., at tolken ikke laver sammendrag, så noget udelades.
- ☀ Tolken kommer ikke med tilføjelser til det, der er blevet sagt, og kommer heller ikke med egne forklaringer.
- ☀ Tolken er neutral, da hun/han skal have begge parter tillid. Tolken optræder ikke som repræsentant for nogen af parterne.
- ☀ Tolken kan bede om gentagelser for at sikre forståelsen.
- ☀ En god tolk gengiver såvel ord som mening, følelse, kropssprog og kultur.
- ☀ Tolken bør være diskret og have situationsfornemmelse.
- ☀ En tolk påtager sig ikke en opgave, som hun/han ikke kan klare⁴³ (15).

43) Se bilag 7, "Tolkning", side 105.

Kapitel 11

Somalias historie

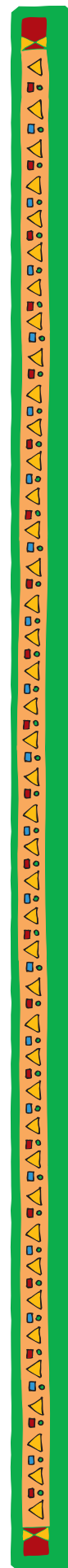
Formålet med dette kapitel er at give et indblik i den geografiske, politiske, kulturelle og familiemæssige sammenhæng, som de fleste somaliere er vokset op i. Kapitlet bidrager hermed forhåbentligt til en øget forståelse af den samfundsmæssige sammenhæng, som spørgsmålet om kvindelig omskæring indgår i.

11.1 Geografi, økonomi, mennesker og politik

I slutningen af det 19. århundrede var regionen omkring Afrikas Horn domineret af kolonimagterne Frankrig og Storbritannien. Frankrig koloniserede Djibouti i 1862, og Storbritannien og dets allierede Italien indtog henholdsvis Somalia og Eritrea i 1884-88. Herefter blev de to kolonimagter i Somalia enige om, hvor de skulle trække grænsen mellem deres besiddelser. Somalia blev opdelt i et britisk Somaliland i nord, og et italiensk Somaliland i syd. Italien kunne imidlertid ikke enes med naboen Etiopien. Dette førte til krig i 1896, hvor Italien tabte Ogaden-området til Etiopien. På grund af de to kolonimagters meget forskellige styreform udviklede den nordlige og den sydlige del sig i forskellig retning (30).

I 1941 erobrede briterne italiensk Somaliland, som kom under det britiske militærstyre. Ogaden kom under britisk protektion, og Etiopien genvandt sin uafhængighed efter at have været erobret af Italien før 2. verdens krig. I 1950 fik italienerne deres tidligere somaliske koloni tilbage for en 10-årig periode under FN-formynderskab (16).

I 1960 fik britisk og italiensk Somaliland deres selvstændighed og sluttede sig sammen til Republikken Somalia. På trods af at den oprindelige koalitionsregering var sammensat på en sådan måde, at den var et udtryk for en balance mellem alle de større klaner, blev Somalia snart opsplittet på grund af intern rivalisering mellem disse klaner. Efter en mislykket krig



GEOGRAFI

Areal
637.600 km²

Befolkning
Ca. 9,6 mio. indbyggere (1996)

Befolkningstilvækst
3,1% pr. år

Grænser
Landet har grænser til Etiopien, Kenya og Djibouti

Større byer
Mogadishu (ca. 1.000.000 indbyggere), Hargeisa, Kismayu, Berbera og Merca

Klima
Tørt, tropisk

**HANDEL**

Eksport	Kreaturer (herunder får, kameler, kvæg m.m.), bananer, huder og skind
Eksportlande	Saudi-Arabien, Iran, Yemen og Italien
Import	Fødevarer, maskiner og tekstiler
Importlande	Saudi-Arabien, USA, Storbritannien, Italien og Tyskland

BEFOLKNING

Analfabetisme	Ca. 60% af befolkningen over 15 år er analfabeter (1995-tal)
BNP fordelt på erhverv	Landbrug 50%, service 39% og industri 11%
BNP pr. indbygger	106 US\$ (1991)
Gennemsnitlig levealder	Mænd: 44 år. Kvinder: 47 år
Børnedødelighed	121 pr. 1.000 nyfødte
Religion	Islam er statsreligion. Langt de fleste er sunni-muslimer
Skole	8-årig grundskole. Der blev gennemført alfabetiserings- og skriftlighedskampagner i 1972 og 1974. Man lagde vægt på undervisning i historie, geografi, matematik, arabisk og somalisk sprog, politisk lære samt sang og fysisk træning. Allerede før borgerkrigen var uddannelsessystemet i krise. I 1986-87 var kun ca. 20% af skolerne åbne. Dette skyldtes, at en større del af landets ressourcer blev anvendt til militær. Ved borgerkrigen blev uddannelsessystemet totalt ødelagt.
Sprog	Somalisk, der skrives med latinske bogstaver, er officielt sprog (men der tales også arabisk samt italiensk i syd og engelsk i nord). Først i 1972 fik man et skriftsprog i Somalia. Den enorme mængde af mundtlig kulturarv begyndte først at blive nedskrevet i forbindelse med de store kampagner i 1972 og 1974. I dag er det stadig det talte ord, der er nøglen til magt og indflydelse blandt somalierne. I kolonitiden blev der undervist i arabisk, italiensk og engelsk. Nu sker undervisningen på somali
Statsstyre	Formelt set republik, men landets forfatning fungerer ikke ⁴⁴

44) Skemaerne bygger på følgende litteratur: (21, 22, 28, 30 og 31)

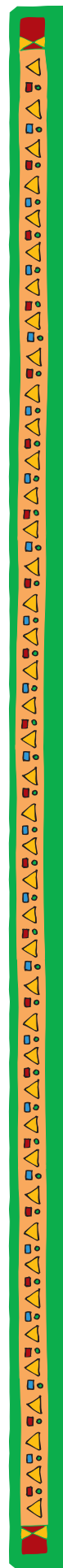
mod Etiopien i 1963-64 og mordet på præsidenten tog hæren under ledelse af general Mohamed Siad Barre magten i oktober 1969. Siad Barre udråbte i 1970 Den Somaliske Demokratiske Republik til en socialistisk stat.

I begyndelsen var omvæltningen til mange somalieres tilfredshed. Siad Barre forsøgte at omdanne landet efter en socialistisk model (med en officiel anti-klan retorik). Jorden og bankerne blev nationaliseret. Herudover blev der sat programmer i gang for at forbedre befolkningens sundhed og uddannelse. Kvindernes rettigheder blev forbedret, og der blev lavet oplysningsindsats mod omskæring af kvinder. Der blev givet international udviklingshjælp til landet blandt andet fra Saudi-Arabien, Sovjetunionen, det daværende EF og USA.

Utilfredshed med Siad Barres i stigende grad autoritære styre medførte dannelse af talrige oppositionsgrupper, og efterhånden måtte regimet benytte sig af stadig mere vold for at fastholde magten. Der blev slået hårdt ned på enhver opposition, og overtrædelser af menneskerettighederne blev en dagligdags foreteelse. Uenighed mellem befolkningen og det politiske styre udløste efter lang tids uroligheder borgerkrigen i 1988-89. Siad Barre blev i december 1990 styrtet som Somalias enevældige leder og flygtede fra Mogadishu den 26. januar 1991 (han døde fire år senere i eksil i Nigeria), og siden har der ikke eksisteret en central administration i Somalia.

Borgerkrigen fortsatte, og den 16. maj 1991 erklærede den nordvestlige del af Somalia – det tidligere britisk Somaliland – sin uafhængighed under navnet Somaliland. I 1993 blev Mohamed Ibrahim Egal præsident for dette område, hvilket han har været siden. Somaliland er dog stadig ikke anerkendt af hverken OAU (Organization of African Unity), FN eller den øvrige verden.

I december 1992 besluttede FN at gå militært ind i Somalia. Formålet med operationen var at afvæbne de bander, der stjal nødhjælpen og forhindrede nødhjælpsorganisationerne i at udføre deres arbejde. Størstedelen af FN-styrken var amerikanske elitetropper, og der var lejlighedsvis kampe mellem FN-soldater og somaliere. En amerikansk specialstyrke blev sat ind for at fange general (klanlederen) Mohammed Farah Aideed, der ansås for at være den største forhindring for fred. Men aktionen mislykkedes, og i marts 1994 blev det amerikanske militær trukket ud. De sidste FN-tropper forlod Somalia i februar 1995. Tre måneder senere blev general Aideed valgt til præsident af sin egen fraktion af USC (United Somali Congress). I 1996 døde General Aideed efter kampe, men præsidentembedet blev overført til hans søn Hussein Mohamed Aideed, som lovede at følge i sin fars fodspor. Hussein Mohamed Aideed hævder, at han er Somalias præsident (21, 28).



Forholdene har siden været kaotiske i Somalia, og kamphandlingerne er i stor udstrækning gået ud over civilbefolkningen. Somaliere er i stort antal flygtet til nabolande som fx Kenya og Etiopien, og derudover er mange flygtet til Europa og USA. I 1997 har den etiopiske regering i flere omgange forsøgt at mægle mellem de stridende parter i Somalia, men tilsyneladende uden held. Der er i øjeblikket ingen national regering, og institutioner som domstole, politi, hospitaler, skoler, postvæsen og telekommunikation varetages flere steder i landet af regionale de facto myndigheder, idet der ikke er alternativer til disse i den nuværende politiske situation.

I det nordlige Somalia – Somaliland – hersker dog tilsyneladende nogenlunde fred. Den er efter sigende opnået, fordi man har udnyttet de traditionelle forhandlingsmetoder (bl.a. klan-ældre). Præsident Egal blev i februar 1997 genvalgt for en ny periode i Somaliland (28).

I juli 1998 har også Nordøstsomalia erklæret sig “selvstændigt” under navnet “Puntland”. Landet er dog, i lighed med Somaliland, ikke internationalt anerkendt.

11.2 Religion og kultur

Somalierne er stærkt knyttet til islam helt tilbage fra det 9. og 10. århundrede, hvor arabiske og persiske familier slog sig ned langs kysten i Somalia. Somalias massekonvertering til islam formodes at være foregået i det 11., 12. og 13. århundrede. Islam er statsreligion i Somalia, og næsten alle somaliere er sunni-muslimer.

Islam er karakteriseret ved at forholde sig til alle sider af livet og hverdagen. I Koranen og Hadith-samlingerne gives der regler for påklædning, spisning, familieforhold, den enkeltes rettigheder og pligter, politik og samfundsforhold. Desuden indebærer islam, at man så vidt muligt beder fem gange i døgnet, og især fredagsbønnen midt på dagen er en vigtig begivenhed, hvor man samles i moskéen (32).

Somaliske kvinder bærer ofte tørklæde, men ikke slør som andre steder i Mellemøsten. Somaliere spiser ikke svinekød og drikker ikke alkohol. De faster i den islamiske fastemåned Ramadan, som er den 9. måned i den islamiske månedskalender. Fastemånedens varer fra nymåne til nymåne. Muslimer må da ikke spise, drikke eller ryge mellem solopgang og solnedgang. Ved fastens afslutning afholdes en fest – “den lille Eid” (Shawal). “Den store Eid” (Dhu-l-hijja), offerfesten, er muslimernes vigtigste højtid, og afholdes 66 dage efter “den lille Eid”.

11.3 Klansystem

Til forskel fra de fleste andre afrikanske lande er befolkningen i Somalia næsten etnisk homogen. Befolkningen har fælles sprog, religion, traditioner samt et traditionelt, fælles, politisk-organisatorisk system. På trods af dette er den sociale struktur og det politiske system i Somalia meget segmenteret og differentieret.

Somalierne var oprindelig et nomadefolk, der har holdt kameler og evt. lidt kvæg, får og geder. Af Somalias befolkning er på nuværende tidspunkt ca. 50% nomader, ca. 30% fastboende bønder, mens kun 20% lever i byerne som handlende, håndværkere eller virksomhedsejere, fx hotelejere.

Somalierne er opdelt i store adskilte slægtsgrupper – klanfamilierne. Den somaliske nation består af seks klanfamilier: Hawiye, Dir, Isaaq, Darod, Digil og Rahanweyn. De fire første klanfamilier er nomadeslægter fra Nord- og Centralsomalia og udgør 85% af Somalias befolkning. De to sidste klanfamilier Digil- og Rahanweyn-klanerne er bondeslægter fra syd, og kaldes kollektivt "Saab". De taler deres egen variant af somalisk. De ernærer sig som nomader samt ved en blanding af agerbrug og håndværk. Opdelingen i de adskilte klaner er blevet mere accentueret under borgerkrigen på grund af Siad Barres udnyttelse af klansystemet og på grund af den geografiske fordeling af klanerne.

Klanfamilierne er en stor sammenslutning af slægtsgrupper, der lever spredt og sjældent fungerer som en helhed. Dog har de et fast geografisk udgangspunkt. Alle klanfamilierne siges at nedstamme fra Profeten Mohammeds slægt.

Ud over de seks klanfamilier kan der yderligere underopdeles i klaner, slægtsgrupper (primære slægtslinier), diagrupper (erstatningsbetalingsgrupper) og til sidst familien. Klanerne – og enhver somalier – kan føre slægtskabet tilbage gennem 20-30 navngivne generationer.

Slægtsgrupperne er hjørnestenen i den somaliske samfundsstruktur. Slægtsgruppen har fx fælles krav på og rettigheder til græsning og vand. Den agerer som politisk enhed i forskellige sammenhænge, men uden nødvendigvis at have nogen form for dagligt samarbejde. Alle voksne mænd i slægtsgruppen mødtes traditionelt i et fællesråd, shir, nogle gange om året. Det er et råd, hvor alle har ret til at udtale sig, og hvor stridigheder bliver afgjort og aftaler indgået.

En Dia-gruppe (erstatningssbetalingsgrupper) består af familiemedlemmer, som har svoret at hævne en uretfærdighed mod en af deres egne med vold, hvis der ikke opnås aftale om kamel-overdragelse (blodpenge). En dia-gruppe både betaler og modtager blodpenge. Så sent som i 1980'erne kunne man se krav om blodkompensation selv ved ulykkestilfælde som trafikuheld (16).



Klanorganisationen er et fleksibelt system, der på alle niveauer er karakteriseret ved skiftende alliancer. Magt og politik udøves gennem midlertidige koalitioner. Alliancerne er afhængige af konflikten karakter og de involverede principper, så venner og fjender er derfor sjældent permanente (3, 16, 20, 21 og 27).

11.4 Familie

11.4.1 I Somalia

I lighed med andre dele af den muslimske verden har den somaliske mand ifølge loven ret til at have op til fire koner samtidig, forudsat at han kan forsørge dem lige godt. Den islamiske lov befaler manden at behandle alle koner ens. Familiesammenholdet er stærkt, og i Somalia flytter unge sjældent hjemmefra, før de selv stifter familie. Hvert familiemedlem har traditionelt sin rolle og sine ansvarsområder. Livet igennem føler man ansvar for forældre, søskende og andre slægtninge. Omvendt er man altid selv sikret hjælp i den udvidede familie. Kernefamiliesystemet, som det kendes i de nordeuropæiske lande, er ikke almindeligt i Somalia. Onkler, tanter, bedsteforældre og kusiner er nogen gange vigtigere end forældrene, bl.a. fordi det ikke er ualmindeligt at vokse op hos slægtninge. Børn, der vokser op sammen, anser sig for at være søskende.

Såvel i familien som i samfundet er magtforholdet mellem mænd og kvinder ulige. Piger og kvinder har en lav status med begrænsede rettigheder og medindflydelse set i forhold til mænd. Dette giver sig blandt andet udslag i, at piger og kvinder har dårligere adgang til undervisning og uddannelse. Deres mulighed for at få arbejde udenfor hjemmet og derved opnå økonomisk selvstændighed er meget ringe. Samtidig er kulturelle og lovmæssige restriktioner som for eksempel retten til at arve, til at eje jord eller andre værdier med til at marginalisere kvinder. Omskæring af piger/kvinder er med til at opretholde pigers og kvinders underordnede position og er samtidig forbundet med en lang række helbreds- og sociale problemer både på kortere og længere sigt. Indgrebet går imod pigers og kvinders rettigheder og må betragtes som et brud på de universelt anerkendte menneskerettigheder. Afskaffelsen af denne kulturelt bestemte skik hænger nøje sammen med en forbedring af pigers og kvinders vilkår og muligheder, samt med at både kvinder og mænd inddrages i det forebyggende arbejde.

Den primære socialisering af begge køn finder sted inden for familien. Forældrene begynder at stille krav til pigerne om at hjælpe til i hjemmet ved 4-5 års alderen. Først nogle år senere stilles der tilsvarende krav til drengene. Drengene og pigerne leger sammen, til pigerne har gennemgået den

traditionelle omskæring. Herefter er det den ældste søn, der er ansvarlig for de yngre søskende. Somaliske børn opdrages således ikke til selv at bestemme og socialiseres ikke til at kunne træffe individuelle valg angående deres fremtid.

I Somalia har piger og drenge i puberteten sjældent megen kontakt med hinanden, men det kan i nogen grad afhænge af, hvor man kommer fra. Traditionelt er pigerne mellem 15 og 20 år og mændene mellem 18 og 25 år, når de bliver gift. På landet gifter man sig tidligere end i byerne. Mange ægteskaber er arrangerede af forældrene, men ofte tages de unge med på råd. Ægteskab blandt somaliere har bl.a. til formål at føre slægten videre ved at føde børn, især drenge, der kan styrke mandens omdømme og status. Ægteskab involverer de pågældende familier og slægtsgrupper. Selvom ægteskab mellem nære familiemedlemmer ikke er bandlyst og rent faktisk forekommer, er det mere almindeligt at gifte sig uden for den primære slægtslinie (slægtsgruppen) og dia-gruppe. Det hænder, at de unge tilskyndes til at gifte sig ind i andre somaliske klaner eller klanfamilier med det formål at udvide familiens mulige allierede. Historisk giftede nomaderne således deres døtre bort uden for klanfamilien. Når en somalisk kvinde gifter sig, får hun ikke sin mands navn, men beholder faderens navn og bedstefaderens navn på fædrenes side.

Det er kun et mindretal af kvinderne i Somalia, der arbejder uden for hjemmet med egentligt lønarbejde. En del kvinder står dog på markedet, og somaliske kvinder er kendt som gode handelsfolk både på landet og i byerne. Kvindernes verden er de fleste steder skarpt adskilt fra mændenes, ligesom kvinderne har deres eget informations- og ressourcenetværk. Kvinderne står primært for opdragelsen af børnene, mens de er små. Når pigerne bliver ældre, er det for det meste kvinderne, der opdrager dem, mens mændene har ansvaret for drengene. Det er ligeledes kvinderne, der sørger for, at deres døtre bliver omskåret. Det er også kvinderne, der sørger for, at døtrene bliver oplært i den voksne kvindes rolle og færdigheder. Dvs. kvinderne bestemmer i hjemmet, fx over madlavning og hvilket indbo, der skal være. Hvis der opstår problemer, eller der skal tages større beslutninger, inddrages manden i beslutningsprocessen.

Mændene har til opgave at sørge for alt uden for huset, såsom økonomi og forsørgelse af familien, planlægning af familiens fremtid samt for planlægning af børnenes uddannelse.

Opstår der konflikter mellem familien og andre, er det altid mændene, som løser konflikterne. Det er også mændenes opgave at gifte børnene væk samt at forhandle med andre familier (30).

Det er vigtigt at være opmærksom på, at den ovenfor beskrevne kulturelle baggrund i et vist omfang beskriver et traditionelt og idealiseret sy-



stem. Det somaliske samfund har – ligesom alle andre samfund – forandret sig meget de sidste 50 år. Dette ikke mindst på grund af den store migration somaliere har praktiseret, også før borgerkrigen (især dog til arabiske lande). Mange menneskers livsform har derfor forandret sig meget, hvilket blandt andet kan medvirke til at forklare somaliernes forskellige opfattelser af omskæring, hvor nogle mænd og kvinder faktisk er imod det. Der er sket en differentiering af det somaliske samfund både i Somalia og blandt eksil-grupper (flygtninge og migranter) i udlandet, især i USA og Europa.

11.4.2 I Danmark

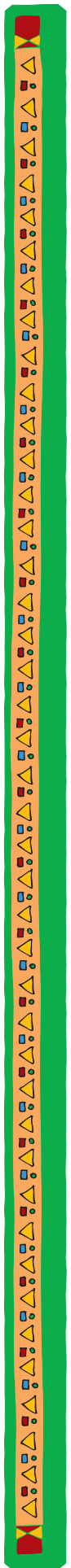
Når asylansøgere kommer til Danmark og siger, at de børn, de har med, er deres egne, og det senere viser sig, at det er nevøer og niecer, kan dette give vanskeligheder i det danske sociale system, der kun opererer med biologiske børn eller adoptivbørn. For somaliere er det imidlertid helt naturligt at betegne børn, som er vokset op i familien, som deres egne.

På fødeafdelingen kan denne somaliske tradition indebære en risiko for kvinden, hvis ikke det virkelige familieforhold afklares. Det er derfor vigtigt klinisk at vurdere kvindens paritetet, således at hun kan få den rette behandling og den omsorg, hun har brug for (og krav på), hvis hun i virkeligheden er førstegangsfødende.



Hvad angår den somaliske børneopdragelse og deltagelse i husholdningen, deltager mændene mere aktivt i Danmark end i Somalia. Deltagelsen afhænger bl.a. af familiens uddannelsesniveau.

I dagligdagen i Danmark klarer mange af de somaliske kvinder sig bedre end deres mænd. De kan i højere grad fortsætte det liv, de er vant til, hvor de tager sig af børnene og husførelsen. Mændene har større problemer med at finde sig til rette, fordi de har mistet deres traditionelle status som forsørgere. Mange mænds redning er at dyrke islam mere intenst end før. Det kan tilmed lette livet i Danmark, hvor alt til at begynde med kan virke kaotisk og skræmmende (30).



Litteraturliste

Bøger og rapporter

1. Ali, Fatuma: *Hvor kommer du fra?* Rosinante. København. 1994.
2. Andersen, Jon m.fl.: *Lov og ret om børn, rapport fra en arbejdsgruppe.* Det Danske Center for Menneskerettigheder. København. 1993.
3. Barnes, Virginia Lee, m.fl.: *Aman. En somalisk piges historie.* Vintens Forlag A/S. København. 1994.
4. Danmarks Statistik: *Befolkning og valg.* 1998:5. 10. marts 1998.
5. Dansk Flygtningehjælp: *Baggrundsorientering om omskæring af piger.* 1993.
6. Dansk Flygtningehjælp: *En asylsøgers vej gennem systemet.* 1997.
7. Dansk Flygtningehjælp: *Somaliland Appraisal Mission Report. Danish Refugee Council.* 1997.
8. Dorkenoo, Efua: *Cutting the Rose, Female Genital Mutilation: the Practice and its Prevention.* London: Minority Rights Group International. 1994.
9. Dorkenoo, Efua and Elworthy, Scilla: *Female Genital Mutilation: Proposals for Change.* London: Minority Rights Group International. 1994.
10. *FN's Konvention om Barnets Rettigheder.* 1989. Menneskerettigheder. Tekstsamling III. Det danske Center for Menneskerettigheder.
11. Hannemann, Nina: *På en måde har vi jo alt... – men vi mangler det vigtigste i livet.* Red Barnet. 1997.
12. Kommunernes Landsforening m.fl.: *Flygtninge og indvandrere i kommunen. Facts og forståelse.* 1997.
13. Koso-Thomas, O.: *The Circumcision of Women: A strategy for Eradication.* London: Zed Books. 1992.
14. Lightfoot-Klein, Hanny: *Prisoners of Ritual: An Odyssey into Female Genital Mutilation in Africa.* New York: The Haworth Press. 1989.
15. Mertz, Anne: *Kultur, sundhed og sygdom – om indvandrere og flygtninge i sundhedsvæsenet.* København: Munksgaard. 1992.

16. Møller, Nina Hanneman: *Oh – Kamell – Om habitus i forandring. Unge flygtninge fra Somalia i Danmark: Social praksis, resocialisering, uddannelse, identitet og etnicitet i et postmoderne samfund*. Specialeafhandling, Institut for Filosofi, Pædagogik og Retorik, Københavns Universitet. 1995.
17. Smith, Jacqueline: *Visions and Discussions on Genital Mutilation of Girls. An International Survey*. Amsterdam, Defence for Children International. 1995.
18. Sundhedsministeriet: *Rapport fra arbejdsgruppen vedr. oplysningsindsats mod omskæring af piger*. 1996.
19. Toubia, Nahid: *Female Genital Mutilation: A Call for Global Action*. 2nd Ed. New York, Rainbo. 1995.
20. Udlændingestyrelsen (1996): *Rapport fra fact-finding mission til Nordøst- og Nordvestsomalien (Somaliland) 13. april – 8. maj 1996*.
21. Udlændingestyrelsen og Statens Indvandrerwerk (1997): *Rapport fra nordisk fact-finding mission til det centrale og sydlige Somalia. 15. februar – 14. marts 1997*. København. 1997.
22. Udlændingestyrelsen: *Asyl i Danmark*. 1997
23. World Health Organisation. *Female Genital Mutilation. Report of WHO Technical Working Group, 17-19 July 1995 (unpublished document WHO/FRH/WHD/96.10)*. Geneva. 1996.
24. World Health Organisation. *Female Genital Mutilation. WHO/FRH/WHD/96.26*. Geneva. 1996.
25. World Health Organisation. *Female Genital Mutilation. A joint WHO/UNICEF/UNFPA statement*. Geneva. 1997.

Artikler og pjecer:

26. Dansk Flygtningehjælp: *25 spørgsmål og svar om flygtninge*. 1997.
27. Det Forende Somalia og Dansk Venskabs Komité: *Befolkning*. 1997.
28. The Economist Intelligence Unit Limited, 1997. *EIU Country Profile 1997-98*.
29. FORWARD: *Cultural and Social Dimensions Of Female Genital Mutilation*. Presented by: Rahmat Mohammad, November 1997.
30. Mellemfolkeligt Samvirke: *Dokumentation om indvandrere, Somalia*. Portrætter af somaliere, af Solvej Tange. Nummer 3, 1997.
31. The Swedish Institute of International Affairs. *Länder i fickformat, nr. 217. Somalia, Djibouti*. Utrikespolitiska Institut, Stockholm. September 1995.
32. Tværkulturelt Center – netværk for tværkulturelt kristent arbejde. *Tema-magasin. Somaliske flygtninge i Danmark*. 1995.

Notater

33. Ali, Fatuma: *Kvindelig omskæring*. Kapitel i "Kvindelige læger ser på sundhed og sygdom". Lægeforeningens forlag. 1998.

34. Gordon, Harry: "Guidance for Health Professionals in Western Countries". WHO. 1998.
35. Justitsministeriet. Lovafdelingen: *Notat om dobbelt strafbarhed og omskæring af kvinder i udlandet*. Den 1. Juli 1998.
36. Leye, Els m.fl.: *Medical Aspects of Female Genital Multilation*. International Centre for Reproductive Health. University of Gent, Faculty of Medicine. Belgium. 1998.

Videofilm

1. Beliefs and Misbeliefs

Rekvireres hos:

IAC

147, rue de Lausanne

1202 Genève.

Telefon: + 41 22 731 2420 / 732 0821.

Telefax: (41) 22 738 1823.

Kan lånes hos:

Mellemløkeligt Samvirke

Beskriver og viser omskæring af små piger i Nigeria og Djibouti, de sundhedsmæssige konsekvenser og traditionens oprindelse. Viser Inter-African Committee's arbejde for at afskaffe skikken ude i de små samfund. Der er udtalelser fra voksne kvinder om deres omskæring. Indeholder også udtalelser fra muslimske højtstående religiøse ledere om, at kvindelig omskæring (FGM) ikke er en religiøs pligt. Fortrinsvis for sundhedspersonale, da filmen indeholder voldsomme scener. Engelsk tale.

2. Cutting the Rose

Rekvireres hos:

Channel 4 Television

60 Charlotte Street

London W1N 7RJ

England

Filmen handler om kvindelig omskæring (FGM) i Storbritannien, og hvad man fra organisationen FORWARD's side gør for at bekæmpe traditionen. Den giver ideer til, hvorledes man involverer sundheds- og skolevæsen i denne kamp. Omtaler og viser arbejdet med at opspore personer, som illegalt har omskåret piger i Storbritannien. Efua Dorkenoo fra FORWARD optræder på videoen og har givet ideen til den.

3. David Fox:

Det bedste for min datter. Afgangsfilm fra Den Danske Filmskole. 1994

4. Female Circumcision

Produceret af SIDA og RÄDDA BARNET, Raibor: Kerti Engstrand

Rekvireres hos:

SIDA

Sveavägen 20

10525 Stockholm

Sverige

Telefon: + 46 8 01 69 85 000

5. Fjernsynsudsendelse om Kvindelig Omskæring

Rekvireres hos:

Amtscentralen for Undervisning

Jespersvej 180

3400 Hillerød

Telefon: 42 26 15 12

Telefax: 42 25 18 51

6. Pressemøde om omskæring

TV Danmark. 13. januar 1998. Diskussion med deltagelse af Lene Espersen (MF), Helle Hinge, Vibeke Jørgensen og Samia Yusuf Ali.

7. Secret and Sacred

Rekvireres hos:

Maendeleo Ya Wanawake Organisation.

P.O. Box 44412.

Nairobi.

Kenya.

Viser omskæringsritualer i en stamme i Kenya og giver oplysning om, hvad kvindelig omskæring (FGM) er samt om indgrebs helbredsmæssige konsekvenser. En række personer inden for sundhedssystemet, sociologer og politikere udtaler sig mod omskæring. Der er interview med skolebørn og en række andre personer. Man satser meget på oplysning af unge.

8. Seven Drops of Blood

Rekvireres hos:

AIDoS

Via dei Giubbonari 30

00186 Roma.

Telefon: +39 6 687 32 14

Telefax: +39 6 687 25 49

9. Somalisk drama fra Sverige

Rekvireres hos:

Invandrarförvaltningen.
Box 11305
404 27 Göteborg
Sverige.
Telefon: +45 31 61 11 16.
Telefax: +46 31 711 89 20

Videooptagelse om kvindelig omskæring i dramaform. Somalisk tale.

10. Sundhedsstyrelsens videofilm: "Lad os tale sammen": 1998

Rekvireres hos:

Statens Information
Nørre Farimagsgade 65
Postboks 1103
1009 København K
Telefon: 33379200
Telefax: 33379299
E-post siasi.dk

Filmen handler om emner som religion, sundhedsfarer og psykiske problemer i forbindelse med kvindelig omskæring. I filmen fortæller herboende somaliske mænd og kvinder om deres meninger og holdninger til kvindelig omskæring. Det er første gang, at herboende somaliere (både kvinder og mænd) får mulighed for at udtrykke sig åbent om omskæring. Filmen henvender sig til herboende somaliere samt danskere, der kommer i kontakt med somaliere. Filmen er på somalisk med danske undertekster.

11. The Bleeding Wound

Rekvireres hos:

AIDoS
Via dei Giubbonari 30
00186 Roma.
Telefon: +39 6 687 32 14
Telefax: +39 6 687 25 49

12. Varför räddade ingen mig. ("Gudniin Maxaa La liga Badbaadinwaawey")

Rekvireres hos:

Invandrarförvaltningen
Box 11305
404 27 Göteborg
Sverige.
Telefon: +46 31 61 11 16.
Telefax: +46 31 711 89 20

Filmen behandler traditionens forekomst og konsekvenser og beskriver projektets metode. Filmen består af interviews med somalisktalende kvinder og mænd og repræsentanter for forskellige personalgrupper.

Bilagsoversigt

Bilag 1	Organisationer	84
Bilag 2	Foredragsholdere.....	89
Bilag 3	Skema over lande hvor omskæring af piger praktiseres.....	91
Bilag 4	Sundhedsstyrelsens udtalelser i Ugeskrift for Læger	96
Bilag 5	Socialministeriets bekendtgørelse nr.875 af 27.november 1997.....	100
Bilag 6	FN's Konvention om Barnets Rettigheder (1989)	102
Bilag 7	Tolkning	105
Bilag 8	Forkortet udgave af "Vejledning til sundhedspersonale vedrørende gravide kvinder der er omskåret".....	107
Bilag 9	Arbejdsgruppens kommissorium	112
Bilag 10	Regler for udlændinges indrejse og ophold samt integration i Danmark.....	113

Bilag 1. Organisationer

Internationale organisationer

Inter-African Committee (IAC)

IAC (Inter-African Committee on Traditional Practices Affecting the Health of Women and Children) blev stiftet i 1984 og er en afrikansk baseret international organisation med lokalkomiteer i 26 lande. Det er en paraplyorganisation, hvis formål er at koordinere den indsats, som foretages af officielle og ikke-officielle organisationer med henblik på at bekæmpe skikke og traditioner, der er skadelige for kvinders og børns helbred, herunder omskæring af piger og kvinder, børneægteskaber m.m. IAC er den mest fremtrædende organisation i arbejdet for at forebygge kvindelig omskæring.

IAC har hovedkvarter i Addis Abeba i Etiopien med et internationalt kontor i Geneve. IAC arrangerer oplysningskampagner, seminarer, træning af traditionelle fødsels-hjælpere m.m. for at bekæmpe kvindelig omskæring og andre skadelige traditioner.

Organisationen har et nært samarbejde med WHO og OAU (Organisation of African Unity).

Adresse:

IAC
147, rue de Lausanne
1202 Genève
Telefon: + 41 22 731 2420 / 732 0821
Telefax: + 41 22 738 1823

FORWARD

FORWARD (Foundation For Women's Health Research and Development) er baseret i London og er en organisation, der blev grundlagt af afrikanske kvinder bosat i England. Organisationen arbejder både i Storbritannien og i forskellige afrikanske lande og har gjort en stor indsats for undervisning af social- og sundhedspersonale i England.

Adresse:

FORWARD
40 Eastbourne Terrace,
London W2 3QR
Telefon: + 44 171 725 2606
Telefax: + 44 171 725 2796

LBWHAP

LBWHAP (London Black Women's Health Action Project)

Adresse:

Cornwall Avenue Community Centre
1 Cornwall Avenue
London E2 OHW
Telefon: +44 181 980 3503
Telefax: +44 181 980 6314

RAINBO

RAINBO (Research Action and Information Network for Bodily Integrity of Women) er en organisation baseret i Washington. Arbejder i forskellige lande i Afrika med oplysningskampagner, projekter med mere.

Adresse:

915 Broadway, Suite 1603
New York 10010 -7108
Telefon: (1) 212 477 3318
Telefax: (1) 212 477 4154

WHO

World Health Organization (WHO), afdeling for Family and Reproductive Health. WHO har produceret oplysningsmateriale vedrørende omskæring af piger. WHO, United Nations Children's Fund (UNICEF) og United Nations Fund for Population Activities (UNFPA) har lavet en fælles erklæring om at støtte regeringer og samfund i bestræbelserne på at forebygge kvindelig omskæring og for at fremme og beskytte kvinders og børns helbred og udvikling.

Adresse:

WHO
Division of Family Health
220 Avenue Appia
1211 Geneve 27
Schweiz
Telefon: + 41 22 791 2111
Telefax: + 41 22 791 0746
Telefon i Danmark: 39 17 17 17

Amnesty International

Amnesty International har også beskæftiget sig med omskæring af piger. Organisationen har projekter forskellige steder i Afrika og har produceret oplysningsmateriale.

Adresse:

Amnesty International
1 Easton Street
London WC1X 8 DJ
Telefon: + 44 171 413 5500
Telefax: + 44 171 95 611 57
Telefon i Danmark: 33 11 75 41

IPPF

IPPF (International Planned Parenthood Federation) har også engageret sig i arbejdet med bekæmpelse af kvindelig omskæring (FGM). Arbejder på dette område sammen med en række andre organisationer vedrørende de sundhedsmæssige konsekvenser og indflydelse på fertilitet, mødredødelighed og familieplanlægning.

Adresse:

IPPE
Regent's College
Inner Circle
Regents Park
London NW1 4NS
Telefon: +44 181 980 3503
Telefax: +44 181 980 6314

UNICEF

UNICEF (UN Children's Fund)
3 United Nations Plaza
New York
NY 10017
USA
Telefon: + (1) 212 326 7000
Telefax: + (1) 212 888 7465
Telefon. i Danmark: 35 27 35 27

UNFPA

UNFPA (United Nations Fund for Population Activities)
220 East 42nd Street
New York
NY 10017
USA
Telefon: + (1) 212 297 5011
Telefax: + (1) 212 297 4901

Nationale organisationer**CEMYC, Council for European Minority**

Youth Committees
Nørre Allé 7
2200 København N
Telefon: 35 36 91 19

Dansk Flygtningehjælp

Borgergade 10
1300 København K
Telefon: 33 91 27 00

Dansk Røde Kors

Asylafdelingen
Dag Hammarskjölds Allé 28
2100 København Ø
Telefon: 35 43 22 44

Fællesforeningen af socialarbejdere for etniske minoriteter

Nørre Allé 7
2200 København N
Telefon: 35 37 05 06

Indenrigsministeriets Udlændingekontor

Rådet for Etniske Minoriteter
Christiansborgs Slotsplads 1
1218 København K
Telefon: 33 92 33 80

IND-SAM, De Etniske Mindretals Sammenslutning i Danmark

Blågårdsgade 11 B
2200 København N
Telefon: 35 37 05 22

Indvandrer Kvindecenteret

Fælledvej 16
2200 København N
Telefon: 35 39 69 85

Mellemfolkeligt Samvirke

Borgergade 10-14
1300 København K
Telefon: 33 32 62 44

Nævnet for Etnisk Ligestilling

Frederiksborggade 15, 3.sal
1360 København
Telefon: 33 95 67 00
Telefax: 33 95 67 08

POEM, Paraplyorganisation for de Etniske Mindretal

Nørre Allé 7
2200 København N
Telefon: 35 36 34 10

Somalisk Kvindeforening i Århus

Forkvinde: Ambara Hashi Nur

Græsvangen 179

8381 Mundelstrup

Telefon privat: 86 24 69 58, kontor: 86 12 36 44

Telefax kontor: 86 12 68 19

Tværkulturelt Center – netværk for tværkulturelt kristent arbejde

Ryesgade 68 C

2100 København Ø

Telefon: 35 36 65 35

Telefax: 35 36 65 34

Udlændingestyrelsen

Udlændingestyrelsens Tolketjeneste

Ryesgade 53

2100 København N

Telefon: 35 36 66 00

Telefax: 35 30 81 32

Bilag 2

Foredragsholdere

Følgende personer kan kontaktes med henblik på oplæg om kvindelig omskæring:

Sundhedsplejerske Kirsten Abdalla
Dansk Røde Kors
Asylafdelingen
Dag Hammarskjölds Allé 28
2800 København Ø
Telefon: 35 43 22 44
Telefax: 35 43 24 44

Læge Abdirahman, SH. Rashiid Abdi
Kagså Kollegiet 121
2730 Herlev
Telefon: 44 53 33 29

Suleiman Abduleh
Chr. Molbechsvej 1, II th,
8000 Århus C
Telefon: 86 18 75 26

Læge Abdi Farah Ali
Rydevænget 93, 2. tv,
8210 Århus V
Telefon: 86 75 12 25

Overlæge i psykiatri Fatuma Ali
Hostrups Have 12
1954 Frederiksberg C.
Telefon: 31 35 71 94

Somalisk lærer Samia Yusuf Ali (Den somaliske ressourcegruppe)
Frydenhøjparken 67
2650 Hvidovre
Telefon: 36 78 22 97

Mohamed Gelle (Den somaliske ressourcegruppe)
Bækgården 10, 2. th,
2620 Albertslund
Telefon: 43 64 59 20

Jordemoder Hanne Gylche
Fødegangen
Hvidovre Hospital
Kettegård Allé 30
2650 Hvidovre
Telefon: 36 32 36 32

Læge Vibeke Jørgensen
Hegnsvej 37
2850 Nærum
Telefon: 45 80 03 28
Telefax: 45 80 34 28

Læge Said Ahmed Mohamud
Høje Gladsaxe 11, 15 th,
2860 Søborg
Telefon: 31 67 31 26

Overlæge Margrethe Møller
Gynækologisk-obstetrisk afdeling
Aalborg Sygehus, afsnit Nord
9000 Aalborg
Telefon: 99 32 12 39/99 32 11 11
Telefax: 98 13 30 60

Jordemoder Lisbet Nybro
Fødeafdelingen
Frederiksberg Hospital
Ndr. Fasanvej 57
2000 Frederiksberg
Telefon: 38 16 33 94
Telefax: 39 66 55 36

Somalisk Kvindeforening i Århus
Formand: Ambara Hashi Nur
Græsvangen 179
8381 Mundelstrup
Telefon privat: 86 24 69 58

Bilag 3. Skema over lande hvor omskæring af piger praktiseres

Fremmed ret m.v. vedrørende omskæring af kvinder

Justitsministeriet (Lovafdelingen) har i et "Notat om dobbelt strafbarhed og omskæring af kvinder i udlandet" af juli 1998 oplyst følgende:

Efter behandlingen af L 65 i Folketinget har Justitsministeriet via Udenrigsministeriet indhentet oplysninger om, hvorvidt omskæring af kvinder er strafbart i de afrikanske lande, hvor omskæring efter det oplyste praktiseres. Endvidere er der indhentet oplysninger om retsstillingen i Europarådets medlemslande (idet disse er nærmeste rejsemål fra Danmark).

De oplysninger, som er modtaget fra Udenrigsministeriet, er nedenfor gengivet i skemaform.

Skema 1 (side 92), som vedrører de afrikanske lande, er suppleret med tidligere modtagne oplysninger om, hvor stor en procentdel af den kvindelige befolkning i de enkelte lande der skønnes at være omskåret. Disse oplysninger er videregivet til Folketingets Retsudvalg i forbindelse med behandlingen af L 65.

Skema 1. Afrikanske lande hvor omskæring praktiseres

<i>Land</i>	<i>Omskæring Strafbart</i>	<i>Omskæring ikke strafbart</i>	<i>Procentdel af den kvindelige befolkning, der er omskåret</i>
Benin		X	30
Burkina Faso	X		70
Cameroun	X		15
Den Centralafr. Rep.	X		10
Djibouti	X		98
Egypten	X		55
Elfenbenskysten	X		40
Eritrea		X	80
Etiopien		X	85
Gambia	(X)		79
Ghana	X		30
Guinea		X	60
Kenya	(X)		50
Liberia		(X)	50
Mali		X	80
Niger		(X)	20
Nigeria	(forbud på vej)	X	40
Sierra Leone		(X)	90
Somalia		(X)	98
Sudan	X (infibulation)	X (sunna-omskæring)	89
Tanzania	(forbud på vej)	X	10
Togo	(forbud på vej)	X	12
Uganda	X		5

Kilde: Justitsministeriet (Lovafdelingen), "Notat om dobbelt strafbarhed og omskæring af kvinder i udlandet".
Den 1. juli 1998.

Der er endnu ikke modtaget oplysninger fra følgende afrikanske lande, hvor omskæring praktiseres: Mauretanien (50% af den kvindelige befolkning skønnes at være omskåret), Senegal (20%) og Tchad (60%).

Der har ikke kunnet skaffes oplysninger om lovgivningen i Guinea Bissau (40%), men det er oplyst, at landets regering søger at motivere befolkningen til ikke at foretage omskæringer. Det samme gælder i Kenya, hvor et forbud mod omskæring efter det oplyste ikke fremgår udtrykkeligt af lovgivningen, men er formuleret af præsidenten i nogle taler.

For så vidt angår Liberia, Niger og Sierra Leone har Udenrigsministeriet oplyst, at der ifølge rapporter fra organisationen "Inter African

Committee on Traditional Practices Affecting the Health of Women and Children” (IAC) ikke findes lovgivning, der forbyder omskæring af kvinder i disse lande. På grund af den politisk-administrative situation i landene har det ikke været muligt at få IAC's oplysninger bekræftet.

I Sudan er det tilladt at foretage såkaldt sunna-omskæring (delvis fjernelse af clitoris), som er den mindst indgribende form for omskæring, mens det er forbudt at udføre “infibulation”, som er den mest indgribende form (clitoris samt de store og små kønslæber bortskæres, hvorefter sårfladerne enten sys sammen eller holdes sammen på anden måde, sådan at der kun efterlades et lille hul til urin og menstruationsblod).

Med hensyn til Somalia har Udenrigsministeriet oplyst, at det på grund af den politisk-administrative situation i landet ikke har været muligt at skaffe oplysning fra regeringskilder om, hvorvidt omskæring af kvinder er strafbart. Det fremgår imidlertid af materiale, som Udenrigsministeriet har modtaget fra forskellige private organisationer, herunder IAC, at omskæring ikke er forbudt i Somalia. Materialet synes at vise, at der i Somalia er en ikke ubetydelig modstand mod omskæring i dele af befolkningen, jf. også nedenfor under pkt.4.

Fra regeringerne i Nigeria, Tanzania og Togo er det oplyst, at omskæring er tilladt, men at der snart vil blive gennemført lovgivning herimod.

Sammenfattende kan det om de afrikanske lande siges, at omskæring er tilladt i omtrent halvdelen af landene. I 8 af disse lande er omskæring så udbredt, at mindst 50% af den kvindelige befolkning skønnes at være omskåret.

Skema 2. Europarådets medlemslande		
Land	Omskæring Strafbart	Omskæring ikke strafbart
Albanien	X	
Andorra	X	
Bulgarien	X	
Cypern	X	
Estland	X	
Finland	X	
Frankrig	X	
Georgien	X	
Grækenland	X	
Holland	X	
Irland	X	
Island	X	
Italien	X	
Kroatien		X
Letland	X	
Litauen	X	
Luxembourg	X	
Makedonien		X
Malta	X	
Marokko		X
Moldavien		(X)
Norge	X	
Polen	X	
Portugal	X	
Rumænien		X
Rusland	X	
Schweiz	X	
Slovakiet	X	
Slovenien	X	
Spanien	X	
Storbritannien	X	
Sverige	X	
Tjekkiet	X	
Tyrkiet	X	
Tyskland	X	
Ukraine	X	
Ungarn	X	
Østrig	X	

Kilde: Justitsministeriet (Lovafdelingen), "Notat om dobbelt strafbarhed og omskæring af kvinder i udlandet".
Den 1. juli 1998.

Der er endnu ikke modtaget oplysninger fra Belgien, Liechtenstein og San Marino.

For så vidt angår Kroatien, Makedonien og Marokko må det lægges til grund, at omskæring ikke er strafbart, men det er oplyst, at omskæring ikke forekommer i praksis. I Moldavien og Rumænien gælder der ikke særlige lovregler om forbud mod omskæring, men det er ikke oplyst, om omskæring i givet fald vil kunne straffes efter generelle bestemmelser om legemsbeskadigelse (35).

Skema 3

<i>Land</i>	<i>Antal kvindelige indbyggere (i millioner)</i>	<i>% af omskårne kvinder og piger</i>
Somalia	4.9	98
Djibouti	0.3	98
Sierra Leone	2.3	85
Etiopien	27.6	85
Eritrea	1.75	80
Sudan	14.1	89
Mali	4.55	80
Gambia	0.55	79
Burkina Faso	5.05	70
Chad	3.25	60
Guinea	3.2	60
Egypten	26.0	55*
Kenya	13.5	50
Libyen	1.45	50
Mauritania	1.15	50
Nigeria	57.85	40
Ivory Coast	6.95	40
Guinea Bissau	0.55	40
Benin	2.65	30
Ghana	8.45	30
Togo	2.15	30
Nigeria	4.4	20
Senegal	4.1	20
Cameroun	6.55	15
Den Centralafr. Republik	1.55	10
Tanzania	14.9	10
Uganda	9.9	5

* Andelen i Ægypten er af andre forskere beregnet til at være omkring 80%.

Kilde: Danida: Guidelines on the Prevention of Female Genital Mutilation, 1996/ Dorkenoo, Efua: Cutting the Rose, 1994.

Bilag 4. Sundhedsstyrelsens udtalelser i Ugeskrift for Læger

1981

Kvindelig omskæring

Sundhedsstyrelsen har fra Indenrigsministeriet på foranledning af et folketingsmedlem fået forelagt spørgsmålet om, hvorvidt der på danske hospitaler og af danske læger praktiseres kvindelig omskæring, og om hvordan danske læger stiller sig til dette indgreb. Indgrebet, der består i, at man fjerner klitoris og labia minora (i nogle lande anvendes mindre indgreb), er religiøst/kulturelt betinget, og spørgsmålet blev debatteret på FN's kvindekongress i København sommeren 1980. Der fremkom her oplysninger om, at svenske læger på svenske hospitaler praktiserer omskæring af indvandrerfamiliernes småpiger.

Sundhedsstyrelsen har meddelt Indenrigsministeriet, at man ikke har kendskab til, at danske læger har udført indgreb af denne art, hvilket er bekræftet ved henvendelse til en række kirurger og gynækologer. Disse har over for Sundhedsstyrelsen tilkendegivet, at man i påkommende tilfælde klart ville afvise at udføre omskæring af piger. Sundhedsstyrelsen har over for Indenrigsministeriet udtalt, at kvindelig omskæring må anses for at være en mutilerende operation, og der vil aldrig være indikation for at udføre denne. Sundhedsstyrelsen skal på denne baggrund meget henstille til landets læger, at de ikke foretager kvindelig omskæring (1981;143:2532).

1993

Omskæring af kvinder/piger

Omskæring af kvinder/piger har i de seneste måneder givet anledning til en del presseomtale og medført flere henvendelser til Sundhedsstyrelsen.

Baggrunden er, at det stigende antal indvandrere her i landet ganske naturligt har medtaget en række religiøse og/eller kulturelle skikke, hvilket har rejst opmærksomheden om denne særlige problematik.

Foranlediget heraf skal Sundhedsstyrelsen meddele følgende:

Allerede i 1981 henstillede Sundhedsstyrelsen i en officiel meddelelse i Ugeskrift for Læger (1981; 143: 2532), at danske læger ikke foretager kvindelig omskæring. Sundhedsstyrelsen fandt, at kvindelig omskæring må anses for at være en mutilerende operation, og at der aldrig vil være indikation for at udføre denne. Sundhedsstyrelsen oplyste videre, at der ikke var kendskab til, at danske læger havde udført indgreb af denne art.

I efteråret 1992 rettede Sundhedsstyrelsen atter henvendelse til en række læger, og på baggrund heraf kunne det konstateres, at der fortsat ikke var kendskab til, at danske læger foretog kvindelig omskæring.

Der findes flere forskellige religiøst/kulturelt betingede former for kvindelig omskæring, og nogle af formerne må efter danske forhold betragtes som mutilerende indgreb.

Som eksempler herpå kan nævnes:

- ♦ fjernelse af forhuden på klitoris,
- ♦ fjernelse af en del af klitoris eller hele klitoris og labia minora,
- ♦ infibulation, hvorved fjernes klitoris, labia minora og en del af labia majora med efterfølgende sammensyning, således at der er en lille åbning, hvor urin og menstruationsblod kan komme ud.

Der vil efter Sundhedsstyrelsens opfattelse aldrig være lægelig indikation for at foretage kvindelig omskæring af den ovennævnte karakter.

Ved lægeligt begrundede indgreb, beror en operations lovlighed på, at dens nytteevne er større end dens farlighed eller skadevirkninger, og at patienten forinden har givet sit samtykke. Det er imidlertid Justitsministeriets opfattelse – som Sundhedsstyrelsen deler – at kvindelig omskæring under de nævnte former er af en sådan karakter, at samtykke ikke kan bringe indgrebet uden for det strafbare område.

Efter såvel Sundhedsstyrelsens som Justitsministeriets opfattelse må indgreb af denne art derfor antages at være omfattet af straffelovens § 245, stk. 2 om straf for den, der tilføjer en anden person skade på legeme eller helbred. Strafferammen for overtrædelse af denne bestemmelse er fængsel indtil fire år.

En læge, der foretager kvindelig omskæring eller medvirker til foretagelse af kvindelig omskæring, vil derfor pådrage sig strafansvar, uanset om kvinden/forældrene har givet deres samtykke.

Den endelige afgørelse af spørgsmålet henhører under domstolene (1993;155:835).

1994

Sammensyning af omskårede kvinder efter fødsler

I den senere tid har pressen behandlet spørgsmålet om omskæring af kvinder og sammensyning efter fødslen hos kvinder, der har fået foretaget omskæring. Det viser, at der er forskellige opfattelser på landets sygehuse, om sammensyning efter fødslen bør foretages eller ej.

Sundhedsstyrelsen har i Ugeskrift for Læger (1993; 155: 835) redegjort for den særlige problematik, der vedrører omskæring af kvinder/piger.

Af redegørelsen fremgik blandt andet, at der efter Sundhedsstyrelsens opfattelse aldrig vil være lægelig indikation for at foretage kvindelig omskæring af religiøst kulturelt betinget karakter. Endvidere er det såvel Sundhedsstyrelsens som Justitsministeriets opfattelse, at omskæring af denne karakter antages at være omfattet af straffelovens § 245, stk. 2, om straf for den, der tilføjer en anden person skade på legeme eller helbred. Strafferammen for overtrædelse af denne bestemmelse er fængsel indtil fire år.

Danske Kvindelige Lægers Forening v/formand *Vibeke Jørgensen* har i Ugeskrift for Læger (1993; 155: 4206-7) haft et indlæg om sammensyning af somaliske kvinder, efter de har født.

Sundhedsstyrelsen er enig i de synspunkter, som Danske Kvindelige Lægers Forening har fremført, og skal på denne baggrund meddele følgende:

For så vidt angår sammensyning efter fødsler er udgangspunktet for problemstillingen lægelovens § 6, stk. 2, hvoraf det fremgår, at lægen, hvor det er muligt, og hvor der ikke er grund til at antage, at det strider mod patientens ønske, skal oplyse patienten om dennes helbredstilstand og behandlingsmulighederne. Ønsker en kvinde sammensyning efter fødslen, er det lægens pligt at oplyse patienten om den helbredsrisiko, som dette indgreb indebærer i form af infektionsrisiko mv.

Der kan henvises til Sundhedsstyrelsens cirkulære af 22. september 1992 om information og samtykke mv., "Lægers pligt og patienters ret" § 3, hvoraf det blandt andet fremgår, at en læge har pligt til *af egen drift* at informere en patient om forhold, som patienten må formodes ikke at være bekendt med, og som må anses for væsentlige for patientens stillingtagen til undersøgelse og behandling mv., og § 4 om komplikationer og bivirkninger, hvoraf det fremgår, at den før omhandlede informations-

pligt særligt foreligger, når der påtænkes foretaget operativt indgreb eller behandlinger, som medfører nærliggende risiko for alvorlige komplikationer eller bivirkninger.

Information til kvinden bør gives inden fødslen. Fastholder kvinden på baggrund af den givne information ønsket om en sammensyning, kan dette indgreb efter Sundhedsstyrelsens opfattelse foretages, såfremt lægen vurderer, at det ud fra en samlet situation tjener kvindens tarv bedst. Det er imidlertid ikke Sundhedsstyrelsens vurdering, at lægen har pligt til at udføre indgrebet.

Det må understreges, at såfremt der er sprogproblemer, må lægen sikre sig, evt. ved brug af tolk, at kvinden har forstået de komplikationer, sammensyningen kan indebære.

Det er væsentligt, at der foretages journaloptegnelser om den givne information og om, hvad kvinden på denne baggrund har tilkendegivet, jf. cirkulærets §16 (1994;156:1758).

1999

Resuturering

Se side 61.

Bilag 5. Socialministeriets bekendtgørelse nr. 875 af 27. november 1997

Bekendtgørelse om underretningspligt over for kommunen efter lov om social service.

I medfør af § 35, stk. 1 og 2, i lov nr. 454 af 10. juni 1997 om social service fastsættes herved følgende regler om underretning:

- § 1. Personer, der udøver offentlig tjeneste eller hverv, skal underrette kommunen, når de i deres virksomhed bliver bekendt med forhold for børn eller unge under 18 år, der må give formodning om, at barnet eller den unge har behov for særlig støtte.
- § 2. Pligten foreligger, når barnet eller den unge har vanskeligheder i forhold til sine daglige omgivelser, skolen eller samfundet, eller når barnet eller den unge i øvrigt lever under utilfredsstillende forhold. Tilsvarende gælder, når barnet eller den unge har behov for hjælp, peforanstaltninger på grund af nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne.
- Stk. 2.* Hvis det må antages, at de pågældende ikke gennem deres egen virksomhed i tjenesten eller hvervet har rimelig mulighed for i tide at afhjælpe vanskelighederne, skal de unge eller børnenes forældre så vidt muligt orienteres om hjælpemulighederne i lovgivningen, inden kommunen underrettes.
- Stk. 3.* Ved vurderingen af, om der skal foretages underretning, må det bl.a. tages i betragtning, at kommunerne skal yde forældremyndighedsindehaveren eller andre, der faktisk sørger for et barn eller en ung, rådgivning samt yde støtte, hvis barnet eller den unge har behov herfor, jf. lovens §§ 5 og 40.
- § 3. Enhver læge samt enhver medarbejder ved puljeordninger oprettet efter § 11 og ved private dagpasningsordninger oprettet efter § 63

i lov om social service samt ved de frie grundskoler og frie kostskoler skal rette henvendelse til kommunen, når de i deres virksomhed bliver bekendt med forhold for børn og unge under 18 år, herunder børn og unge med nedsat fysisk eller psykisk funktions-evne, der må give formodning om, at barnet eller den unge har behov for særlig støtte, herunder med henblik på støtte til udvikling eller genoprettelse af arbejdsevnen i tilfælde af lidelser eller forhold, der skønnes at have medført eller at ville medføre en væsentlig og ikke forbigående begrænsning i arbejdsevnen.

§ 4. Bekendtgørelsen træder i kraft den 1. juli 1998.

Socialministeriet, den 27. november 1997

Bilag 6. FN's Konvention om Barnets Rettigheder (1989)

Dette bilag indeholder udpluk fra FN's Konvention om Barnets Rettigheder og udpluk fra fortolkninger af FN's Konvention om barnets Rettigheder (Børnekonventionen) fra Red Barnet.

Konventionen blev vedtaget af FN's generalforsamling og åbnet for undertegnede, ratifikation eller tiltrædelse den 20. november 1989.

Ratifikation og ikrafttrædelse: Pr. 1. januar 1997 var konventionen ratificeret af 189 lande. For Danmarks vedkommende trådte den i kraft den 18. august 1991, jf. artikel 49, stk. 2.

Kontrolorgan: I overensstemmelse med konventionens kapitel 2 oprettes der en Komité vedrørende Barnets Rettigheder bestående af 10 medlemmer. Komiteen modtager løbende rapporter fra de lande, som har ratificeret konventionen. Rapporten skal indeholde en redegørelse for børns vilkår i landet og for de foranstaltninger, der er truffet for at gennemføre konventionens bestemmelser. Komiteen fungerer ikke som klageinstans og har alene kompetence til at påtale forhold i staterne, som den finder er i uoverensstemmelse med konventionen.

Kapitel 1

Artikel 19

1. Deltagerstaterne skal træffe alle passende lovgivningsmæssige, administrative, sociale og uddannelsesmæssige forholdsregler til beskyttelse af barnet mod alle former for fysisk eller psykisk vold, skade eller misbrug, vanrøgt eller forsømmelig behandling, mishandling eller udnyttelse, herunder seksuelt misbrug, medens barnet er i forældrenes, værgens eller andres personers varetægt.

2. Sådanne beskyttende foranstaltninger bør i passende omfang omfatte virkningsfulde retningslinier, såvel for udformning af sociale programmer, der kan yde den nødvendige støtte til barnet og til dem, der har barnet i deres varetægt, som til andre former for forebyggelse og identifikation, rapportering, henvisning, undersøgelse, behandling og opfølgning af tilfælde af børnemishandling – som beskrevet ovenfor – og om nødvendigt til retsforfølgelse.

Artikel 24

1. Deltagerstaterne anerkender barnets ret til at nyde den højest opnåelige sundhedstilstand, adgang til at få sygdomsbehandling og genoprettelse af helbredet. Deltagende stater skal stræbe mod at sikre, at intet barn fratages sin ret til adgang til at opnå sådan behandling og pleje.
2. Deltagerstaterne skal arbejde for fuld gennemførelse af denne ret og især tage passende forholdsregler for:
 - a) at formindske spædbørns- og børnedødeligheden,
 - b) at sikre ydelsen af nødvendig lægelig bistand og sundhedspleje til alle børn med særlig vægt på udvikling af den primære sundhedspleje,
 - c) at bekæmpe sygdom og underernæring, herunder inden for rammerne af den primære sundhedspleje – blandt andet ved anvendelse af let tilgængelig teknologi og gennem ydelse af tilstrækkelig og nærende mad og rent drikkevand under hensyntagen til de farer og risici, der er knyttet til forurening af miljøet,
 - d) at sikre kvinder passende svangerskabs- og barselspleje,
 - e) at sikre, at alle grupper i samfundet – særligt forældre og børn – oplyses om og har adgang til undervisning og støttes i brugen af grundlæggende viden om børns sundhed og ernæring, fordelene ved amning, hygiejne og rengøring af omgivelserne samt forebyggelse af uheld,
 - f) at udvikle forebyggende sundhedspleje, rådgivning af forældre, samt undervisning og bistand i forbindelse med familieplanlægning.
3. Deltagerstaterne skal tage alle effektive og passende forholdsregler med henblik på afskaffelse af traditionsbundne ritualer, som er skadelige for børns sundhed.
4. Deltagerstaterne forpligter sig til at fremme og opmuntre internationalt samarbejde med henblik på gradvis at opnå fuldstændig gennemførelse af den i denne artikel anerkendte ret. I denne henseende skal der tages særligt hensyn til udviklingslandenes behov.

Red Barnet

Børnekonventionen er grundlaget for Red Barnets *projektarbejde* både i Danmark og i udlandet. Red Barnet arbejder for at styrke særligt udsatte børns stilling som ligeværdige medlemmer af samfundet. Red Barnet arbejder for at styrke børnenes forudsætninger for at formulere deres egne behov og forbedre deres levevilkår.

Bilag 7. Tolkning

Uddrag af Cirkulære om tolkebistand i forbindelse med lægehjælp efter sygesikringsloven.

1. Ved lov nr. 272 af 10. juni 1981 er sygesikringsloven blevet ændret således, at der er givet hjemmel for den offentlige sygesikring til at yde nødvendig tolkebistand i forbindelse med ydelser af lægehjælp efter lovens § 6. Socialministeriet har udsendt bekendtgørelse af 20. november 1981 om tolkebistand.
De nye regler om tolkebistand skal supplere Socialministeriets telefonservice⁴⁵ i de situationer, hvor det viser sig nødvendigt, at en tolk er fysisk til sted ved konsultationen. Der sker i øvrigt ingen ændring i Socialministeriets tolkeservice⁴⁵.
Det fremgår af bemærkningerne til lovforslaget, at ordningen skal betragtes som en forsøgsordning.
2. Såfremt lægen skønner, at tolkebistand er nødvendig i forbindelse med en konsultation, og telefontolkeservicen ikke er tilstrækkelig i det konkrete tilfælde, vil han kunne rekvirere en tolk enten gennem den pågældende kommune, hvis denne har forbindelse med en tolk inden for det benyttede sprog, eller gennem Socialministeriets fremmedarbejderkonsulenter⁴⁵.
Der kan efter omstændighederne benyttes tolk, skaffet ad anden vej, men lægen må i så fald sikre sig, at tolken behersker det danske sprog. Dette krav vil fx være opfyldt, hvis den pågældende har gennemgået et kursus for administrationstolke på Handelshøjskolen.
Børn bør ikke benyttes som tolke. Nært beslægtede til patienten (børn, søskende, forældre, ægtefælle, svigerbørn) kan ikke honoreres for tolkebistand.

45) Overgik til Indenrigsministeriet ved regeringsomlægning den 26. januar 1993. Fra 1. marts 1999 er Udlændingestyrelsens tolketjeneste nedlagt.

3. Tolken udfylder en registreringsblanket, der er udarbejdet af den offentlige sygesikring. Regningen attesteres af lægen og indsendes af tolken til sygesikringen i sikredes amtskommune/Københavns eller Frederiksberg Kommuner.
Sygesikringen afregner derefter med tolken.
Amterne indsamler på grundlag af blanketten følgende oplysninger:
Patientens alder, køn, bopælskommune, sprog og nationalitet.
Antallet af tolkebistande fordelt på almen læge og speciallæge.
Amtskommunens samlede udgift til tolkeservice, fordelt på tolkebistand og rejseudgifter.
De indsamlede oplysninger indsendes til sikringsstyrelsen et år efter ordningens ikrafttræden med henblik på en vurdering af ordningen.
4. Der betales for tolkebistand efter følgende regler:
 - a) Tolke, herunder tolke, der har gennemgået et kursus for administrationstolke på Handelshøjskolen, honoreres efter grundlønnen for specialundervisning af voksne i henhold til lov om fritidsundervisning. Taksten fastsættes af Undervisningsministeriet og udsendes pr. 1. april og 1. oktober i cirkulærer til alle amter og kommuner.
 - b) Autoriserede translatører og andre akademisk uddannede inden for det pågældende sprog honoreres højst efter Translatørforeningens vejledende takst, der i almindelighed reguleres pr. 1. april og 1. oktober. Oplysning om takstens størrelse kan fås hos Translatørforeningen tlf. 33 91 98 00.Er tolken momsregistreret, skal honoraret tillægges moms.
Ud over honoraret kan der eventuelt betales for tolkens rejse frem og tilbage, når tolken dokumenterer udgiften.
5. Vedrørende tolketjeneste kan bl.a. nævnes:

Dansk Flygtningehjælps Regionskontorers tolkebistand.

Social-Medicinsk Tolkeservice (kan tilbyde tolkning på de fleste sprog)

Bygmestervej 2, 1.

2400 København NV

Døgnvagt:

Telefon: 35 83 10 12 / 40 20 14 43 / OPS 50 15 52 77

Bilag 8. Forkortet udgave af "Vejledning til sundhedspersonale vedr. gravide kvinder der er omskåret"

Denne udgave svarer til den udgave, der er i (bilagslisten i) "Svangreomsorg" bilag 1, men med visse korrektioner. Blandt andet er der tilføjet en præcisering af, at Sundhedsstyrelsen ikke anbefaler resuturering.

Baggrund

Kvindelig omskæring, Female Genital Mutilation (FGM) er først og fremmest en skik i visse afrikanske lande. Traditionen har eksisteret i mere end 2000 år. Den mest indgribende form for omskæring er infibulation. Denne type omskæring er den hyppigste i Somalia, hvor ca. 98% af kvinderne er omskåret.

Der findes 3 former for kvindelig omskæring

1. SUNNA og CLITORIDECTOMI:

SUNNA bruges af mange som betegnelse for fjernelse af forhuden på clitoris, men i praksis bliver ofte en del af clitoris fjernet samtidig. Ved CLITORIDECTOMI forstås hel eller delvis fjernelse af clitoris.

2. EXCISION:

Fjernelse af en del af clitoris eller hele clitoris i forbindelse med hel eller delvis fjernelse af labia minora.

3. INFIBULATION:

Fjernelse af clitoris, labia minora og en del af labia majora, hvor de rå sårflader enten sys sammen eller holdes sammen med akacietorne, således at der kun efterlades et ganske lille hul til urin og menstruationsblod.

Definitionerne kan kun betragtes som en teoretisk inddeling til hjælp for sundhedspersonalets vurdering af indgrebets omfang. Virkeligheden viser, at typerne ikke klart kan adskilles, men at der findes mange mellemliggende former (35).

Hyppige problemer hos infibulerede kvinder er dysmenoré, kronisk underlivsbetændelse, urinvejsinfektion, urin-retention, dyspareuni samt obstetriske komplikationer som følge af de ændrede anatomiske forhold.

Da der er tale om en risikotilstand, skal den praktiserende læge henvise den gravide infibulerede kvinde til en specialafdeling.

Der vil næsten altid være behov for assistance fra en uddannet kvindelig tolk.

Der foreslås følgende fremgangsmåde:

I jordemoderkonsultationen/speciallægekonsultationen på fødestedet

- ◆ Tal generelt om omskæring med kvinden.
- ◆ Spørg kvinden, om hun har eller har haft nogle af ovennævnte gener. Forklar sammenhængen med omskæringen.
- ◆ Se omfanget af omskæringen. Vær ikke bange for at tage emnet op. Kvinder, der er omskåret, forventer det.
- ◆ Informer om de muligheder, der findes for åbning før eller under fødslen samt om reglerne omkring resuturering⁴⁶. Fortæl om, hvilke fordele/forandringer der er ved ikke at blive resutureret. Vis tegninger af før og efter og af de anatomiske forhold hos henholdsvis infibulerede og ikke infibulerede kvinder.

Informér parret om det sundhedsskadelige ved omskæring og om dansk lovgivning vedrørende omskæring. Ifølge dansk lovgivning er det forbudt at omskære piger/kvinder.

Tilbud om åbning i 2. trimester

Alle kvinder, der er omskåret, bør tilbydes at blive åbnet inden fødslen. Fødslen kan da forløbe som hos kvinder, der ikke er omskåret. Dette indgreb forudsætter imidlertid, at kvinderne ikke ønsker at blive syet sammen igen efter fødslen. Der bør gives grundig information om de forandringer, åbningen medfører. Åbnes kvinden ikke i 2. trimester lægges plan for fødslen. Gør i journalen udførligt rede for planen.

46) Følgende terminologi anvendes:

Suturering: Sammensyning af episiotomi eller bristninger.

Resuturering af infibulation: Sammensyning fortil med henblik på at genskabe infibulationen dog kun som rekonstruktion af forholdene, som de var før fødslen = reinfibulation.

Beskriv og tegn:

- ◆ omskæringens omfang og vævets elasticitet,
- ◆ hvornår og hvordan kvinden skal åbnes,
- ◆ hvorledes bedøvelsen anlægges,
- ◆ hvorledes kvinden ønsker at blive sutureret.

Resuturering post partum kan kun udføres som en rekonstruktion af forholdene, som de var før fødslen, og kvinden skal oplyses om helbredsrisikoen. *Sundhedsstyrelsen anbefaler ikke resuturering, da der ikke er nogen medicinsk indikation for indgrebet.*

Der tales om det ventede barn. *Der sendes med kvindens tilladelse brev til sundhedsplejersken med besked om, at der er talt omskæring med parret, og at det er oplyst, at omskæring af piger er ulovligt i Danmark. Der anmodes samtidig om, at sundhedsplejersken følger sagen op, når barnet er født.*

Under fødslen

- ◆ Den aftalte plan følges.
- ◆ Vær opmærksom på behov for smertelindring.
- ◆ Vaginaleksplorer så lidt som muligt.

Kvinder, der er åbnet før fødslen

- ◆ Fødslen ledes på vanlig vis.
- ◆ Mediolateral episiotomi anlægges kun på vanlig indikation.

Kvinder, der åbnes under fødslen

Fødslen ledes på vanlig vis frem til presseperioden.

Der anlægges infiltrationsanæstesi på begge sider af det planlagte klip ved presseperiodens start samt eventuelt pudendusblokada senere. Opklipping fortil foretages før vævet udspiles af caput således at der er tid til at supplere med en medio-lateral episiotomi, hvis det skønnes nødvendigt. Der klippes op midt fortil i den gamle cikatrice. Der klippes til urethra er synlig. Pas særligt på området omkring klitorisreminiscensen, da det overliggende arvæv er det eneste, der er tilbage til at beskytte det fra at blive hypersensitivt for normale stimuli. Pas på saksens bageste ben, da urethra ofte prominerer.

I de meget sjældne tilfælde, hvor introitus er for lille til, at der kan indføres en finger, kan der, efter at bedøvelsen er lagt, anlægges et lille klip op i infibulationsarret inden ovennævnte procedure.

Ved suturering bør man være opmærksom på at sørge for huddække, hvis området svarende til klitoris mod forventning er blevet blottet.

Kvinden ønsker at forblive åben

Siderne i den opklippede infibulation sutureres hver for sig som ved almindelige labiabristninger.

Kvinden ønsker resuturering

Den opklippede infibulation sys fortløbende eller med knuder i henhold til beskrivelsen i journalen. Hvis den tilstedeværende læge/jordemoder ikke ønsker at udføre resutureringen, må en anden tilkaldes. Husk grundig information til kvinden/parret om de helbredsmæssige konsekvenser af indgrebet inden resutureringen foretages.

Seccio

Det er vigtigt, at kvinden ikke blot forstår årsagen til et eventuelt sectio, men at hun også ved, at indgrebet ikke medfører ufrugtbarhed eller forhindrer hende i at føde vaginalt i fremtiden. Ved vanskeligheder i forbindelse med kateterisation kan børnekateter evt. anvendes.

Efter fødslen:

- ◆ Den jordemoder, der har assisteret kvinden, bør tale fødslen igennem med hende. Er kvinden ikke resutureret, gentages informationen om de anatomiske forandringer.
- ◆ Den praktiserende læge/sundhedsplejersken informeres om kvindens ændrede anatomiske forhold.

Lovgrundlag

Omskæring af piger/kvinder er omfattet af straffelovens § 245. Omskæring er et indgreb af en sådan karakter, at et samtykke fra den kvinde eller pige, som indgrebet vedrører, eller fra en piges forældre ikke kan forventes at medføre straffrihed.

Sundhedsstyrelsens tidligere udtalelser

I 1981 henstillede Sundhedsstyrelsen i en officiel meddelelse i Ugeskrift for Læger (1981; 143; 253-2), at danske læger ikke foretager kvindelig omskæring. Sundhedsstyrelsen vurderede, at kvindelig omskæring må anses for at være en mutilerende operation, og at der aldrig vil være indikation for at udføre den.

I 1994 præciserede Sundhedsstyrelsen i Ugeskrift for Læger (1994; 156: 1758), at sammensyning af infibulationen efter fødslen kun kan ske, hvis kvinden fastholder ønske herom, efter at lægen har oplyst kvinden

om den helbredsrisiko, som dette indgreb indebærer jf. lægelovens § 6, stk. 2. Det er ikke Sundhedsstyrelsens vurdering, at lægen har pligt til at udføre indgrebet.

Henvisning fra side 29, kapitel 4 "Lovregler m.v."

Efter § 245, stk. 1, straffes den, som udøver et legemsangreb af særlig rå, brutal eller farlig karakter eller gør sig skyldig i mishandling, med fængsel indtil 4 år. Har et sådant legemsangreb haft betydelig skade på legeme eller helbred til følge, skal dette betragtes som en særlig skærpende omstændighed. Efter § 245, stk. 2, straffes den, som uden for de i stk. 1 nævnte tilfælde tilføjer en anden person skade på legeme eller helbred, med fængsel indtil 4 år. Efter straffelovens § 246 kan straffen stige til fængsel i 8 år, hvis et legemsangreb, der er omfattet af § 245, har været af en så grov beskaffenhed eller haft så alvorlige følger, at der foreligger særdeles skærpende omstændigheder.

Bilag 9. Arbejdsgruppens kommissorium

Det primære formål med oplysningsindsatsen er at forebygge omskæring af piger, der bor i Danmark, hvad enten det sker indenfor eller udenfor landets grænser.

Der findes 2 parallelle målgrupper:

- ◆ de enkelte flygtningefamilier (hovedsagelig somaliere), der gennem dialog ønskes påvirket til at ændre praksis og
- ◆ sundhedsfagligt personale, pædagoger, lærere, ansatte i socialforvaltninger og andre, som arbejder med somaliske flygtninge, og som bør have viden om emnet, og om hvordan man kan/bør forholde sig.

For at imødekomme disse formål blev der i Sundhedsstyrelsen nedsat en arbejdsgruppe, med følgende opgaver:

- ◆ at udarbejde informationsmateriale til brug ved møder/sammenkomster i flygtningekredse – herunder *diskussionsvideoer*,
- ◆ at udarbejde informationsmateriale til brug ved undervisning af sundhedspersonale, lærere, pædagoger og ansatte i socialektoren,
- ◆ at understøtte opbygningen af *lokalgrupper* bestående af somaliere, dansk sundhedspersonale samt kommunalt ansatte i de områder, hvor der findes mange somaliske flygtninge,
- ◆ at støtte og vejlede allerede etablerede og kommende lokalgrupper,
- ◆ at fungere som videnscenter for de fagpersoner, der som led i deres daglige arbejde måtte støde på problemer relateret til omskæring,
- ◆ at indsamle dokumentation internationalt m.h.p. at følge udviklingen i andre lande og finde allerede eksisterende relevant undervisningsmateriale.

Arbejdsgruppen blev nedsat i foråret 1997 for en 3-årig periode, hvorefter indsatsen skal evalueres af Sundhedsstyrelsen.

Bilag 10. Regler for udlændiges indrejse og ophold samt integration i Danmark

Dette bilag er blevet udarbejdet i samarbejde med Udlændingeafdelingen under Indenrigsministeriet.

De regler, der træder i kraft som følge af den nye Integrationslov per 1. januar 1999, er indarbejdet i dette bilag.

Indledning

Danmark har haft indvandringsstop siden 1973. Derfor skal udlændinge i dag opfylde særlige krav for at få opholdstilladelse i Danmark.

Nordiske statsborgere kan dog uden tilladelse indrejse, arbejde og opholde sig i landet.

Statsborgere fra EU- og EØS-lande har ret til at indrejse og opholde sig her i landet i indtil 3 måneder. Hvis de pågældende er arbejdssøgende, har de ret til at indrejse og opholde sig her i landet i indtil 6 måneder. De har endvidere ret til at tage ophold her i landet, hvis de har beskæftigelse, har påbegyndt selvstændig erhvervsvirksomhed, modtager eller udfører tjenesteydelser, er studerende ved en erhvervskompetencegivende uddannelse eller hvis de i øvrigt kan forsørge sig selv. Endvidere har disse personer ret til familiesammenføring efter de nærmere regler i EF-/EØS-bekendtgørelsen.

Alle andre udlændinge skal have særlig tilladelse for at opholde sig i Danmark. De kan inddeles i tre hovedgrupper:

1. Indvandrere uden for Norden og EU kan kun komme til Danmark som led i familiesammenføring med helt nære slægtninge, der har fast bopæl her.
2. Udlændinge, der anerkendes som flygtninge, får opholds- og arbejdstilladelse.
3. Herudover indeholder udlændingeloven bestemmelser om særlige kategorier af personer, der kan få opholdstilladelse. Det kan bl.a.

være studerende, specialister eller andre, der kan få opholdstilladelse af særlige humanitære grunde.

Indrejse for asylansøgere

En spontan asylansøger er en udlænding, der kommer til den danske grænse for at søge om asyl. Alle kan søge om asyl; men langt fra alle kan få asyl. Allerede ved grænsen kan en asylansøger afvises, hvis vedkommende ikke har gyldigt pas og visum og i øvrigt, hvis vedkommende er kommet igennem et sikkert land. Han/hun kan da vises tilbage til dette land. Afvisning må dog aldrig ske til et land, hvor personen risikerer forfølgelse, eller hvor vedkommende risikerer at blive sendt videre til et sådant land.

Hvis asylansøgeren ikke afvises, vil vedkommende få lov til at rejse ind for at få sin ansøgning behandlet. Ansøgeren registreres af politiet og indkvarteres som udgangspunkt i modtagecenteret Sandholm nord for København (Sandholmlejren). Sandholmlejren er et af de indkvarteringssteder, som Dansk Røde Kors driver på vegne af Udlændingestyrelsen, som er en instans under Indenrigsministeriet.

Asylansøgerne udfylder et ansøgningsskema, indkaldes til en asylsamtale hos Udlændingestyrelsen, og modtager desuden asylrådgivning fra Dansk Flygtningehjælp.

Efter asylsamtalen afgør Udlændingestyrelsen, om sagen skal fortsætte i normalprocedure eller i åbenbart grundløs procedure.

1. Normal procedure

Udlændingestyrelsen vurderer, om sagen kan afgøres på det foreliggende grundlag, eller om der skal indhentes yderligere oplysninger. Asylansøgeren får enten asyl eller afslag på asyl med automatisk klageadgang til Flygtningenævnet, en domstolslignende instans, der så træffer afgørelsen: afslag eller asyl.

2. Åbenbart grundløs procedure

Hvis ansøgningen efter Udlændingestyrelsens opfattelse er åbenbart grundløs, sendes sagen videre til Dansk Flygtningehjælp. Ansøgeren kommer til samtale hos Dansk Flygtningehjælp. Er Dansk Flygtningehjælp enig, får ansøgeren afslag uden mulighed for at klage til Flygtningenævnet. Er Dansk Flygtningehjælp derimod uenig, går sagen videre til Flygtningenævnet. Hvis ansøgere får afslag på asyl, kan pågældende evt. ansøge om opholdstilladelse af humanitære grunde.

Når en udlænding ansøger om asyl i Danmark bliver det endvidere undersøgt, om der er grundlag for at overføre eller tilbageføre den pågæl-

dende til et andet EU-land efter Dublin-konventionen. Formålet med Dublin-konventionen er at sikre, at en asylansøgning behandles i ét og kun ét EU-land. Konventionen betyder i praksis, at der – såfremt der er en formodning om, at den pågældende er indrejst fra et andet EU-land – rettes forespørgsel til andre relevante medlemslande for at finde ud af, om asylansøgere i Danmark er kendt dér, eller af andre grunde skal overføres eller tilbageføres til det pågældende land.

Hvis en asylsøger får afslag på asyl, skal vedkommende forlade landet, asylsøgeren kan søge indenrigsministeren om humanitær opholdstilladelse.

Indkvartering og øvrige procedurer mens asylansøgningen behandles

Udlændingestyrelsen har ansvaret for indkvarteringen af de asylansøgere, som får lov at opholde sig i Danmark, mens deres sag behandles. Udlændingestyrelsen har indgået en aftale med Dansk Røde Kors om at stå for forplejningen og sundhedsarbejdet. Efter registreringen i Sandholmløjren flytter ansøgeren efter nogen tid til et af de asylcentre, der findes rundt omkring i landet. Udlændingestyrelsen giver i visse tilfælde asylansøgerne lov til at bo privat hos familie eller bekendte, mens ansøgningen behandles. Uledsagede børn, der søger asyl, anbringes på et specialcenter for børn.

Alle, både børn og voksne, tilbydes et sundhedscheck hos en sygeplejerske kort efter ankomsten. Asylansøgere, der har behov, henvises til læge. Børn fra 0-18 år henvises i alle tilfælde til lægeundersøgelse. Fra begyndelsen af 1997 arbejdes der efter lov om "Forebyggende sundhedsordninger for børn og unge", således at der tilbydes besøg af sundhedsplejersken. Flygtningebørn har hele tiden været tilbudt forebyggende helbredsundersøgelser. I forbindelse med helbredsundersøgelsen gives sundhedsinformation. Heri indgår oplysning om det danske sundhedsvæsen og om, at det er forbudt at omskære piger i Danmark.

På centrene er der arrangeret aktivitetstilbud og danskundervisning. Fra 1997 får asylsøgende børn samme skoletilbud som børn med fast bopæl i Danmark.

Asylsøgere får tøj, kost- og lommepenge udbetalt under deres ophold på asylcenteret.

Det tager normalt mellem et halvt og et helt år at behandle en ansøgning om asyl. En hastebehandling af en åbenbart grundløs sag tager dog normalt kun en uge.

Motivationsfremmende foranstaltninger

Udlændingestyrelsen og Rigspolitiet har mulighed for at iværksætte motivationsfremmende foranstaltninger overfor udlændinge, herunder asylansøgere, der ikke medvirker til udsendelse, sagens oplysning mv.

Motivationsfremmende foranstaltninger blev indført som led af ændringen af udlændingeloven, der blev vedtaget af Folketinget i sommeren 1997.

Lovændringerne har medført en udvidet adgang for politiet til at pålægge asylansøgere, der ikke medvirker til udsendelse, sagens oplysning mv., at møde op hos politiet på nærmere bestemte tidspunkter.

Udlændingestyrelsen kan endelig bestemme, at asylansøgere og visse andre udlændinge, der ikke medvirker til udsendelse, sagens oplysning mv., ikke skal have deres udgifter til underhold dækket bortset fra kost og logi i naturalier og nødvendige sundhedsmæssige ydelser. De pågældende skal således ikke have udbetalt kost-, tøj-, og lommepenge. Medvirker asylansøgeren ikke til sagens oplysning skal Udlændingestyrelsen træffe bestemmelse herom, medmindre særlige grunde foreligger.

Flygtningestatus

En udlænding anerkendes som flygtning i Danmark, hvis han/hun opfylder betingelserne i udlændigelovens § 7, stk. 1 eller 2.

Ifølge § 7 stk. 1, har en asylansøger ret til at opholde sig i Danmark, hvis han/hun opfylder de krav, der er stillet i Flygtningekonventionen af 1951, også kaldet Geneve-konventionen. En anerkendelse i henhold til denne paragraf kaldes konventionsstatus eller K-status.

Efter flygtningekonventionen er en flygtning en person, der som følge af en velbegrundet frygt for forfølgelse på grund af sin race, religion, nationalitet, sit tilhørsforhold til en særlig social gruppe eller sine politiske anskuelser befinder sig uden for sit oprindelsesland, og som ikke kan – eller på grund af denne velbegrundede frygt ikke ønsker – at søge dette lands beskyttelse.

Ifølge § 7, stk. 2, bestemmes, at der efter ansøgning gives opholdstilladelse til en udlænding, som ikke er omfattet af flygtningekonventionen “men, hvor det af lignende grunde som anført i flygtningekonventionen eller af andre tungtvejende grunde, der medfører velbegrundet frygt for forfølgelse eller tilsvarende overgreb, ikke bør kræves, at den pågældende vender tilbage til sit hjemland. Vedkommende skal være personligt forfulgt”.

Efter udlændingelovens § 9, stk. 2, nr. 2, kan indenrigsministeren efter ansøgning meddele opholdstilladelse af humanitære grunde til en asylansøger, der har fået endeligt afslag på asyl. Der bliver i den forbindelse lagt vægt på helbredstilstand og andre personlige forhold. Kun ganske få ansøgere får opholdstilladelse af humanitære grunde.

Endelig er der to grupper af udlændinge, der allerede har fået asyl, når de rejser ind i landet. Disse udlændinge får derfor ikke ophold hos Dansk Røde Kors. Den ene gruppe består af de udlændinge, der har søgt asyl gennem en dansk repræsentation i udlandet, og som Udlændingestyrelsen har meddelt asyl efter de nærmere regler i udlændingelovens § 7, stk. 4. Den anden gruppe består af anerkendte FN-flygtninge (kvoteflygtninge), jf. udlændingelovens § 8. I de senere år er der kommet ca. 500 kvoteflygtninge til Danmark årligt.

Ansaret for integration af udlændinge i det danske samfund

Når en flygtning får asyl i Danmark, har staten hidtil og indtil den 1. januar 1999, hvor lov nr. 474 af 1. juli 1998 om integration af udlændinge i Danmark (integrationsloven) træder i kraft, pligt til at yde den pågældende integrationsbistand i indtil 18 måneder efter, at den pågældende har fået opholdstilladelse i Danmark. Pligten til at yde integration retter sig navnlig mod flygtninge, men også andre udlændinge med opholdstilladelse, som af andre grunde ikke kan udsendes af Danmark, er omfattet. Endvidere er familiesammenførte med disse personer omfattet, dog således at integrationsperioden begrænses til den tid, der rester af hovedpersonens integrationsperiode på tidspunktet for den familiesammenførtes ankomst til Danmark. Efter udløbet af de 18 måneder overgår ansvaret for integrationsindsatsen til kommunerne.

Integrationsindsatsen er hidtil primært blevet varetaget af Dansk Flygtningehjælp, der som entreprenør for staten varetager en række opgaver, herunder rådgivning og vejledning, kontanthjælp, revalideringsbistand, midlertidig indkvartering og boligplacering.

Siden 1992 har det været muligt for kommunerne at overtage ansvaret for integrationsindsatsen fra Dansk Flygtningehjælp inden udløbet af de 18 måneder. Kommunerne har i praksis navnlig overtaget ansvaret for den særlige integrationsindsats i forhold til de bosniske krigsflygtninge.

Med vedtagelsen af integrationsloven, der som nævnt træder i kraft den 1. januar 1999, overtager kommunerne det samlede ansvar for integration af udlændinge i Danmark. Ansaret gælder både den generelle integrationsindsats og indsatsen over for den enkelte udlænding. Kommunalbestyrelserne kan dog overlade udførelsen af bestemte opgaver som led i gennemførelse af introduktionsprogrammerne til en eller flere organisa-

tioner eller foreninger m.v., herunder Dansk Flygtningehjælp, uddannelsesinstitutioner og andre kommunalbestyrelser.

Udlændinge, der er meddelt opholdstilladelse efter den 1. juli 1997 og inden den 1. januar 1999, og som hører til den gruppe af personer, som staten indtil integrationslovens ikrafttræden har haft integrationsansvaret for, skal af kommunerne ydes integrationsbistand i indtil 18 måneder efter reglerne i lov om aktiv socialpolitik, lov om social service og lov om retssikkerhed og administration på det sociale område.

Udlændinge over 18 år, der er meddelt opholdstilladelse i Danmark efter den 1. januar 1999, skal i indtil tre år efter, at kommunalbestyrelsen efter bestemmelserne i integrationsloven har overtaget ansvaret for den pågældende, tilbydes et af den ansvarlige kommunalbestyrelse tilrettelagt introduktionsprogram. Dette gælder både flygtninge og indvandrere, men ikke udlændinge, som er nordiske statsborgere eller statsborgere i et land, der er tilsluttet Det Europæiske Fællesskab eller er omfattet af aftalen om Det Europæiske Økonomiske Samarbejde.

Integrationslovens introduktionsprogram

Et introduktionsprogram efter integrationsloven skal som udgangspunkt have en varighed af tre år og omfatte kursus i samfundsforståelse, danskundervisning og aktivering. Dog skal aktivering ikke tilbydes udlændinge, som er selvforsørgende eller som bliver forsørget af andre, herunder udlændinge, der er blevet familiesammenført med en person, som har påtaget sig at forsørge den pågældende.

Omfang og indhold af introduktionsprogrammet for den enkelte udlænding fastlægges i en individuel handlingsplan, der udarbejdes af kommunalbestyrelsen i samarbejde med den pågældende inden én måned efter at kommunalbestyrelsen har overtaget ansvaret for den pågældende.

Kurset i samfundsforståelse skal have en varighed af mindst 20 timer og skal blandt andet indeholde en første information om det danske folkestyre, det danske uddannelsessystem, dansk kultur, holdninger, livssyn, demokratiske traditioner og arbejds- og omgangsformer.

Danskundervisningen har til formål at sætte udlændingen i stand til at gennemføre en normal samtale på dansk og læse og skrive dansk på det niveau, som den enkeltes introduktionsprogram retter sig imod. I forbindelse med danskundervisningens afslutning udstedes et bevis for aktiv deltagelse i undervisningen.

Aktiveringen har til formål at varetage den del af integrationen i samfundet, som opnås gennem uddannelse eller tilknytning til arbejdsmarkedet i øvrigt. Reglerne om aktivering, der i vidt omfang svarer til reglerne

herom i lov om aktiv socialpolitik, indebærer, at der skal tilbydes aktivering i form af uddannelse, virksomhedspraktik eller frivillige, ulønnede aktiviteter. Dog kan der ikke tilbydes aktivering i form af jobtræning med løntilskud hos private eller offentlige arbejdsgivere eller ordninger om jobrotation samt revalidering.

Kommunalbestyrelsen kan undlade at tilbyde dele af introduktionsprogrammet til en udlænding, hvis den pågældende har tilstrækkelige kundskaber, eller der er andre særlige grunde til, at den pågældende ikke kan deltage i programmet eller dele heraf. Det gælder for eksempel fysisk eller psykisk handicappede, torturofre og stærkt traumatiserede flygtninge. På tilsvarende vis vil introduktionsprogrammet kunne udskydes, hvis den pågældende på grund af sygdom, graviditet, barsel eller manglende anvisning af børnepasning ikke har mulighed for at tage imod tilbuddet.

Integrationslovens regler om boligplacering af flygtninge

For at sikre en jævn geografisk fordeling af flygtninge foretages førstegangsboligplaceringen af flygtninge efter integrationsloven efter et kvotesystem.

Kvotesystemet er baseret på, at kommuneforeningerne i hvert amt og Københavns og Frederiksberg Kommuner på baggrund af et af Udlændingestyrelsen meddelt landstal skal søge at opnå enighed om boligplaceringen inden for de enkelte amter og i Københavns og Frederiksberg Kommuner af de flygtninge, som bliver meddelt opholdstilladelse her i landet i de kommende tre år (aftalt amtskvote).

Har kommuneforeningerne ikke inden en vis frist indgået en sådan aftale, fastsætter Udlændingestyrelsen det antal flygtninge, som påregnes boligplaceret inden for enkelte amter og i Københavns og Frederiksberg Kommuner (fastsat amtskvote).

På tilsvarende vis søger kommunalbestyrelserne i hvert amt herefter at opnå enighed om boligplaceringen inden for amtet af det antal flygtninge, der aftalt eller fastsat i amtskvoten (aftalte kommunekvoter). I mangel af aftale inden en vis frist fastsætter Udlændingestyrelsen kommunekvoterne (fastsatte kommunekvoter).

Samtidig med meddelelse af opholdstilladelse til en flygtning træffer Udlændingestyrelsen afgørelse om, i hvilken kommune den enkelte flygtning skal tage bopæl (visitering). Ved afgørelsen skal Udlændingestyrelsen tage hensyn til de aftalte eller fastlagte kommunekvoter, flygtningens personlige forhold og forholdene i kommunen.

Kommunalbestyrelsen skal anvise boliger til de flygtninge, som Udlændingestyrelsen har visiteret til kommunen, inden tre måneder. Indtil

det er muligt at anvise en bolig, skal kommunalbestyrelsen anvise et midlertidigt opholdssted.

Flygtningene kan efterfølgende vælge at flytte til en anden kommune. I de tilfælde, hvor de deltager i et introduktionsprogram, er udgangspunktet imidlertid, at de af hensyn til kontinuiteten i programmet skal blive boende i den kommune, hvor de er blevet boligplaceret.

Hvis en flygtning ønsker at flytte i den periode, den pågældende er omfattet af introduktionsprogrammet, skal kommunalbestyrelsen i den kommune, hvortil den pågældende ønsker at flytte, godkende at fortsætte introduktionsprogrammet. Hvis tilflytningskommunen ikke godkender at overtage ansvaret for introduktionsprogrammet, og hvis flygtningen alligevel vælger at flytte, kan den pågældendes introduktionsydelse blive nedsat eller bortfalde.

Familiesammenføring

Flygtninge har ligesom personer med dansk indfødsret, statsborgere fra de andre nordiske lande og indvandrere, der har haft permanent opholdstilladelse her i landet i mere end de sidste tre år, ret til familiesammenføring efter de nærmere regler i udlændingelovens § 9. Der kan således gives opholdstilladelse til flygtninges ægtefæller eller faste samlevende, når begge er fyldt 18 år, til flygtninges børn under 18 år, og til flygtninges forældre over 60 år. Ved familiesammenføring med flygtninges forældre over 60 år skal opholdstilladelsen som udgangspunkt betinges af, at flygtningen godtgør at være i stand til at forsørge forældrene.

Familiesammenførte, der er meddelt opholdstilladelse her i landet efter den 1. januar 1999, skal efter integrationsloven tilbydes et af den ansvarlige kommunalbestyrelse tilrettelagt introduktionsprogram af en varighed på indtil tre år. Dette gælder dog ikke udlændinge, som er nordiske statsborgere eller statsborgere i et land, der er tilsluttet Det Europæiske Fællesskab eller er omfattet af aftalen om Det Europæiske Økonomiske Samarbejde. Introduktionsprogrammet indeholder blandt andet kursus i samfundsforståelse, hvorunder der i fornødent omfang vil kunne gives information til forebyggelse af omskæring af kvinder.

Statistik vedrørende meddelelse af opholdstilladelse til statsborgere fra Somalia

Antallet af somaliske statsborgere i Danmark pr. 1. januar 1998 er ifølge Danmarks Statistik:

År	1995	1996	1997	1998
Somaliske statsborgere i DK	5.125	6.925	9.683	11.890

Antallet af registrerede spontane asylansøgere, opholdstilladelser i alle asylsager og familiesammenføringer til somaliere opgjort på personer ultimo året fordeler sig som følger:

År	1995	1996	1997*	1/1-31/3 1998*
Asylansøgninger	1.188	1.420**	1.164**	118**
Opholdstilladelser i alle asylsager	1.180	1.702	1.699	248
Familiesammenføringer	780	1.560	766	139

Kilde: "Udlændingestyrelsen", 1998.

* Tallene for 1997 og 1998 er foreløbige.

** En række personers nationalitet kan ikke umiddelbart fastslås ved politiets afhøring efter indrejse. Erfaringen viser, at disse personer ofte er somaliere. Medregnes disse personer udgør det samlede antal registrerede spontane asylansøgere fra Somalia skønsmæssigt hhv. i alt. 1.750 og 1.265 i 1996 og 1997.

Ifølge Udlændingestyrelsens udtalelse af maj 1998 har der været en kraftig nedgang i antallet af asylansøgere fra Somalia i de første måneder af 1998. Antallet af asylansøgninger kan lægges til grund for en prognose for antallet af opholdstilladelser på asylområdet i 1998.

Man skal i øvrigt være opmærksom på, at en afgørelse om opholdstilladelse kan figurere i et andet år end det år, hvor asylansøgningen er indgivet; således kan man få situationer, hvor der gives flere opholdstilladelser, end der har været asylansøgninger i et givet år.

Register

Abscesser	57
Analfabetisme	70
Antikonception	57
Anæmi	55, 62
Areal	70
Asylcentre	35, 44, 115
Befolkning	70
Britisk Somaliland	69, 71
Brutto National Produkt (BNP)	70
Børnedødelighed	70
Børneægteskaber	57, 84
Chok	13, 55
Clitoridectomi	53, 107
Cyster	57
Den udvidede familie	74
Deinfibualtion, 2. trimester	59
Deinfibualtion, ikke-gravide	52
Det Danske Center for Menneskerettigheder	33, 78
Diagruupper	73
Dobbelt strafbarhed	34, 80, 91-92, 94
Dysmenoré	54-55, 59, 108
Dyspareuni	54, 56, 108
Eksport	70
Embedslæge	32
Episiotomi fortil	64
Episiotomi, medio lateral	62
Excision	7, 12, 53, 107
Familiesammenføring og kendskab til lov om omskæring	35
Familiesammenførte	35, 44, 117, 120
Faraoniske metode	26
FN's Konvention om Barnets Rettigheder	102
Former for omskæring	11
Forsørgelse af familien	75
FORWARD	19, 79-80, 84
Fællesråd, shir	73
Fængsel	8, 29, 97-98, 110
Gener	14, 46, 59
Giftemål	33
Gruppeomskæring	57
Gynækologisk undersøgelse	50, 62
Hadith-samlingerne	15, 72
Helbredsmæssige følger	45

Henvisning til specialafdeling for gravide	22, 50, 58,
Henvisningsmulighed	39
Hiv-overførsel	57
Hussein Mohamed Aideed,	71
Hvordan forholder man sig ved mistanke om omskæring – børnehaver/skoler	48
Hæmatokolpos	55
IAC (Inter-African Committee)	80, 84, 93
Import	70
Infektioner	14, 30, 54-56, 61
Infertilitet	56
Infibulation	12-17, 53-54
Information	30, 40-41, 43, 59, 61, 66
IPPF (International Planned Parenthood Federation)	18, 86
Italiensk Somaliland	69
Keloiddannelse	57
Klaner	69, 73, 75
Klanfamilier	73, 75
Knibeøvelser	59
Komplikation	13, 15, 30, 36, 54-58, 61-62
Konvention om afskaffelse af alle former for diskrimination mod kvinder	33
Koranen	15, 24, 72
Kvindegrupper	34, 36
Kvindelig omskæring i internationalt perspektiv	17
Lov om social service	30-33, 100-101
Lægeloven	29-30, 98
Lægeundersøgelse	40, 115
Lærere og somaliske forældre	45
Lærernes samarbejde med den kommunale sundhedstjeneste	45-46
Lønarbejde	75
Menstruationsvanskeligheder	55
Mohamed Ibrahim Egal	71
Mohamed Siad Barre	71
Mohammed Farah Aideed	71
Mødregrupper	40
OAU (Organisation of African Unity).	71, 84
Obstetriske problemer	56
Omskæring af afrikanske piger i vestlige lande	16
Omtale af omskæring i skoler	17, 40, 45
Oplysning af drenge/mænd	20
Oplysning af familiesammenførte	35
Oplysning af somaliske forældre	21
Oplysning til asylansøgere på asylcentre om omskæring	35
Oplysningspligt	30, 45
Orientering hos den praktiserende læge om åbning inden fødslen	51
Psykiske følger	17, 57
Psykiske følger af omskæring af afrikanske piger bosat i vestlige lande	17
Pædagoger og somaliske forældre	44
Pædagogers samarbejde med den kommunale sundhedstjeneste	39
Ramadan	72
Recto-vaginale fistler	56-57
Resuturering	30, 59, 61, 66, 107-111

Sagsbehandlere	9, 35
Sectio	59, 62, 66, 110
Seksualitet	13, 24, 27
Seksualitet efter omskæring	13
Seksuel debut	52
Seksuelle problemer	13, 52, 56
Senfølger	13
Skolebørn	39-40, 81
Slægtsgrupper	73
Smear	57
Smertelindring	62, 109
Socialisering	14, 74
Somaliland	71-72
Statsamtet	38, 49
Støttegrupper/erfaringsgrupper	36
Straffelovens § 245	29
Straffelovens § 245, stk. 2	29, 33, 41, 98, 110
Straffelovens § 7	29
Stranguri	56
Sundhedssamtale	40
Sundhedsstyrelsens udtalelser	30, 96-99
Sunna	53, 107
Sunni-muslimer	70, 72
Suturering	65
Svangrejournal	50
Tilsynsforpligtelse	30-33
Tolkebistand	20-21, 47-48, 67-68, 105-106
Typer af omskæring	33, 53
Udbredelse	11
Umiddelbare følger af omskæring	13
Underlivsbetændelse	13, 42, 56, 59, 108
Underrettningspligt	30-31, 100
Underrettningspligt ved mistanke om at en pige skal omskæres i udlandet	37
Underrettningspligt ved mistanke om omskæring	37
UNFPA	18, 85-86
UNICEF	18, 85-86
Urin-inkontinens	57
Urinretention	55-56
Urinvejsinfektion	61, 108
USC (United Somali Congress)	71
Vandladningsproblemer	13, 56
Vesico-vaginale fistler	56-57
Vestorm	56
Vesvækkelse	56
Vægtøgning	62
Værge	49
WHO	18-19, 85
Ægteskab	27, 75
Åbning i 2. trimester	22, 108
Åbning under fødslen	62
Årsager til at piger/kvinder omskæres	14