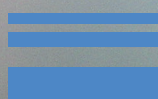


Wenche Jonassen og Randi Saur

Arbeid med kjønnslemlestelse i Norge

En kartlegging

Nasjonalt kunnskapssenter
om vold og traumatisk stress a/s



www.nkvts.no



Arbeid med kjønnslemlestelse i Norge

En kartlegging

Wenche Jonassen og Randi Saur

2011

Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress (NKVTS) er et selskap under Unirand AS som er heleid av Universitetet i Oslo. NKVTS består av tidligere Psykososialt senter for flyktninger, Kompetansesenter for voldsofferarbeid, Nasjonalt ressurs-senter for seksuelt misbrukte barn og deler av Kontoret for katastrofepsykiatri.

Formålet med senteret er:

Å utvikle, vedlikeholde og spre kompetanse og kunnskap som kan bidra til:

- Å redusere helsemessige og sosiale konsekvenser av vold og traumatisk stress
- Å forebygge vold og traumatisk stress

Senterets oppgaver er forskning, utviklingsarbeid, undervisning, formidling og veiledning.

Bak opprettelsen av senteret står:

Barne- og likestillingsdepartementet, Helse- og omsorgsdepartementet, Justis og politidepartementet, Forsvarsdepartementet og Arbeids- og inkluderingsdepartementet.

ISBN 978-82-8122-041-6 (trykk)

ISBN 978-82-8122-042-3 (pdf)

ISSN 0809-9103

Henvendelse vedrørende publikasjonen rettes til Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress. Kontaktinformasjon på www.nkvts.no
Rapporten kan også lastes ned fra senterets internettsider.

Forord

Denne kartleggingen er gjort på oppdrag fra Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet (BLD) som ønsket en oversikt over hvilke tjenester og organisasjoner som arbeider med kjønnslemlestelse og hvilke behov for kompetanse de har på dette området. Kartleggingen er gjennomføring av tiltak 6 i regjeringens «Handlingsplan mot kjønnslemlestelse 2008-2011» og skal danne grunnlag for videre satsing på kompetanseheving og bidra til å legge til rette for et effektivt samarbeid på tvers av yrkesgrupper. Hensikten har vært å lage et dokument som viser hvem som jobber med hva innenfor feltet, med hvilke metoder og overfor hvilke målgrupper.

Datamaterialet i denne rapporten er konsentrert om de største aktørene som arbeider med kjønnslemlestelse i Norge. Det gjelder helsetjenester, asylmottak, barnevern og frivillige organisasjoner. I tillegg har vi belyst RVTSenes (regionale ressursentre om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging) innsats på feltet.

Forsker Randi Saur ved NKVTS har vært ansvarlig for prosjektdesignet og har utarbeidet registreringsskjema, stått for datainnsamling og har systematisert åpne spørsmål. Synnovate har stått for punching og tilrettelegging av datafiler. Forsker Wenche Jonassen har gjennomført intervjuundersøkelse av RVTSe og er hovedforfatter av rapporten.

Vi vil takke representanter for tjenester og organisasjoner som hjalp til i utformingen av registreringsskjemaet, samt kolleger ved NKVTS som har gitt nyttige kommentarer til skjema og diverse rapportutkast. Til slutt rettes en takk til representanter for ulike instanser som tok seg tid til å besvare skjemaet.

NKVTS håper at oversikten vil gi nyttige innspill til aktuelle tjenester og myndigheter i styrkingen av arbeidet mot kjønnslemlestelse.

Oslo, februar 2011

Wenche Jonassen og Randi Saur

Innhold

Tabelloversikt	8
Figuroversikt	11
Sammendrag	12
Summary	15
1 Bakgrunnen for kartleggingen	19
1.1 Om oppdraget	19
1.2 Problemstillinger	20
1.3 Terminologi	20
2 Fremgangsmåte	23
2.1 Innledning	23
2.2 Kartleggingsundersøkelse	23
2.3 utfordringer i å finne instanser	24
2.4 Utvalget	25
2.4.1 Instanstyper	26
2.4.2 255 returnerte skjema	27
2.5 Kommentarer	29
2.6 Intervjustudie	30
3 Arbeid med KLL i Norge	31
3.1 Ulike former for kjønnslemlestelse	31
3.2 Målgrupper og brukergrupper	31
3.3 Lovverk og omfang	31
3.4 Ansvarlige instanser	33
3.5 Innsatsen på feltet	34
3.5.1 Beredskap	34
3.5.2 Forankring av KLL-temaet	35
4 Helsetjenestene	37
4.1 Helsetjenestenes rolle i KLL-arbeidet	37
4.1.1 Helsestasjonene og skolehelsetjenestene	37
4.1.2 Sykehus og gynekologiske poliklinikker	37
4.2 Brukergruppene	38

4.3	Forankring av KLL-temaet	38
4.4	Kapasitet og kompetanse	39
4.4.1	Stillinger	39
4.4.2	Ansattes kompetanse	39
4.4.3	Kunnskapsnivå	40
4.4.4	Kunnskap om ulike KLL-tema	41
4.5	Arbeidsmåter	41
4.5.1	Pedagogiske virkemidler	43
4.6	Helsetjenestenes innsats på området	44
4.7	Kontakt med berørte	44
4.8	Kontakt med andre tjenester	45
4.8.1	Kontaktarenaer	46
4.8.2	Samarbeidstema	46
4.8.3	Videreutvikling av samarbeidet	48
4.9	Refleksjoner	48
4.10	Oppsummering	49
5.	Asylmottak	51
5.1	Oppgaver	51
5.1.1	Brukergrupper	51
5.2	Forankring av KLL-temaet	52
5.3	Kapasitet og kompetanse	53
5.3.1	Stillinger	53
5.3.2	Ansattes kompetanse	54
5.3.3	Kunnskapsbehov	55
5.4	Arbeidsmåter	56
5.4.1	Pedagogiske virkemidler	57
5.5	Kontakt med berørte	57
5.6	Kontakt med andre tjenester	58
5.6.1	Samarbeidstema	59
5.6.2	Videreutvikling av samarbeidet	60
5.7	Refleksjoner	60
5.8	Oppsummering	61
6	Barnevernet	62
6.1	Barnevernets oppgaver i KLL-saker	62
6.2	Brukergrupper	63
6.3	Forankring av KLL-temaet	63
6.4	Kapasitet og kompetanse	65
6.4.1	Stillinger	65
6.4.2	Kompetanse	65

6.4.3	Kunnskap om KLL	66
6.4.4	Opplæring	67
6.4.5	Kunnskapsbehov	67
6.5	Arbeidsmåter	68
6.5.1	Pedagogiske virkemidler i arbeidet	69
6.6	Arenaer for kontakt med berørte	70
6.7	Kontakt med andre tjenester	70
6.7.1	Samarbeidstema	71
6.7.2	Videreutvikling av samarbeid	72
6.8	Saksgangen i KLL-saker	73
6.8.1	Bekymringsmeldinger	74
6.8.2	Iverksatte undersøkelser	75
6.9	Avvergelsesplikt og politianmeldelse	75
6.10	Oppsummering og kommentar	76
7	Felles trekk og ulikheter i KLL-arbeidet i helsetjenester, asylmottak og barnevern	78
7.1	Aktivitetene avspeiler oppgavene	78
7.2	Brukergruppene	78
7.3	Forankring av KLL-temaet	79
7.4	Kompetanse	80
7.5	Arbeidsmåter	84
7.6	Kontakt med andre tjenester	85
7.6.1	Samarbeidsbehov	86
7.7	Oppsummering	86
8	Frivillige organisasjoner	88
8.1	Hvem er de frivillige organisasjonene?	88
8.2	Brukergrupper	89
8.3	Forankring av KLL-temaet	89
8.4	Kapasitet og kompetanse	90
8.4.1	Medarbeidernes skolering	90
8.4.2	Kulturbakgrunn og erfaring fra andre land	90
8.4.3	Seminarer og konferanser	90
8.4.4	Kunnskapsgrunnlaget	91
8.4.5	Vurdering av kunnskapsgrunnlaget	92
8.5	Arbeidsmåter	93
8.5.1	Pedagogiske virkemidler	94
8.6	Kontakt med berørte	94
8.6.1	På tvers av kjønn og tiltak rettet mot menn	95
8.7	Kontakt med andre tjenester	96

8.7.1	Tema for samarbeid	97
8.7.2	Behov for å styrke samarbeidet med andre	98
8.8	Oppsummering	99
9.	RVTSenes rolle i arbeidet med KLL	100
9.1	Innledning	100
9.2	RVTSenes oppgaver	100
9.3	Omfang av KLL og aktivitet i regionene	101
9.4	RVTSenes vurderinger	102
9.4.1	Ulike fortolkninger av oppdraget	102
9.4.2	Endret fokus	103
9.4.3	Kompetanseheving	103
9.4.4	Rådgivningsfunksjonen	104
9.4.5	Informasjonsarbeid	104
9.4.6	Tverrfaglig samarbeid	105
9.4.7	Koordinering og oppfølging	106
9.4.8	Utviklingen videre	106
9.5	Oppsummering	107
10.	Hovedfunn 108	
10.1	Oppdraget	108
10.2	Hvem gjør hva overfor hvem?	108
10.3	Beredskap	109
10.4	Kompetanse og kompetansebehov	109
10.5	Samarbeid og samarbeidsønsker	110
10.6	Berørte med i arbeidet	110
10.7	RVTSenes rolle	111
10.8	Meldinger til barnevernet	111
10.9	Utfordringer i KLL-arbeidet	111
10.10	Anbefalinger	112
	Litteratur	114
	Vedlegg 1 Registreringsskjema	116
	Vedlegg 2 Intervjuguide for RVTSEne	124

Tabelloversikt

Tabell 2.1	Instanstyper som fikk tilsendt kartleggingsskjema	26
Tabell 2.2	Antall kommuner der instanser besvarte registreringsskjema fordelt på regioner. Absolutte tall	28
Tabell 2.3	Utsendte registreringsskjema i forhold til antall besvarelser og innslag av de 6 nasjonalgruppene i befolkningen. Absolutte tall og prosent	28
Tabell 2.4	Respondenter fordelt på instanstyper. Absolutte tall (Prosent)	29
Tabell 3.1	Forankring av KLL-arbeidet i tjenestene/organisasjonene. Prosent (N=255)	36
Tabell 4.1	Brukergrupper helsetjenesten har vært i kontakt med i arbeidet med KLL. Prosent (N=87)	38
Tabell 4.2	Forankring av KLL arbeidet i helsetjenestene. Prosent (N=87)	39
Tabell 4.3	Spesialkunnskap om kjønnslemlestelse blant medarbeidere i helsetjenesten. Prosent (N=87)	40
Tabell 4.4	Helsetjenestenes vurderinger av tjenestens behov for kunnskap om KLL. Prosent (N=87)	40
Tabell 4.5	Grad av kunnskap om KLL hos medarbeidere i helsetjenesten. Prosent (N=87)	41
Tabell 4.6	Helsetjenestenes måter å arbeide mot KLL på. Prosent (N=87)	42
Tabell 4.7	Pedagogiske virkemidler i arbeidet mot KLL i helsetjenestene. Prosent (N=87)	43
Tabell 4.8	Helsetjenestenes innsats mot kjønnslemlestelse i form avstillinger. Prosent (N=87)	44
Tabell 4.9	Helsevesenets kontaktmåter med berørte. Prosent (N=52)	45
Tabell 4.10	Helsetjenestenes kontakthypighet med andre tjenester. Prosent (N=87)	45
Tabell 4.11	Helsetjenestenes kontaktarenaer med instanser som arbeider med KLL. Prosent (N=87)	46
Tabell 4.12	Tema for samarbeid om KLL mellom helsetjenesten og andre instanser. Prosent (N=87)	47
Tabell 4.13	Aktører/instanser som helsetjenestene har behov for å utvikle samarbeid med. Prosent (N=87)	48
Tabell 5.1	Asylmottakenes kontakt med ulike brukergrupper. Prosent (N=44)	52

Tabell 5.2	Forankring av KLL-arbeidet i asylmottak. Prosent (N=44)	52
Tabell 5.3	Prioriteringer av arbeidet med kjønnslemlestelse ved asylmottak gjennom stillingsbruk. Prosent (N=44)	53
Tabell 5.4	Grad av kunnskap om KLL hos medarbeidere i asylmottak. Prosent (N=44)	54
Tabell 5.5	Asylmottakenes vurderinger av tjenestens behov for kunnskap om KLL. Prosent (N=44)	55
Tabell 5.6	Asylmottakenes måter å arbeide på i forhold til KLL. Prosent (N=44)	56
Tabell 5.7	Asylmottakenes kontaktmåter med berørte. Prosent (N=44)	57
Tabell 5.8	Asylmottakenes kontakthypighet med andre tjenester. Prosent (N=44)	58
Tabell 5.9	Tema for samarbeid mellom asylmottakene og andre instanser om KLL. Prosent (N=44)	59
Tabell 5.10	Aktører/instanser som asylmottakene har behov for å utvikle samarbeid med. Prosent (N=44)	60
Tabell 6.1	Brukergrupper som barnevernet har vært i kontakt med i arbeidet med KLL. Prosent (N=52)	63
Tabell 6.2	Forankring av KLL arbeidet i barnevernet. Prosent (N=52)	64
Tabell 6.3	Prioriteringer av arbeidet med KLL i barnevernet gjennom stillingsbruk. Prosent (N=52)	65
Tabell 6.4	Innslag av «spesialkunnskap» om KLL blant medarbeidere i barnevernet. Prosent (N=52)	65
Tabell 6.5	Kunnskap i barnevernet om ulike sider ved KLL. Prosent (N=52)	66
Tabell 6.6	Barnevernets vurdering av tjenestens behov for kunnskap om KLL. Prosent (N=52)	67
Tabell 6.7	Barnevernets måter å jobbe mot kjønnslemlestelse på. Prosent (N=52)	68
Tabell 6.8	Barnevernets kontaktmåter med berørte. Prosent (N=52)	70
Tabell 6.9	Barnevernets kontakthypighet med andre tjenester om KLL. Prosent (N=52)	71
Tabell 6.10	KLL-tema som barnevernet samarbeider med andre tjenester om. Prosent (N=52)	72
Tabell 6.11	Aktører/instanser som barnevernet samarbeider med i forhold til hvem de ønsker å utvikle samarbeidet med. Prosent (N=52)	73
Tabell 6.12	Bekymringsmeldinger til barnevernet om KLL fordelt på antall barn, familier og barneverninstanser i 2008. Absolutte tall	74
Tabell 6.13	Undersøkessaker om KLL i 52 barneverntjenester fordelt på antall barn, familier og barnverninstanser i 2008. Absolutte tall	75

Tabell 7.1	KLL-tema som 30 prosent eller flere oppgir at de har mye eller lite kunnskap om fordelt på instanser.	83
Tabell 8.1	Kunnskap i frivillige organisasjoner om ulike sider ved kjønnslemlestelse. Prosent (N=22)	91
Tabell 8.2	De frivillige organisasjonenes vurdering av tjenestens behov for kunnskap om KLL. Prosent (N=22)	92
Tabell 8.3	Frivillige organisasjoners måter å jobbe med KLL på. Prosent (N=22)	93
Tabell 8.4	Frivillige organisasjoners kontaktmåter med berørte. Prosent (N=22)	95
Tabell 8.5	Frivillige organisasjoners kontakt med andre tjenester. Prosent (N=22)	96
Tabell 8.6	KLL-tema som de frivillige organisasjonene samarbeider med andre tjenester om. Prosent (N=22)	97
Tabell 8.7	Aktører/instanser som de frivillige organisasjonene ønsker å utvikle samarbeidet med. Prosent (N=22)	98

Figuroversikt

Figur 6.1	Saksgangen i barnevernet	73
Figur 7.1	Kontakt med brukergrupper fordelt på instanser. Prosent (N=)	79
Figur 7.2	Forankring av KLL-arbeidet fordelt på instanser. Prosent (N=)	80
Figur 7.3	Kompetanse på KLL fordelt på instanser. Prosent (N=)	81
Figur 7.4	Tema som instansene oppgir at de har mye kunnskap om. Prosent (N=)	81
Figur 7.5	Tema som instansene oppgir at de har lite eller ingen kunnskap om. Prosent (N=)	82
Figur 7.6	Instansenes måter å arbeide med KLL på. Prosent. Helsetjenester (N=87), asylmottak (N=44), barnevern (N=52)	84
Figur 7.7	Kontakt med andre tjenester fordelt på instanser. Prosent (N=)	85
Figur 7.8	Tjenester det er behov for å utvikle samarbeidet med. Prosent (N=)	86

Sammendrag

Wenche Jonassen og Randi Saur

Arbeid med kjønnslemlestelse i Norge

En kartlegging

NKVTS rapport 1/2011

Hvilke instanser arbeider med kjønnslemlestelse (KLL) i Norge?

Utgangspunktet for denne kartleggingen har vært å få oversikt over tjenester og organisasjoner som arbeider med kjønnslemlestelse i Norge. I tillegg ønsket myndighetene å få kartlagt hva arbeidet går ut på, hvor omfattende det er, hvilken kompetanse de som arbeider med problemområdet har, og om de samarbeider med andre tjenester i hjelpeapparatet.

Kartleggingen har hatt et spesielt fokus rettet mot barnevernet, fordi denne tjenesten har i oppgave å behandle bekymringsmeldinger om KLL fra øvrige deler av hjelpeapparatet og eventuelt sette i verk undersøkelser i denne typen saker.

Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet (BLD) er oppdragsgiver for prosjektet, som er tiltak 6 og 8 i Regjeringens handlingsplan mot kjønnslemlestelse for perioden 2008-2011.

1021 utsendelser – 255 svar

Kartleggingen har bydd på store utfordringer, ettersom det ikke forelå noen oversikt over hvilke instanser som arbeider med kjønnslemlestelse i Norge. Kartleggingsskjemaet ble derfor sendt til offentlige og frivillige tjenester/organisasjoner som man antok arbeidet med KLL i til sammen 120 kommuner. Kriteriet for å komme med i utvalget var at mottakerne arbeidet i kommuner som enten hadde asylmottak, eller som hadde minst 100 bosatte fra ett av seks land der KLL praktiseres. Kartleggingsskjemaet ble sendt til 1021 adressater og det kom inn 255 svar.

Kartleggingen gir ikke noe fullstendig svar på hvor stort omfang tjenestene som arbeider med KLL i Norge har. Materialet er likevel stort nok til å gi et innblikk i hvordan tjenestene arbeider på feltet, hvilken beredskap de har i forhold til KLL, hvor stort omfanget

av denne typen arbeid er i de tjenestene som besvarte registreringskjemaet og hvilke utfordringer disse instansene står overfor.

Behandling og forebygging

Tre instanser dominerer i KLL-arbeidet; helsetjenestene, barnevernet og asylmottakene. Til sammen utgjør disse 73 prosent av instansene i det endelige utvalget. Asylmottakene er pålagt å informere alle nyankomne om at kvinnelig omskjæring er forbudt i Norge og bidrar til at de som er omskåret før ankomst, ved behov kan få medisinsk behandling. I tillegg til å tilby behandling til jenter og kvinner som er omskåret, driver helsetjenestene med forebygging i form av opplysningsarbeid på feltet. Barnevernet har både en hjelpefunksjon og en kontrollfunksjon overfor barn og unge som står i fare for å utsettes for KLL eller som er omskåret, og deres foresatte. Andre tjenesteytere er pålagt å melde fra til barnevernet dersom de får mistanke om at KLL kan komme til å finne sted – avvergelsesplikten.

Tre av fire instanser har beredskap på KLL-problematikk

Selv om under halvparten av tjenestene har hatt konkrete saker som gjelder KLL, har tre av fire instanser beredskap for og erfaringer med ulike former for KLL-arbeid. Medarbeidere i tjenestene har fått skoloring om temaet og driver med ulike former for forebyggende tiltak gjennom undervisning, veiledning og informasjonsspredning. To av tre instanser har en eller flere ansatte med ansvar for KLL-området, de aller fleste på deltid.

Få bekymringsmeldinger og mange henlagte saker

Under halvparten av barneverntjenestene i utvalget hadde hatt saker som gjaldt KLL. I 2008 mottok 14 av de 52 barneverntjenestene 41 nye bekymringsmeldinger og iverksatte undersøkelser i 44 saker (noen saker var overført fra året før). Vel en av tre bekymringsmeldinger ble henlagt og to av tre undersøkelsessaker ble avsluttet uten tiltak.

Forankring av KLL-arbeidet

Forankringen varierer mellom tjenestene og viser at rundt 60 prosent av helsetjenestene og asylmottakene har laget rutiner, vel en tredjedel har inngått samarbeidsavtaler og noe færre har utarbeidet skriftlige planer for KLL-arbeidet. I kontrast til dette har kun en tredjedel av barneverntjenestene utarbeidet faste rutiner i denne type saker, bare 15 prosent har samarbeidsavtaler og 10 prosent har utarbeidet skriftlige planer for arbeidet.

Ansatte med «spesialkunnskap» om KLL

Mer enn halvparten av tjenestene i utvalget har medarbeidere som har deltatt på kurs eller som har tatt utdanning der KLL-temaet har vært i fokus.

Ulike arbeidsmåter

De ulike tjenestene og organisasjonene arbeider med KLL på mange forskjellige måter. Helsetjenestene har som en av sine hovedoppgaver å behandle skader etter omskjæring, men arbeider i like stor grad som de andre tjenestene med foreldreveiledning og beredskap gjennom opplæring av egne ansatte. Syv av ti instanser driver med ulike former for forebyggingsarbeid. Eksempler på slikt arbeid er kunnskapsformidling til ansatte i andre tjenester og til berørte grupper.

Ønske om økt samarbeid med andre tjenester

Instansene i utvalget har et utstrakt samarbeid med andre tjenester i arbeidet med KLL, spesielt ulike helsetjenester, men også med barnevern og skole. De fleste ser likevel behov for å intensivere samarbeidet med andre tjenester. Det gjelder spesielt med tjenester som barnevernet, helsesøstre, leger, politiet, skoler, barnehager og asylmottak.

NKVTS anbefaler

Med utgangspunkt i de funn som er gjort i kartleggingen av arbeidet med kjønnslemlestelse i ulike offentlige hjelpetjenester og frivillige organisasjoner, anbefaler NKVTS at nåværende beredskap på denne type problematikk opprettholdes til en får bedre kunnskap om problemets omfang. Mange tjenester kan lite om hva som virker i bekjempelse av kjønnslemlestelse. NKVTS foreslår at temaer som instansene sier de har lite kunnskap om, vies spesiell oppmerksomhet på konferanser som arrangeres i regi av fylkesmenn, RVTser og Bufetatene. I tillegg bør det på konferansene presenteres eksempler på arbeidsmodeller som har vist seg å fungere i dette arbeidet.

Fagpersoner og andre med minoritetsbakgrunn fra land med KLL-tradisjoner bør trekkes mer med i arbeidet. Videre bør man utvide og styrke samarbeidet mellom tjenester gjennom opprettelse av tverretatlige team og møteplasser. Samtidig som arbeidet med forebygging av kjønnslemlestelse bør fokuseres spesielt, bør det samtidig sees i sammenheng med kommunale handlingsplaner om vold i nære relasjoner. Dette for å kunne tilby mer helhetlige tilbud til berørte.

RVTsenes funksjon som rådgivningsinstans for ulike tjenester bør gjøres bedre kjent. Samtidig anbefaler NKVTS at BLD i samarbeid med RVTsene ser nærmere på hvilke målgrupper og ansvar denne tjenesten skal ivareta på KLL-feltet.

Summary

Wenche Jonassen and Randi Saur

Combating female genital mutilation in Norway

A survey

NKVTS report No 1/2011

Which organizations and support agencies work in the field of female genital mutilation (FGM) in Norway?

This was the question this investigation sought to answer in identifying services and organizations operating in the field of female genital mutilation in Norway. The authorities also wanted to know what sort of work is done in practice, the scale of the operations, the type of expertise involved, and whether the bodies and organizations work together with other care services.

The survey concentrated in particular on the child welfare authorities insofar as that service is responsible for dealing with inquiries about FGM and reports of concern coming from other care services and for investigating cases involving this type of problem.

Ministry of Children, Equality and Social Inclusion commissioned the project. It comprises Action 6 and 8 in the Government's Plan of Action for Combating Female Genital Mutilation 2008–2011.

1021 questionnaires sent out – 255 returned

The survey faced significant challenges because no one body or individual is aware of every organization or agency working in the field of combating female genital mutilation in Norway. The questionnaire was sent to public and voluntary services/organizations which, one assumed, were involved in FGM-related work in 120 municipalities. The sample eligibility criterion was whether the municipality had a reception centre for asylum seekers or at least one hundred residents from counties where FGM is practiced. The questionnaire was sent to 1021 recipients; 255 came back to NKVTS.

The investigation does not solve the problem concerning the scale or reach of the services involved in combating FGM in Norway. The material is nonetheless sufficient to draw a picture of how the services work in the field, their procedures for tackling FGM, the scale of the work performed by the services which filled in the questionnaire, and the nature of challenges facing these bodies.

Treatment and prevention

Three organizations stand above the rest when it comes to combating FGM: the health services, child welfare services and reception centres for asylum seekers. Together they account for 73 per cent of the bodies in the final sample. The reception centres are obliged to inform all newcomers that female genital cutting is prohibited in Norway. They shall also help individuals who were genitally mutilated prior to arrival in Norway obtain medical treatment. In addition to offering treatment for genitally mutilated girls and women, the health services seek to prevent FGM by spreading relevant information. The child welfare authorities provide assistance while also monitoring genitally mutilated children and adolescents and those at risk of FGM. Other service providers are obliged to alert the child welfare authorities whenever their suspicion is aroused of a likely or imminent case of female genital mutilation – they have a duty to avert such procedures.

Three in four bodies have procedures for tackling FGM-related issues

Although fewer than half of the services have first-hand experience of FGM-related issues, three in four bodies have procedures in place for different types of FGM work and experience of putting the procedures into practice. Service employees have received training in the subject of FGM and promote prevention by means of training/teaching, counseling/advice and spreading information. Two in three bodies have one or more employees with a responsibility for FGM-related matters.

Few alerts and many dismissed cases

Fewer than half of the 52 child welfare agencies in the sample had had cases involving FGM. In 2009, 14 child welfare agencies received 41 new case alerts and initiated inquiries in 44 cases. More than one in three alerts were dismissed and two in three investigated cases were closed without further action.

Organizational underpinning of FGM work

The extent of organizational underpinning varies from service to service, and shows that about 60 per cent of the health services and reception centres have formulated procedures for their FGM-related work; over a third have entered into partnership agreements; while fewer have written plans for their FGM-related work. In contrast to this, only a third of the child welfare agencies have formulated standard procedures for

this type of case; only 15 per cent collaborate with other services; and only 10 per cent have written plans for their FGM-related work.

Employees with «specialist knowledge» of FGM

More than half of the services in the sample have employees who have taken courses or further education programs with a focus on FGM.

Different approaches to the work

The different services and organizations pursue FGM-related work in many different ways. One of the principal responsibilities of the health services is to treat post-FGM injuries, but they also work as much as the other services in the areas of parental guidance and contingency planning by putting employees through training programs. Seven in ten bodies undertake different forms of preventative work. Examples of preventative action include instructing employees of other services and affected groups about FGM.

Desire to widen and strengthen collaboration with other services

The bodies in the sample work widely with other services in combating FGM, especially various health services, but also child welfare services and schools. That notwithstanding, most of them see a need to widen and strengthen collaboration with other services. This is particular the case with services such as child welfare agencies, community nurses, doctors, police, schools, day-care centres and reception centres for asylum seekers.

Recommendations of the Norwegian Centre for Violence and Traumatic Stress Studies

In light of the findings of the survey of work related to female genital mutilation in different public care services and voluntary organizations, the Norwegian Centre for Violence and Traumatic Stress Studies (NKVTS) recommends maintaining the same level of preparedness in this type of work until the actual scale of the problem is better known. Many services have little knowledge of what actually works when it comes to combating female genital mutilation. NKVTS therefore recommends that topics which the services claim they have scarce knowledge of, get a specific focus at conferences that are held in charge of central authorities. In addition they should highlight examples of good approaches in this work. Experts and members of minorities from countries with traditions of FGM should continue to be drafted in to help the work forward. Inter-service collaboration should be widened and strengthened by establishing a cross-disciplinary teams and forums.

Prevention of FGM by the local authorities should be seen in connection with local plans of actions concerning domestic violence. This so as to enable a more coherent,

integrated service for affected people. The function of the Regional Resource Centres on Violence, Traumatic Stress and Suicide Prevention as centres of advice for different bodies should be made more widely known. At the same time, NKVTS urges the Ministry of Children and Equality to work together with the regional resource centres to define which groups and responsibilities should be targeted and addressed by this service in the field of FGM.

1 Bakgrunnen for kartleggingen

1.1 Om oppdraget

Denne rapporten er en kartlegging av instanser som arbeider med kjønnslemlestelse i Norge og deres kompetansebehov. Oppdraget kommer fra Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet (BLD) og er tiltak 6 i Regjeringens Handlingsplan mot kjønnslemlestelse for perioden 2008 – 2011 (Barne- og likestillingsdepartementet 2008a). NKVTS gjennomfører tre av 41 tiltak i planen. Tiltak 6 er formulert slik:

For å få til et bedre og mer effektivt samarbeid på tvers av yrkesgrupper og aktuelle miljøer, er det behov for å kartlegge hvem som arbeider innenfor området. Kartleggingen skal føre frem til et dokument som viser hvem som jobber med hva innenfor feltet, med hvilke metoder og overfor hvilke målgrupper. Dokumentet skal gjøres tilgjengelig på internett. Videre skal det gjennomføres kompetansekartlegginger av yrkesutøvere og andre som arbeider med tematikken for å tilrettelegge opplæringen best mulig.

I tillegg besluttet BLD at kartleggingen skulle suppleres med spørsmål spesifikt rettet mot barnevernet, som har spesielle oppgaver og ansvar i forbindelse med kjønnslemlestelse (KLL). Opprinnelig var dette en oppgave fra tiltak 8 i handlingsplanen, som fylkesmennene hadde fått ansvaret for og som var formulert slik:

Fylkesmennene skal få i oppdrag å kartlegge omfanget av saker, erfaringer og kompetansebehov knyttet til kjønnslemlestelse i det kommunale barnevernet. Denne kartleggingen og anbefalinger fra fylkesmannen om kompetansetiltak skal danne grunnlaget for videre satsning på kompetansestyrking i det kommunale barnevernet.

Hensikten med kartleggingen (tiltak 6 og 8) er å innhente opplysninger som skal tjene som grunnlag for målrettede opplæringstiltak for ansatte i instanser som arbeider med, eller som kan komme til å støte på problemstillinger i tilknytning til kjønnslemlestelse. Foruten å kartlegge den konkrete innsatsen ulike instanser bidrar med i dette arbeidet, er flere formål innbakt i oppdraget.

Kartleggingen skal bidra til å bedre samarbeidet på tvers av yrkesgrupper og miljø som arbeider med kjønnslemlestelse og gi en oversikt over hvilken kompetanse de sitter inne med. Videre skal kartleggingen gi en oversikt over i hvilken grad kjønnslemlestelse er tematisert i barnevernet, hvordan barnevernet arbeider med KLL, og omfanget av denne typen saker. Kunnskapen skal danne grunnlag for iverksetting av kompetansehevende tiltak i tjenesteapparatet generelt og i barnevernet spesielt.

1.2 Problemstillinger

NKVTS har konkretisert oppdraget til å omfatte følgende spørsmål:

- Hvilke instanser arbeider med kjønnslemlestelse i Norge?
- Hva går arbeidet ut på/hvilke metoder brukes?
- Hvilke rutiner har de ulike virksomhetene for arbeidet med kjønnslemlestelse?
- Hvor mange instanser har medarbeidere med oppgave å arbeide med kjønnslemlestelse?
- Hvilken kunnskap har tjenesteyterne/organisasjonene på området?
- Hvilke kunnskapsbehov har de ulike instansene?
- På hvilken måte kommer instansene i kontakt med aktuelle målgrupper?
- Hvilke instanser samarbeider tjenestene med?
- Hvor stort er omfanget av mottatte meldinger, iverksatte undersøkelser og iverksatte eller planlagte hjelpetiltak om kjønnslemlestelse i barnevernet?

Fremstillingen tar først og fremst utgangspunkt i de tjenestene som oftest møter problemstillinger om kjønnslemlestelse. Det gjelder helsetjenestene, asylmottakene og barnevernet. I tillegg rettes søkelyset mot frivillige organisasjoner. Til slutt rettes fokus mot RVTSenes rolle i dette arbeidet.

1.3 Terminologi

Kjønnslemlestelse og omskjæring

I Regjeringens handlingsplan mot kjønnslemlestelse (2008-2011) brukes betegnelsen «lemlestelse» for å signalisere at omskjæringspraksisen er å betrakte som et alvorlig overgrep mot barn. Som Lidén og Bentzen (2008) påpeker i rapporten, «Kjønnslemlestelse i Norge», har begreper man bruker, blitt tillagt konnotasjoner for hvilket standpunkt man har i forhold til praksisen. Det er vanlig å operere med et skille mellom det som betegnes som det emiske og det etiske, der emisk refererer til begreper berørte grupper selv foretrekker og etisk til hvilke begrep for eksempel myndighetene velger i politiske retningslinjer, som lovverk og handlingsplaner.

Lidén og Bentzen viser til studier der kvinner fra mange land som praktiserer omskjæring, oppfatter begrepet, «kjønnslemlestelse», som stigmatiserende (referert i (Upvall og Mohammed 2009)). Betegnelsen «omskjæring» kan derfor oppfattes som en mindre verdiladet betegnelse enn kjønnslemlestelse.

I denne rapporten benyttes både begrepene «kjønnslemlestelse» (forkortet til «KLL») og «omskjæring» uten at begrepene tillegges ulike oppfatninger. I de fleste offentlige dokumentene om temaet brukes begrepet, «kjønnslemlestelse». Dermed faller det naturlig at vi i deler av teksten benytter samme begrep.

Arbeidsmåter og metoder

Arbeid mot kjønnslemlestelse forutsetter en rekke ulike tilnærminger, avhengig av hvilket oppdrag den enkelte aktør har. Oppdragene kan være av forbyggende art eller kan dreie seg om samtaler, veiledning eller behandling av omskårne, om undersøkelse i forkant av mulig forestående omskjæring eller behandling, og om bistand til allerede omskårne kvinner.

Vi benytter både begrepene «arbeidsmåte» og «arbeidsmetode» som betegnelse på den aktivitet og innsats som finner sted i tjenester og andre virksomheter som arbeider med kjønnslemlestelse. Det henspiller både på forebyggende tiltak, medisinsk behandling av omskårne, informasjonsarbeid etc.

Berørte

Begrepet, «berørte», benyttes ofte i forbindelse med kjønnslemlestelse. Uttrykket henspiller på:

- Jenter som lever i familier hvor det kan være risiko for at omskjæring planlegges og gjennomføres.
- Jenter/kvinner som allerede har vært utsatt for omskjæring.
- Fedre, bestefedre, brødre, onkler, eller andre viktige mannspersoner i den etniske gruppen som kan ha innvirkning på planer om omskjæring eller som er berørt av konsekvenser av omskjæring.
- Mødre, bestemødre, søstre, tanter, venninner eller andre viktige kvinner i den etniske gruppen som kan ha innvirkning på planer, som er aktive deltakere eller som på andre måter er berørt av handlingene.

Kompetansebegrepet

Begrepet kompetanse i sammenheng med temaet, kjønnslemlestelse, kan både være *formell kompetanse* i form av relevant utdanning der KLL-temaet har vært en del av undervisningen eller inngår i et studentarbeid, eller kompetansegivende kurs med KLL som tema, og/eller *realkompetanse* i form av erfaringsbasert kunnskap ervervet gjennom arbeid med denne typen problemstillinger. Egen kulturbakgrunn fra land hvor KLL

praktiseres vil i denne sammenhengen også ses som kompetanse. I rapporten benyttes i hovedsak begrepet, «spesialkunnskap», om utdanning, kurs, erfaring fra arbeid med KLL i andre land og/eller kulturbakgrunn fra land som praktiserer KLL.

Tjenester, instanser og virksomheter

I rapporten benyttes begrepene «tjenester», «virksomheter» og «instanser» om hverandre om de hjelpetilbudene og organisasjonene som er med i utvalget.

2 Fremgangsmåte

2.1 Innledning

Datagrunnlaget for kartleggingen er i hovedsak en omfattende registreringsundersøkelse som ble sendt til ulike tjenester i hjelpeapparatet og til administrative instanser som arbeider med problemstillinger knyttet til kjønnslemlestelse. I tillegg er det foretatt en avgrenset intervjuundersøkelse av ansatte med ansvar for KLL-feltet i de fem regionale ressursentrene om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging (RVTS).

2.2 Kartleggingsundersøkelse

Kartleggings skjemaet inneholder spørsmål om antall ansatte som arbeider med kjønnslemlestelse, tjenestenes kompetanse på feltet, og om de har rutiner eller samarbeidsavtaler med andre tjenester i forbindelse med KLL. Videre ble instansene bedt om å gjøre rede for på hvilke måter de arbeider med problemet (arbeidsmetoder) og hvilke pedagogiske virkemidler de benytter.

Tjenestene ble også bedt om å beskrive målgruppene de har vært i kontakt med, med hensyn til alder, risikosituasjon og utsatthet, hvilke opprinnelsesland disse kommer fra, og hvordan de har kommet i kontakt med målgruppene.

De som fylte ut registreringsskjemaet ble bedt om å tilkjenne hvilke andre tjenester, organisasjoner eller aktører de har vært i kontakt med om kjønnslemlestelse, hvilke temaer de samarbeider om, og om de har samarbeidspartnere i andre land. De fikk også spørsmål om hvilke aktører de ønsker å videreutvikle samarbeid med i denne typen saker.

Skjemaet innholdt også en del spørsmål som kun gjaldt barnevernet; om mottatte bekymringsmeldinger, iverksatte undersøkelser av bekymringsmeldinger og iverksatte eller planlagte hjelpetiltak i forhold til enkeltpersoner eller familier. Videre ble barnevernet bedt om å tilkjenne hvor ofte de hadde vært i situasjoner hvor avvergelsesplikten var tatt i bruk. Avvergelsesplikten pålegger ansatte i hjelpeapparatet og andre som arbeider i forhold til målgruppene, å melde fra om situasjoner hvor de er bekymret for at kjønnslemlestelse vil finne sted (Barne- og likestillingsdepartementet

2008b). Videre ble det spurt om hvor mange slike saker barnevernet hadde meldt til politiet de siste tre årene.

Instansene ble gitt anledning til å komme med synspunkter og kommentarer de måtte ha om arbeidet med kjønnslemlestelse. Kommentarene er benyttet til å utdype annen informasjon som kommer fram gjennom skjemaene.

Det var en utfordring at kartleggingskjemaet skulle sendes til så mange ulike typer aktører. Skjemautkast ble derfor sendt til to barneverntjenester, to RVTser, og til en person med omfattende erfaring fra arbeid med kjønnslemlestelse, i tillegg til forskere på NKVTS, som kom med viktige innspill til endringer i utformingen.

Skjemaet ble sendt adressatene i juni 2009.¹

2.3 utfordringer i å finne instanser

Formuleringer i tiltak 6 i handlingsplanen ga føringer om at kartleggingen skulle favne et bredere spekter enn yrkesutøvere og profesjoner, og ikke bare innbefatte offentlige instanser, men inkludere et mangfold av tjenester og virksomheter på ulike nivå.

I vår forståelse ble målgruppen av tjenester operasjonalisert til instanser/tjenester, organisasjoner og personer som *i vid forstand* arbeider forebyggende og/eller som arbeider med bistand eller behandling i forbindelse med KLL, enten dette var definert som en del av tjenesteoppdraget, eller at instansene selv hadde initiert aktiviteter på området.

Helsetjenester, barneverntjenester, asylmottak og familievernkontor er eksempler på tjenestetyper som er med i utvalget. I tillegg kommer frivillige organisasjoner med et nasjonalt nedslagsfelt, instanser på fylkesnivå eller regionnivå, undervisningsinstanser og private aktører. Videre valgte vi å inkludere offentlige virksomheter på høyere nivå, så som Bufetater, RVTser, fylkesmenn, forsknings- og kunnskapsinstanser m.fl. som ivaretar oppgaver eller funksjoner på KLL-feltet, selv om disse ikke arbeider direkte med berørte enkeltpersoner eller grupper. Eksempler på slike oppgaver er arbeid med kompetanseutvikling, produksjon og formidling av informasjon og forvaltning av økonomiske støtteordninger.

Politiet er ikke inkludert i kartleggingen. Begrunnelsene for dette er at deres mål og oppgaver er vesensforskjellige fra instanser som driver med nettverksarbeid, råd og veiledning, og hjelpe- eller behandlingsarbeid.

¹ Spørreskjema finnes som Vedlegg 1 bak i rapporten.

Målgruppen for kartleggingen var alle typer organisasjoner, tjenester og aktører som arbeider aktivt med temaet. Det finnes ingen utarbeidet oversikt over hvilke tjenester og organisasjoner som arbeider med KLL. Det ble derfor gjort et omfattende arbeid for å kartlegge aktuelle adressater på feltet.

Noe av utfordringen med å få kartlagt de tjenestene som arbeider med KLL i Norge, er at de som berøres av KLL-tradisjonen utgjør mange personer i noen kommuner og regioner og få eller ingen i andre.

Kartleggingen tok utgangspunkt i offentlige instanser og frivillige organisasjoner over hele landet som vi antok arbeidet med KLL.

2.4 Utvalget

Det ville bli for omfattende å kartlegge potensiell aktivitet angående KLL-problematikk i aktuelle instanser i alle de 430 norske kommunene. Det ble derfor gjort et strategisk utvalg av kommuner, basert på data fra SSB, som viser bosetting for utvalgte nasjonalgrupperinger – flyktninger og innvandreregrupper fra Somalia, Etiopia, Eritrea, Sudan, Gambia og Sierra Leone. Mellom 74 og 98 prosent av kvinnene omskjæres i disse landene. Landene er de samme som utgjorde utvalgene i rapportene «Kjønnslemlestelse i Norge» (Lidén og Bentzen 2008) og «Tiltak mot kjønnslemlestelse» (Lien 2005).

Utvalget er basert på tre utvalgs-kriterier:

- 1) Kommuner med 100 eller flere bosatte fra minst en av de seks utvalgte nasjonalgruppene som praktiserer kjønnslemlestelse.
- 2) Alle kommuner med asylmottak.
- 3) Instanstyper som en antok hadde erfaring med KLL-problematikken.

89 kommuner hadde minst 100 personer fra minst ett av de aktuelle landene og 97 kommuner hadde til sammen 182 asylmottak. Det endelige utvalget utgjorde til sammen 120 kommuner (inkludert 14 bydeler i Oslo).

61 av de 66 respondentene som svarte på hvilke land brukergruppene kommer fra, oppga Somalia. Ellers nevner mange Eritrea og Etiopia. Noen oppga andre land, fortrinnsvis i Afrika og Midt-Østen, som brukernes opprinnelsesland. De ulike instansene som er med i undersøkelsen hadde for øvrig vært i kontakt med kvinner fra til sammen 30 land.

Utvalget er ikke representativt verken for kommuner med flyktninger eller innvandrere fra nasjonalgrupper som praktiserer kjønnslemlestelse, eller for alle instanser som arbeider med KLL-problematikk.

2.4.1 Instanstyper

For å finne fram til konkrete mottakere av kartleggings skjemaet ble det benyttet en kombinasjon av tilnærminger. Vi ba om innspill fra personer med lang erfaring på KLL-feltet og tok kontakt med deltakere på aktuelle seminarer, nettverkskonferanser, møter og lignende, den såkalte «snøballmetoden» (Halvorsen 1996). Adresselister fra arrangører av konferanser om KLL-temaet på fylkes- og regionnivå viste hvilke aktører som var interesserte i denne typen kunnskap. I tillegg ble det tatt utgangspunkt i NKVTS egen kunnskap om hjelpeapparatet i arbeidet med vold og overgrepssproblematikk (Saur, Borgen, og Storholt 2005). NKVTS har i tillegg benyttet egne adressedatabaser over ulike typer tjenester i offentlig regi, så som helsestasjoner, kommuneleger, asylmottak, familierådgivningskontor, barneverntjenester etc. Tabellen under viser hvilke typer instanser som fikk tilsendt registrerings skjema.

Tabell 2.1 Instanstyper som fikk tilsendt kartleggings skjema

Offentlige Instanser	Frivillige organisasjoner	Kompetansesentre/ kunnskapsbedrifter	Overordnet administrativt nivå
Barnevernet Ergoterapitjeneste Skolehelsetjeneste Helsestasjon Kommunale helse- og sosialtjenester Kommune/ bydelslege Legevakt Flyktningkontor Oppveksttjeneste Asylmottak BUP Familievernkontor Sykehus/barne-avd./ poliklinikk	Fagforeninger Innvandrer- organisasjoner Kirke/menighet Frivillige/ideelle organisasjoner Nærmiljøtiltak Enkeltpersoner engasjert i temaet	RVTser NAKMI Forskningsinstitusjoner Kompetansesentre Høgskoler	Departement/ direktorat Fylkesmanns-embetene Helseforetak Kommune- administrasjoner

Vi valgte å sammenfatte instansene som besvarte registreringskjemaet i seks ulike kategorier:

1. Helsetjenester
2. Barneverntjeneste
3. Asylmottak
4. Frivillige organisasjoner
5. RVTser
6. Andre (inkluderer regionale og sentrale myndigheter/administrative instanser, høyskoler, familievern, barnehus etc.)

I fremstillingen av våre data legges det mest vekt på erfaringene fra instanser der mange besvarte registreringskjemaet; helsetjenester (helsestasjoner og skolehelsetjenesten, leger og sykehusavdelinger), asylmottak og barnevern, fordi disse ser ut til å være de mest sentrale aktørene i KLL-feltet. Men også frivillige organisasjoner, som kun utgjør 22 enheter, gis en egen beskrivelse i kartleggingen.

2.4.2 255 returnerte skjema

Det ble sendt ut registreringsskjema til 1021 adressater/instanser i til sammen 120 kommuner. Instanser som barnevernet og fylkesmannsembetene fikk tilsendt flere skjema, fordi de har ulike avdelinger eller enheter som kunne tenkes å arbeide med kjønnslemlestelsesproblematikk.

Ni av de 13 fylkesmannsembetene som svarte, returnerte ett utfylt skjema, mens fire returnerte to skjema – ett fra hver av to avdelinger ved disse embetene som hadde oppgaver og ansvar innen feltet – til sammen 17 skjema. I tilfeller der samme adressat sendte tilbake flere skjema med beskrivelse av samme tiltak, ble dublettene luket ut av materialet. De 13 fylkesmannsembetene representerer 14 fylker, fordi embetene i Oslo og Akershus er slått sammen.

Tabell 2.2. gir en oversikt over hvor mange kommuner de instansene som besvarte kartleggingsskjemaet kom fra fordelt på regioner.

Tabell 2.2 Antall kommuner der instanser besvarte registreringsskjema fordelt på regioner. Absolutte tall

Regioner	Antall kommuner
Nord	17
Midt	9
Vest	14
Sør	18
Øst	35
Totalt	89

255 av 1021 adressater/enheter – 25 prosent – returnerte utfylte registreringsskjema. Tabellen under viser den prosentvise svarfordelingen av utsendte skjema per region. Prosentandelen er beregnet som om hver tjeneste fikk tilsendt ett skjema hver.

For å vurdere om instanser i regioner med høyt innslag av bosatte flyktninger og innvandrere fra nasjoner som praktiserer KLL, i større grad returnerte registreringsskjemaet enn instanser i regioner med lavere innslag av bosatte i denne kategorien, oppgis andelen bosatte fra de seks aktuelle nasjonalgruppene i forhold til innbygger-tallet i regionene.

Tabell 2.3 Utsendte registreringsskjema i forhold til antall besvarelser og innslag av de 6 nasjonalgruppene i befolkningen. Absolutte tall og prosent

Regioner	Antall utsendte skjema/adressater	Antall besvarelser (%)	Innslaget av de 6 nasjonalgruppene i befolkningen i prosent
Nord	171	47 (27)	0,3
Midt	78	24 (31)	0,3
Vest	169	41 (24)	0,5
Sør	231	46 (20)	0,6
Øst	372	97 (26)	1,4
Totalt	1021	255 (25)	0,8

Andelen instanser som svarte på registreringsskjema er høyest i Region Midt-Norge og lavest i Region Sør. Innslaget av de aktuelle nasjonalgruppene i befolkningen i den enkelte region, ser ikke ut til å ha betydning for hvor stor andel av instansene som svarte.

Tabell 2.4 Respondenter fordelt på instanstyper. Absolutte tall (Prosent)

Instanstype	Adressater som fikk tilsendt skjema	Antall svar (Prosent)
Helseinstanser ²	560	87 (16)
Barnevern	136	52 (38)
Asylmottak	120	44 (37)
Familievern	27	14 (52)
Frivillige organisasjoner	94	22 (23)
RVTS/Bufetat	10	7 (70)
Fylkesmannsavdelinger	36	17 (47)
Andre	38	15 (39)
Totalt	1021	255 (25)

Flere av helseinstansene krysset av i mer enn én kategori da de svarte på hvilken organisasjon/tjeneste de tilhørte. Det er korrigert for dette i oversikten og i besvarelsene ellers.

Tre av de 52 barneverntjenestene hadde krysset av for mer enn en tjenestekategori. I enkelte kommuner er helsestasjonstjenester og barnevernet slått sammen i en tjeneste. I analysen benyttes svarene fra disse tre personene både i kategoriene «barnevern» og «helseinstanser».

Kategorien «Andre» utgjør blant annet familievernkontor, flyktningkontor, kommuneadministrasjoner, sentrale myndigheter, utdanningsinstitusjoner og kompetansenheter.

2.5 Kommentarer

Målet med kartleggingen har vært å få et oversiktsbilde over instanser som arbeider med KLL. Vi regnet ikke med å få en nøyaktig og fullstendig registrering av alle aktiviteter og aktører/instanser som arbeider innen feltet. Vi vet heller ikke eller hvor mange av instansene som mottok mer enn ett skjema, som videresendte disse.

Mange overordnede instanser fant det vanskelig å besvare skjemaet, fordi svarkategoriene var lite relevant for deres oppgaver på KLL-området. Dette kan ha bidratt til at de unnlot å svare. Vi har valgt ikke å gjøre noen analyse av besvarelsene fra denne typen

² Kategorien «Helseinstanser» består av heldestasjoner og skolehelsetjenester, kommunelege/bydelslege og sykehusavdelinger.

instanser. En del av deres innsats på feltet kommer for øvrig fram gjennom besvarelsene fra andre tjenester og gjennom en egen intervjustudie om RVTSenes innsats på KLL-området.

Enkelte spørsmål gir rom for tolkning. Ett eksempel er spørsmålet om hvor mange «fagstillinger» de instansene som besvarer registreringskjemaet har. Vi finner eksempler på at enkelte oppfatter at de representerer en underavdeling i et sykehus, mens andre oppfatter sin tilhørighet til hele sykehuset. Antallet fagstillinger varierer derfor i besvarelsene fra 1 til 500 stillinger.

Tjenestene fører i liten grad egen statistikk på saker som gjelder kjønnslemlestelse. Opplysninger om antall saker blir derfor omtrentlige.

2.6 Intervjustudie

Det ble gjort en avgrenset intervjuundersøkelse av de fem RVTSe i form av telefonintervjuer med seks informanter med oppgaver på KLL-feltet. Temaene gjaldt instansenes oversikt over problemets omfang i regionen, hvilke andre tjenester som arbeider med kjønnslemlestelse i den enkelte region, hvilke typer tiltak som er iverksatt og RVTSe rolle i arbeidet mot kjønnslemlestelse. Videre ba vi om informantenes refleksjoner omkring problemområdet og om myndighetenes satsing på feltet. Informantene ble også gitt anledning til å komme med synspunkter på hva som gjøres eller bør gjøres på KLL-området.

3 Arbeid med KLL i Norge

3.1 Ulike former for kjønnslemlestelse

Kjønnslemlestelse av jenter/kvinner er en fellesbetegnelse på ulike typer av inngrep hvor deler av kjønnsorganet fjernes helt eller delvis, eller påføres annen varig skade av andre årsaker enn rent medisinske. WHO inndeler kjønnslemlestelse i fire typer etter inngrepets omfang:³

Type 1: Klitorisholdet er helt eller delvis fjernet (klitoridektomi).

Type 2: Klitorishodet og indre kjønnslepper er delvis eller fullstendig fjernet (eksisjon).

Type 3: Innsnevring av skjedeinngangen. Deler av kjønnsleppene skjæres bort og sys eller føyes sammen slik at det dannes et hudsegl som stenger skjedeinngangen. Ofte fjernes også deler av klitorishodet (infibulasjon).

Type 4: Alle andre skadelige inngrep i kvinners kjønnsorgan av ikke-medisinske årsaker, for eksempel prikking, gjennomhulling, skjæring, skraping eller brenning.⁷

I dette kapitlet gis en kort innføring i lovverket om kjønnslemlestelse og hva en vet om utbredelse av KLL i Norge. Videre ser vi nærmere på oppgave- og ansvarsfordelingen mellom ulike departementer og andre overordnede instanser som er inne på feltet.

3.2 Målgrupper og brukergrupper

Målgruppene for tjenestenes arbeid med kjønnslemlestelse er jenter/kvinner som står i fare for å bli utsatt for kjønnslemlestelse, jenter/kvinner som er omskåret, deres familier og andre berørte. I denne framstillingen ser vi nærmere på hvilke grupper de ulike instansene faktisk når gjennom arbeidet.

3.3 Lovverk og omfang

Det er utarbeidet et eget lovverk som forbyr kjønnslemlestelse i Norge. «Lov om forbud mot kjønnslemlestelse» trådte i kraft i 1995 og straffer «den som forsettlig utfører et

³ Hentet fra NKVTS brosjyre, "Kroppen din er perfekt fra naturens side".

inngrep i en kvinnes kjønnsorgan som skader kjønnsorganet eller påfører det varige forandringer» (§1).⁴ Det gis videre straff – i form av bøter eller fengsel – til den som medvirker til dette.

På samme måte straffes den som forsettlig unnlater å anmelde eller på annen måte søker å avverge en kjønnslemlestelse. Dette går fram av § 2 i kjønnslemlestelsesloven – avvergelsesplikten – og er rettet mot yrkesutøvere og ansatte i barnehager, barnevernet, helse- og sosialtjenesten, skoler, skolefritidsordninger og trossamfunn. Det samme gjelder for forstandere og religiøse ledere i trossamfunn. Avvergelsesplikten gjelder uten hensyn til taushetsplikten (Sosial- og helsedirektoratet 2004).

Når denne rapporten skrives er det ikke kjent hvor mange kjønnslemlestedede jenter og kvinner som bor i Norge. Vi vet heller ikke hvor mange jenter/kvinner som er blitt utsatt for kjønnslemlestelse mens de har bodd her. Forskning fra Institutt for samfunnsfag og Sosialantropologisk institutt, samt forskning fra England, konkluderer imidlertid med at det er grunn til å anta at praksis med kjønnslemlestelse avtar i eksilkontekst (Fangen og Thun 2007; Lidén og Bentzen 2008; Morison, Dirir, Elmi, Warsame, og Dirir 2004; Talle 2008).

For ti år siden – i 2000 – bodde det ca. 10.000 omskårne kvinner i Norge (Statens helse-tilsyn 2000). Med utgangspunkt i tall fra Statistisk sentralbyrå fant Lidén og Bentzen i 2008 at 6047 jenter under 20 år med bakgrunn fra seks land som praktiserer KLL var bosatt i Norge. Det gjaldt landene Somalia, Etiopia, Eritrea, Sudan, Gambia, og Sierra Leone (Lidén og Bentzen 2008). Hvor mange av disse som er omskåret vet vi altså ikke.

Lidén og Bentzen hevder at omskjæring av jenter/kvinner gjøres fordi de som praktiserer denne skikken er overbevist om at det lønner seg. For eksempel vil omskjæring sikre ekteskap, sikre jomfruelighet før ekteskap, forhindre stigmatisering, kurere sykdommer, eller være en korrekt religiøs handling.

I Norge og mange andre vestlige land, anses kjønnslemlestelse som et grovt overgrep mot jenter/kvinner. Tradisjonen har med alvorlige helsemessige konsekvenser. Kvinner som har vært utsatt for omskjæring har økt risiko for å få smerter i underlivet og redusert seksuell tilfredsstillelse og lyst (Fretheim, Denison, og Berg 2010). Helse- og livsrisikoen øker med omskjæringens omfang (Den Norske Legeforening 2008). I verste fall kan komplikasjonene være dødelige. Myndighetene ser det derfor som viktig å forhindre at tradisjonen praktiseres og vil bistå de utsatte på best mulig måte.

4 Loven ble sist revidert i 2010.

Kjønnslemlestelse er tabuisert og usynlig. Fra loven mot kjønnslemlestelse trådte i kraft i 1995 og til utgangen av 2009, hadde politiet mottatt 15 anmeldelser om kjønnslemlestelse mot jenter/kvinner bosatt i Norge. Ingen av disse sakene har ført til tiltale eller dom.⁵ Dette indikerer at slike saker er problematiske og det er vanskelig å bevise om kjønnslemlestelse er foretatt før eller etter at kvinnene/jentene er kommet til Norge. I likhet med andre typer overgrep mot barn, er det grunn til å anta at det kan være store mørketall på området. Mye av innsatsen mot kjønnslemlestelse i kommunene foregår derfor i form av forebyggende tiltak.

Her til lands har spørsmålet om frivillige underlivsundersøkelser skapt mye debatt og engasjement. De etiske sidene ved denne typen tiltak har stått sentralt i debatten (Lidén og Bentzen 2008). I 2007 foretok Sosial- og helsedirektoratet en vurdering av ulike sider ved en eventuell innføring av obligatoriske undersøkelser av jenter, både jenter generelt og i risikozonen, og kom fram til, i tråd med synet til et flertall av innvandrerepresentanter som har uttalt seg om temaet, at de ikke ville anbefale innføring av dette tiltaket (ibid). Også tilbud om frivillige underlivsundersøkelser av jenter/kvinner i målgruppene er blitt møtt med kritikk (Aasen 2008). Et annet syn fremmes av organisasjonen, Human Rights Service, som går inn for tvungne underlivsundersøkelser ved mistanker om kjønnslemlestelse av jenter i i Norge (Storhaug c2009).

3.4 Ansvarlige instanser

Til sammen syv departement er ansvarlige for tiltakene i handlingsplanen mot kjønnslemlestelse. Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet (BLD) har koordineringsansvaret for dette arbeidet (Barne- og likestillingsdepartementet 2008a). I følge det norske lovverket er det spesielt helsetjenesten, barneverntjenesten og politiet som er tildelt roller i saker som gjelder kjønnslemlestelse (ibid.). I dette avsnittet vil vi kort redegjøre for helsetjenestenes og barnevernets roller og ansvar knyttet til KLL.

Helse- og omsorgsdepartementet og Helsedirektoratet har det nasjonale ansvaret for vedlikehold og videreutvikling av kunnskapen om KLL i helsetjenestene. De regionale helseforetakene har ansvaret for spesialisthelsetjenestene og skal ivareta den kliniske delen av arbeidet. Fylkesmennene, ved fylkeslegene, har pådriveransvaret for det behandlende og forebyggende arbeidet i kommunene og koordinerer de aktuelle instanser på fylkesnivå, som skoledirektør og barnevern.⁶

5 Aftenposten 07.04.2010

6 http://mighealth.net/no/index.php/Kj%C3%B8nnslemlestelse/_kvinnelig_omskj%C3...

I følge veilederen om regelverk, roller og ansvar knyttet til kjønnslemlestelse (Barne- og likestillingsdepartementet 2008b) er arbeidet mot kjønnslemlestelse først og fremst et langsiktig holdningsskapende arbeid. For helsetjenestene vil forebygging av KLL, blant annet gjennom informasjon, samtale og rådgivning, inngå som en del av helsetjenestens ordinære virksomhet.

BLD har ansvaret for at barnevernet tilføres nok kunnskap til å kunne håndtere ulike situasjoner knyttet til KLL. Barnevernets hovedoppgave er å sikre at barn og unge som lever under forhold som kan skade deres helse og utvikling, får nødvendig hjelp og omsorg til rett tid.⁷

De regionale ressursentrene om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging (RVTSe) har fått ansvar for å gi faglig bistand ved gjennomføring av fylkesvise kurs og seminarer og andre opplæringstiltak for ansatte i ulike offentlige tjenester og med gjennomføring av regionale nettverks- og erfaringsutvekslingssamlinger på tvers av tjenester.

Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress (NKVTS) er tildelt en nasjonal kompetansefunksjon i forhold til kjønnslemlestelse i Norge. De skal drive med forsknings- og utviklingsarbeid, tilrettelegging og formidling av tilgjengelig kunnskap, kompetanseutvikling, rådgivning og veiledning overfor yrkesutøvere og ansatte som jobber på feltet og med nettverksbygging.

3.5 Innsatsen på feltet

Tre av fire tjenester/organisasjoner blant de som er med i vår kartlegging, hadde erfaring med KLL-arbeid, mens en av fire var uten slik erfaring. 46 prosent av tjenestene hadde hatt en eller flere konkrete saker til behandling. De tjenestene som var uten erfaring med KLL-arbeid hadde verken behandlet enkeltsaker, satt i gang forebyggende tiltak, deltatt i informasjonsspredning eller drevet med opplæring om kjønnslemlestelse. Mange av instansene hadde likevel beredskap på KLL ved at ansatte hadde tilegnet seg kunnskap om temaområdet.

3.5.1 Beredskap

To av tre tjenester (inkluderer både offentlige tjenester og frivillige organisasjoner) oppgir at de har medarbeidere som bruker deler av arbeidstiden til KLL-arbeid. Seks prosent har i tillegg fra en til syv medarbeidere som arbeider med KLL på heltid.

⁷ Barnevernloven § 1-1.

Over halvparten av instansene i utvalget (57 prosent) har ansatte med «spesialkunnskap» i form av utdanning eller kurs rettet mot KLL. I tillegg sier vel en av fem at de har ansatte med lang erfaring på dette området. Åtte prosent har medarbeidere med erfaring fra KLL-arbeid i andre land, og 10 prosent har medarbeidere med kulturbakgrunn fra land hvor KLL praktiseres.

Utdanningen eller opplæringen hadde ulikt innhold for ulike instanser og inneholdt samlet følgende tema:

- Deltatt på seminar om KLL
- Fått veiledning av gynekolog eller jordmor
- Hospitert på sykehusavdelinger som behandler omskårne
- Deltatt i OK-prosjektet⁸
- Deltagelse i nettverk i regi av Helsedirektoratet
- Studier på universitet/høgskole, om vold og traumer eller om flerkulturell forståelse
- Deltakelse i ressursgrupper om KLL
- Satt seg inn i feltet ved å lese aktuell litteratur og dokumentasjon
- Ekstern veiledning fra Regionalt ressurscenter om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging (RVTS)
- Studietur til utlandet

Kompetansen i forhold til kjønnslemlestelse varierer mye mellom de ulike instansene, også på tvers av instanser innen samme felt, og kan ha sammenheng med hvor mye beredskap den enkelte tjeneste mener de bør ha, og hvor mange KLL-saker de har hatt.

3.5.2 Forankring av KLL-temaet

Det er store variasjoner mellom instansene/aktørene i hvor sterkt KLL-temaet er forankret i organisasjonen. For å kartlegge instansenes forankring av temaet, inneholdt registreringsskjemaet tre spørsmål:

- Har organisasjonen/tjenesten utarbeidet en skriftlig plan for arbeid med KLL?
- Har tjenesten faste rutiner for hvordan arbeid med KLL skal ivaretas?
- Er temaet kjønnslemlestelse tatt inn som del av samarbeidsavtale med andre instanser?

8 OK-prosjektet (omsorg og kunnskap mot kvinnelig omskjæring) er et prosjekt som ble etablert for å gjennomføre tiltak beskrevet i Regjeringens handlingsplan mot kjønnslemlestelse fra desember 2000. OK-prosjektet ble avsluttet i oktober 2005. Se: [http://mighealth.net/no/index.php/OK-prosjektet_\(OK_forankring\)](http://mighealth.net/no/index.php/OK-prosjektet_(OK_forankring))
OK-prosjektet er også beskrevet under pkt. 4.5.1

Tabell 3.1 Forankring av KLL-arbeidet i tjenestene/organisasjonene. Prosent (N=255)

Forankring	Totalt
Faste rutiner	48
Samarbeidsavtale	38
Skrifflig plan	28

Nærmere halvparten av tjenestene har laget faste rutiner for hvordan arbeidet med KLL skal ivaretas, mens nærmere to av fem oppgir at KLL-temaet er tatt inn som del av samarbeidsavtale med andre instanser. Vel en av fire har utarbeidet skriftlige planer for arbeidet.

Til sammen har nærmere to av tre tjenester/instanser forankret KLL-arbeidet på en eller flere måter. 18 prosent har både laget skriftlige planer, etablert faste rutiner og utarbeidet samarbeidsavtaler med andre tjenester. 16 prosent har iverksatt to av de tre ordningene, mens 28 prosent har iverksatt en ordning. 38 prosent står uten noen av disse forankringsrutinene.

I kapitlene som følger vil vi se nærmere på innsatsen i arbeidet med kjønnslemlestelse hos de største aktørene i feltet; helsetjenestene, asylmottakene og barnevernet. Disse har ulike oppgaver og ansvar i forhold til KLL. Videre vil vi gjøre rede for de frivillige organisasjonenes innsats og beskrive arbeidet med dette temaet i de regionale ressurs-sentrene om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging (RVTS).

4 Helsetjenestene

4.1 Helsetjenestenes rolle i KLL-arbeidet

I BLDs veileder om regelverk, roller og ansvar knyttet til kjønnslemlestelse står fastlege, helsesøster og jordmor i kommunehelsetjenesten og fødselslege, gynekolog og jordmor i spesialisthelsetjenesten sentralt i helsetjenestenes KLL-arbeid (Barne- og likestillingsdepartementet 2008c).

I denne framstillingen inkluderer begrepet, «helsetjenester», først og fremst helsestasjoner og skolehelsetjenester (80 prosent av helsetjenestene i utvalget). Kommuneleger/bydelsleger utgjorde 14 av 87 helsetjenestebevisninger (tre av disse arbeidet samtidig ved en helsestasjon), mens sykehusavdelinger utgjorde seks enheter.

4.1.1 Helsestasjonene og skolehelsetjenestene

Helsestasjonene skal være en særlig ressurs i arbeidet med å forebygge kjønnslemlestelse av jenter, og det forventes at de ansatte skal ha nødvendig kompetanse og kunnskap til å kunne ha en åpen dialog med aktuelle målgrupper (Barne- og likestillingsdepartementet 2008c). De forventes å gi relevant informasjon om hvilke fysiske og psykiske plager og komplikasjoner kjønnslemlestelse kan medføre, og opplyse om at tradisjonen er i strid med norsk lovgivning. Helsestasjonene skal ha rutiner for samarbeid med fastlegene, andre kommunale tjenester, tannhelsetjenesten, fylkeskommunen og spesialisthelsetjenesten.

4.1.2 Sykehus og gynekologiske poliklinikker

Alle helseregioner har sykehus med spesialkompetanse på kjønnslemlestelse. I veilederen om regelverk, roller og ansvar knyttet til kjønnslemlestelse gis det anbefalinger om fødselshjelp for omskårne kvinner ved fødeavdelingene. Universitetssykehusene har etablert tilbud ved de gynekologiske poliklinikkene hvor utsatte jenter/kvinner kan henvende seg direkte for behandling, informasjon og rådgivning, uten å gå veien om henvisning fra lege (ibid.).

Helsepersonell i spesialisthelsetjenesten har veiledningsplikt overfor kommunehelsetjenesten og skal gi råd, veiledning og opplysninger om pasienters helsemessige forhold. Dette skal bidra til at kommunehelsetjenesten løser sine oppgaver etter loven.

4.2 Brukergruppene

To av tre helsetjenester er i kontakt med omskårne kvinner og jenter gjennom behandlingsrettede tiltak. En sentral del av helsetjenestenes virksomhet er likevel forebyggende arbeid for å forhindre at kjønnslemlestelse skjer. Dette arbeidet er rettet mot foreldre med barn i risikogruppen, mot jenter og kvinner generelt og mot jenter i risiko for KLL ved planlagt utenlandsopphold.

Tabell 4.1 Brukergrupper helsetjenesten har vært i kontakt med i arbeidet med KLL. Prosent (N=87)

Brukergrupper	Prosent
Omskårne voksne kvinner (behandling)	68
Foreldre med barn i risikogruppen (forebyggende arb.)	64
Jenter/kvinner generelt (forebyggende arbeid)	61
Omskårne jenter (barn og unge)	52
Jenter i risiko for KLL ved planlagt utenlandsopphold (forebyggende arbeid)	45
Andre familiemedlemmer til jenter/kvinner som står i fare for omskjæring (forebyggende arbeid)	40
Gutter/menn generelt (forebyggende arbeid)	38

Mange helseinstanser er i kontakt med gutter og menn i de aktuelle befolkningsgruppene som et ledd i forebyggingen av KLL, fordi deres holdninger til omskjæring spiller en sentral rolle i dette arbeidet (Lidén og Bentzen 2008). Lidén og Bentzen påpeker at i tillegg til å få med menn generelt fra de aktuelle gruppene, er det viktig å få religiøse ledere med i forebyggingsarbeidet.

Arbeidet i fem av de syv brukergruppene som helsetjenestene har vært i kontakt med i arbeidet med KLL, kan kategoriseres som «forbyggende virksomhet», fordi det dreier seg om tiltak der en søker å forhindre at kjønnslemlestelse skjer.

4.3 Forankring av KLL-temaet

Under halvparten av helsetjenestene i utvalget (44 prosent) er uten erfaring med konkrete saker som gjelder kjønnslemlestelse. De øvrige (56 prosent) har arbeidet med

en eller flere konkrete KLL-saker. De aller fleste helsetjenestene har likevel beredskap på KLL- problematikk.

Helsestasjons- og skolehelsetjenesten er pålagt å ha rutiner for samarbeid med fastlegene og andre kommunale tjenester, mens fastlegene er pålagt å samarbeide med andre fagpersoner om forsvarlig pasientbehandling når pasientens behov tilsier det (Barne- og likestillingsdepartementet 2008c).

Tabellen viser i hvor stor grad helsetjenestene har forankret KLL-temaet.

Tabell 4.2 Forankring av KLL arbeidet i helsetjenestene. Prosent (N=87)

Forankring	Totalt
Faste rutiner	63
Skriftlig plan	38
Samarbeidsavtale	37

En av helsestasjonene oppgir at de har systematisert det forebyggende arbeidet mot kjønnslemlestelse ved å utarbeide faste samtalepunkter og spørsmål for å ta opp temaet. I tillegg har de utarbeidet materiell for å kvalitetssikre KLL-arbeidet gjennom inter-undervisning i helsestasjon og samarbeid med legegruppe.

En annen helsestasjon oppgir at de har gjennomført en kartlegging for å bevisstgjøre barnehage og skole, slik at de vet hvordan de skal forholde seg ved mistanke om forestående omskjæring. På den måten kan de overholde avvergelsesplikten.

4.4 Kapasitet og kompetanse

4.4.1 Stillinger

To av tre helsetjenester i utvalget har ansatte som arbeider på deltid med KLL. I tillegg har fem helsetjenester en hel stilling avsatt til dette arbeidet. 17 prosent av helsetjenestene har ingen stillinger på området, mens 11 prosent unnlot å svare.

4.4.2 Ansattes kompetanse

92 prosent av helseinstansene i utvalget oppgir at medarbeidere har deltatt på kurs der kjønnslemlestelse var hovedtema og 62 prosent oppgir at medarbeidere har deltatt på konferanser om denne problematikken. Samtidig oppgir 70 prosent av helsetjenestene at en eller flere medarbeidere har deltatt på mer spesifikt retta utdanning eller kurs om problematikken.

Tabell 4.3 *Spesialkunnskap om kjønnslemlestelse blant medarbeidere i helsetjenesten. Prosent (N=87)*

Spesialkunnskap	Totalt
Utdanning/kurs	70
Lang erfaring	34
Arbeidet med KLL i andre land	7
Egen relevant kulturbakgrunn	6

Noen av helsetjenestene har gitt eksempler på hvordan de har styrket sin kompetanse. Enkelte har etablert en egen tverrfaglig prosjektgruppe angående KLL. En instans har hatt en medarbeider som hospitant på et sykehus som arbeider med problematikken, en annen har en medarbeider i prosjektstilling på feltet, mens andre har ansatte som tar videreutdanning med kjønnslemlestelse som spesialtema. En helsetjenesteansatt holdt på med studier i flerkulturell forståelse, og ansatte ved en annen helsetjeneste hadde vært på studietur i utlandet. Et annet eksempel var at KLL-temaet hadde vært tatt opp på fagmøter.

4.4.3 Kunnskapsnivå

Instansene ble bedt om å tilkjenne sine synspunkt på noen gitte utsagn om medarbeidernes kunnskap på KLL-området.

Tabell 4.4 *Helsetjenestenes vurderinger av tjenestens behov for kunnskap om KLL. Prosent (N=87)*

Synspunkt	Enig	Uenig	Vet ikke	Uopp-gitt	Totalt
Alle medarbeidere i tjenesten har tilstrekkelig kunnskap	21	57	18	3	100
Tilstrekkelig kunnskap finnes hos de i tjenesten som er spesielt interessert i temaet	57	23	13	7	100
De fleste medarbeiderne mangler grunnleggende kunnskap på temaområdet	17	67	11	5	100
Gode rutiner for saksbehandling kompensere for manglende kunnskap	13	49	30	8	100
Kunnskapsmangel avhjelpes ved å drøfte/søke råd fra sak til sak	61	14	20	5	100

Oversikten viser at få instanser i helsetjenestene mener at alle medarbeiderne har tilstrekkelig kunnskap om KLL. Samtidig er det få som mener at de fleste medarbeiderne mangler grunnleggende kunnskap på området. Relativt mange – over halvparten

– mener for øvrig at det finnes tilstrekkelig kunnskap hos ansatte som er spesielt interessert i temaet.

4.4.4 Kunnskap om ulike KLL-tema

De som fylte ut registreringskjemaet ble bedt om å oppgi hvor mye kunnskap medarbeiderne i helsetjenestene har på ulike områder av KLL-temaet.

Tabell 4.5 Grad av kunnskap om KLL hos medarbeidere i helsetjenesten. Prosent (N=87)

Tema	Ingen/ Liten	Noe	Mye	Vet ikke/ Uoppgitt	Totalt
Norsk lovverk	2	36	53	9	100
Metoder og prinsipper for bruk av tolk	11	29	49	10	100
Helsemessige skader og risiko	1	48	43	8	100
Psykiske og sosiale ettervirkninger	6	51	34	8	100
Former og utbredelse	1	59	32	8	100
Praktisering av avvergelsesplikten	13	45	31	12	100
Samtalemetodikk	22	44	25	9	100
Etiske dilemma	15	53	24	8	100
Hvordan få til gode samarb.relasjoner	16	57	18	8	100
Kultur, tradisjoner, verdier	15	59	17	10	100
Hva som virker i bekjempelse	26	52	10	12	100
Hva andre aktører kan bidra med	26	57	8	8	100

Tabellen viser at med få unntak oppgir omkring halvparten av helseinstansene at de har «noe» kunnskap på de fleste temaområdene i oversikten. I tillegg oppgir mellom 34 og 53 prosent av de som svarte på registreringskjemaet at medarbeiderne har «mye» kunnskap på de tre områdene, det norske lovverket om KLL, metoder og prinsipper for bruk av tolk og helsemessige skader og risiko i forbindelse med KLL.

En av fire i helsetjenestene sier de har liten eller ingen kunnskap om hva som virker i bekjempelse av KLL. Like mange hevder de vet lite om hva andre aktører og hjelpeinstanser kan bidra med i dette arbeidet. Dette er tema som bør vektlegges i den videre kunnskapsutviklingen rettet mot ansatte i helsetjenestene

4.5 Arbeidsmåter

Kartleggingen av hvilke metoder som er i bruk, eller hvilke tiltak som har vært satt i verk i forhold til arbeidet med kjønnslemlestelse viser at helsetjenesten arbeider med

tiltak både rettet direkte mot jenter som står i fare for å bli omskåret, og mot fagpersoner og andre som arbeider med de aktuelle målgruppene. Vi har valgt å inndele instansenes arbeidsmåter i fem hovedkategorier:

- Medisinske undersøkelser og behandling
- Annen bistand
- Veiledning/rådgivning
- Kurs og opplæringsvirksomhet
- Informasjons- og formidlingsaktiviteter

Vi skal i det følgende se nærmere på fordelingen av helsetjenestenes arbeidsmåter.

Tabell 4.6 Helsetjenestenes måter å arbeide mot KLL på. Prosent (N=87)

Arbeidsmåter	Totalt
Medisinske undersøkelser	
Undersøkelser for å forhindre KLL	30
Undersøkelser av omskårne	39
Behandling av skader etter omskjæring	59
Annen bistand	
Bistått omskårne kvinner til annen type hjelp	31
Veiledning/rådgivning	
Anonyme drøftinger med andre tjenester	40
Gitt foreldreveiledning	64
Formidlet kunnskap og erfaringer til andre faggrupper	38
Kurs og opplæringsaktiviteter	
Opplæring av egne ansatte	60
Kurs/opplæring for personer som arbeider med KLL	30
Kurs/opplæring for berørte grupper	30
Informasjons- og formidlingsaktiviteter	
Utarbeidet informasjonsmateriell	15
Arbeidet med informasjonskampanjer	15

De hyppigst brukte tilnærmingene i arbeidet mot kjønnslemlestelse i helsetjenestene er foreldreveiledning, opplæring av egne ansatte og behandling av skader etter omskjæring.

To av fem helsetjenester har deltatt i anonyme drøftinger, som benyttes når en tjeneste ønsker å få hjelp til å vurdere enkeltsaker med samarbeidspartnere, uten at de oppgir hvem saken gjelder. I tillegg opplyser tre av fire helsetjenester at de har formidlet kunnskap om lovverket til berørte miljøer.

Vel tre av fire helsetjenester mener de har arbeidet forebyggende for å hindre KLL. Samtidig mener 10 prosent av instansene at de har bidratt til å avverge kjønnslemlestelse.

En helsestasjon for ungdom mener de har god erfaring med «mammagrupper» og «pappagrupper», uten at dette er nærmere beskrevet. Å etablere faste møtepunkter for fedre, samt problematikk rundt kone nummer to, nevnes som en utfordring.

Selv om kjønnslemlestelse har særtrekk, opplever flere det som nyttig å trekke veksler på opparbeidet kompetanse og erfaring fra arbeid med andre overgrepssutsatte grupper. En sykehusbasert tjeneste viser til at de benytter seg av samme arbeidsmetoder som ved seksuelle overgrep på barn. På denne måten overfører de kompetanse og samarbeidsmønstre fra ett område til et annet tematisk område som har noen likhetstrekk.

Flere av helsestasjonene har tilbud om nettverksgrupper der KLL inngår som tema. En av helsestasjonene tilbyr deltagelse i en gruppe for jenter fra 17 til 20 år. Tema som diskuteres i gruppen er kropp, forplantning, pubertet, seksualitet, KLL, ulike tradisjoner og kulturer, graviditet og grenser. Gruppen består av jenter med ulike nasjonaliteter og de har ulike syn på om de er for eller imot KLL, eventuelt hvor omfattende inngrep de aksepterer.

4.5.1 Pedagogiske virkemidler

Helseinstansene ble bedt om å oppgi hvilke pedagogiske virkemidler de benytter i arbeidet mot KLL.

Tabell 4.7 Pedagogiske virkemidler i arbeidet mot KLL i helsetjenestene. Prosent (N=87)

Virkemidler	Prosent
OK-prosjektets materiale	59
Diskusjonsgrupper med berørte jenter	24
Film	11
Teater/dramatiseringer	1
Internett	7
Blandede diskusjonsgrupper med jenter og gutter fra berørte miljøer	1
Blandede diskusjonsgrupper med foreldre og ungdom fra berørte miljøer	3
Annet	68

Over halvparten av helsetjenestene hadde benyttet OK-materialet i arbeidet mot kjønnslemlestelse⁹, mens en fjerdedel hadde arrangert diskusjonsgrupper for berørte jenter.

10 helsetjenester hadde formidlet kunnskap om kjønnslemlestelse gjennom kulturuttrykk som film og en tjeneste hadde benyttet teater som pedagogisk virkemiddel. Tre tjenester hadde arrangert diskusjonsgrupper med foreldre og ungdom fra berørte miljøer, mens seks hadde benyttet internett i arbeidet. En helseinstans hadde gruppeaktivitet for gutter og jenter fra de berørte miljøene. Under kategorien «Annet» finner vi at flere instanser benyttet individuelle samtaler i arbeidet. Disse var primært rettet mot gravide eller mødre til jentebarn, mens syv tjenester hadde samtaler med foresatte, der det også var eksempler på at menn/fedre deltok.

4.6 Helsetjenestenes innsats på området

69 prosent av de 87 helsetjenestene i utvalget har egne stillinger eller deler av stillinger forbeholdt KLL-feltet.

Tabell 4.8 Helsetjenestenes innsats mot kjønnslemlestelse i form av stillinger. Prosent (N=87)

Stillinger med oppgaver i forhold til KLL	Totalt
Både heltids- og deltidsstillinger	6
Deltidsstillinger	63
Ingen stillinger	17
Ubesvart	14
Totalt	100

Alle de seks sykehusavdelingene i utvalget har medarbeidere som arbeider med kjønnslemlestelsesproblematikk, mens bare åtte av de 14 kommunelegene sier det samme.

4.7 Kontakt med berørte

Det er først og fremst i forbindelse med deltagelse i møter og samlinger hvor personer fra berørte grupper er til stede at helseinstansene kommer i kontakt med berørte. Samtidig oppgir en av tre helsetjenester at voksne kvinner selv tar kontakt i forbindelse med KLL.

⁹ Se Kapittel 3 for mer info om OK-prosjektet.

Tabell 4.9 Helsevesenets kontaktmåter med berørte. Prosent (N=52)

Kontaktmåter	Prosent
Deltatt i møter/samlinger	45
Voksne kvinner har tatt kontakt	33
Foreldre/pårørende har tatt kontakt	24
Tatt kontakt med berørte etter informasjon eller bekymringsmelding fra offentlig ansatte	21
Barn/unge i risikozonen har selv tatt kontakt	20
Tatt kontakt med berørte etter informasjon eller bekymringsmelding fra andre	14

4.8 Kontakt med andre tjenester

Hvilke instanser har helsetjenestene kontakt med og hvor ofte har de kontakt? Tabellen nedenfor gir et bilde av dette.

Tabell 4.10 Helsetjenestenes kontakthypighet med andre tjenester. Prosent (N=87)

Tjeneste	1 g pr mnd eller oftere	Sjeldnere enn 1 g pr mnd	Aldri	Vet ikke/ Ubesvart	Totalt
Jordmor	14	32	8	44	100
Helsesøster	13	28	7	52	100
Skolehelsesøster	9	18	9	64	100
Lege	6	41	11	42	100
Asylmottak	6	28	17	49	100
Skole	4	39	16	40	100
Barnevern	4	43	14	39	100
Barnehage	4	23	22	50	100
Politiet	1	20	29	50	100
Sosialtjeneste	1	14	32	53	100
Friv. org.	0	10	24	66	100
Andre aktører	1	11	14	72	100

Dersom vi tolker manglende svar som et uttrykk for at helseinstansene i utvalget ikke har kontakt med tjenestene, finner vi følgende:

Helsetjenestene har hyppigst kontakt med andre helsetjenester, spesielt med jordmødre, helsesøstre og leger. Dernest kommer kontakt med asylmottak, skole, barnevern og barnehage. Helsetjenestene har relativt sjelden kontakt med politiet, sosialtjenesten. Svært få har kontakt med frivillige organisasjoner.

4.8.1 Kontaktarenaer

Ett av spørsmålene i registreringsskjemaet dreide seg om hvordan de ulike instansene var kommet i kontakt med andre aktører som arbeider med kjønnslemlestelse.

Tabell 4.11 Helsetjenestenes kontaktarenaer med instanser som arbeider med KLL.
Prosent (N=87)

Kontaktarenaer	Prosent
Møtt andre aktører på seminar/kurs/konferanser om KLL	74
Blitt invitert av andre instanser til møter om KLL	48
Har selv tatt kontakt med andre aktører	41
Henvendelse fra samarbeidspartnere som søker råd i saker om KLL	38
Vært invitert til å holde innlegg på konferanser/seminarer/møter	26
Vært invitert med i planlegging av prosjekter	24
Har selv arrangert konferanser/seminar/møter hvor andre aktører har deltatt	18
Vært invitert med i planlegging av kampanjer	7
Annet	2

Hovedtyngden av helsetjenestene møter andre aktører i feltet på kurs og seminarer, både som arrangører og deltagere. Mange (to av fem) tar i tillegg kontakt med andre for å få råd i KLL-saker, og andre instanser tar kontakt med helsetjenestene for det samme.

I «Annet»-kategorien oppgir en instans at deres tjeneste har deltatt i en kommunal arbeidsgruppe som har utarbeidet en tilrådning overfor kommunen om KLL, mens en annen har tatt initiativ til samarbeid med fastleger.

4.8.2 Samarbeidstema

Fire av fem helseinstanser oppgir at de har samarbeidet med andre tjenester i forbindelse med KLL. To av fem har innhentet faglige råd og søkt støtte hos andre – først og fremst andre helseinstanser (gjaldt over halvparten av de 53 helsetjenestene som hadde innhentet råd eller støtte). Helsetjenestene søker i liten grad råd hos barnevernet eller politiet. De temaene som først og fremst står i fokus i samarbeidet med andre organisasjoner/instanser er helsemessige skader av kjønnslemlestelse.

Tabell 4.12 Tema for samarbeid om KLL mellom helsetjenesten og andre instanser.
Prosent (N=87)

Tema	Prosent
Helsemessige skader ved KLL	68
Innholdet i det norske lovverket om KLL	49
Kultur, tradisjoner og verdier i berørte grupper	46
Informasjonsarbeid	46
Psykososiale ettervirkninger av KLL	45
Praktisering av avvergelsesplikten	43
Hvordan snakke med berørte grupper	43
Bruk av tolk	33
Kunnskapsformidling	31
Etiske dilemma og implikasjoner i arbeid med KLL	29
Annet	6

Det er svært mange tema som flere enn to av fem instanser oppgir at de samarbeider med andre om. Det gjelder lovverket om KLL og praktisering av avvergelsesplikten, tradisjoner og verdier i de berørte gruppene, informasjonsarbeid, psykososiale ettervirkninger av KLL og samtalemetodikk.

På åpent spørsmål oppgir 29 prosent av helseinstansene at de har søkt råd og støtte om helseproblemer i tilknytning til KLL, for eksempel gjenåpning av omskårne, korrigeringskirurgi, smerter, infeksjoner og andre helseplager. 11 prosent av helseinstansene har søkt råd i forbindelse med bekymring for jenter som skulle reise til hjemlandet, mens 13 prosent har søkt råd angående mer generelle sider ved KLL-problematikken, som ansvarsforhold mellom ulike tjenester, rutiner, kompetansekrav, og generell tilnærming til problemområdet.

4.8.3 Videreutvikling av samarbeidet

Ett av spørsmålene i registreringsskjemaet var dette: «Med tanke på organisasjonens/ tjenestenes rolle i nåværende eller framtidige saker vedrørende KLL, hvilke aktører/ instanser ser tjenesten behov for å utvikle samarbeid med?» For helsetjenestene fordelte svarene seg slik:

Tabell 4.13 Aktører/instanser som helsetjenestene har behov for å utvikle samarbeid med. Prosent (N=87)

Instanser	Prosent
Barneverntjenesten	82
Skole	68
Barnehage	64
Lege	64
Politiet	54
Asylmottak	53
Jordmor	51
Helsesøster	43
Skolehelsesøster	43
Sosialtjenesten	34
Andre	11

Tabellen indikerer at helsetjenestene har et stort behov for å videreutvikle samarbeidet med andre tjenester enn bare helsetjenestene. Hyppigst nevnes behovet for et tettere samarbeid med barnevernet. Både skole og barnehage står høyt oppe på listen over instanser det ønskes utvidet samarbeid med – rundt to av tre helseinstanser.

Ingen av helseinstansene har samarbeidspartnere i andre land.

4.9 Refleksjoner

Selv om det finnes lite dokumentasjon på omfanget av KLL i Norge, er det viktig at ulike helsetjenestene har beredskap i form av kunnskap om temaet og ressurser til å sette inn til forebygging og behandling av problemet.

I dette kapitlet har vi sett at mer enn halvparten av helsetjenestene som har besvart kartleggingsskjemaet mener at det finnes tilstrekkelig kunnskap hos de ansatte i tjenesten som er spesielt interessert i temaet. Men det kan vel tenkes at mange tjenester faktisk ikke har ansatte som er interessert i KLL. I tillegg oppgir helsetjenestene at det de ikke

kan om feltet, kan kompenseres ved å søke råd og drøfte de enkelte sakene når disse dukker opp. For dem som sjelden eller aldri har saker – 44 prosent av helsetjenestene hadde aldri behandlet konkrete saker – kan denne tilgangen på ekspertise synes tilstrekkelig, så lenge de vet hvor de kan henvende seg. Det er imidlertid tankevekkende at en av fire helsetjenester ikke har kunnskaper om hva andre aktører og instanser i feltet kan bidra med i dette arbeidet.

Det bør kunne forventes at helsetjenestene har et minstenivå av grunnleggende kunnskap om kjønnslemlestelse. Det gjelder både kunnskap om lovverket (inkludert avvergesplikten), om helsemessige skader og risiko i forbindelse med KLL, og om psykiske og sosiale ettervirkninger av denne typen inngrep.

Samtidig er arbeidet med KLL en oppgave som i mange tilfeller krever samarbeid på tvers av tjenester. Her skorter det også på kunnskap. Færre enn en av fem helsetjenester mener de kan mye om hvordan man får til gode samarbeidsrelasjoner med andre tjenester. I tillegg har få helsetjenester mye kunnskap om de utsatte gruppenes kultur, tradisjoner og verdier, som man kan anta har betydning for å lykkes i dette arbeidet. Alle disse momentene bør inngå i det videre arbeidet med kompetanseutvikling i helsetjenestene.

4.10 Oppsummering

Vår kartlegging av helsetjenestenes arbeid med kjønnslemlestelse viser følgende:

- Vel halvparten av helsetjenestene har erfaring med konkrete KLL-saker.
- Helsetjenestene arbeider mest med omskårne voksne kvinner, foreldre med barn i risikogruppen og med forebyggende arbeid generelt rettet mot jenter og kvinner.
- Halvparten av helsetjenestene vurderer selv at de har god kjennskap til det norske lovverket, fire av ti kan mye om helsemessige skader og risiko, og tre av ti kan mye om psykiske og sosiale ettervirkninger av omskjæring.
- Nærmere to av tre helsetjenester har utarbeidet faste rutiner for KLL-arbeidet, mens vel en av tre har laget skriftlige planer og samarbeidsavtaler med andre tjenester.
- De hyppigst brukte arbeidsmetodene er foreldreveiledning, opplæring av egne ansatte og behandling av skader etter omskjæring. Over halvparten av helsetjenestene har benyttet OK-materialet i KLL-arbeidet.
- Helsetjenestene har drevet med aktiv skolering av egne ansatte i tillegg til å formidle kunnskap til fagfolk i andre tjenester gjennom undervisning og veiledning. 70 prosent av helseinstansene i utvalget har sendt ansatte på kurs

og konferanser, til tross for at 44 prosent av tjenestene er uten erfaring med KLL-saker.

- Syv av 10 helsetjenester har ansatte med «spesialkunnskap» i form av utdanning eller kurs om KLL, mens en tredjedel har lang erfaring fra denne typen arbeid. I gjennomsnitt har hver helsetjeneste fem medarbeidere med kompetanse på temaet.
- De vanligste arenaene for kontakt med berørte er gjennom møter og samlinger, ved at voksne kvinner selv eller foreldre/pårørende av utsatte tar kontakt. En av fem helsetjenester har tatt kontakt med berørte etter informasjon eller bekymringsmelding fra offentlig ansatte og like mange ved at barn og unge selv har tatt kontakt.
- Helsetjenestene i utvalget har i utstrakt grad kontakt med andre helsetjenester, men også med barnevern og skoler. Fire av fem ønsker å videreutvikle samarbeidet med barnevernet, to av tre med skoler, barnehager og leger, og over halvparten ønsker mer samarbeid med politiet, asylmottak og jordmor.
- En bør ta utgangspunkt i de svakeste kunnskapsområdene i helsetjenestene når en skal forbedre helsetjenestene i forhold til arbeidet med KLL. I tillegg til mer kunnskap om lovverket, fysiske og psykiske skader av KLL-inngrep, og kunnskap om hva det øvrige hjelpeapparatet kan bidra med, trenges det kunnskap om hvilke kriterier som er en forutsetning for å forbedre samarbeidet med andre tjenester.

5. Asylmottak

5.1 Oppgaver

I likhet med helsetjenesten er asylmottakene forpliktet til å opplyse om at kjønnslemlestelse er forbudt i Norge.

Når asylsøkere overføres fra transittmottak til ordinære mottak eller omsorgssentre for mindreårige, er det mottakskommunen som har ansvaret for å tilby oppfølgende helseundersøkelser, informasjon og veiledning til beboerne i mottaket (Barne- og likestillingsdepartementet 2008c). Alle jenter eller kvinner som kommer fra land der kjønnslemlestelse praktiseres, skal spørres om de har spesielle helseproblemer som gjør at de trenger behandling eller annen oppfølging.

Helsevesenet har samme ansvar for helsetjenester til asylsøkere som for den øvrige befolkningen. Mottakene skal tilrettelegge for et godt samarbeid med helsetjenesten i kommunen. På noen mottak disponerer helsetjenesten egne lokaler hvor de kan gjennomføre konsultasjoner med beboerne.¹⁰

5.1.1 Brukergrupper

I arbeidet med KLL har de 44 asylmottakene der ansatte fylte ut vårt kartleggings skjema først og fremst vært i kontakt med kvinner som allerede er omskåret, men mottakene driver også med forebyggende virksomhet overfor jenter og kvinner generelt i de aktuelle gruppene. Ellers er foreldre med barn i risikogruppen og gutter og menn generelt målgrupper for asylmottakenes forebyggende arbeid mot KLL.

¹⁰ www.udi.no/templates/Page.aspx?id=10287

Tabell 5.1 Asylmottakenes kontakt med ulike brukergrupper. Prosent (N=44)

Brukergrupper	Prosent
Omskårne voksne kvinner (behandling)	61
Jenter/kvinner generelt (forebyggende arbeid)	57
Foreldre med barn i risikogruppen (forebyggende arbeid)	48
Gutter/menn generelt (forebyggende arbeid)	45
Familiemedlemmer til jenter/kvinner i fare for KLL (foreb.)	34
Omskårne jenter (barn og unge)	16
Jenter i risiko for KLL ved planlagt utenlandsopph. (foreb.)	7
Uoppgitt	32

5.2 Forankring av KLL-temaet

Tre av fem asylmottak har faste rutiner for hvordan arbeidet med kjønnslemlestelse skal ivaretas og nærmere halvparten oppgir at temaområdet er tatt inn i samarbeidsavtaler med andre instanser.

Tabell 5.2 Forankring av KLL-arbeidet i asylmottak. Prosent (N=44)

Forankring	Totalt
Faste rutiner	59
Skriftlig plan	27
Samarbeidsavtale	48

Bare vel ett av fire mottak har utarbeidet skriftlige planer for arbeidet. Dette kan ha sammenheng med at bare ett av tre (34 prosent) asylmottak i vår kartleggingsundersøkelse oppgir at de har arbeidet med konkrete saker som gjaldt kjønnslemlestelse, mens de øvrige er uten slik erfaring. Det lave antallet KLL-saker ved asylmottakene kan se ut til å avspeile seg i den relativt lave beredskapen på området.

5.3 Kapasitet og kompetanse

Hvor høy andelen asylsøkere til enhver tid er fra områder og kulturer der KLL praktiseres, varierer alt etter hvor det oppstår konflikter som fører til at mennesker flykter. I dette avsnittet skal vi gå nærmere inn på asylmottakenes beredskap på KLL-saker i form av stillinger og kunnskap.

5.3.1 Stillinger

Bare en tredel av asylmottakene har arbeidet med konkrete KLL-saker. Det betyr at ansatte ved asylmottakene driver med KLL-arbeid i form av for eksempel å skolere seg, eller ved å drive med informasjons- og formidlingsarbeid.

Tabell 5.3 Prioriteringer av arbeidet med kjønnslemlestelse ved asylmottak gjennom stillingsbruk. Prosent (N=44)

Stillinger med KLL-oppgaver	Prosent
Både heltids- og deltidstillinger	5
Deltidstillinger	73
Ingen stillinger på feltet	14
Ubesvart	9
Totalt	100

Dersom en tar utgangspunkt i antall stillinger avsatt til arbeid mot kjønnslemlestelse, finner vi at 34 av de 44 asylmottakene i vårt utvalg (77 prosent) har ansatte som bruker deler (to ansatte bruker hele) av sin arbeidstid til KLL-arbeid.

5.3.2 Ansattes kompetanse

To av tre asylmottak er medarbeiderne skolert i form av utdanning/kurs rettet mot KLL-temaet. Ved seks mottak oppgir respondentene at de har ansatte med lang erfaring fra denne typen arbeid. På spørsmål om medarbeidernes kunnskap om ulike KLL-relaterte tema, svarer representantene for asylmottakene følgende:

Tabell 5.4 Grad av kunnskap om KLL hos medarbeidere i asylmottak. Prosent (N=44)

Tema	Ingen/ Liten	Noe	Mye	Vet ikke/ Uoppgitt	Totalt
Metoder og prinsipper for bruk av tolk	7	23	52	18	100
Norsk lovverk om KLL	10	39	30	21	100
Helsemessige skader og risiko	7	52	23	18	100
Former og utbredelse	7	57	18	18	100
Psykiske og sosiale ettervirkninger	16	50	14	18	100
Kultur, tradisjoner, verdier	10	57	9	24	100
Kunnskap om hvordan få til gode samarb.relasjoner	20	50	11	19	100
Praktisering av avvergelsesplikten	41	25	11	23	100
Hva som virker i bekjempelse	39	36	5	20	100
Hva andre aktører kan bidra med	23	52	7	12	100
Etiske dilemma	18	59	5	17	100
Samtalemetodikk	39	36	5	20	100

Asylmottakene arbeider utelukkende med målgruppene, flyktninger og asylsøkere. Det er derfor ingen overraskelse at vel halvparten av de som fylte ut registreringskjemaet (52 prosent) skårer høyt på kunnskap om metoder og prinsipper for bruk av tolk. Nærmere en tredjedel av respondentene oppgir at de ansatte har mye kunnskap om det norske lovverket om KLL, og nærmere en av fire mener de kan mye om skader og risiko i forbindelse med KLL.

På den andre siden oppgir rundt 40 prosent at de ansatte ved asylmottakene har liten eller ingen kunnskap om praktisering av avvergelsesplikten, eller hva som virker i bekjempelse av KLL.

Kun ni prosent av respondentene fra asylmottakene oppgir at medarbeiderne har mye kunnskap om kultur, tradisjoner og verdier i de folkegruppene som praktiserer kjønnslemlestelse. Bare fem prosent oppgir at de har mye kunnskap om hva som virker i bekjempelsen av KLL og kun syv prosent vet mye om hva andre aktører kan bidra med og 11 prosent mener at medarbeiderne har mye kunnskap om hvordan man kan få til

gode samarbeidsrelasjoner med andre tjenester. Ansatte ved asylmottakene kan i tillegg lite om tekniske ferdigheter i samhandling med brukerne, som samtalemotodikk.

5.3.3 Kunnskapsbehov

På spørsmål om hvilken kunnskap respondentene mener at medarbeiderne på asylmottakene sitter inne med og hvordan kunnskapsmangelen eventuelt kan avhjelpest, ble de som fylte ut registreringsskjemaene bedt om å ta stilling til ulike utsagn.

Tabell 5.5 Asylmottakenes vurderinger av tjenestens behov for kunnskap om KLL.
Prosent (N=44)

Utsagn	Enig	Uenig	Vet ikke/ Ubesvart	Totalt
Alle medarbeidere har tilstrekkelig kunnskap	11	61	28	100
Tilstrekkelig kunnskap hos de spesielt interesserte	48	27	25	100
De fleste medarbeiderne mangler grunnleggende kunnskap	34	41	25	100
Gode rutiner for saksbehandling kompensere for manglende kunnskap	11	50	39	100
Kunnskapsmangel avhjelpest ved å drøfte/søke råd fra sak til sak	50	16	34	100

Nærmere halvparten av respondentene mener at det finnes tilstrekkelig med kunnskap blant de spesielt interesserte medarbeiderne på KLL-området på asylmottaket. Omtrent like mange mener, i likhet med helsetjenestene at kunnskapsmangelen eventuelt kan avhjelpest ved å søke råd hos kompetente fagfolk fra sak til sak. Vi merker oss ellers at relativt mange – en av tre – mener at de fleste medarbeiderne på asylmottakene mangler grunnleggende kunnskap om kjønnslemlestelse.

5.4 Arbeidsmåter

Også asylmottakene har ulike tilnærminger til KLL-området. Av tabellen under går det fram at de hyppigst brukte arbeidsmåtene er foreldreveiledning (halvparten av mottakene) og opplæring av egne ansatte (43 prosent).

Tabell 5.6 Asylmottakenes måter å arbeide på i forhold til KLL. Prosent (N=44)

Måter å jobbe på	Prosent
Foretatt/bedt om medisinske undersøkelser	
For å undersøke om de er omskårne	11
Undersøkelser av omskårne	16
Behandling av skader etter omskjæring	36
Annen bistand	
Bistått omskårne kvinner til annen type hjelp	23
Veiledning/rådgivning	
Anonyme drøftinger med andre tjenester	20
Foreldreveiledning	50
Formidlet kunnskap og erfaringer til andre faggrupper	11
Kurs og opplæringsaktiviteter	
Opplæring av egne ansatte	43
Kurs/opplæring for personer som arbeider med KLL	7
Kurs/opplæring for berørte grupper	34
Informasjons- og formidlingsaktiviteter	
Utarbeidet informasjonsmateriell	9
Arbeidet med informasjonskampanjer	27

For å kunne håndtere KLL-problematikken er det en forutsetning at medarbeiderne ved asylmottakene har kunnskap om feltet. Opplæringen av egne ansatte blir dermed en strategi for å kunne håndtere KLL-problematikk. 43 prosent av respondentene ved mottakene oppgir at de driver med slik opplæring.

I tillegg til å øke kompetansen på denne problematikken blant de ansatte, rettes mye av arbeidet mot å forebygge at KLL skjer. Det gjelder både mer generelt til et større publikum, gjennom arbeid med grupper og gjennom råd og veiledning i familier og enkeltpersoner.

I tillegg henviser asylmottakene sine klienter til andre tjenester. For eksempel har mer enn ett av tre mottak bidratt til at beboere får medisinsk behandling for skader etter omskjæring. Like mange asylmottak oppgir at de arrangerer kurs eller har annen type kunnskapsformidling til berørte grupper.

Nærmere halvparten av asylmottakene har arbeidet forebyggende for å forhindre kjønnslemlestelse. Informasjon om det norske lovverket i forhold til KLL, som gis til alle nyankomne asylsøkere, kan være en slik forebyggende aktivitet. Det samme gjelder ulik kurs og opplæringsvirksomhet for berørte grupper og utarbeidelse av informasjonsmateriell.

5.4.1 Pedagogiske virkemidler

Det viktigste pedagogiske virkemiddelet i asylmottakenes arbeid med å bekjempe kjønnslemlestelse, er materiale fra OK-prosjektet. To av fem asylmottak har benyttet dette materialet i arbeidet med KLL.¹¹ Like mange har tilbud om diskusjonsgrupper for berørte jenter, gutter og/eller foreldre. Mindre brukt er virkemidler som film eller internett. Ingen krysset av for at de benyttet teater eller dramatiseringer i arbeidet.

5.5 Kontakt med berørte

Asylmottakene tar oftest kontakt med andre tjenester angående KLL etter at de har mottatt bekymringsmeldinger fra enkeltpersoner, for det meste beboere ved asylmottakene. Kontakten skjer via enkelthenvendelser eller ved at personer som deltar i gruppevirksomhet ved mottakene informerer om eller kommer med bekymringer.

Tabell 5.7 Asylmottakenes kontaktmåter med berørte. Prosent (N=44)

Kontaktmåter	Prosent
Tatt kontakt med berørte etter informasjon eller bekymringsmelding fra andre (ikke off. ansatte)	32
Voksne kvinner har tatt kontakt	25
Deltatt i møter/samlinger	24
Tatt kontakt med berørte etter informasjon eller bekymringsmelding fra ansatte i off. instanser	16
Gjennom organiserte, sosiale aktiviteter	14
Gjennom uformelle sosiale aktiviteter	7
Foreldre/pårørende har tatt kontakt	7
Gjennom ansatte fra land hvor omskjæring praktiseres	5
Barn/unge i risikozonen har selv tatt kontakt	2
Gjennom privat nettverk	2
Privat omgang med familier som kan være berørt	0

¹¹ Som vi har vært inne på ble OK-prosjektet avviklet i 2005, men det finnes ulike publikasjoner i form av håndbøker, veilederhefter, undervisningsopplegg, ulike videoer som tar opp temaet, brosjyrer etc.

Enkelte asylmottak har etablert kvinnegrupper der de tar opp KLL som samtaletema. I tillegg tas temaet opp i det generelle informasjonsprogrammet på mottaket. En fjerdedel har opplevd at voksne kvinner fra de aktuelle brukergruppene har kontaktet asylmottakets personale og omtrent like mange asylmottak har fått kontakt med berørte ved at ansatte har deltatt i grupper eller samlinger om temaet på mottaket.

5.6 Kontakt med andre tjenester

86 prosent av asylmottakene oppgir at de har kontakt med andre aktører som arbeider med KLL, men kontakten synes å være nokså avgrenset.

Tabell 5.8 Asylmottakenes kontakthypighet med andre tjenester. Prosent (N=44)

Tjeneste	1 gang i mnd eller oftere	Sjeldnere enn 1 gang i mnd	Aldri	Vet ikke/ Ubesvart	Totalt
Helsesøster	8	37	21	35	100
Politiet	6	29	23	43	100
Skole	2	29	23	46	100
Barnevernet	2	25	27	46	100
Barnehage	4	21	31	45	100
Skolehelsesøster	4	19	25	52	100
Lege	4	17	31	48	100
Asylmottak	0	21	35	44	100
Jordmor	2	6	39	54	100
Sosialtjeneste	2	5	15	78	100
Friv. organisasjon	2	6	36	54	100
Andre aktører	2	6	37	56	100

Mottakene har hyppigst kontakt med helsesøstre, dernest med politiet og med skolene (dersom all kontakt medregnes). En respondent skriver:

«.. Ved vårt mottakssenter har vi ikke gjort mye angående dette temaet (kjønnslemlestelse), dels fordi vi vet at helsestasjonen med lege og helsesøster har det inne i sine rutiner ved førstegangsundersøkelsen av alle beboere som kommer hit. Kvinnene bes om å underskrive en erklæring om mottatt informasjon og får tilbud om undersøkelse. Alle blir informert om helseskadene ved KLL, og om forebyggende tiltak».

Ett av mottakene ser mangelen på tilgjengelighet på tolker som et problem i arbeidet med KLL. Et annet asylmottak etterlyser forpliktelser på kommunalt nivå for helsemessig oppfølging av kvinner som er blitt utsatt for kjønnslemlestelse:

«Kunne ønsket meg at det var en kommunal plan for at kvinner som er blitt utsatt for kjønnslemlestelse kunne få både medisinsk og psykisk oppfølging».

Uttalelsen om behovet for å inkludere KLL-feltet i offentlige plandokumenter er i tråd myndighetenes forslag om det samme i «Veileder for utvikling av kommunale handlingsplaner på temaområdet, vold i nære relasjoner» (Justis- og politidepartementet 2008).

5.6.1 Samarbeidstema

Temaene for samarbeid mellom asylmottakene og andre tjenester gjelder først og fremst helsemessige skader ved KLL og innholdet i det norske lovverket. Mer enn halvparten nevner i tillegg at de samarbeider med andre i forbindelse med informasjonsarbeid.

Tabell 5.9 Tema for samarbeid mellom asylmottakene og andre instanser om KLL. Prosent (N=44)

Tema	Prosent
Helsemessige skader ved KLL	61
Innholdet i det norske lovverket om KLL	61
Informasjonsarbeid	52
Kultur, tradisjoner og verdier hos befolkningsgrupper som praktiserer KLL	43
Bruk av tolk	43
Psykososiale ettervirkninger av KLL	42
Kunnskapsformidling	32
Etiske dilemma og implikasjoner i arbeid med KLL	27
Hvordan snakke med berørte grupper	25
Praktisering av avvergesplikten	23
Annet	11

Kultur, tradisjoner og verdier hos ulike befolkningsgrupper, bruk av tolk og psykososiale ettervirkninger av KLL er tema for samarbeid med andre tjenester for mer enn to av fem asylmottak. Bruk av tolk står også sentralt i asylmottakenes samarbeid med andre tjenester.

5.6.2 Videreutvikling av samarbeidet

På spørsmål om hvem asylmottakene har behov for å utvikle samarbeid med, oppgir de følgende tjenester:

Tabell 5.10 Aktører/instanser som asylmottakene har behov for å utvikle samarbeid med. Prosent (N=44)

Instanser	Prosent
Politiet	73
Lege	64
Barnehage	62
Skole	60
Helsesøster	60
Asylmottak	60
Skolehelsesøster	43
Sosialtjenesten	42
Jordmor	39
Barneverntjenesten	19
Andre	19

Tabellen indikerer at asylmottakene har stort behov for å øke samarbeidet med en rekke andre tjenester i tilknytning til arbeidet med KLL, men først og fremst med politiet. At tre av fire asylmottak har behov for å utvikle samarbeidet med politiet i forbindelse med KLL er overraskende, fordi mottakene stort sett arbeider i forhold til kvinner som har vært omskåret før de kommer til Norge. Det kan tenkes at asylmottakenes svar handler mer om deres øvrige oppgaver, som i mange tilfeller innebærer politisamarbeid.

Tidligere i kapitlet så vi at helsesøstre, politiet og barnehager var de tre instansene asylmottakene hadde mest kontakt med. Vi ser at to av de tre instansene de mest av alt ønsker å utvikle samarbeidet med, er de samme som de fra før har mest kontakt med, politiet og barnehager.

5.7 Refleksjoner

Kun ett av tre asylmottak som er med i vår kartleggingsundersøkelse har arbeidet med konkrete saker som gjelder kjønnslemlestelse. I likhet med helsetjenestene har asylmottakene beredskap for å kunne møte KLL-problematikk ved at mange av de ansatte er skolerte om problematikken og driver med forebyggingsarbeid rettet mot jenter og kvinner som de tror står i fare for å utsettes for omskjæring. Forebyggingsarbeidet skjer

gjennom opplysningsvirksomhet og informasjon om blant annet det norske lovverket på området. I tillegg bidrar de til at jenter og kvinner som allerede er omskåret når de ankommer Norge, får medisinsk behandling når dette er nødvendig. Det er overraskende at så få av respondentene fra asylmottakene, oppgir at de har kunnskap om kultur, tradisjoner og verdier i folkegrupper som praktiserer KLL, og at de har så vidt begrensede kunnskaper om hva andre aktører kan bidra med i dette arbeidet. Mange har i tillegg begrensede kunnskaper om hvordan de kan få til gode samarbeidsrelasjoner til andre tjenester. Våre funn indikerer at asylmottakene har behov for å styrke kompetansen på flere områder i tilknytning til kjønnslemlestelsesproblematikken.

5.8 Oppsummering

Asylmottakene er den instansen flyktninger og asylsøkere først treffer på i sitt møte med Norge. Mottakene er forpliktet til å opplyse nyankomne om det norske lovverket som forbyr kjønnslemlestelse av jenter/kvinner. Kort oppsummert indikerer kartleggingen av asylmottakenes arbeid på KLL-feltet følgende:

- Asylmottakene arbeider først og fremst med å bistå omskårne kvinner og med forebyggende tiltak rettet mot jenter/kvinner. Nærmere halvparten driver i tillegg med forebyggende arbeid rettet mot gutter og menn.
- Asylmottakenes vanligste måter å arbeide med KLL, er gjennom foreldreveiledning og opplæring av egne ansatte. De kommer hyppigst i kontakt med berørte gjennom informasjon fra enkeltpersoner (ikke offentlig ansatte). To av fem mottak har tilbud om diskusjonsgrupper for berørte jenter.
- Tre av fire asylmottak har egne stillinger (primært på deltid) med ansvar for KLL-problematikk, to av tre mottak har medarbeidere med spesialkunnskap om KLL, selv om bare 34 prosent av mottakene har hatt konkrete KLL-saker.
- Nærmere to av tre mottak har utarbeidet faste rutiner for arbeidet med KLL, nærmere halvparten har laget samarbeidsavtaler med andre instanser og vel ett av fire mottak har utarbeidet skriftlige planer for KLL-arbeidet.
- Ansatte ved asylmottakene mener de har god kjennskap til det norske lovverket, skader og risiko i forbindelse med KLL, og om metoder og prinsipper for bruk av tolk. De vurderer selv at de har lite kunnskap om avvergelsesplikten og hva som virker i bekjempelse av kjønnslemlestelse.
- De vanligste temaene i samarbeidet mellom asylmottakene og andre instanser er helsemessige skader av KLL, det norske lovverket og informasjonsarbeid.
- I den videre kompetanseutviklingen av asylmottakene bør det satses mer på at mottakene skal få økt kunnskap om hva andre tjenester kan bidra med og hva som virker i forebygging og behandling av kjønnslemlestelse.

6 Barnevernet

6.1 Barnevernets oppgaver i KLL-saker

I følge Barnevernloven § 1-1 er barnevernets hovedoppgave å sikre at barn og unge som lever under forhold som kan skade deres helse og utvikling, får nødvendig hjelp og omsorg til rett tid. Selv om det er barnas foreldre som har hovedansvaret for barnets oppvekst og omsorg, griper barnevernet inn for å beskytte barn mot ulike former for mishandling og omsorgssvikt.

I «Veileder om regelverk, roller og ansvar knyttet til kjønnslemlestelse» defineres kjønnslemlestelse som en form for omsorgssvikt og mishandling (Barne- og likestillingsdepartementet 2008c). Barnevernet har dermed et sentralt ansvar for å beskytte jenter mot slike tradisjoner. I tillegg har barnevernet ansvar å sikre at jenter som allerede er blitt kjønnslemlestet, får nødvendig hjelp, behandling og oppfølging. Når det er rimelig grunn til å anta at det foreligger forhold som kan gi grunnlag for tiltak etter Barnevernloven, har barnevernet rett og plikt til å iverksette tiltak som er nødvendige for å beskytte barnet.

I tillegg til barnevernet selv, er yrkesutøvere og ansatte i barnehager, helse- og sosialtjeneste, skoler, skolefritidsordninger og trossamfunn, pålagt å søke å avverge kjønnslemlestelse ved å anmelde slike saker til barnevernet eller politiet (avvergelsesplikten). Tilsvarende gjelder for forstandere og religiøse ledere i trossamfunn.¹²

Barnevernets særstilling som den instans andre tjenester skal melde fra til om det er bekymring for at barn eller unge kan bli utsatt for KLL, gjorde at de i kartleggingen ble spurt om de hadde mottatt meldinger fra andre instanser om KLL, om de hadde iverksatt undersøkelser og/eller iverksatt eller planlagt hjelpetiltak (tiltak 8 i Handlingsplan mot kjønnslemlestelse). I tillegg fikk de utdypende spørsmål om avvergelsesplikten, og om saker de har meldt til politiet.

Barnevernets rutiner og kompetanse om kjønnslemlestelse er tidligere kartlagt i undersøkelsen, «Kjønnslemlestelse i Norge», (Lidén og Bentzen 2008).

¹² Lov om forbud mot kjønnslemlestelse, §2.

6.2 Brukergrupper

Barnevernets brukergrupper i KLL-arbeidet er i hovedsak jenter og kvinner, men også menn (pårørende og andre). En av tre barneverntjenester oppga at de har arbeidet med jenter i risiko for KLL i forbindelse med planlagt opphold i utlandet og omtrent like mange arbeider med foreldre til barn i risikogruppen.

Tabell 6.1 Brukergrupper som barnevernet har vært i kontakt med i arbeidet med KLL. Prosent (N=52)

Brukergrupper	Prosent
Jenter i risiko for KLL ved planlagt utenlandsopphold (forebyggende arbeid)	35
Foreldre med barn i risikogruppen (forebyggende arb.)	33
Andre familiemedlemmer til jenter/kvinner som står i fare for KLL (forebyggende arbeid)	29
Omskårne voksne kvinner	23
Omskårne jenter (barn og unge)	17
Jenter/kvinner generelt (forebyggende arbeid)	12
Gutter/menn generelt (forebyggende arbeid)	8
Ubesvart	46

I og med at under halvparten av barneverntjenestene som inngikk i vår kartlegging (44 prosent) hadde arbeidet med konkrete saker som gjaldt KLL, er grunnlaget for besvarelsen for de som ikke har hatt konkrete saker til behandling, at de har arbeidet på andre måter i forhold til KLL-problematikken, for eksempel ulike former for forebyggende arbeid, skoloring av egne medarbeidere, deltagelse i fagfora etc.

6.3 Forankring av KLL-temaet

Flere av barneverntjenestene framhever betydningen av rutiner og prosedyrer i arbeidet, spesielt i forhold til håndteringen av bekymringsmeldinger.

Mens enkelte barneverntjenester ønsker å etablere faste rutiner for KLL-arbeidet internt i den enkelte tjeneste, er andre i gang med dette på tverretattlig basis. Ved en barneverninstans har de opprettet en prosjektgruppe som arbeider med rutiner og samarbeidsstrukturer i kommunen, og retningslinjer for hvordan informasjon om KLL skal formidles:

«Har nedsatt prosjektgruppe for å utarbeide rutiner og samarbeidsstrukturer. Prosjektgruppen har deltagere fra avd. barn og familier, inklusive barnevern, helsestasjon og skolehelsetjeneste, forebyggende tjeneste og barne- og ungdomsbasen, sosialtjenesten ved flyktningkontoret, samt deltagere fra undervisningssektoren (skole og barnehage) og kultursektoren, ressursgruppe for ansatte/innbyggere som berøres av KLL.»

Det er imidlertid bare 42 prosent av barneverntjenestene som oppgir at de har forankret arbeidet gjennom faste rutiner, skriftlige planer og/eller samarbeidsavtaler.

Tabell 6.2 Forankring av KLL arbeidet i barnevernet. Prosent (N=52)

Forankring	Totalt
Faste rutiner	35
Samarbeidsavtale	17
Skriftlig plan	12
Ubesvart	58

35 prosent av barneverntjenestene har faste rutiner for hvordan KLL-arbeidet skal ivaretas, mens bare 17 prosent har tatt inn temaet i samarbeidsavtaler med andre instanser. Kun 12 prosent har utarbeidet en egen skriftlig plan for KLL-arbeidet. Bare tre av de 52 barneverntjenestene i vårt utvalg har forankret KLL-arbeidet gjennom alle tre forankringspunktene, mens fem barneverntjenester har forankret arbeidet på to måter.

Under halvparten av barneverntjenestene i utvalget – 44 prosent – har arbeidet med denne typen saker. Det er rimelig å tolke barnevernets manglende forankring av KLL-temaet gjennom faste rutiner, samarbeidsavtaler og planer, i lys av dette. Barneverntjenester som oppgir at de har mottatt bekymringsmeldinger har opprettet mellom en og 20 undersøkelsessaker om kjønnslemlestelse.

6.4 Kapasitet og kompetanse

6.4.1 Stillinger

Det er stor variasjon mellom barneverntjenestene i utvalget når det gjelder bemanning og stillinger med oppgaver knyttet til KLL. Vel halvparten av barneverntjenestene i utvalget oppgir at de har en eller flere medarbeidere som bruker deler av sin arbeidstid på KLL-området. Ingen arbeider utelukkende med denne type oppgaver.

Tabell 6.3 Prioriteringer av arbeidet med KLL i barnevernet gjennom stillingsbruk. Prosent (N=52)

Stillinger med KLL-oppgaver	Prosent
Heltidsstillinger	0
Deltidsstillinger	54
Ingen stillinger på feltet	36
Uoppgitt	10
Totalt	100

6.4.2 Kompetanse

35 prosent av barneverntjenestene oppgir at de har medarbeidere med ulike former for kompetanse/«spesialkunnskap».

Tabell 6.4 Innslag av «spesialkunnskap» om KLL blant medarbeidere i barnevernet. Prosent (N=52)

Spesialkunnskap	Prosent
Utdanning/kurs	35
Lang erfaring	4
Arbeidet med KLL i andre land	2
Egen relevant kulturbakgrunn	0
Ubesvart	65

65 prosent av barneverntjenestene svarte ikke på spørsmålet.

6.4.3 Kunnskap om KLL

Hvor vidt man prioriterer opplæring av ansatte innenfor ulike fagfelt, er avhengig av hvor hyppig aktuelle problemer forekommer og hvor alvorlige de anses for å være. Tjenestenes økonomi og prioriteringer i forhold til andre presserende oppgaver kan også ha betydning. I registrerings skjemaet ble barneverninstansene bedt om å gjøre noen vurderinger av tjenestenes kunnskap på feltet og hvordan de selv ser på hvordan tjenesten fungerer i forhold til KLL problematikk.

Tabell 6.5 Kunnskap i barnevernet om ulike sider ved KLL. Prosent (N=52)

Tema	Ingen/ liten	Noe	Mye	Vet ikke/ Ubesvart	Totalt
Lovverket	8	35	44	14	100
Bruk av tolk	17	29	39	16	100
Betingelser for gode samarbeidsrelasjoner	16	39	33	14	100
Samtalemetodikk	19	33	33	16	100
Praktisering av avvergelsesplikten	29	23	31	18	100
Former og utbredelse	21	60	8	12	100
Helsemessige skader og risiko	12	64	14	12	100
Psykiske og sosiale ettervirkninger	14	64	12	12	100
Etiske dilemma	25	46	12	18	100
Andre instansers bidrag	16	62	8	16	100
Kultur, tradisjoner og verdier	29	54	6	12	100
Hva som virker i bekjempelse	41	39	6	16	100

Det er først og fremst lovverket og til en viss grad praktisering av avvergelsesplikten som ser ut til å stå sentralt når barnevernet vurderer hvor mye eller lite kunnskap de har om ulike sider ved kjønnslemlestelsesproblematikken.

Barnevernet ser først og fremst ut til å ha mye kunnskap om hva som er betingelsene for gode samarbeidsrelasjoner, hvor en av tre svarer at de har «mye» kunnskap.

I tillegg oppgir en relativt høy andel at de har mye kunnskap om metoder som bruk av tolk og om samtalemetodikk.

Kompetansen på KLL varierer mye i barnevernet. Lidén og Bentzen (2008) fant at under 10 prosent av barneverntjenestene vurderte sin samlede kompetanse til å håndtere KLL-saker som god, godt over halvparten sa den var middels, mens en tredjedel mente den var dårlig. Besvarelsene i vår undersøkelse viser hvilke spesifikke kunnskapstema barneverntjenestene mener de har mye eller lite kunnskap om. Over 40 prosent oppgir å ha lite

kunnskap om hva som virker i bekjempelse av KLL. Opp mot en tredjedel av tjenestene sier de har lite kunnskap om praktisering av avvergeplikten og om kultur, tradisjoner og verdier hos befolkningsgrupper som praktiserer kjønnslemlestelse. Dette kan tolkes som at barnevernet står overfor store kunnskapsmessige utfordringer i KLL-arbeidet.

6.4.4 Opplæring

60 prosent av instansene i barnevernet oppgir at medarbeiderne har deltatt på kurs hvor KLL var hovedtema, og 44 prosent sier at medarbeidere har deltatt på konferanser der dette temaet sto i fokus i løpet av de tre siste årene.

Vel en tredjedel av instansene hadde hatt en eller to ansatte på kurs, mens 17 prosent hadde latt mellom tre og ti personer delta på slike aktiviteter.

6.4.5 Kunnskapsbehov

Barnevernet ble bedt om å ta stilling til gitte utsagn om medarbeidernes kunnskap om KLL.

Tabell 6.6 Barnevernets vurdering av tjenestens behov for kunnskap om KLL. Prosent (N=52)

Utsagn	Enig	Uenig	Vet ikke	Ubesvart	Totalt
Alle medarbeidere har tilstrekkelig kunnskap	0	85	10	6	100
Tilstrekkelig kunnskap hos de spesielt interesserte	25	50	20	6	100
De fleste medarbeiderne mangler grunnleggende kunnskap	46	33	15	6	100
Gode rutiner for saksbehandling kompenserer for manglende kunnskap	29	44	19	8	100
Kunnskapsmangel avhjelpes ved å drøfte/søke råd fra sak til sak	75	8	12	6	100

Ingen av barneverninstansene mener at alle medarbeiderne har tilstrekkelig kunnskap om KLL. Tvert imot mener nærmere halvparten at de fleste medarbeiderne mangler grunnleggende kunnskap om temaet. Bare en av fire mener at det finnes tilstrekkelig kompetanse hos spesielt interesserte medarbeidere, og nærmere en av tre mener at de ansatte i barnevernet har gode rutiner som kompenserer for manglende kunnskap om emnet.

Ett forhold synes de fleste barneverninstansene å være enige om: kunnskapsmangelen på KLL-feltet avhjelpes ved å drøfte saker og eventuelt søke råd fra sak til sak.

6.5 Arbeidsmåter

Barnevernet er den instansen som andre tjenester henvender seg til for å få hjelp til å vurdere mistanker om risiko for at KLL vil settes i verk. Tabellen under viser hvordan barnevernet arbeider med denne typen saker.

Tabell 6.7 Barnevernets måter å jobbe mot kjønnslemlestelse på. Prosent (N=52)

Måter å jobbe på	Prosent
Bedt om medisinske undersøkelser	
For å undersøke om de er omskårne	23
Undersøkelser av omskårne	8
Behandling av skader etter omskjæring	6
Annen bistand	
Bistått omskårne kvinner til annen type hjelp	4
Veiledning/rådgivning	
Anonyme drøftinger med andre tjenester	46
Gitt foreldreveiledning	33
Formidlet kunnskap og erfaringer til andre faggrupper	25
Kurs og opplæringsaktiviteter	
Opplæring av egne ansatte	44
Kurs/opplæring for personer som arbeider med KLL	6
Kurs/opplæring for berørte grupper	4
Informasjons- og formidlingsaktiviteter	
Utarbeidet informasjonsmateriell	6
Arbeidet med informasjonskampanjer	6

Oversikten under viser at anonyme drøftinger er den hyppigst benyttede arbeidsmåten i barnevernet i forbindelse med KLL-saker. 46 prosent av barneverntjenestene har hatt slike drøftinger med andre tjenester. Mens opplæring av egne ansatte er den aktiviteten som oftest benyttes for å øke kompetansen på området.

Ellers ser vi at foreldreveiledning er en arbeidsmåte som benyttes av vel en tredjedel av barneverntjenestene, mens en fjerdedel oppgir at de har bedt om medisinske undersøkelser for å undersøke om jenter er omskårne.

På spørsmål om barnevernet har bidratt til at KLL-tilfeller er blitt undersøkt, svarer 29 prosent bekreftende. I tillegg mener åtte prosent (4 instanser) at de har vært med på å avverge tilfeller av kjønnslemlestelse, mens nærmere en tredjedel oppgir at de har drevet med forebyggende arbeid for å forhindre kjønnslemlestelse.

Flere av barneverninstansene i utvalget som var uten erfaring med KLL, benyttet de åpne svarmulighetene til å si noe om hvilken innsats deres tjeneste hadde gjort i forhold til kjønnslemlestelse. En av disse ordla seg slik:

Tjenesten har i stor grad gjennomført medisinsk undersøkelse på sykehus av alle barn som blir meldt ved fare for kjønnslemlestelse, selv om mistanken/frykten kun kommer av utenlandsreise og etnisk opprinnelse, på bakgrunn av kontrakt inngått i forkant av avreise. Det har ikke vært påvist kjønnslemlestelse ved noen tilfelle.

Enkelte barneverninstanser påpeker at det er for mye fokus på utbredelse av KLL og at få tjenester melder slike bekymringssaker til barneverntjenesten: «Svært få, om noen, saker har vært avdekket». Mange tjenester ser på KLL som et problem av lite omfang. En av barnevernstjenestene sier at i de sakene hvor de for eksempel har gjennomført underlivsundersøkelse etter utenlandsreise, har det ikke vært avdekket noen tilfeller av KLL.

Hovedhensikten med barnevernets og andre instansers virksomhet på KLL-området er å forbygge nye tilfeller av omskjæring. Noen har prosedyrer i form av kontrakter med familier før eller etter utenlandsreiser, hvor sykehusundersøkelse av aktuelle barn inngår. Flere stiller spørsmål om denne ressurskrevende satsningen er hensiktsmessig. Innføring av frivillige undersøkelser av jenter er en del av skepsisen, som blant annet begrunnes med at enkelte former for kjønnslemlestelse er vanskelig å fastslå ved medisinsk undersøkelse.

En barneverntjeneste forteller om samarbeidsmøter mellom instanser som ideelt sett bør samarbeide «dersom kjønnslemlestelse skulle bli aktualisert» hos en av dem. Hovedtemaet på disse samarbeidsmøtene er meldeplikt og avvergelsesplikt. På undersøkelsestidspunktet hadde kommunen ikke arbeidet med konkrete saker, men alle instansene var likevel enige om at de ønsket flere samlinger av denne typen. Målet var å forebygge at noen i de aktuelle gruppene ble utsatt for KLL. Det presiseres at KLL i barnevernssammenheng anses som grov omsorgsvikt.

6.5.1 Pedagogiske virkemidler i arbeidet

Fire barneverninstanser oppga at de hadde tatt i bruk OK-prosjektets materiale. Tre barneverntjenester har tatt i bruk internett (det går ikke fram på hvilken måte), og en instans bruker film som pedagogisk virkemiddel. Andre oppgir at de har tilbud om individuelle samtaler med brukergruppene, en at de deler ut informasjon om lovverket på aktuelle grupperes morsmål og to oppgir at de har opprettet kontrakt eller har inngått skriftlige avtaler med klienter som eksempler på pedagogiske virkemidler i arbeidet.

6.6 Arenaer for kontakt med berørte

Bekymringsmeldinger fra offentlig ansatte er den mest vanlige måten for barnevernet å få kontakt med berørte på. I tillegg har 12 prosent av barneverntjenestene tatt kontakt med berørte etter at de har mottatt bekymringsmeldinger fra andre. Barnevernet kommer i liten grad i kontakt med berørte på andre måter.

Tabell 6.8 Barnevernets kontaktmåter med berørte. Prosent (N=52)

Kontaktmåter	Prosent
Tatt kontakt med berørte etter informasjon eller bekymringsmelding fra offentlig ansatte	25
Tatt kontakt med berørte etter informasjon eller bekymringsmelding fra andre	12
Deltatt i møter/samlinger	8
Privat omgang med familier som kan være berørt	6
Barn/unge i risikozonen har selv tatt kontakt	4
Gjennom organiserte, sosiale aktiviteter	2
Voksne kvinner har tatt kontakt	2
Foreldre/pårørende har tatt kontakt	2

Bare unntaksvis får barnevernet henvendelser fra organisasjoner, privatpersoner eller fra barn og unge som selv er i risikozonen. To barneverntjenester sier for øvrig at de har tatt opp KLL i familier der de har hatt saker knyttet til andre forhold.

6.7 Kontakt med andre tjenester

Under halvparten av barneverntjenestene i utvalget (44 prosent) hadde arbeidet med saker som gjaldt kjønnslemlestelse. Dette er det viktig å være klar over når vi i det følgende ser på barnevernets kontakt og samarbeid med andre hjelpetjenester. I det følgende ser vi på hvor omfattende kontakthypenheten er med andre i KLL-arbeid, på hvilken måte de har kontakt og samarbeid, og hvilke tema som er gjenstand for samarbeid med andre.

Det går fram av tabellen nedenfor at barnevernet har kontakt med en rekke andre tjenester om KLL, men kontakten skjer for det meste sjeldnere enn en gang i måneden. Dette kan ha sammenheng med at sakene som dreier seg om bekymring for kjønnslemlestelse er få og opptrer sjeldent.

Tabell 6.9 Barnevernets kontakthypighet med andre tjenester om KLL. Prosent (N=52)

Tjeneste	1 g pr mnd eller oftere	Sjeldn enn 1 g pr mnd	Aldri	Vet ikke/ Ubesvart	Totalt
Helsesøster	8	37	21	35	100
Politiet	6	29	23	43	100
Skole	2	29	23	46	100
Barnehage	4	21	31	45	100
Skolehelsesøster	4	19	25	52	100
Lege	4	17	31	48	100
Asylmottak	0	21	35	44	100
Sosialtjeneste	0	12	37	52	100
Barneverntjeneste	4	6	21	69	100
Jordmor	2	6	39	54	100
Friv. organisasjon	2	6	36	54	100
Andre aktører	2	6	37	56	100

Barnevernet har hyppigst kontakt med helsesøstre i forbindelse med KLL – 45 prosent av alle – men bare åtte prosent har kontakt en gang i måneden eller oftere. Dernest har de hyppig kontakt med politiet og med skoler.

Under kategorien «Andre aktører» oppgir enkelte at de har kontakt med barneavdelinger på sykehus, Barnehuset, RVTS, flyktning- eller innvandretjenesten og krisesenteret. En instans oppgir at deres avdeling er representert i prosjektgruppe om KLL sammen med helsestasjon, skolehelsesøster og jordmor. Gruppen har jevnlig møter.

6.7.1 Samarbeidstema

Juridiske problemstillinger ser ut til å være blant de mest aktuelle tema for barnevernets samarbeid med andre instanser om KLL. 42 prosent oppgir at innholdet i norsk lovverk står sentralt i samarbeidet med andre tjenester, mens 31 prosent nevner avvergesplikten.

Samtidig er helsemessige skader ved omskjæring og psykososiale ettervirkninger av tradisjonen et relativt hyppig tema. Det samme gjelder kultur, tradisjoner og verdier i de befolkningsgruppene som praktiserer omskjæring.

Tabell 6.10 KLL-tema som barnevernet samarbeider med andre tjenester om. Prosent (N=52)

Tema	Prosent
Innholdet i norsk lovverk	42
Avvergelsesplikten	31
Psykososiale ettervirkninger	27
Helsemessige skader	25
Kultur, tradisjoner og verdier i berørte grupper	23
Etiske dilemma og implikasjoner	17
Bruk av tolk	15
Informasjonsarbeid	14
Kunnskapsformidling	14
Hvordan snakke med berørte grupper	12

6.7.2 Videreutvikling av samarbeid

Liten kontakt med andre tjenester om KLL betyr ikke at barnevernet ikke har ønske om kontakt med andre. Først og fremst oppgir barnevernet i vårt utvalg at de ønsker å utvikle kontakten med politiet (nærmere tre av fire), mens henholdsvis 69 og 64 prosent ønsker mer samarbeid med helsesøster og lege. Til tross for at helsestasjonene og politiet er de to instansene barnevernet allerede samarbeider best med (Lidén og Bentzen 2008), er det ønske om ytterligere samarbeid med disse to instansene.

Lidén og Bentzens undersøkelse viste at nærmere halvparten av barnevernkontorene mente at samarbeidet med skoler og barnehager fungerte bare middels godt. Vi ser at barnevernet i vårt utvalg ønsker å utvikle samarbeidet med andre tjenester. Ser vi på kontakten med andre tjenester på undersøkelsestidspunktet i forhold til uttrykt ønske om mer samarbeid, ser barneverntjenesten i vårt utvalg behov for å øke samarbeidet i KLL-saker med alle tjenestene som de i dag er i kontakt med.

Tabell 6.11 Aktører/instanser som barnevernet samarbeider med i forhold til hvem de ønsker å utvikle samarbeidet med. Prosent (N=52)

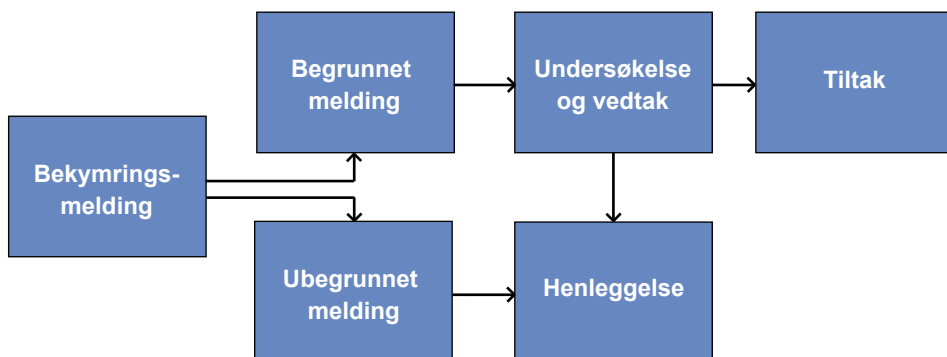
Tjenester	Har samarbeid med	Ønsker økt samarbeid med
Politiet	35	73
Helsesøster	45	69
Lege	21	64
Barnehage	25	62
Skole	31	60
Skolehelsesøster	23	60
Sosialtjenesten	12	42
Jordmor	8	39
Barnevernet	10	19

17 prosent av instansene svarer ikke på spørsmålet om hvilke instanser de ønsker å utvikle samarbeidet med angående kjønnslemlestelse. Det er nærliggende å tolke dette som at disse enten i liten grad kommer bort i denne typen saker, slik at de ikke ser behov for økt samarbeid med andre, eller at de er tilfreds med det samarbeidet de har med andre tjenester.

6.8 Saksgangen i KLL-saker

Gjennom en forenklet framstilling av saksgangen i barnevernet påpeker Lidén og Bentzen (2008) at sakene oftest begynner med en bekymringsmelding, som kan komme fra barnet selv, barnets foreldre eller fra andre. Barnevernet er forpliktet til å vurdere alle meldinger seriøst. I noen tilfeller vurderes bekymringsmeldingen som ubegrunnet, og saken henlegges uten videre begrunnelse. I motsatt fall settes det i gang en undersøkelse. Når undersøkelsen er ferdig, fatter barnevernet vedtak om tiltak eller henleggelse. Modellen under gir et bilde av saksgangen.

Figur 6.1 Saksgangen i barnevernet



Kjønnslemlestelsessaker er forholdsvis sjeldne i barnevernet. 23 av de 52 barneverntjenestene i utvalget (44 prosent) hadde arbeidet med slike saker. Vi skal se nærmere på hvilke typer KLL-saker barneverntjenestene i vårt utvalg har hatt.¹³

6.8.1 Bekymringsmeldinger

I følge Lidén og Bentzen (2008) fikk barnevernet inn bekymringsmeldinger på 55 jenter i 2007, mot 17 meldinger året før. Omfanget var basert på svar fra 126 barnevernkontor. Bekymringsmeldingene kom hovedsakelig fra helsestasjoner og skolehelsetjeneste, fra skoler og barnehager og fra sykehus, i tillegg til barnevernet selv. Antallet meldinger lar seg vanskelig sammenligne med vårt eget materiale.

Innsamlingen av materialet til vår kartlegging foregikk sommeren 2009. De 52 barneverntjenestene som er representert i utvalget, ble spurt om hvor mange bekymringsmeldinger som gjaldt kjønnslemlestelse de hadde mottatt i løpet av 2008, og hvor mange avsluttede bekymringsmeldinger som ble videreført fra 2007 til 2008.

Tabell 6.12 *Bekymringsmeldinger til barnevernet om KLL fordelt på antall barn, familier og barneverninstanser i 2008. Absolutte tall*

Bekymringsmeldinger	Antall saker/ barn	Antall familier	Antall BV-instanser
11 uavslutta meldinger fra 2007 + 41 nye bekymringsmeldinger i 2008	52	31	15
Avsluttede meldinger uten tiltak i 2008 (henleggelse)	19	-	11

Summen av avsluttede bekymringsmeldinger fra 2007 og nye bekymringsmeldinger i 2008 var på til sammen 52 meldinger fordelt på 15 barneverntjenester i vårt utvalg. Antall bekymringsmeldinger ved de barneverntjenestene i utvalget som mottok slike, varierte fra en til 20 meldinger i 2008.

Bekymringsmeldingene som var til vurdering i barnevernet gjaldt 52 barn i 31 familier i 2008. Det betyr at bekymringsmeldingene var rettet mot flere medlemmer i noen av familiene.

I 2008 henla barneverntjenestene i utvalget etter vurdering 19 bekymringsmeldinger. Det tilsvarer 37 prosent av alle bekymringsmeldingene om KLL som disse barneverninstansene hadde til vurdering dette året.

¹³ Den oppmerksomme leser vil se at antallet bekymringsmeldinger, avslutta meldinger, iverksatte undersøkelsessaker og avsluttede saker for perioden 2008, ikke stemmer helt over ens. Det er mulig at spørsmålene på dette punktet i spørreskjemaet var uklare, slik at svarene ble upresise.

På undersøkelsestidspunktet sommeren 2009 hadde to av barneverntjenestene i utvalget til sammen syv bekymringsmeldinger til vurdering.

6.8.2 Iverksatte undersøkelser

Ved årsskiftet 2007/2008 hadde to av barneverninstansene i utvalget fem undersøkelsessaker til behandling. Disse ble videreført i 2008. I løpet av 2008 iverksatte 14 av barneverntjenestene i utvalget nye undersøkelser på 44 barn og unge etter Lov om forbud mot kjønnslemlestelse. De 44 barna kom fra 26 familier.

Med de fem sakene som ble overført fra 2007, hadde barnevernet til sammen 49 undersøkelsessaker til behandling i 2008. Av disse ble 33 undersøkelsessaker avsluttet uten tiltak. Det betyr at to av tre undersøkelsessaker om KLL som var under behandling i barnevernet i 2008, ble avsluttet uten tiltak.

Tabell 6.13 Undersøkelsessaker om KLL i 52 barneverntjenester fordelt på antall barn, familier og barnverninstanser i 2008. Absolutte tall

Type saker	Antall saker/ barn	Antall familier	Antall BV-instanser
Undersøkelsessaker overført fra 2007	5	-	2
Iverksatt undersøkelse i 2008	44	26	14
Undersøkelsessaker i 2008 avsluttet uten tiltak	33	-	13

Ingen av undersøkelsessakene om KLL ved barneverntjenestene i vårt utvalg endte med vedtak om omsorgsovertakelse i 2008.

6.9 Avvergelsesplikt og politianmeldelse

Avvergelsesplikten innebærer en plikt til å handle for den yrkesutøver som har fått kjennskap til at kjønnslemlestelse kan komme til å skje. Ved å gi melding til barnevernet har yrkesutøveren oppfylt sin avvergelsesplikt (Sosial- og helsedirektoratet 2004). Hvis det er risiko for at kjønnslemlestelse vil skje i umiddelbar fremtid, slik at melding til barnevernet eller barnevernvakten vurderes å ta for lang tid, anmodes yrkesutøveren om å anmelde saken til politiet.

Barneverntjenesten vil normalt oppfylle avvergelsesplikten ved å undersøke jentas omsorgssituasjon og igangsette de tiltak som er nødvendige for å beskytte henne mot kjønnslemlestelse. Er det nødvendig å varsle politiet for å beskytte jenta, er barnevernet, i følge avvergelsesplikten, forpliktet til å gjøre det (Barne- og likestillingsdepartementet 2008b).

I løpet av 2007, 2008 og fram til undersøkelsestidspunktet sommeren 2009 hadde syv av de 52 barneverntjenestene tatt i bruk avvergelsesplikten i til sammen 17 tilfeller – ett tilfelle i 2007, 10 tilfeller i 2008 og seks tilfeller i 2009.

I løpet av første halvår 2009 hadde fem barneverntjenester meldt syv KLL-saker til politiet. Disse syv sakene gjaldt 12 barn/unge.

Til tross for at avvergelsesplikten er tatt i bruk av barnevernet i 17 KLL-saker i en periode på 2,5 år, fra 2007 til 2009, har barnevernet ikke funnet det nødvendig å gå inn med omsorgsovertakelse for å hindre gjennomføring av omskjæring. Vår kartlegging gir for øvrig ingen svar på hvilke konkrete tiltak som ble satt i verk i de sakene der det ble fattet vedtak.

Vi merker oss at bare 31 prosent av barneverntjenestene i utvalget er av den oppfatningen at medarbeiderne har mye kunnskap om praktisering av avvergelsesplikten, mens omtrent like mange (29 prosent) mener de har liten eller ingen kunnskaper på dette området. Vi går ut fra at det lave kunnskapsnivået har sammenheng med barnevernets manglende erfaring med KLL-saker. I og med at barnevernet er den instansen som er pålagt å håndtere denne typen saker, kunne en ha forventet at de økte beredskapen ved å øke kompetansen på dette området.

6.10 Oppsummering og kommentar

Sammenlignet med de øvrige instansene som har oppgaver og ansvar i forhold til arbeidet mot kjønnslemlestelse, står barnevernet i en særstilling. Barnevernet er den instans andre tjenester tar kontakt med når barn og unge utsettes for eller står i fare for å utsettes for kjønnslemlestelse.

I 2007 hadde en knapp tredjedel av barnevernkantorene hatt ansatte som hadde deltatt på kvalifiseringstiltak, som seminarer, kurs eller lignende, og bare 10 prosent vurderte sin kompetanse til å håndtere saker som gjaldt kjønnslemlestelse, som god (Lidén og Bentzen 2008).

At en relativt høy andel av barneverntjenestene har kunnskapsmangel på viktige KLL-områder, er bekymringsfullt med tanke på den rollen denne instansen er ment å ha på KLL-feltet. Det bør tas utgangspunkt i de tema der barnevernet selv mener de har kunnskapshull, og la dette danne grunnlaget for en kompetanseopprustning.

I vår kartlegging som foregikk i 2009 finner vi:

- Under halvparten av barneverntjenestene i utvalget har arbeidet med konkrete saker som gjaldt kjønnslemlestelse.
- Bare en av tre barneverntjenester har medarbeidere med «spesialkunnskap» om KLL i form av utdanning/kurs.
- Kun en av tre barneverntjenester har utarbeidet faste rutiner for hvordan KLL-saker skal ivaretas.
- 46 prosent av barneverninstansene mener at de fleste medarbeiderne mangler grunnleggende kunnskap om kjønnslemlestelse.
- Barnevernet mottar få bekymringsmeldinger om KLL. I 2008 hadde de 52 bekymringsmeldinger til vurdering og iverksatte 44 undersøkelsessaker. De fleste bekymringsmeldingene og undersøkelsessakene ble avsluttet uten tiltak.
- I løpet av 2,5 år – fra 2007 til 2009 – tok barneverntjenesten i bruk avvergelsesplikten i 17 KLL-saker. I samme tidsrommet meldte de syv slike saker til politiet.
- Man kunne ha forventet at barneverntjenesten hadde høyere kompetanse på det lovverket de er satt til å forvalte. Kun 44 prosent hadde ansatte med mye kunnskap om lovverket om kjønnslemlestelse, mens bare 31 prosent hadde ansatte med mye kunnskap om avvergelsesplikten.

7 Felles trekk og ulikheter i KLL-arbeidet i helsetjenester, asylmottak og barnevern

7.1 Aktivitetene avspeiler oppgavene

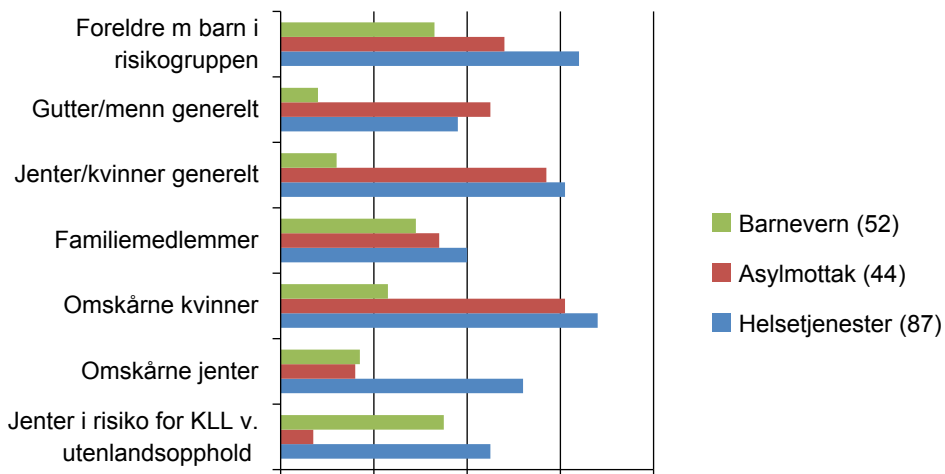
Helsetjenestene, asylmottakene og barneverntjenestene er de tre tjenestene som utgjør flest enheter i vår kartleggingsstudie, til sammen 72 prosent av utvalget. I dette kapitlet skal vi se nærmere på hvilke likhetstrekk de tre instanstypene har og hvordan de skiller seg fra hverandre. Aktiviteten på KLL-området i de tre tjenesteområdene avspeiler de ulike oppgavene de er pålagt.

Tjenestenes arbeidsmåter er først og fremst relatert til deres generelle oppgaver og dernest til deres spesielle ansvar i forbindelse med håndteringen av kjønnslemlestelse. Vi bør merke oss at asylmottakene kun har flyktninger og asylsøkere som målgrupper, mens barnevernet og helsetjenestene tjener hele befolkningen. Samtidig bør en være klar over at flere av helseinstansene som har besvart vårt registreringskjema, er egne helseenheter for personer med minoritetsbakgrunn. Det gjør at andelen personer som arbeider med KLL blir ekstra høy i enkelte av helsetjenestene i vårt utvalg.

7.2 Brukergruppene

De tre instansene har stort sett kontakt med de samme brukergruppene, men kontakthypigheten varierer. Helsetjenestene har hyppigst kontakt med alle brukergruppene som var oppgitt i kartleggingskjemaet (se tabellen under), bortsett fra gutter/menn. Barnevernet har lite kontakt med de aktuelle gruppene, bortsett fra gruppen, «jenter i risiko for KLL». Figur 7.1 viser at kontaktmønsteret i forhold til ulike brukergrupper avspeiler de spesielle oppgavene de tre tjenestene er pålagt.

Figur 7.1 Kontakt med brukergrupper fordelt på instanser. Prosent (N=)



Helsetjenestene og asylmottakene er oftest i kontakt med omskårne kvinner, foreldre med barn i risikogruppen og jenter/kvinner generelt, mens barnevernet oftest er i kontakt med jenter vurdert å være i risiko for KLL ved planlagt utenlandsopphold, foreldre som har barn i risikogruppen og familiemedlemmer av jenter/kvinner som er eller står i fare for KLL.

Forenklet kan en si at mens barnevernet konsentrerer aktiviteten om å forhindre at KLL iverksettes, retter helsetjenestene og asylmottakene arbeidet både mot jenter/kvinner som står i fare for å utsettes for KLL, mot jenter/kvinner som allerede er omskårne og mot berørte. Sakene som barnevernet konfronteres med har i tillegg en mer akutt karakter enn KLL-sakene som behandles i de to andre tjenestene.

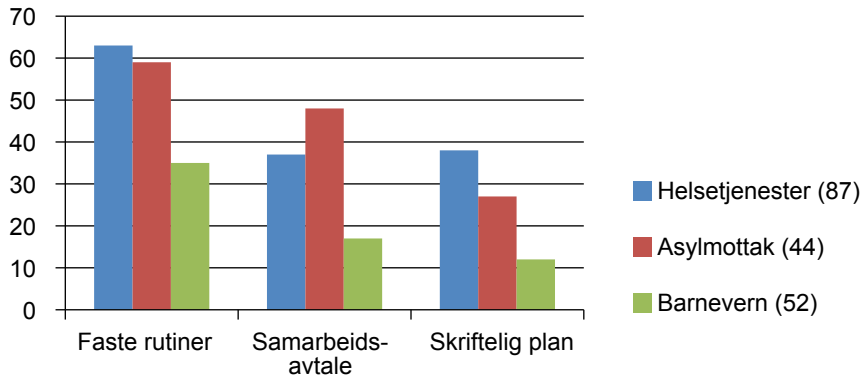
7.3 Forankring av KLL-temaet

56 prosent av helsetjenestene i vårt utvalg hadde erfaring med KLL-saker, mot 44 prosent i barnevernet og 34 prosent i asylmottakene.

I forhold til helsetjenestene har barnevernet færre stillinger med øremerket tid til å arbeide med KLL, færre medarbeidere med kunnskap på feltet, og har langt sjeldnere utarbeidet faste rutiner eller skriftlige planer i forhold til KLL. I tillegg har langt færre barneverntjenester, sammenlignet med helsetjenestene og asylmottakene, inngått samarbeidsavtaler med andre tjenester om KLL. Dette kan virke noe overraskende tatt i betraktning den sentrale rollen barnevernet har i forhold til temaet.

Aktiviteten på KLL-området er ulik i de tre instansene og avspeiles i de strukturene instansene har etablert på området. Også her skiller barnevernet seg ut sammenlignet med helsetjenestene og asylmottakene.

Figur 7.2 Forankring av KLL-arbeidet fordelt på instanser. Prosent (N=)



En høyere andel av helsetjenestene og asylmottakene har forankret arbeidet med kjønnslemlestelse gjennom faste rutiner og skriftlige planer for virksomheten sammenlignet med barnevernet. Asylmottakene er den instansen som i størst grad har inngått samarbeidsavtaler med andre tjenester. Forklaringen kan være at asylmottakene er en instans for mennesker med midlertidig opphold i Norge, og er derfor i større grad enn andre instanser, avhengig av et utstrakt samarbeid med hjelpeapparatet i den perioden oppholdet varer.

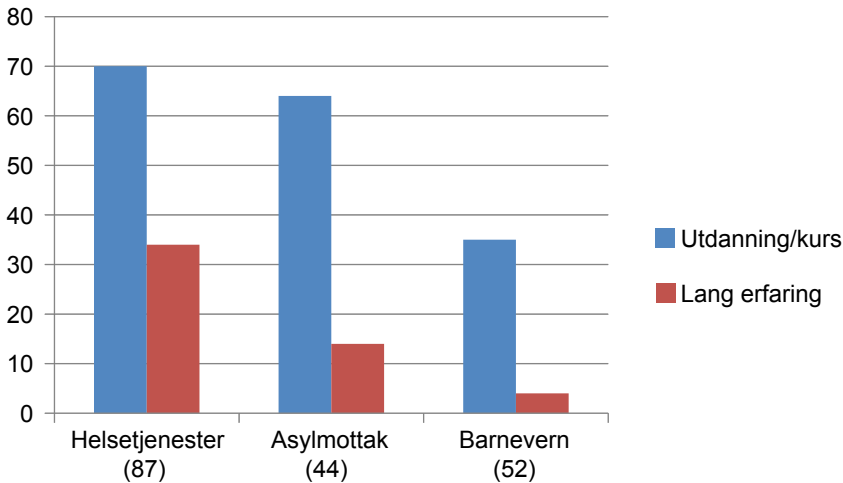
Som vi allerede har vært inne på, kan forklaringen på barnevernets manglende rutiner, samarbeidsavtaler og utarbeiding av skriftlige planer, være at oppgavene deres først og fremst er å forhindre at KLL skjer. De er avhengige av at andre tjenester melder fra om bekymringer om at jenter er i risiko for å utsettes for kjønnslemlestelse. Mangelen på saker, enten fordi problemet har begrenset omfang, eller fordi de tilfellene som finnes, holdes skjult for det norske hjelpeapparatet, kan forklare barnevernets lave aktivitet på området.

7.4 Kompetanse

Vi har vært inne på at kompetansebegrepet i vår studie henspiller på om de ansatte har deltatt på undervisningsopplegg i form av kurs og/eller konferanser rettet spesifikt mot KLL og/eller om de ansatte har lang arbeidserfaring på området. Også her ser vi samme mønsteret med mest aktivitet i helsetjenestene og minst i barnevernet. Det ser imidlertid ut til å ha vært mye kursing av ansatte i helsetjenestene og asylmottakene. Unntaket er barnevernet. Bare vel 30 prosent av barneverntjenestene i utvalget har

ansatte med kompetanse på KLL, mot vel 60 prosent på asylmottakene og 70 prosent i helsetjenestene.

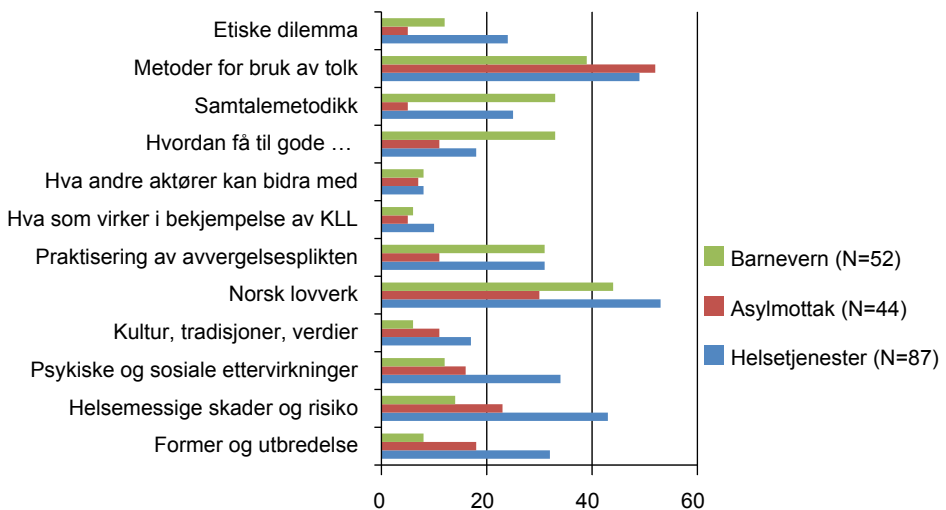
Figur 7.3 Kompetanse på KLL fordelt på instanser. Prosent (N=)



Samtidig oppgir en tredjedel av helsetjenestene at de har ansatte med lang erfaring på feltet, mot 14 prosent i asylmottakene og fire prosent i barnevernet.

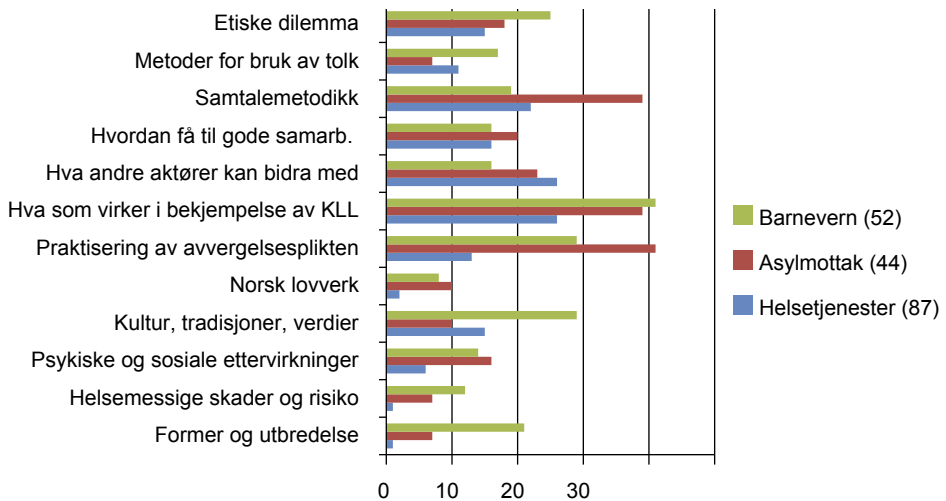
Også når vi sammenligner instansenes oppfatninger om hvilke områder de kan mye eller lite om i forbindelse med KLL, er det stor variasjon mellom de tre tjenestetypene. En høyere andel av de som arbeidet i helsetjenesten oppgir flere områder som de har mye kunnskap om.

Figur 7.4 Tema som instansene oppgir at de har mye kunnskap om. Prosent (N=)



Vi vet for øvrig ikke hva respondentene legger i begrepene «mye» eller «lite» i forhold til kunnskapsnivået. Relativt mange av respondentene i de tre instansene mener at medarbeiderne kan mye om metoder for bruk av tolk og har mye kunnskap om lovverket. For øvrig synes kunnskapen om KLL å være relativt mangelfull, spesielt i asylmottakene og barnevernet.

Figur 7.5 Tema som instansene oppgir at de har lite eller ingen kunnskap om. Prosent (N=)



Diagrammet viser et større sprik mellom instansene når det gjelder tema som respondentene oppgir at medarbeiderne har liten eller ingen kunnskap om.

Helsetjenestene oppgir at de kan lite om hva som virker i bekjempelse av kjønnslemlestelse og ser ut til å ha liten kunnskap om hva andre aktører og hjelpeinstanser kan bidra med. I tillegg kan de lite om hvordan de samtaler om dette temaet med brukerne. Asylmottakene kan minst om avvergelsesplikten og hva som virker i bekjempelse av KLL. De kan også lite om samtalemetodikk. Barnevernet kan minst om hva som virker i bekjempelse av KLL, de kan lite om kultur, tradisjoner og verdier, og relativt mange oppgir at de har liten kunnskap om praktisering av avvergelsesplikten (de to siste temaene oppgir 29 prosent at de har liten eller ingen kunnskap om).

I oversikten som følger, velger vi å gjøre følgende forutsetninger:

«**Mye kunnskap**» = når 30 prosent eller flere av de som besvarer skjemaet krysser av i kategorien «Mye kunnskap»

«**Lite kunnskap**» = når 30 prosent eller flere av de som besvarte skjemaet krysser av i kategorien «Liten/Ingen kunnskap»

I oversikten fordeler helsetjenestene, asylmottakene og barnevernet seg med «sterke» og «svake» kunnskapsområder om KLL på følgende måte:

Tabell 7.1 KLL-tema som 30 prosent eller flere oppgir at de har mye eller lite kunnskap om fordelt på instanser.

Instans	Har mye kunnskap om:	Har lite eller ingen kunnskap om:
Helsetjenestene	Norsk lovverk Helseskader og risiko Psykososiale følger Former og utbredelse Avvergelsesplikten	
Asylmottakene	Norsk lovverk	Avvergelsesplikten Bekjempelse av KLL
Barneverntjenesten	Norsk lovverk Tolkebruk Samarbeidsrelasjoner Avvergelsesplikten	Bekjempelse av KLL

Både i helsetjenestene, asylmottakene og barnevernet oppgir respondentene at medarbeiderne har mest kunnskap om det norske lovverket. Helsetjenestene har flest temaområder hvor de hevder at medarbeiderne har mye kunnskap. Tilsvarende oppgir barnevernet at medarbeiderne har mye kunnskap om fire tema, mens asylmottakene kun oppgir ett KLL-tema de kan mye om.

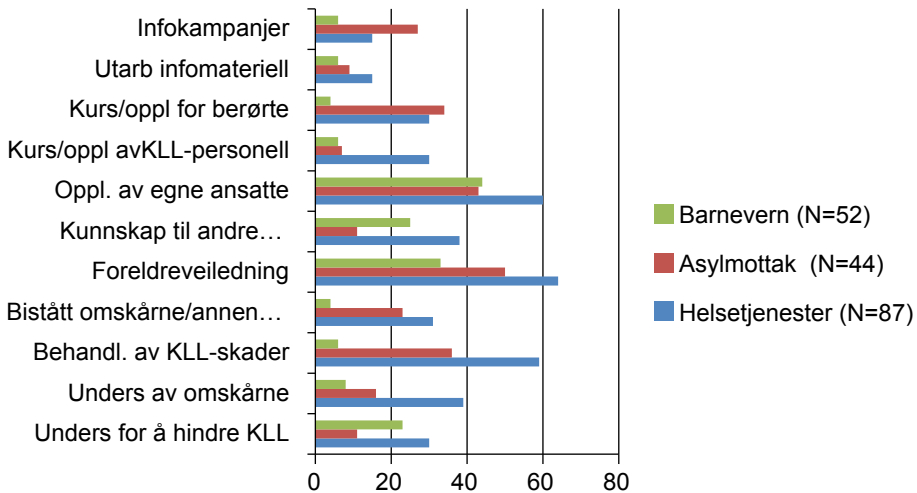
Mens helsetjenestene er alene om å ha mye kunnskap om spesifikke medisinske kunnskapsområder, som helseskader og risiko ved kjønnslemlestelse, psykiske og sosiale ettervirkninger av KLL, og ulike former for KLL og utbredelse, er barneverntjenesten alene om å ha mye kunnskap om hvordan de kan få til gode samarbeidsrelasjoner med andre tjenester. I tillegg oppgir mer enn 30 prosent av barneverntjenestene at de kan mye om samtalemetodikk.

Helsetjenestene har ingen temaområder som 30 prosent eller flere svarer at medarbeiderne kan lite eller ingen ting om. Asylmottakene og barneverntjenestene sier de har lite kunnskap om hva som virker i bekjempelse av kjønnslemlestelse, og asylmottakene har i tillegg lite kunnskap om avvergelsesplikten og om samtalemetodikk. Samtidig hevder nærmere 30 prosent av barneverntjenestene at de har liten eller ingen kunnskap om praktisering av avvergelsesplikten. I og med at barnevernet har et spesielt ansvar for å forhindre at gjennomføring av KLL, bør man vurdere om dette er en akseptabel kunnskapssituasjon i barnevernet.

7.5 Arbeidsmåter

Av stolpediagrammet går det fram at alle de tre instansene arbeider mye med foreldreveiledning og med opplæring av egne ansatte. Ellers går mye av KLL-arbeidet i helsetjenestene ut på undersøkelser og behandling av skader etter kjønnslemlestelse og ved at de bistår omskârne på andre måter.

Figur 7.6 Instansenes måter å arbeide med KLL på. Prosent. Helsetjenester (N=87), asylmottak (N=44), barnevern (N=52)



Helsetjenestene ser ut til å ha større bredde i arbeidsmåtene og et høyere aktivitetsnivå enn de to andre instansene. Samtidig finner vi at asylmottakene er den av de tre instansene som oftest er involvert i informasjonskampanjer og som i størst grad driver med kurs og opplæring for berørte grupper. En bør for øvrig være oppmerksom på at nyankomne flyktninger og asylsøkere har små muligheter for å få omskåret jenter og unge så lenge de befinner seg på mottak. KLL-arbeidet på mottak er dermed i større grad rettet mot å sørge for behandling av jenter/kvinner som allerede er omskârne.

Mens barneverntjenesten i langt mindre grad enn asylmottakene og helsetjenestene arrangerer kurs og opplæring for berørte, bidrar de dobbelt så ofte som asylmottakene med å formidle kunnskap og erfaring om KLL til andre faggrupper. Det er grunn til å tro at hovedtemaet for formidlingen er knyttet til juridiske spørsmål i tilknytning til KLL. Helsetjenestene er likevel de mest aktive av de tre instansene når det gjelder formidling til andre faggrupper.

Mye av innsatsen i forhold til KLL-arbeidet er den samme i helsetjenestene (med unntak av de seks sykehusavdelingene) og asylmottakene. Det handler i hovedsak

om behandling av omskårne. Sammenlignet med helsetjenestene og asylmottakene er barnevernet, med få unntak, en relativt passiv instans i arbeidet med KLL.

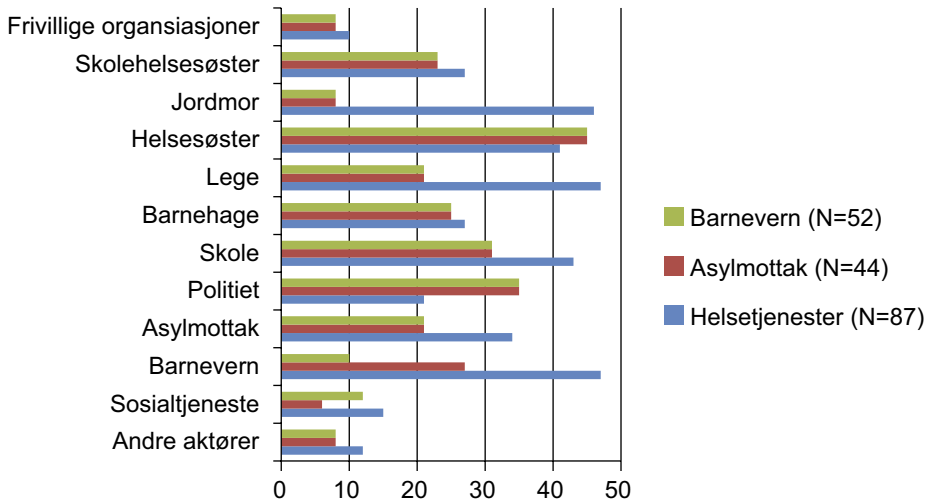
Både helsetjenestene og asylmottakene har større aktivitet rettet mot forbygging og behandling av helseskader knyttet til kjønnslemlestelse enn barnevernet. At barnevernet i så liten grad arbeider med denne problematikken, kan skyldes at de, som meldeinstans for andre tjenester som støter på problematikken, mottar få saker om KLL. Samtidig sitter en igjen med et inntrykk av at barnevernet i mindre grad enn de andre to tjenestene på eget initiativ har satt i gang forebyggende arbeid på feltet.

7.6 Kontakt med andre tjenester

De tre store instansene ser ut til å ha omfattende kontakt med en rekke tjenester. 30 prosent eller flere oppgir at de er i kontakt med helsesøstre, jordmødre og leger. Like mange er i kontakt med barnehager og skoler. Samtidig oppgir mer enn to av fem som utfylte kartleggingsskjemaet at de er i kontakt med politiet.

Helsetjenesten er den instansen som er hyppigst i kontakt med flest andre tjenester. 45 prosent av helsetjenestene er i kontakt med barnevern, lege og jordmor og 34 prosent med asylmottak. I tillegg har mer enn en fjerdedel kontakt med barnehager og skolehelsesøstre.

Figur 7.7 Kontakt med andre tjenester fordelt på instanser. Prosent (N=)



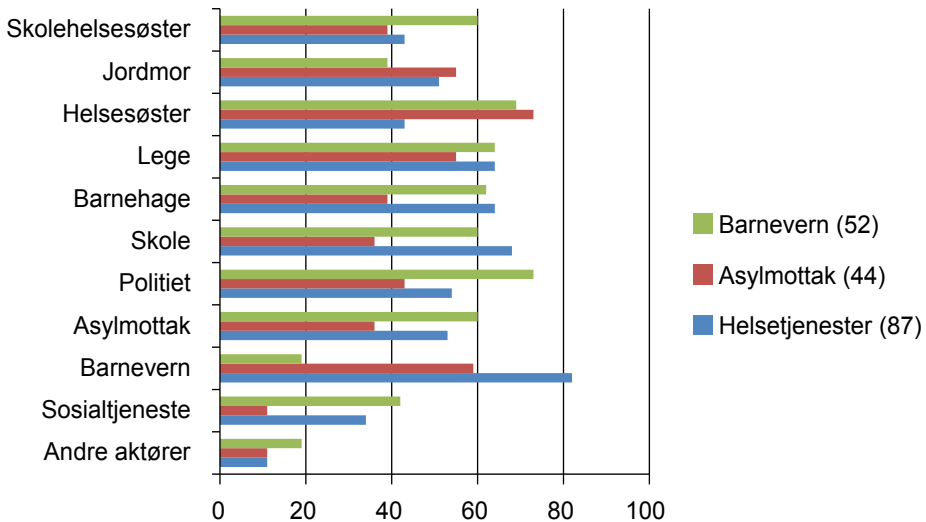
Asylmottak og barnevern oppgir at de er hyppigst i kontakt med helsesøstre (45 prosent), politiet (35 prosent) og skole (31 prosent).

De tre tjenestene har sjeldnest kontakt med frivillige organisasjoner og med sosialtjenesten.

7.6.1 Samarbeidsbehov

Instansene uttrykker behov for mer samarbeid med en rekke andre tjenester. Helsetjenestene og barnevernet ser behov for å utvikle samarbeidet med syv av 10 tjenester som var listet opp som aktuelle samarbeidsinstanser, mens asylmottakene har behov for å utvikle samarbeidet med fire av de 10 tjenestene.

Figur 7.8 Tjenester det er behov for å utvikle samarbeidet med. Prosent (N=)



Helsetjenestene uttrykker først og fremst behov for økt samarbeid med barnevernet, skoler, barnehager og leger. Asylmottakene ser behov for økt samarbeid med helsesøstre, barnevern, leger og jordmødre, mens barnevernet i størst grad har behov for å øke samarbeidet med politiet, helsesøstre, leger og barnehager.

7.7 Oppsummering

Aktiviteten i helsetjenestene, asylmottakene og barnevernet varierer i forhold til de oppgavene den enkelte tjeneste er pålagt. Både asylmottakenes og helsetjenestenes fokus er rettet både mot forebyggende virksomhet for å forhindre at kjønnslemlestelse skjer og mot behandling av jenter/kvinner som er omskåret. Barnevernet har en rolle både som hjelpeinstans for jenter som står i fare for å bli omskåret og som kontrollinstans som andre tjenester varsler ved mistanke om at kjønnslemlestelse kan komme til å finne sted.

- Helsetjenestene er pålagt de mest omfattende oppgavene på KLL-området og har mer aktivitet på feltet enn asylmottakene og barnevernet. Dette avspeiles også i antall ansatte som arbeider på området, ansattes kompetanse og ved forankring av arbeidet gjennom rutiner, skriftlige planer og samarbeid med andre tjenester.
- De tre tjenestene har beredskap mot KLL- problematikken ved at de har opparbeidet kompetanse gjennom kursvirksomhet og for enkelte, ved hospitering i tjenester med kunnskap og erfaring med KLL. Selv om mange medarbeidere har deltatt i opplæringsprogrammer, kurs og konferanser om KLL, har de fortsatt stort behov for å øke kunnskapen på området.
- Alle de tre tjenestene ønsker økt samarbeid med andre instanser. Helsetjenestene og asylmottakene ønsker tettere samarbeid med barnevernet. I tillegg ønsker helsetjenestene å intensivere samarbeidet med skoler, barnehager og asylmottak, mens barnevernet ønsker mer samarbeid med helsetjenestene, politiet og med barnehager.

8 Frivillige organisasjoner

8.1 Hvem er de frivillige organisasjonene?

I Handlingsplan mot kjønnslemlestelse understrekes det at de frivillige organisasjonene som arbeider mot kjønnslemlestelse gjør et viktig sosialt arbeid gjennom dialog med risikogrupper (Barne- og likestillingsdepartementet 2008a). De er viktige samarbeidspartnere og brobyggere mellom minoritetsmiljøene og det offentlige hjelpeapparatet som har KLL-problematikken på dagsorden. Et sentralt spørsmål i dette kapitlet er hvilken rolle de frivillige organisasjonene har på dette feltet, og om deres tilnærming i arbeidet er annerledes enn de offentlige tjenestene.

NKVTS henvendte seg til innvandrersorganisasjoner, nettverksgrupper, kirker/menigheter og ideelle/humanitære organisasjoner som kunne tenkes å gjøre en innsats på KLL-feltet. 22 av 94 frivillige organisasjoner besvarte registreringskjemaet. De består både av interesseorganisasjoner for minoritetsgrupper og av opplysnings- og veiledningstjenester for personer med spesifikke problemer.

I handlingsplanen mot kjønnslemlestelse understrekes det at holdningsendring og endring av praksis når det gjelder KLL, må skje innad i de berørte gruppene.

Omkring halvparten av de frivillige organisasjonene som fylte ut registreringskjemaet, er drevet av og for minoriteter. For disse er kjønnslemlestelse ett av mange tema. Seks av organisasjonene er etablerte humanitære virksomheter, som Kirkens bymisjon, Røde kors og Redd barna, der deler av virksomheten er forbeholdt KLL. De øvrige frivillige organisasjonene består av veilednings- og opplysningstjenester som er rettet mot hele befolkningen. Fem virksomheter arbeider med spørsmål knyttet til svangerskap og fødsel generelt.

Mens barnevernet har hatt få saker som gjelder KLL de siste tre årene og er en tjeneste som primært skal arbeide med kontroll og forebygging av KLL, faller det mer naturlig å holde aktiviteten i de frivillige organisasjonene på KLL-feltet opp mot helsetjenestenes og asylmottakenes innsats.

For lettere å kunne sammenligne de frivillige organisasjonene med de andre tjenestene, velger vi å prosentuer tabellene, til tross for at utvalget på 22 enheter gjør at svar fra få personer gir relativt store utslag i prosent.

8.2 Brukergrupper

De frivillige organisasjonene i utvalget har kontakt med barn, ungdom og voksne og en av tre har vært i kontakt med jenter som ble vurdert å være i risiko for å bli utsatt for KLL. Over halvparten har hatt kontakt med jenter/kvinner som er omskåret. Tre organisasjoner har vært i kontakt med familiemedlemmer til jenter/kvinner som er kjønnslemlestet eller som står i fare for å bli det. Mer enn halvparten av organisasjonene har kontakt med jenter/kvinner generelt gjennom forebyggende virksomhet. Ni av de 22 organisasjonene har kontakt med gutter og menn, mens 10 har kontakt med foreldre med barn i risikogruppen.

I likhet med de andre tjenestene er de frivillige organisasjonene oftest i kontakt med somaliere – over halvparten har slik kontakt og en av fem har brukere fra Eritrea. Andre befolkningsgrupper er ikke så hyppig representert som brukere blant organisasjonene i utvalget.

8.3 Forankring av KLL-temaet

Ni av de 22 frivillige organisasjonene i utvalget (41 prosent) oppgir at de har arbeidet med en eller flere saker som gjaldt kjønnslemlestelse.

Sammenlignet med helsetjenestene og asylmottakene, har de frivillige organisasjonene i større grad laget rutiner, skriftlige planer og samarbeidsavtaler i tilknytning til KLL. Dette kan bero på at en høyere andel av de frivillige organisasjonene har fokuset rettet mot minoriteter og at de, i motsetning til helsetjenestene og asylmottakene, oftere har kjønnslemlestelse som ett av sine hovedtema.

Halvparten oppgir at de har utarbeidet en skriftlig plan for arbeidet med KLL og like mange forankret temaet i form av samarbeidsavtaler med andre instanser. Samtidig har litt under halvparten faste rutiner for denne typen arbeid. To av tre frivillige organisasjoner har forankret KLL-arbeidet på en eller flere måter.

8.4 Kapasitet og kompetanse

Halvparten av organisasjonene i utvalget hadde medarbeidere som var involvert i arbeid med KLL. En bør være oppmerksom på at de frivillige organisasjonene både kan ha fast ansatte og medarbeidere som gjør en ulønna innsats i virksomheten.

8.4.1 Medarbeidernes skoloring

Sammenlignet med helsetjenestene og asylmottakene har færre medarbeidere i de frivillige organisasjonene «spesialkunnskap» i form av utdanning/kurs om kjønnslemlestelse – halvparten mot henholdsvis 70 og 64 prosent.¹⁴ Til gjengjeld har de frivillige organisasjonene en høyere andel medarbeidere med lang erfaring fra denne typen arbeid – 45 prosent mot henholdsvis 34 og 14 prosent av helsetjenestene og asylmottakene.

8.4.2 Kulturbakgrunn og erfaring fra andre land

Vi ser også et markant skille mellom de frivillige organisasjonene og helsetjenestene og asylmottakene når det gjelder innslaget av medarbeidere med erfaring fra denne problematikken i andre land, og av medarbeidere med ikke-norsk opprinnelse. En av fem frivillige organisasjoner i utvalget har medarbeidere som har arbeidet med KLL i andre land og over halvparten har medarbeidere med kulturbakgrunn fra land hvor kjønnslemlestelse praktiseres. Til sammenligning har svært få av helsetjenestene og asylmottakene (syv og fem prosent) medarbeidere med erfaring med KLL-problematikken fra andre land, og omtrent like mange (fem og syv prosent) har ansatte med kulturell bakgrunn fra land hvor kjønnslemlestelse praktiseres.

At personer fra land der KLL praktiseres deltar i arbeid for å endre slike skadelige tradisjoner, er i tråd med målsettinger i den nasjonale strategien, som bygger på en forståelse av at holdningsendringer og endring av praksis må skje innad i de berørte gruppene (Barne- og likestillingsdepartementet 2008a).

8.4.3 Seminarer og konferanser

Nærmere to av tre frivillige organisasjoner oppgir at medarbeiderne har deltatt på kurs og/eller konferanser hvor kjønnslemlestelse var hovedtema. Ved fem av 22 instanser hadde ingen deltatt på slike arrangementer, mens tre unnlot å svare. I løpet av de siste tre årene hadde til sammen 101 personer i 11 frivillige organisasjoner deltatt på kurs

¹⁴ Vi holder barnevernet utenfor sammenligningen på grunn av denne tjenestens særegne stilling i arbeidet med KLL.

eller konferanser. Ved fire frivillige organisasjoner hadde ingen deltatt, mens syv organisasjoner unnlot å svare på spørsmålet.

8.4.4 Kunnskapsgrunnlaget

De frivillige organisasjonenes egen vurdering av hvor mye kunnskap de sitter inne med på ulike områder ser slik ut:¹⁵

Tabell 8.1 Kunnskap i frivillige organisasjoner om ulike sider ved kjønnslemlestelse. Prosent (N=22)

Tema	Ingen/ liten	Noe	Mye	Vet ikke/ ubesvart	Totalt
Helsemessige skader og risiko	0	32	59	9	100
Former og utbredelse	0	36	50	14	100
Kultur, tradisjoner og verdier	5	45	41	9	100
Psykiske og sosiale ettervirkninger	0	50	36	14	100
Etiske dilemma	9	36	36	18	100
Lovverket	0	50	32	18	100
Bruk av tolk	14	41	27	18	100
Samtalemetodikk	23	32	27	18	100
Hva som virker i bekjempelse	14	50	18	18	100
Betingelser for gode samarbeidsrelasjoner	9	59	18	14	100
Praktisering av avvergelsesplikten	18	41	18	23	100
Andre instansers bidrag	5	64	14	18	100

Over halvparten av respondentene fra de frivillige organisasjonene mener at medarbeiderne har mye kunnskap om helsemessige skader og risiko ved KLL og halvparten mener de kan mye om former for KLL og utbredelse. Videre mener 41 prosent at de kan mye om kultur, tradisjoner og verdier og om psykiske og sosiale ettervirkninger av KLL.

Kunnskapshullene synes først og fremst å være knyttet til praktisering av avvergelsesplikten. I tillegg oppgir nærmere en av fire at de kan lite eller ingen ting om samtalemetodikk.

At en høyere andel av de frivillige organisasjonene vurderer sin egen kunnskap om helsemessige skader og konsekvenser av KLL som mer omfattende enn det helsetje-

¹⁵ For lettere å kunne sammenligne de frivillige organisasjonene med det øvrige utvalget, velger vi å prosenttuere tabellene, selv om utvalget kun består av 22 enheter.

nestene gjør, aktualiserer igjen spørsmålet om hva respondentene legger i begrep som «lite» eller «mye» kunnskap på de ulike områdene.

Mest av alt skiller de frivillige organisasjonene seg fra de andre tjenestene når det gjelder deres vurdering av kunnskap om temaet, kultur, tradisjoner og verdier hos befolkningsgrupper som praktiserer kjønnslemlestelse. 41 prosent av respondentene oppgir at medarbeiderne har mye kunnskap på dette området, mot 17 prosent av helse-tjenestene og ni prosent av asylmottakene. Dette kan forklares ved at en relativt høy andel av de frivillige organisasjonene har de aktuelle målgruppene både som brukere og medarbeidere. Ett slikt eksempel er somaliske interesseorganisasjoner.

De frivillige organisasjonene skiller seg også ut ved at forholdsvis flere oppgir at de har mye kunnskap om etiske dilemma i arbeidet med KLL, henholdsvis 36 prosent mot 24 prosent av helsetjenestene og fem prosent av asylmottakene.

8.4.5 Vurdering av kunnskapsgrunlaget

Da representantene fra de frivillige organisasjonene ble bedt om å si seg enige eller uenige i bestemte utsagn om medarbeidernes kompetanse på KLL, svarte de følgende:

Tabell 8.2 De frivillige organisasjonenes vurdering av tjenestens behov for kunnskap om KLL. Prosent (N=22)

Synspunkt	Enig	Uenig	Vet ikke	Uoppgitt	Totalt
Alle medarbeidere i tjenesten har tilstrekkelig kunnskap	23	32	36	9	100
Tilstrekkelig kunnskap finnes hos de i tjenesten som er spesielt interessert i teamet	68	18	9	5	100
De fleste medarbeiderne mangler grunnleggende kunnskap på temaområdet	5	73	18	5	100
Gode rutiner for saksbehandling kompenserer for manglende kunnskap	14	27	50	9	100
Kunnskapsmangel avhjelpes ved å drøfte/søke råd fra sak til sak	50	5	27	18	100

Bare en av fire respondenter mener at alle medarbeiderne i de frivillige organisasjonene har tilstrekkelig kunnskap om KLL, mens mange (to av tre personer) oppfatter at medarbeiderne som er spesielt interesserte i temaet har tilstrekkelig kunnskap.

Organisasjonene i vårt utvalg har KLL-arbeid som en av flere oppgaver. Det er derfor ikke rimelig å forvente at alle medarbeiderne i tjenesten/organisasjonen skal ha tilstrekkelig kunnskap på dette området. I likhet med asylmottakene mener halvparten av respondentene i de frivillige organisasjonene at kunnskapsmangelen i forhold til dette problemområdet kan avhjelpest ved å drøfte og/eller søke råd fra sak til sak. 61 prosent av helsetjenestene mener det samme.

Vi merker oss at forholdsvis mange av de frivillige organisasjonene unnlater å svare på utsagnene eller oppgir at de ikke vet om de er enige eller uenige i flere av disse. Dette kan forstås i perspektiv av at mange av de frivillige organisasjonene er interesseorganisasjoner som ikke er pålagt bestemte oppgaver fra myndighetenes side, og at de arbeider ut fra andre betingelser enn de offentlige tjenestene.

8.5 Arbeidsmåter

I likhet med de andre tjenestene som er med i denne framstillingen, arbeider de frivillige organisasjonene i utvalget med kjønnslemlestelse på ulike måter. Mange av disse organisasjonene er imidlertid interesseorganisasjoner spesielt rettet mot innvandrere som kommer fra land med omskjæringstradisjoner.

Tabell 8.3 Frivillige organisasjoners måter å jobbe med KLL på. Prosent (N=22)

Måter å jobbe på	Prosent
Bedt om medisinske undersøkelser	
For å undersøke om de er omskårne	0
Undersøkelser av omskårne	23
Behandling av skader etter omskjæring	27
Annen bistand	
Bistått omskårne kvinner til annen type hjelp	23
Veiledning/rådgivning	
Foreldreveiledning	32
Formidlet kunnskap og erfaringer til andre faggrupper	45
Kurs og opplæringsaktiviteter	
Opplæring av egne ansatte	59
Kurs/opplæring for personer som arbeider med KLL	36
Kurs/opplæring for berørte grupper	45
Informasjons- og formidlingsaktiviteter	
Utarbeidet informasjonsmateriell	27
Arbeidet med informasjonskampanjer	36

Seks av ti av organisasjonene i utvalget har gitt opplæring til egne ansatte, nærmere halvparten har formidlet kunnskap og erfaringer til andre faggrupper og like mange har arrangert kurs eller annen opplæring for berørte grupper. En av tre frivillige organisasjoner har holdt kurs eller opplæring for personer som arbeider med kjønnslemlestelse og like mange oppgir at de har arbeidet med informasjonskampanjer.

I motsetning til de andre instansene i utvalget, har ingen av de frivillige organisasjonene bedt helsetjenesten om å foreta medisinske undersøkelser for å få undersøkt om jenter er kjønnslemlestet.

Sammenlignet med helsetjenestene og asylmottakene, har forholdsvis flere av de frivillige organisasjonene aktiviteter rettet mot brukergruppene. Eksempler er foreldreveiledning, kurs- og opplæringsvirksomhet for berørte grupper. I tillegg har nærmere halvparten bidratt i forbindelse med opplæring for andre som arbeider med kjønnslemlestelse.

8.5.1 Pedagogiske virkemidler

59 prosent av de frivillige organisasjonene har benyttet OK-prosjektets materiale i arbeidet med KLL. Nærmere halvparten har arrangert blandede diskusjonsgrupper med foreldre og ungdom fra berørte miljøer, 32 prosent har hatt grupper med jenter, mens 27 prosent har arrangert diskusjonsgrupper med både jenter og gutter.

En av tre frivillige organisasjoner har benyttet film i arbeidet, 14 prosent har benyttet teater eller andre dramatiseringer i arbeidet, mens 18 prosent oppgir at de benytter internett. En av organisasjonene har faste temadager der KLL tas opp og en annen oppgir at de har arrangert samlivskurs rettet mot de aktuelle brukergruppene.

8.6 Kontakt med berørte

Oversikten over de frivillige organisasjonenes måter å oppnå kontakt med grupper som er berørt av kjønnslemlestelse, viser et annet mønster enn det vi har sett for de øvrige instansene. De tre vanligste kontaktmåtene er gjennom organiserte sosiale aktiviteter, gjennom egne ansatte fra land hvor kjønnslemlestelse praktiseres og gjennom egne private nettverk. Halvparten eller flere av organisasjonene fikk kontakt med berørte grupper via disse kanalene. Nesten like mange oppga at de kommer i kontakt med berørte gjennom deltagelse i møter og samlinger hvor personer fra berørte grupper er til stede.

Tabell 8.4 Frivillige organisasjoners kontaktmåter med berørte. Prosent (N=22)

Kontaktmåter	Prosent
Gjennom organiserte, sosiale aktiviteter	55
Gj. egne ansatte fra land med omskjæringstradisjon	50
Gjennom egne private nettverk	50
Deltatt i møter/samlinger	45
Gjennom uformelle sosiale aktiviteter	36
Voksne kvinner har selv tatt kontakt	32
Privat omgang med familier som kan være berørt	23
Barn/unge i risikozonen har selv tatt kontakt	18
Foreldre/pårørende har tatt kontakt	14

Det ser ut for at organisasjoner som har medarbeidere med bakgrunn fra land som praktiserer KLL, virker stimulerende på kontakten med brukergruppene. Dette understrekes også ved at medarbeidere i de frivillige organisasjonene rekrutterer brukere gjennom sine egne private nettverk og gjennom uformelle sosiale aktiviteter.

Dette er et markant skille fra de offentlige tjenestene som er presentert i denne kartleggingen.

Barn og unge i risikozonen tar i liten grad selv kontakt med de frivillige organisasjonene i forbindelse med KLL. Det gjør heller ikke foreldre eller andre pårørende.

8.6.1 På tvers av kjønn og tiltak rettet mot menn

Besvarelser av åpne spørsmål i kartleggingskjemaet avdekker at de frivillige organisasjonene har hatt positive erfaringer med dialog om KLL gjennom arbeidsgrupper og har erfart at tilbud som har vært spesielt rettet mot menn, er blitt godt mottatt. En av organisasjonene arbeider med nettverksgrupper for menn og har god erfaring med informasjonskvelder og workshops. I samarbeid med andre mannsnettverk bruker de «informatørutdanning»¹⁶ med det resultat at de har lyktes i å få menn og unge til å delta. Flere organisasjoner har aktiviteter i grenseland mellom konferanser, nettverksgrupper og fokuserte smågrupper. I noen tilfeller har de erfart at samarbeid på tvers av kjønn og med konservative religiøse grupperinger kan være utfordrende.

16 Et kursopplegg fra OK-prosjektet.

Det var veldig vanskelig å samle folk til en konferanse. Mange av våre berørte grupper var uenige om dette tema. For eksempel å delta på grunn av at Islam forbyr å snakke om kvinnekjønnsorganer. Mange mannfolk likte ikke å snakke mye om dette tema, når vi hadde konferanse for alle. Men vi som har arbeidet med dette tema, vi er veldig fornøyd.

Evalueringen av OK-prosjektet viste at pådrivere og ildsjeler i prosjektet hadde utløst engasjement, ressurser og ny kompetanse. Samtidig var konklusjonen at man i større grad bør involvere menn og religiøse ledere fra de berørte gruppene i arbeidet mot kjønnslemlestelse (Lien 2005). Vår kartlegging viser at enkelte frivillige organisasjoner har lykket med slike strategier.

8.7 Kontakt med andre tjenester

Arbeidet i frivillige organisasjoner foregår i noen tilfeller i samarbeid med andre instanser. I tabellen under finnes en oversikt over instanser de frivillige organisasjonene har kontakt med og hvor hyppig slik kontakt forekommer.

Tabell 8.5 Frivillige organisasjoners kontakt med andre tjenester. Prosent (N=22)

Tjeneste	1g. i mnd el oftere	Sjeldn enn 1 gang i mnd	Aldri	Vet ikke/ ubesvart	Totalt
Friv. organisasjon	23	32	18	27	100
Helsesøster	9	41	9	41	100
Jordmor	9	36	9	45	100
Barnevernet	9	18	18	55	100
Lege	5	27	14	55	100
Asylmottak	5	14	18	64	100
Sosialtjeneste	5	5	18	73	100
Skole	0	14	23	64	100
Skolehelsesøster	0	9	18	73	100
Politiet	0	6	27	68	100
Barnehage	0	5	23	73	100
Andre aktører	5	23	9	64	100

De frivillige organisasjonene synes i mindre grad enn helsetjenestene og asylmottakene å være i kontakt med det offentlige hjelpeapparatet. Mellom en tredjedel og halvparten av de som besvarte registreringsskjemaet oppgir at de har kontakt med leger, jordmødre og andre helsetjenester, men kontakthypigheten er relativt lav.

I likhet med aktører i helsevesenet, har påfallende mange av de frivillige organisasjonene kontakt med sine egne – det vil si andre frivillige organisasjoner. Over halvparten har slik kontakt, selv om kontakthyppheten varierer en del.

De frivillige organisasjonene oppgir ellers at de har vært involvert i «Regnbueprosjektet»¹⁷ og har vært i kontakt med Primærmedisinsk verksted, med menigheter og med religiøse personer, med innvandrerorganisasjoner og med krisesenter.

To av fem frivillige organisasjoner oppgir at de har kontakt med samarbeidspartnere i andre land om KLL. Også på dette området skiller de seg fra andre instanser som arbeider med dette feltet i Norge. Samarbeidspartnerne kommer fra Belgia, Somalia, Mali, Norden, Senegal og Tyskland (som arbeider med KLL i kurdiske områder). Videre har de kontakter i Finland, Gambia, Danmark, Nederland og med samarbeidsnettverk på tvers av land i Europa.

8.7.1 Tema for samarbeid

Helsemessige skader av KLL, kultur, tradisjoner og verdier i berørte grupper og informasjonsarbeid er de temaene de frivillige organisasjonene oftest samarbeider med andre tjenester eller organisasjoner om. Psykososiale virkninger av KLL, etiske dilemma i arbeidet og kunnskapsformidling blir også nevnt av mange.

Tabell 8.6 KLL-tema som de frivillige organisasjonene samarbeider med andre tjenester om. Prosent (N=22)

Tema	Prosent
Helsemessige skader	68
Kultur, tradisjoner og verdier i berørte grupper	68
Informasjonsarbeid	64
Psykososiale ettervirkninger	59
Innholdet i norsk lovverk	59
Etiske dilemma og implikasjoner	55
Kunnskapsformidling	55
Hvordan snakke med berørte grupper	41
Bruk av tolk	32
Avvergelsesplikten	23
Annet	5

¹⁷ Regnbueprosjektet startet i 2004 og er et samarbeid mellom ulike familievernkontor, NKVTS, ATV og Modum Bad. Prosjektet er et system for å sette minoritetsfamilier i stand til å drive forebyggende familiearbeid blant egne medlemmer.

16 av de 22 organisasjonene oppgir at de har innhentet faglige råd og støtte hos andre instanser i arbeidet med KLL. Det gjelder Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet (BLD), Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet (Bufdir), ulike typer helse-tjenester (for eks. flyktninghelsetjenesten), Regionale ressursentre om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging (RVTS), Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress (NKVTS), Nasjonal kompetanseenhet for minoritetshelse (NAKMI), Mottaks- og kompetansesenteret for integrering av flyktninger (MOKS), Røde kors, imamer, Islamsk råd, OK-prosjektet, Primærmedisinsk verksted (i regi av Kirkens bymisjon) og advokat.

8.7.2 Behov for å styrke samarbeidet med andre

I likhet med helsetjenestene, asylmottakene og barnevernet har mange av de frivillige organisasjonene behov for å utvikle samarbeidet med andre tjenester.

Tabell 8.7 Aktører/instanser som de frivillige organisasjonene ønsker å utvikle samarbeidet med. Prosent (N=22)

Tjenester	N=
Barnevernet	64
Asylmottak	64
Helsesøster	64
Lege	55
Jordmor	50
Skolehelsesøster	50
Sosialtjenesten	41
Politiet	36
Skole	36
Barnehage	27
Andre	27

De frivillige organisasjonene ser behov for å styrke samarbeidet med barnevernet, asylmottak, helsesøstre og andre helsetjenester. En lavere andel av de frivillige organisasjonene ser behov for å utvikle samarbeidet med barnehagene, skolene, politiet og sosialtjenesten.

Andre aktuelle samarbeidsinstanser ble oppgitt å være miljøer fra aktuelle etniske grupper, internasjonale organisasjoner som arbeider med KLL, religiøse ledere, helseinstanser, Primærmedisinsk verksted og andre.

8.8 Oppsummering

I dette kapitlet har vi sett på hvordan de 22 frivillige organisasjonene som er representert i vårt utvalg, arbeider med kjønnslemlestelse. Begrensingen i utvalget gjør at en må være varsom med bastante konklusjoner. Det er likevel mulig å se noen hovedtrekk ved de frivillige organisasjonenes arbeid med KLL som er forskjellige fra de andre tjenestene vi har presentert.

I motsetning til helsetjenestene, asylmottakene og barnevernet, som er lovhjemlede tjenester, har de frivillige organisasjonene utgangspunkt i interessegrupper med ulike agendaer for virksomheten. Omtrent halvparten av de frivillige organisasjonene i utvalget er organisasjoner av og/eller for minoritetsgrupper.

De viktigste særtrekkene ved de frivillige organisasjonene sammenlignet med helse-tjenestene og asylmottakene er:

- Flere frivillige organisasjoner har forankret arbeidet med kjønnslemlestelse gjennom egne rutiner, skriftlige planer og samarbeidsavtaler.
- Medarbeiderne har i mindre grad «spesialkunnskap» i form av utdanning/kurs om KLL, men innslaget av medarbeidere med lang erfaring på problemfeltet er høyere enn hos de andre tjenestene. Forholdsvis flere medarbeidere har minoritetsbakgrunn og kommer fra land som praktiserer KLL.
- Forholdsvis flere av de frivillige organisasjonene mener selv at de har mye kunnskap om helsemessige skader og risiko i forbindelse med KLL og hva ulike former for KLL kan medføre. De kan minst om samtalemotodikk og om avver-gelsesplikten.
- De frivillige skiller seg mest ut fra de andre tjenestene ved at flere oppgir at de har mye kunnskap om temaet, kjønn, kultur, tradisjoner og verdier hos befolk-ningsgrupper som praktiserer kjønnslemlestelse, og ved at flere mener å ha kunnskap om etiske dilemma i arbeidet med KLL.
- Forholdsvis flere frivillige organisasjoner mener at det finnes tilstrekkelig med kunnskap om KLL hos medarbeidere som er spesielt interesserte i temaet.
- En høyere andel av de frivillige organisasjonene er med i prosjektplanlegging, bidrar i utforming av informasjonsmateriell og har deltatt i informasjonskam-panjer sammenlignet med de øvrige tjenestene.
- De frivillige organisasjonene har i større grad enn de andre tjenestene selv arrangert konferanser, seminarer og møter hvor andre aktører har deltatt.
- Forholdsvis flere av organisasjonene rekrutterer brukere gjennom private nett-verk og gjennom uformelle sosiale aktiviteter. Dette kan i sin tur bidra til økte muligheter for holdningspåvirkning i de aktuelle miljøene.
- Flere av de frivillige organisasjonene har samarbeidspartnere i andre land.

9. RVTSenes rolle i arbeidet med KLL

9.1 Innledning

Det finnes fem regionale ressursentre om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging (RVTS) i Norge. Helsedirektoratet (Hdir) har tildelt RVTSe bestemte oppgaver i forbindelse med arbeidet mot kjønnslemlestelse. I dette kapitlet gis en framstilling av RVTSenes oppgaver i forbindelse med KLL-arbeidet, hvordan de ulike RVTSe velger å løse disse, og hvordan representanter med hovedansvar for dette feltet i RVTSe, vurderer situasjonen. Fremstillingen er basert på intervjuer med ansatte med overordnet ansvar for KLL-området i RVTSe.

9.2 RVTSenes oppgaver

De regionale ressursentrene om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging har en generell rådgivnings- og veiledningsfunksjon på KLL-feltet overfor tjenesteapparatet i den region den enkelte virksomhet dekker. Hdir har pålagt RVTSe å yte faglig bistand ved gjennomføring av fylkesvise kurs og seminarer og andre opplæringstiltak for helsesøstre, jordmødre, psykologer, fastleger og kommuneleger samt helsepersonell i spesialisthelsetjenesten, når fylkesmennenes helseavdelinger ber om det. Etter nærmere avtale med Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet (Bufdir) skal RVTSe i tillegg bistå i gjennomføringen av regionale nettverks- og erfaringsutvekslingssamlinger.¹⁸

RVTSe har i tillegg ansvaret for Tiltak 23 i Handlingsplan mot kjønnslemlestelse, som går ut på å videreføre og styrke arbeidet mot kjønnslemlestelse i de fem regionene gjennom skoloring av de regionale ressursgruppene som arbeider med KLL. Denne oppgaven skal gjøres i samarbeid med Helsedirektoratet, NKVTS og NAKMI (Barne- og likestillingsdepartementet 2008a).

Nytt i 2010 er at RVTSe er pålagt å etablere og vedlikeholde nettverk av ressurspersoner i berørte grupper i regionen og stimulere til kompetanseutvikling. For hver av RVTSe stilles inntil 50 000 kroner til disposisjon for lokale tiltak for gjennomføring

18 Brev fra Helsedirektoratet til RVTSe, datert 10.05.2010

av denne oppgaven i 2010. Bruken av midlene skal være forbeholdt lokale tiltak og stimulere til et landsdekkende tilbud om samtale og frivillige underlivsundersøkelser.

9.3 Omfang av KLL og aktivitet i regionene

Informantene fra RVTSene oppgir at det er vanskelig å få oversikt over forekomsten av kjønnslemlestelse i de ulike regionene. Ingen av de seks informantene (to fra ett senter og en fra hvert av de andre) vet hvor stort omfanget av kjønnslemlestelse er, eller har fullstendig oversikt over hvilke instanser som arbeider på dette problemområdet i regionen. De har heller ikke fullstendig kjennskap til hva som er innholdet i arbeidet. I enkelte regioner har for eksempel politiet vært aktive i forhold til vold i nære relasjoner, noe som også har gitt utslag på deres aktivitet i kjønnslemlestelsesfeltet.

Vi har allerede sett at relativt mange helsetjenester har skolert medarbeiderne om KLL og at flere av de helseansvarlige i asylmottakene er aktive i formidlingen av det norske lovverket overfor nyankomne flyktninger og asylsøkere.

På spørsmål om hvem andre enn RVTSene som arbeider med eller har kjønnslemlestelse som tema i de ulike regionene, får vi oppgitt følgende instanser:¹⁹

- Fylkesmannens kontor, Bufetater
- Helsestasjoner, kvinneklinikker og barneklinikker
- Barnevernet
- Politiet
- Kommunal koordinator for handlingsplanen mot kjønnslemlestelse
- Mottaks- og kompetansesenter for integrering av flyktninger og innvandrere
- Introduksjonsprogram for nyankomne innvandrere og flyktninger
- Frivillige organisasjoner
- Prosjektrettede grupper

Hvilke typer tiltak som er satt i verk og omfang av aktivitet i arbeidet mot kjønnslemlestelse varierer mellom tjenester og regioner.

Universitetssykehusene i regionene er pålagt å ha tilbud om helsehjelp til omskårne og har gynekolog med kompetanse på KLL. I tillegg har noen regioner barnelege med ekspertise på området. I tillegg finnes det jordmødre knyttet til sykehusene med ekspertise på feltet som underviser i sine egne miljøer. RVTSene kjenner også til at enkelte helsesøstre i regionen driver med grupper av berørte der KLL er tema og at helsestasjonene fungerer godt i forhold til denne problematikken. Et eksempel er at en person

¹⁹ Ikke alle regionene har opprettet alle instansene som nevnes i listen.

med helsebakgrunn har samtaler med omskårne kvinner før og etter åpning. I flere av regionene får sykehusene ukentlige henvendelser om KLL.

En av RVTSene har ansatt en ressursperson fra et land med KLL-tradisjon, for å betjene en brukerrettet hjelpe- og informasjonstelefon om omskjæring. Denne tjenesten er knyttet til en helsestasjon. Det kommer henvendelser til denne telefonen fra menn, kvinner og ungdom.

Andre eksempler på tiltak er en RVTS som har bidratt til å opprette en ressursgruppe som tar opp tema som angår skadelige tradisjoner. Gruppen består av kvinner fra 12 land.

9.4 RVTSenes vurderinger

9.4.1 Ulike fortolkninger av oppdraget

En RVTS har kanalisert økonomiske midler inn i et kvinnesentertiltak som betjener hele regionen. Senteret har tilsatt en person med kulturell bakgrunn fra land med omskjæringstradisjoner, og tar imot henvendelser og bestillinger av undervisningsoppgaver. De har også gitt økonomisk støtte til opplæring av medisinsk personell som har hospitert ved sykehus med kompetanse på kirurgisk åpningsprosedyre for omskårne kvinner. Med denne kunnskapen som utgangspunkt er det opprettet et lavterskeltilbud for kvinner som ønsker slik bistand ved det største sykehuset i regionen. I tillegg har RVTSen bidratt til at en frivillig organisasjon har fått støtte fra Bufdir til å sette i verk utdanning av informatører i fylkene og til videreføring og drift av likemannsarbeid.

Andre RVTSer har etablert tverrfaglige, regionale nettverkssamlinger for offentlige etater og for organisasjoner som kan komme i berøring med problematikken. Slike nettverk kan bestå av fylkesmannen, Bufetat, regionalt UDI, skolerådgivere, ulike helse-tjenester, politiet, høgskolen, innvandrertjenesten og ulike frivillige organisasjoner og eventuelt andre. I samarbeid med fylkesmennene og Bufetat arrangerer RVTS en årlig konferanse og har fire nettverks-, og erfaringsutvekslingssamlinger i året. Informantene har inntrykk av at disse samlingene dekker kunnskapsbehovet om dette temaet i de ulike tjenestene.

En av RVTS-informantene ser ingen begrensninger i organiseringen av tiltak, men tolker det slik at de tiltakene de har iverksatt er i tråd med oppdraget og med de tre tiltakene i handlingsplanen mot kjønnslemlestelse som de er pålagt å ivareta; Tiltak 7, om tverrfaglige, regionale nettverks- og erfaringsutvekslingssamlinger, Tiltak 16, om kompetanseheving av helsepersonell, og Tiltak 23, om å videreføre og styrke arbeidet mot kjønnslemlestelse.

9.4.2 Endret fokus

Flere av informantene fra RVTsene opplever at fokuset i arbeidet mot kjønnslemlestelse er endret siden de første gang fikk oppgaver innen dette feltet. Fokuset har skiftet fra å ha ansatte i helsevesenet som målgruppe, til å omfatte hele hjelpeapparatet samt politiet. I tillegg har nå berørte grupper kommet i tillegg til de øvrige målgruppene. Nå i siste omgang er et særskilt fokus på ny rettet mot helsevesenets ansatte.

Ser en på oppdragsbrevene, så har RVTsenes rolle i forhold til kjønnslemlestelse variert over tid. Tidligere psykososiale team for flyktninger hadde helsepersonell som målgruppe med rådgivning og veiledning overfor disse. Ved etablering av RVTs ble målgruppen utvidet til å gjelde hele tjenesteapparatet som jobber med berørte grupper i forhold til kjønnslemlestelse. (...) I siste handlingsplan mot kjønnslemlestelse er RVTsenes oppgaver på dette feltet blant annet tilbake til helse igjen, i følge tiltak 16²⁰. Føringene fra myndighetene oppleves veldig utydelige og vinglete.

Informanten konkluderer med at signalene fra Helsedirektoratet nå går i retning av å favne vidt og at dette gjør oppdraget uklart. Samtidig understreker hun at de ulike RVTsene retter fokuset i arbeidet mot ulike områder i feltet. Flere av informantene oppfatter det som problematisk at målgruppene endres. Samtidig mener noen at pålegget fra Helsedirektoratet om å rette oppmerksomheten mot berørte grupper i forbindelse med kompetanseheving av helsepersonell for å stimulere til frivillige underlivsundersøkelser, ikke hører hjemme i RVTsene, men bør tilligge helsetjenestene.

9.4.3 Kompetanseheving

Det ser ut for at regionene har ulike behov for kompetanseheving etter flere år med fokus på kjønnslemlestelse. Region nord erfarer at de etter tre årlige konferanser har dekket behovet for basiskunnskap hos ansatte i helsetjenestene, og kan gå videre med tema som tjenestenes funksjon, og andre mer spesifikke problemstillinger knyttet til KLL. På siste konferanse, der de ikke lengre hadde medisinsk basiskunnskap som hovedtema, kom det flere deltakere fra andre yrkesgrupper og tjenester utenfor det helsefaglige feltet enn tidligere, for eksempel barnevernsarbeidere, representanter for politiet og andre.

Da RVTs øst arrangerte konferanse om KLL våren 2010, avdekket imidlertid evalueringen flere deltakere som etterlyste basiskunnskaper om KLL. Manglende undervisning om temaet i grunnutdanningene innen helse- og sosialfag og gjennomstrøm-

²⁰ Tiltak 16 i Handlingsplan mot kjønnslemlestelse 2008-2011 handler om kompetanseheving av helsepersonell.

ningen av ansatte i ulike tjenester, gjør at det alltid vil komme inn nytilsatte med behov for grunnleggende kunnskap om KLL-temaet.

Forskjellen i tilstrømning til konferanser og ulikheter i kompetansebehov hos ansatte i hjelpeapparatet i ulike regioner, kan også vurderes i forhold til rekrutteringsgrunnlaget. Antallet ansatte i hjelpeapparatet varierer til dels med befolkningsstørrelsen i ulike områder. I områder med høyere innslag av innvandrere fra befolkningsgrupper som praktiserer KLL, vil tjenestene ha mer erfaring med problematikken enn i områder med et lavt innslag av slike grupper. Dermed står RVTSene overfor ulike utfordringer i oppgaven med å iverksette tiltakene i handlingsplanen mot kjønnslemlestelse.

9.4.4 Rådgivningsfunksjonen

Hvor omfattende er RVTSenes oppgaver i forhold til rådgivning og veiledning av ulike hjelpetjenester i forhold til kjønnslemlestelse?

Flere av informantene hevder at de mottar få henvendelser om hjelp og støtte til etablerte grupper som jobber med temaet fordi RVTSene er for lite kjent. En informant mener at fylkesmennene og Bufetatene burde se det som sin oppgave å informere tjenestene om hvordan de kan bruke RVTSene. En annen informant sier at de bruker en del tid på råd og veiledning over telefon og hevder at det først og fremst er helsetjenester, som helsesøstre og jordmødre som benytter denne muligheten.

Liten pågang kan også bety at tjenestene relativt sjeldent har saker der denne problematikken er aktuell, eller at ansatte i tjenester som har oppgaver på kjønnslemlestelsesområdet, er så godt skolert at de ikke har behov for råd og veiledning.

I en av RVTSene som har fått opprettet barnehus i regionen, er det tverrfaglige konsultasjonsteamet som før var knyttet til RVTS, nå lagt til barnehuset. RVTSen har gitt opplæring til teamet og fungerer nå som ressurspersoner i forhold til barnehuset. På intervju tidspunktet, høsten 2010 hadde de foreløpig ikke fått henvendelser.

9.4.5 Informasjonsarbeid

RVTSene får mange henvendelser fra blant annet høgskoler, ulike helsetjenester, voksenopplæring i kommunene, politiet og fra asylmottak som ber om undervisning om problematikken rundt kjønnslemlestelse.

Ett eksempel på informasjonsarbeid er en RVTS som har satset på å involvere foreldre i grupper som kommer fra land om KLL-tradisjoner i informasjonsarbeidet. Dette for

å sikre at foreldrene gjøres kjent med helseskadene og andre negative konsekvenser av slik praksis.

I en region har RVTS opprettet et forum for tema som gjelder skadelige tradisjoner. Forumet er en ressursgruppe som består av kvinner fra 12 land.

Ved en RVTS har behovet for informasjonsarbeid økt betraktelig de siste to årene. Det har vært så stor tilstrømming av asylsøkere fra land som praktiserer kjønnslemlestelse at RVTSen regner med at behovet for informasjonsarbeid er fordoblet.

9.4.6 Tverrfaglig samarbeid

Flere av RVTSene har opprettet referansegrupper sammen med representanter for fylkesmennene og den regionale Bufetat. Tema for referansegruppene er kvinnelig omskjæring og i noen tilfeller tvangsekteskap. I tillegg til opprettelse av egne fylkesvise tverrfaglige referansegrupper med representanter fra grasrotorganisasjoner, høyskoler, ulike hjelpetjenester og politiet, har en av regionene ansatt en eller to personer i hvert fylke som arbeider med informasjon om KLL.

En RVTS har satt i gang en ressursgruppe sammen med representanter for sykehusets kvinneklinikk og mottaks- og kompetansesenteret for integrering av innvandrere og flyktninger, for å formidle informasjon om medisinsk hjelp til kvinner og jenter som ønsker å reparere skade etter kjønnslemlestelse.

Flere av informantene etterlyser mer samarbeid på tvers av tjenester i arbeidet med kjønnslemlestelse. De opplever at ulike instanser som arbeider om denne problematikken, blir sittende på hver sin tue, uten kontakt på tvers. Dagens situasjon oppleves som regionalt uoversiktlig:

Det finnes veldig mange aktører på kjønnslemlestelsesfeltet. Vi vet ikke hvem som arbeider med dette. Det finnes heller ingen koordinerende instans for arbeidet innen dette området. Mitt inntrykk er at det er mye penger som flyter rundt i systemet og at mange instanser er involvert. Det burde vært arrangert jevnlige møter mellom de instansene som arbeider i feltet.

En informant mener at barnehagepersonell burde ha vært trukket med i nettverksgrupper. De har, i likhet med andre instanser, plikt til å avverge kjønnslemlestelse. Vedkommende sier videre at hun har inntrykk av at mange tjenester som burde sette seg inn i problematikken rundt kjønnslemlestelse, nedprioriterer dette arbeidet.

Det er ikke bare samarbeid på tvers av tjenester som trengs å styrkes. En av informantene savner i tillegg kontakt mellom RVTsene om dette temaet.

9.4.7 Koordinering og oppfølging

Flere påpeker at det er behov for en koordinerende instans både regionalt og sentralt. En av informantene sier:

Det oppleves problematisk at både fylkesmennene og RVTsene er pålagt å sørge for kunnskapsformidling på dette temaet uten at oppgavene er koordinert mellom de to instansene.

En annen formulerer sine synspunkter slik:

Noen burde hatt et koordinerende ansvar i dette arbeidet. BLD har koordineringsansvar, men det blir på et overordnet nivå. Dermed blir vi sittende på hver vår tue.

Den samme observasjonen gjøres i evalueringen av handlingsplanen mot kjønnslemlestelse, der en representant for Helsedirektoratet erkjenner mangelen på oppfølging (Neset, Garmannslund, Viblemo, og Danielsen 2010). Hdir ser det som en utfordring å få oversikt over aktørene og få koordinert aktiviteten på feltet.

9.4.8 Utviklingen videre

Informantene fra RVTsene har ulike vurderinger og ønsker om hvordan arbeidet mot kjønnslemlestelse bør være i tida som kommer.

Noen mener at fylkesmennene fortsatt bør få årlige oppdragsmidler fra Helsedirektoratet til problemområdet, mens RVTS fortsatt vil kunne ivareta rollen som rådgivningsinstans og koordinere likemannsarbeidet i regionen. Samtidig gis det signaler om at arbeidet på dette feltet har hatt en positiv utvikling.

Andre ønsker jevnlige samarbeidsmøter mellom de ulike instansene som arbeider i feltet, og på tvers av RVTsene. En RVTS har utdannet egne informatører. En videreføring av OK-prosjektets modell med informatører og ressurspersoner/brobyggere blant berørte grupper, oppgis også som ønskelig, mens andre i tillegg ser behov for å kartlegge hva som foregår av undervisning i de ulike grunnutdanningene på KLL-feltet.

I og med at kjønnslemlestelse ser ut til å være et fenomen med relativ lav frekvens i hjelpeapparatet, kan det være hensiktsmessig å regionalisere kompetansen på KLL-feltet.

RVTSene peker seg ut som naturlige fagbaser i KLL-spørsmål på tvers av hjelpetjenester (ikke bare for helsetjenester), på lik linje med den rolle de i dag har i forhold til vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging. Rollen kan ivaretas i samarbeid med NKVTS, som i dag har en nasjonal kompetansefunksjon på feltet.

9.5 Oppsummering

De fem RVTSene har ulike profiler i utformingen av ansvaret for å tilføre kompetanse om KLL til ulike tjenester i regionene. Arbeidet med oppgaven er avhengig av mange ulike faktorer som antatt omfang av KLL i regionen, RVTS-ansattes kompetanse og erfaring med KLL, fortolkningen av hvordan oppgavene kan gjennomføres og graden av samarbeid med andre instanser i området. I tillegg kommer avstandene i det geografiske dekningsområdet, gjennomtrekk i stillinger i ulike tjenester som arbeider med KLL og antall saker i tjenestene. Kort oppsummert har RVTSene formidlet følgende:

- Ingen av RVTSene har fullstendig oversikt over omfanget av KLL-problemet i egen region eller hvilke og hvor mange tjenester/organisasjoner som arbeider med KLL-problematikk.
- Behovene for innsats på KLL-feltet varierer i ulike deler av landet. Samtidig fortolkes oppgavene i RVTSene forskjellig. Mens noen har valgt å kanalisere innsatsen gjennom en egen enhet som har kvinnetema som overbygning, har andre valgt å opprette egne stillinger med hovedansvar for formidling og undervisning om KLL.
- Informantene fra RVTSene mener at myndighetenes fokus på RVTS sin rolle i arbeidet med KLL er endret over tid og flere opplever skiftet av fokus som problematisk.
- Flere RVTS-informanter etterspør en plassering av koordineringsansvaret mellom ulike instanser på KLL-feltet.
- Flere RVTSer opplever at det grunnleggende kompetansebehovet i forhold til KLL i stor grad er dekket i helsetjenestene og at arbeidet nå i større grad enn før rettes mot ansatte i andre tjenester.
- RVTSene er mye benyttet i undervisning om arbeid mot kjønnslemlestelse. Flere har i tillegg tatt initiativet til å starte temagrupper om KLL. Samtidig har de inntrykk av at få tjenester kjenner til rådgivningsfunksjonen de er pålagt. De få henvendelsene som kommer, er hovedsakelig fra helsesøstre og jordmødre.
- I tillegg til samarbeidet med fylkesmennene og Bufetatene i regionene ønsker RVTS-informantene å øke samarbeidet med andre instanser om KLL, også med andre RVTSer.

10. Hovedfunn

10.1 Oppdraget

I denne kartleggingen har vi rettet søkelyset mot tjenester og organisasjoner som arbeider med kjønnslemlestelse i Norge. I tillegg til å identifisere hvem disse tjenestene er og hvilke roller og oppgaver de er tildelt i arbeidet med kjønnslemlestelse, har vi sett nærmere på hvilke målgrupper de arbeider mot og på hvilke metoder de benytter i arbeidet. I kartleggingen har vi belyst tjenestenes kunnskapsnivå og presentert deres egen vurdering av hvilke behov de har for kunnskapsøkning på KLL-feltet. Til slutt har vi sett nærmere på hvilke tjenester som samarbeider om kjønnslemlestelse og hvilke ønsker de har om å utvikle samarbeidet med andre.

Hovedfokuset i kartleggingen har vært rettet mot de tre instansene som i størst grad arbeider med KLL; helsetjenestene, barnevernet og asylmottakene, men også mot frivillige organisasjoner og RVTSer.

10.2 Hvem gjør hva overfor hvem?

Mens barnevernet og asylmottakene i hovedsak har en forebyggende rolle i arbeidet med kjønnslemlestelse, har helsetjenestene – med helsestasjoner, skolehelsetjenester og sykehusavdelinger – både en forebyggende og behandlende rolle. Barnevernet har en spesiell rolle ved at de, samtidig som tjenesten har en hjelpefunksjon i forhold til jenter i risiko for KLL, er en meldingsinstans for andre tjenester som mistenker at KLL kan komme til å skje.

Arbeidet med KLL består av kursing av ansatte, veiledning av tjenesteutøvere og av enkeltpersoner og grupper som berøres av tradisjonen, og av informasjonsvirksomhet. Asylmottakene er pålagt å informere nyankomne flyktninger og asylsøkere om det norske lovverket som forbyr KLL og sørge for at jenter/kvinner som allerede er omskåret, får medisinsk behandling ved behov. Helsetjenestene har som oppgave å bistå jenter/kvinner som allerede er omskåret og er den instansen som brukes til å dokumentere om KLL har funnet sted. De frivillige organisasjonene retter i stor grad arbeidet mot berørte grupper og de trekkes med i opplysningsarbeid og kampanjer.

10.3 Beredskap

Vi vet ikke omfanget av kjønnslemlestedede jenter/kvinner bosatt i Norge. Problemet er skjult og vår kartlegging gir ingen indikasjoner på om problemet er stort eller lite. Under halvparten av tjenestene i utvalget har arbeidet med konkrete KLL-saker. Likevel har to av tre beredskap på å kunne håndtere denne typen saker. De ulike instansene har tilegnet seg kunnskaper om problematikken gjennom ansattes deltagelse på kurs og konferanser, ved at de har mottatt veiledning fra andre tjenester, eller ved at de har satt seg inn i aktuell litteratur om temaet og/eller deltatt i faglige nettverk.

Manglende erfaring med konkrete saker kan forklare at under halvparten av tjenestene har utarbeidet faste rutiner for håndtering av KLL-saker, i underkant av to av fem har inngått samarbeidsavtaler med andre tjenester og at bare vel en av fire har utarbeidet skriftlige planer for arbeidet. Mange av tjenestene benytter fortsatt OK-materialet som ble utarbeidet for en del år tilbake.

10.4 Kompetanse og kompetansebehov

Det er et problem at vi ikke vet hva de ulike respondentene som har fylt ut registreringsskjemaet legger i begrep som «mye» eller «lite» kunnskap om kjønnslemlestelse. Vi sammenligner tjenesteytternes subjektive vurdering av egne kunnskaper i forhold til deres forestillinger om hvilken kunnskap de burde ha om KLL, ikke hvilken kunnskap de faktisk har på feltet.

De fleste instansene i vårt utvalg mener de har mye kunnskap om det norske lovverket om KLL. Helsetjenestene og barnevernet mener i tillegg at de har mye kunnskap om praktisering av avvergelsesplikten, mens en av tre barneverntjenester sier de kan lite eller ingen ting om dette temaet. Sett i forhold til barnevernets sentrale rolle som meldinginstans for andre tjenesters pålagte avvergelsesplikt, er dette et overraskende funn.

De frivillige organisasjonene og helsetjenestene mener de har mest kunnskap om helse-skader og risiko, psykososiale følger av KLL, og om ulike former for KLL og utbredelse.

De frivillige organisasjonene, asylmottakene og barneverntjenester oppgir at de har lite kunnskap om hva som virker i bekjempelse av KLL. Asylmottakene har i tillegg lite kunnskap om praktisering av avvergelsesplikten.

Sammenlignet med de andre tjenestene ser det ut til at helsetjenestene i størst grad har dekket kunnskapsbehovet på feltet. De andre tjenestene ser ut til fortsatt å ha større hull i kunnskapsgrunnlaget for KLL-problematikken.

10.5 Samarbeid og samarbeidsønsker

Helsetjenestene – spesielt helsestasjonene og skolehelsetjenestene – har en sentral rolle i KLL-arbeidet og er de tjenestene som de øvrige instansene er mest i kontakt med. I tillegg har helsetjenestene mye kontakt med barnehager og leger. Helsetjenestene og asylmottakene har i tillegg omfattende kontakt med barnevernet. Alle tre instansene har mye kontakt med skolene.

De frivillige organisasjonene har sjeldnere kontakt med det offentlige hjelpeapparatet enn de øvrige tjenestene, men mer kontakt med andre frivillige organisasjoner.

Tema som står sentralt i samarbeidet om KLL-problematikken mellom tjenester handler først og fremst om bistand i forbindelse med helseskader og praktisering av lovverket. Informasjonsarbeid og kultur, tradisjoner og verdier hos befolkningsgrupper som praktiserer KLL, står også sentralt.

Alle tjenestene i utvalget ønsker å utvikle kontakt med andre instanser, spesielt helsetjenestene. Helsetjenestene på sin side ønsker økt samarbeid med barnevernet, skoler og barnehager. Asylmottakene ønsker å utvikle kontakten med barnevernet, mens barnevernet ønsker økt kontakt med politiet og barnehager. De frivillige organisasjonene vil utvikle kontakten med barnevernet og med asylmottakene.

Ønsket om å utvikle samarbeidet med andre tjenester bør ses som positivt. Det kan indikere at instansene som arbeider på KLL-feltet ser kompleksiteten i problematikken rundt kjønnslemlestelse og mener at samarbeid med andre tjenester vil øke kvaliteten i arbeidet.

10.6 Berørte med i arbeidet

Sammenlignet med øvrige hjelpetjenester, rekrutterer forholdsvis flere frivillige organisasjoner brukere til å delta i arbeidet gjennom private nettverk og uformelle sosiale aktiviteter. Involverte i de frivillige organisasjonene som selv kommer fra kulturer der KLL praktiseres, har i mange tilfeller førstehånds kjennskap til problematikken. De frivillige organisasjonene er etterspurt som medvirkende i utarbeidingen av informasjonsmateriell og i informasjonskampanjer om KLL. De arrangerer også i større grad

enn de øvrige tjenestene konferanser, seminarer og møter der de inviterer andre aktører. De møter også i større grad enn de øvrige instansene samarbeidspartnere på seminarer, kurs og konferanser og ved at andre tjenester tar kontakt med dem. De frivillige organisasjonene skiller seg også ut ved at de har samarbeidspartnere i andre land.

I handlingsplanen mot kjønnslemlestelse understrekes viktigheten av å samarbeide med de berørte miljøene for å hindre praksisen med KLL (Barne- og likestillingsdepartementet 2008a). Aktører med kulturbakgrunn fra områder som praktiserer KLL, kan bidra til å legitimere arbeidet med å bekjempe tradisjonen, og er viktig for å forankre arbeidet. Her ligger det fortsatt store utfordringer for hjelpeapparatet. Skal en lykkes med å få bukt med KLL, er man nødt til ytterligere å styrke den direkte innsatsen inn mot de berørte gruppene. Samtidig som det er viktig å fremme forebygging av KLL som eget tema, bør dette arbeidet i tillegg sees i sammenheng med kommunale handlingsplaner mot vold i nære relasjoner.

10.7 RVTSenes rolle

RVTsene har en sentral rolle i opplæringen av fagfolk i arbeidet med KLL. De brukes mye i undervisning, men deres funksjon som rådgivningsinstans for andre aktører i KLL-feltet, ser ut til å være lite kjent. RVTsene ser den stadige endringen i pålagt ansvar og målgrupper i arbeidet med KLL som problematisk. I tillegg ønsker de en klarere ansvarsfordeling i koordineringen av KLL-feltet.

10.8 Meldinger til barnevernet

Det var 52 bekymringsmeldinger til barnevernet i vårt utvalg i 2008. 37 prosent av disse ble henlagt. Samme året iverksatte tjenestene i utvalget 49 undersøkelsessaker, hvorav 67 prosent ble avsluttet uten tiltak. I løpet av en periode på to og et halvt år, tok barneverntjenestene i utvalget i bruk avvergelsesplikten i 17 akutte tilfeller. Syv saker, som gjaldt barn og unge, ble politianmeldt.

10.9 Utfordringer i KLL-arbeidet

I arbeidet med kjønnslemlestelse kan vi skille mellom systemets behov for kunnskap for å forebygge KLL, tjenestenes behov for kunnskap for å gi adekvat bistand til omskårne, og berørtes behov for kunnskap for å slutte med tradisjonen og for å søke helsehjelp etter omskjæring. I Norge har det vært en omfattende satsing på forebygging gjennom

opplæring av ansatte i hjelpeapparatet. Til tross for at tjenestene har få saker som gjelder kjønnslemlestelse, har mange høy beredskap på å håndtere KLL-problematikken.

Man antar at jenter/kvinner bosatt i Norge utsettes for KLL enten i utlandet eller her. Med jevne mellomrom kommer det oppslag i mediene med historier om jenter som er blitt omskåret.²¹

Konfrontert med det norske lovforbudet kan det tenkes at enkelte unnlater å utføre omskjæring på jenter/kvinner av frykt for å bli straffet, men dette finnes det ingen dokumentasjon på. På sikt kan det imidlertid tenkes at de som tilhører befolkningsgruppene som praktiserer KLL, vil påvirkes av den norske majoritetens syn på skikken, og se tradisjonen som et overgrep. Når en likevel vet så lite om praktiseringen av KLL i Norge, er det vanskelig å bedømme hvilket kunnskaps- og beredskapsnivå tjenestene bør legges på for å bekjempe problemet.

Internasjonale endringstendenser går i retning av at det er sterkere motstand mot omskjæring og en nedgang i praktisering av tradisjonen i urbane områder. For øvrig er det slik at selv om noen land der skikken praktiseres har nedgang i antall tilfeller av kjønnslemlestelse, er ikke dette nødvendigvis en tendens som gjelder i alle områder. Lidén og Bentzen (2008) viser til internasjonal forskning som konkluderer med at momenter som mors utdanning, ekteskap mellom ulike etniske grupper, migrasjon, tilgang til utdanning og helsetjenester, religiøs avklaring, lovforbud og kampanjer mot omskjæring og i tillegg myndighetenes kapasitet, kan være med på å påvirke utbredelsen av kjønnslemlestelse.

10.10 Anbefalinger

Våre funn gir ikke grunnlag for å foreslå noen dimensjonering av bistanden til jenter/kvinner som står i fare for eller som er blitt utsatt for kjønnslemlestelse i Norge. Våre anbefalinger er basert på en analyse av de oppfatningene medarbeidere i ulike tjenester og organisasjoner har om egen innsats i KLL-feltet. Med utgangspunkt i dette vil NKVTS anbefale følgende:

- Arbeidet mot KLL i ulike tjenester og aktører bør fortsette inntil man får klarere indikasjoner på problemets omfang i Norge.
- Instansene i denne kartleggingen har ikke nok kunnskap om hva som virker i bekjempelsen av KLL. NKVTS foreslår at det arrangeres konferanser/seminarer med grunnleggende kunnskap om temaet. Videre bør det arrangeres

²¹ For eksempel innslag på TV2 2.7.2010: <http://mobil.tv2.no/nyhetene/innenriks/-jente-14-ble-kjoennslemlestet-paa-kjoekkenbord>

kurs og konferanser med «smalere» (mer spesialiserte) tema for instanser med opparbeidet kunnskap og erfaring på feltet, og presentere «best practices», slik at aktørene i dette feltet kan lære av modeller som fungerer.

- Barnevernets kompetanse på avvergelsesplikten i forbindelse med KLL bør styrkes.
- I den grad det er mulig bør flere fagfolk med minoritetsbakgrunn og kompetanse om KLL, trekkes inn i den faglige virksomheten på feltet, samtidig som personer og grupper fra kulturer med KLL-tradisjoner i større grad trekkes med i informasjonsarbeid om KLL inn mot de berørte gruppene. I tillegg er det viktig å gjøre en innsats direkte mot berørte grupper.
- Helsetjenestene, asylmottakene, barnevernet og de frivillige organisasjonene ønsker å styrke samarbeidet med andre tjenester i arbeidet med KLL. De lokale myndighetene bør ta initiativet til at det opprettes tverretatlige team og møteplasser.
- Arbeid med forebygging av KLL i kommunene bør sees i sammenheng med kommunale handlingsplaner mot vold i nære relasjoner, samtidig som dette problemområdet fokuseres spesielt.
- RVTSenes funksjon som rådgivningsinstans for aktører i KLL-feltet bør tydeliggjøres. Det synes å være behov for å samle kunnskapen på KLL-feltet i regionale kunnskapsbaser i RVTSe i samhandling med NKVTS og NAKMI.

Litteratur

- Aasen, Henriette Sinding. 2008. *Menneskerettslige aspekter knyttet til kjønnslemlestelse og helseundersøkelser*. Institutt for offentlig rett, Universitetet i Oslo Unipub, Oslo. Barne- og likestillingsdepartementet. 2008a. *Handlingsplan mot kjønnslemlestelse 2008-2011*. Oslo.
- . 2008b. *Veileder om regelverk, roller og ansvar knyttet til kjønnslemlestelse*. Oslo. Barne- og likestillingsdepartementet, Helse- og omsorgsdepartementet. 2008c. *Veileder om regelverk, roller og ansvar knyttet til kjønnslemlestelse*. Oslo.
- Den Norske Legeforeningen. 2008. *Likeverdig helsetjeneste? – Om helsetjenester i ikke-vestlige innvandrere*. Oslo.
- Fangen, Katrine og Cecilie Thun. 2007. *Dialog og bottom-up som tiltak mot omskjæring. En evaluering av Primærmedisinsk verksteds prosjekt*. Department of Sociology and Human Geography, University of Oslo, Oslo.
- Fretheim, Atle, Eva Denison, og Rigmor C Berg. 2010. *Psychological, social and sexual consequences of female genital mutilation/cutting (FGM/C): a systematic review of quantitative studies*. Norwegian Knowledge Centre for the Health Services, Oslo.
- Halvorsen, Knut. 1996. *Forskningsmetode for helse- og sosialfag: en innføring i samfunnsvitenskapelig metode*. Oslo: Cappelen akademiske forlag.
- Justis- og politidepartementet. 2008. *Vold i nære relasjoner. Veileder for utvikling av kommunale handlingsplaner*. Oslo.
- Lidén, Hilde og Tonje Bentzen. 2008. *Kjønnslemlestelse i Norge*. Institutt for samfunnsforskning, Oslo.
- Lien, Inger Lise. 2005. *Tiltak mot kjønnslemlestelse: evaluering av OK-prosjektet: det nasjonale prosjektet for iverksetting av tiltak i handlingsplanen mot kjønnslemlestelse*. Norsk institutt for by- og regionforskning, Oslo.
- Morison, Linda A., Ahmed Dirir, Sada Elmi, Jama Warsame, og Shamis Dirir. 2004. «How experiences and attitudes relating to female circumcision vary according to age on arrival in Britain: a study among Young Somalis in London.» *Ethnicity & Health* 9:75-100.
- Neset, Tore, Per Garmannslund, Tor Egil Viblemo, og Inger-Johanne Danielsen. 2010. *Mer fart, mindre styring. Evaluering av handlingsplan mot kjønnslemlestelse. Andre delrapport*. Oxford Research AS, Kristiansand.
- Saur, Randi, Geir Borgen, og Torill Storholt. 2005. *Kartlegging av kompetanse, ressurser og nettverk i regionene*. Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress, Oslo.

- Sosial- og helsedirektoratet. 2004. *Veileder: Praktisering av ny bestemmelse om avvergeplikt i lov om forbud mot kjønnslemlestelse av 15. desember 1995 nr. 74.* edited by Helsedepartementet. Oslo.
- Statens helsetilsyn. 2000. *Veileder for helsepersonell i Norge om kvinnelig omskjæring.* Oslo.
- Storhaug, Hege. c2009. *Rundlurt: om innvandring og islam i Norge.* Oslo: Kagge forlag.
- Talle, Aud. 2008. *Kvinnelig omskjæring: Holdninger og praksis blant somaliske kvinner i Norge og blant omskjærere i somaliland.* Sosialantropologisk institutt, Universitetet i Oslo, Oslo.
- Upvall, Michele J og Kadra Mohammed, Dodge, Pamela D. 2009. «Perspectives of Somali Bantu refugee women living with circum cision in the United States: A focus group approach.» *International Journal of Nursing Studies* 46:360-368.

Vedlegg 1 Registreringskjema

	Project 86895
	Schema ID

ORGANISASJON OG MEDARBEIDERE

1 VENNLIGST SKRIV INN NAVN PÅ ORGANISASJON/TJENESTE

For MI Pro

2 Postnummer

SKRIV INN POSTNUMMER

3 Telefonnummer

SKRIV INN TELEFONNUMMER

4 Kryss av for den type organisasjon/tjeneste du tilhører

- Kommunelege 01
 Skole 02
 Helsestasjon 03
 Skolehelsestjeneste 04
 Fylkesmannen 05
 Regionalt helseforetak 06
 RVTS 07
 Bufetat 08
 Asylmottak 09
 Frivillig organisasjon 10

Annen organisasjon/tjeneste: _____

For MI Pro

5 Hvor mange fagstillinger har organisasjon/tjenesten totalt?

Antall årsverk

6 Hvor mange medarbeidere bruker deler av sin arbeidstid på feltet kjønnslemlestelse (forkortes til KLL)?

Antall medarbeidere

7 Hvor mange medarbeidere arbeider utelukkende med oppgaver relatert til KLL ?

Antall medarbeidere

8 Hvor mange medarbeidere har noen gang arbeidet med én konkret sak som gjaldt KLL?

EN SAK BETYR I DENNE SAMMENHENGEN EN JENTE ELLER KVINNE SOM EN FRYKTET KUNNE BLI UTSATT FOR KJØNNSLEMLESTELSE ELLER HVOR DETTE ALLEREDE VAR SKJEDD.

Antall medarbeidere

9 Hvor mange medarbeidere har arbeidet med flere konkrete saker som gjaldt KLL?

Antall medarbeidere

10 Hvis noen medarbeidere har spesialkunnskap om KLL, hva slags spesialkunnskap har disse?

FLERE SVAR MULIG

- Utdanning/kurs rettet mot KLL 01.
 Lang erfaring fra arbeid med KLL 02.
 Har arbeidet med KLL i andre land 03.
 Har egen kulturbakgrunn fra land hvor KLL praktiseres 04.

Annet, notér _____

For MI Pro

11 Har organisasjonen/tjenesten utarbeidet en skriftlig plan for arbeid med KLL?

Ja 1
 Nei 2

12 Har tjenesten faste rutiner for hvordan arbeid med KLL skal ivaretas?

Ja 1
 Nei 2

13 Er temaet kjønnslemlestelse tatt inn som del av samarbeidsavtale med andre instanser?

Ja 1
 Nei 2

ARBEIDSMETODER

DE NESTE SPØRSMÅLENE HANDLER OM ARBEIDSMETODER. VI VIL AT DU ANGIR HVORVIDT ORGANISASJONEN/TJENESTEN HAR TATT I BRUK/DELTATT I METODEN.

DERSEM DIN ORGANISASJON/TJENESTE SÅ LANGT IKKE HAR ARBEIDET MED TEMAET KJØNNSLEMLESTELSE VERKEN GJENNOM ARBEID MED KONKRETE ENKELTSAKER, FOREBYGGENDE TILTAK, INFORMASJONSSPREDNING ELLER OPPLÆRING, KAN DU HOPPE DIREKTE TIL SPØRSMÅL 20.

14 Hvilke av de følgende arbeidsmetodene har organisasjonen/tjenesten benyttet i sitt arbeid med KLL?
FLERE SVAR MULIG

- Vi har deltatt i anonyme drøftinger av konkrete tilfeller som gjaldt KLL 01.
 Vi har bidratt til at ett eller flere tilfeller av KLL er blitt undersøkt. 02.
 Vi har avverget kjønnslemlestelse 03.
 Vi har arbeidet forebyggende for å forhindre kjønnslemlestelse 04.
 Vi har foretatt/bedt om medisinske undersøkelser på jenter for å undersøke om de er kjønnslemlestet 05.
 Vi har foretatt/bedt om medisinske undersøkelser på jenter/kvinner som er kjønnslemlestet 06.
 Vi har iverksatt/bedt om medisinsk behandling pga helseplager hos kvinner som er kjønnslemlestet 07.
 Vi har bistått kvinner som er omskåret med annen type hjelp (ikke medisinske) 08.
 Vi har utarbeidet informasjonsmateriell 09.
 Vi har arbeidet med informasjonskampanjer 10.
 Vi har holdt kurs eller opplæring for berørte grupper 11.
 Vi har holdt kurs eller opplæring for de som arbeider med kjønnslemlestelse 12.
 Vi har gitt foreldreveiledning 13.
 Vi har formidlet kunnskap om norsk lovverk og praksis til berørte miljøer 14.
 Vi har samarbeidet med andre organisasjoner/tjenester 15.
 Vi har formidlet kunnskap og erfaring til andre faggrupper 16.
 Vi har sørget for at organisasjonens/tjenestens egne ansatte har fått kunnskap om temaet 17.

Andre metoder eller forklaringer, skriv her: _____

For MI Pro

15 Hvilke pedagogiske virkemidler bruker din organisasjon/tjeneste i arbeidet mot KLL?

FLERE SVAR MULIG

- Film 01.
 Teater/dramatiseringer 02.
 Diskusjonsgrupper med berørte jenter 03.
 Blandede diskusjonsgrupper med jenter og gutter fra berørte miljøer 04.
 Blandede diskusjonsgrupper med foreldre og ungdom fra berørte miljøer 05.
 Internett 06.
 OK-prosjektets materiale 07.

Annet, notér _____

For MI Pro

MÅLGRUPPER

SPØRSMÅLENE 16 - 19 HANDLER OM ORGANISASJONENS/TJENESTENS KONTAKT MED PERSONER SOM ER BERØRT AV KLL.

16 Vår organisasjon/tjeneste har kontakt med personer i følgende aldersgrupper...

FLERE SVAR MULIG

- Barn (0-12 år) 1.
 Ungdom (13-18 år) 2.
 Voksne 3.

17	Hvilke av de følgende gruppene/personene har din organisasjon/tjeneste vært i kontakt med, i tilknytning til arbeid med KLL? FLERE SVAR MULIG	
	Jenter som ble vurdert å være i risiko for KLL ved planlagt utenlandsopphold	<input type="checkbox"/> 01.
	Jenter (barn/unge) som allerede er kjønnslemlestet/omskåret	<input type="checkbox"/> 02.
	Voksne kvinner som allerede er kjønnslemlestet/omskåret	<input type="checkbox"/> 03.
	Familiemedlemmer av jenter/kvinner som er eller står i fare for KLL/omskjæring	<input type="checkbox"/> 04.
	Jenter/kvinner generelt (forebyggende virksomhet)	<input type="checkbox"/> 05.
	Gutter/menn generelt (forebyggende virksomhet)	<input type="checkbox"/> 06.
	Foreldre med barn i risikogruppen (forebyggende)	<input type="checkbox"/> 07.
	Andre målgrupper, noter	
	.....	For MI Pro
	<input type="checkbox"/>
	Ingen av disse	<input type="checkbox"/> 99.
18	Fra hvilke opprinnelsesland kommer de personene (foreldrene) som det har vært arbeidet med? SKRIV INN INNTIL 4 LAND, RANGERT ETTER ANTALL TILFELLER (A = FLEST TILFELLER)	
	A) Skriv inn land	For MI Pro
	<input type="checkbox"/>
	B)	For MI Pro
	<input type="checkbox"/>
	C)	For MI Pro
	<input type="checkbox"/>
	D)	For MI Pro
	<input type="checkbox"/>
19	Hvordan oppnådde organisasjonen/tjenesten kontakt med de gruppene som er berørt av KLL som dere har arbeidet med? FLERE SVAR MULIG	
	Vi som arbeider i organisasjonen har selv bakgrunn fra land som praktiserer kjønnslemlestelse	<input type="checkbox"/> 01.
	Vi omgås privat familier som kan være berørt av kjønnslemlestelse	<input type="checkbox"/> 02.
	Vi har fått kontakt med berørte personer gjennom eget, privat nettverk	<input type="checkbox"/> 03.
	Kontakten er etablert gjennom organiserte sosiale aktiviteter	<input type="checkbox"/> 04.
	Kontakten er etablert gjennom uformelle, sosiale aktiviteter	<input type="checkbox"/> 05.
	Barn/unge i risikogruppen har selv tatt kontakt med oss	<input type="checkbox"/> 06.
	Voksne kvinner har selv kontaktet oss	<input type="checkbox"/> 07.
	Foreldre eller andre pårørende har selv kontaktet oss	<input type="checkbox"/> 08.
	Vi har deltatt i møter eller samlinger hvor personer fra berørte grupper er til stede	<input type="checkbox"/> 09.
	Vi har selv tatt kontakt med berørte etter å ha mottatt informasjon/bekyringsmelding(er) fra ansatte i offentlige instanser	<input type="checkbox"/> 10.
	Vi har selv tatt kontakt med "berørte" etter at vi har mottatt informasjon/bekyringsmelding (er) fra andre	<input type="checkbox"/> 11.
	Annet, skriv her:	
	.....	For MI Pro
	<input type="checkbox"/>

SPØRSMÅLENE 20 - 24 HANDLER OM ORGANISASJONENS/TJENESTENS KONTAKT MED ANDRE AKTØRER PÅ TEMAOMRÅDET KLL.						
20	Hvor ofte har din organisasjon/tjeneste hatt kontakt med følgende aktører når det gjelder kjønnslemlestelse?					
	ETT KRYSS PER LINJE					
	4 ganger pr mnd eller oftere	1-3 ganger pr mnd	Sjeldnere enn 1 gang per mnd	Aldri	Vet ikke	
	1	2	3	4	5	
Sosialtjenesten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1
Barneverntjenesten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2
Asylmottak	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3
Politiet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4
Skole	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5
Barnehage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6
Lege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	7
Helsesøster	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	8
Jordmor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	9
Skolehelsesøster	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	10
Frivillige organisasjoner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	11
Andre aktører	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	12
21	Dersom din organisasjon/tjeneste i deres arbeid med KLL har hatt kontakt med andre aktører enn de som er listet opp i spm 20, notér dette her:					
	Notér					
	.....					For MI Pro
					
22	Har organisasjonen/tjenesten samarbeidspartnere på temaområdet KLL i andre land?					
Ja					<input type="checkbox"/> 1	
Nei					<input type="checkbox"/> 2	
23	Hvis organisasjonen har samarbeidspartnere i andre land, angi hvilke land det gjelder					
	Notér					
	.....					For MI Pro
					
24	Hvordan har organisasjonen/tjenesten fått kontakt med andre aktører som arbeider med temaområdet kjønnslemlestelse?					
	FLERE SVAR MULIG					
Vi har møtt andre aktører på seminar/kurs/konferanser hvor KLL belyses					<input type="checkbox"/> 01.	
Vi er blitt invitert til møter med andre aktører/instanser hvor arbeid mot KLL har vært tema					<input type="checkbox"/> 02.	
Samarbeidspartnere har henvendt seg til organisasjon/tjenesten for å søke råd i sak som gjelder KLL					<input type="checkbox"/> 03.	
Vi har selv tatt kontakt med andre aktører					<input type="checkbox"/> 04.	
Vi er blitt invitert til å holde innlegg på konferanser/seminarer/møter					<input type="checkbox"/> 05.	
Vi er blitt invitert med i planlegging av prosjekter					<input type="checkbox"/> 06.	
Vi er blitt invitert med i planlegging av kampanjer					<input type="checkbox"/> 07.	
Vi arrangerer egne konferanser/seminarer/møter hvor andre aktører inviteres					<input type="checkbox"/> 08.	
Annet, notér						
	.....					For MI Pro
					
Vi har ikke hatt kontakt med andre aktører					<input type="checkbox"/> 99.	

SAMARBEID

25 Hvilke temaer eller problemstillinger har dere samarbeidet med andre organisasjoner/instanser om, når det gjelder kjønnslemlestelse?

FLERE SVAR MULIG

Helsemessige skader ved kjønnslemlestelse	<input type="checkbox"/>	01.
Psykososiale ettervirkninger av kjønnslemlestelse	<input type="checkbox"/>	02.
Kultur, tradisjoner og verdier hos befolkningsgrupper som praktiserer kjønnslemlestelse	<input type="checkbox"/>	03.
Innholdet i det norske lovverket om kjønnslemlestelse	<input type="checkbox"/>	04.
Praktisering av avvergeplikten	<input type="checkbox"/>	05.
Hvordan snakke med berørte grupper	<input type="checkbox"/>	06.
Bruk av tolk	<input type="checkbox"/>	07.
Etiske dilemmaer og implikasjoner i arbeid med KLL	<input type="checkbox"/>	08.
Informasjonsarbeid	<input type="checkbox"/>	09.
Kunnskapsformidling	<input type="checkbox"/>	10.
Annet, notér _____		
_____	For MI Pro	
_____	<input type="checkbox"/>	
Vi har ikke hatt samarbeidet med andre aktører	<input type="checkbox"/>	99.

26 Har organisasjon/tjenestens medarbeidere innhentet faglige råd og støtte hos andre instanser i arbeidet med KLL?

Ja 1
 Nei 2

27 Hos hvilke instanser ble det søkt om råd og støtte?

Spesifiser instanser: _____

For MI Pro

28 Hvilke problemstillinger ble det søkt råd og støtte om?

Gi eksempler _____

For MI Pro

29 Med tanke på organisasjon/tjenestens rolle i nåværende eller framtidige saker vedr. KLL, hvilke aktører/instanser ser tjenesten behov for å utvikle samarbeid med?

FLERE SVAR MULIG

Sosialtjenesten	<input type="checkbox"/>	01.
Barneverntjenesten	<input type="checkbox"/>	02.
Asylmottak	<input type="checkbox"/>	03.
Politiet	<input type="checkbox"/>	04.
Skole	<input type="checkbox"/>	05.
Barnehage	<input type="checkbox"/>	06.
Lege	<input type="checkbox"/>	07.
Helsesøster	<input type="checkbox"/>	08.
Jordmor	<input type="checkbox"/>	09.
Skolehelsesøster	<input type="checkbox"/>	10.
Andre aktuelle aktører, notér _____		
_____	For MI Pro	
_____	<input type="checkbox"/>	
Andre aktuelle aktører, notér _____		
_____	For MI Pro	
_____	<input type="checkbox"/>	

OPPLÆRING

30	Har noen medarbeidere ved din organisasjon/tjeneste noen gang deltatt på <u>kurs</u> hvor kjønnslemlestelse var et hovedtema?	
Ja		<input type="checkbox"/> 1
Nei		<input type="checkbox"/> 2
31	Har noen medarbeidere ved din organisasjon/tjeneste noen gang deltatt på <u>konferanse</u> hvor kjønnslemlestelse var et hovedtema?	
Ja		<input type="checkbox"/> 1
Nei		<input type="checkbox"/> 2
32	Hvor mange medarbeidere har deltatt på hhv. kurs og konferanse hvor KLL var hovedtema de siste 3 år?	
Kurs, antall medarbeidere	<input type="text"/>	1
Konferanser, antall medarbeidere	<input type="text"/>	2
33	Notér summen av kursdager og summen av konferansedager som medarbeiderne i din tjeneste/organisasjon har deltatt på, hvor kjønnslemlestelse var hovedtema	
Antall kursdager	<input type="text"/>	1
Antall konferansedager	<input type="text"/>	2

KUNNSKAP

34	Hvor mye kunnskap har dine medarbeidere på følgende områder innenfor temaet kjønnslemlestelse?					
		1 - Ingen kunnskap 2 - Liten kunnskap 3 - Noe kunnskap 4 - Mye kunnskap Vet ikke/ikke relevant				
Ulike former for kjønnslemlestelse og utbredelse	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	1
Helsemessige skader og risiko ved kjønnslemlestelse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2
Psykiske og sosiale ettervirkninger av kjønnslemlestelse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3
Kultur, tradisjoner og verdier hos befolkningsgrupper som praktiserer kjønnslemlestelse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4
Innholdet i det norske lovverket om kjønnslemlestelse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5
Praktisering av avvergeplikten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6
Hva som virker i bekjempelse av kjønnslemlestelse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	7
Hva andre aktører og hjelpeinstanser kan bidra med	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	8
Kunnskap om hvordan få til gode samarbeidsrelasjoner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	9
Samtalemetodikk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	10
Metoder og prinsipper for bruk av tolk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	11
Etiske dilemmaer og implikasjoner i arbeid med kjønnslemlestelse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	12
35	Under finner du fem utsagn om organisasjonens/tjenestens nåværende kunnskap på temaområdet kjønnslemlestelse. Vi vil at du angir om du er enig eller uenig utsagnene.					
		Enig Uenig Vet ikke/kan ikke svare				
Alle medarbeidere i tjenesten har tilstrekkelig kunnskap	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	1		
Tilstrekkelig kunnskap finnes hos de i tjenesten som er spesielt interessert i temaet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2		
De fleste medarbeiderne mangler grunnleggende kunnskap på temaområdet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3		
Gode rutiner for saksbehandling kompenserer for manglende kunnskap ..	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4		
Kunnskapsmangel avhjelpes ved å drøfte/søke råd fra sak til sak	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5		

HVIS DU IKKE FYLLER UT SKJEMA FOR EN KOMMUNAL/INTERKOMMUNAL BARNEVERN TJENESTE KAN DU GÅ DIREKTE TIL SISTE SPØRSMÅL, NR 41.

BARNEVERNSTJENESTER

SPØRSMÅL 36-40 SKAL KUN FYLLES UT AV BARNEVERNSTJENESTER SOM I LØPET AV DE SISTE 3 KALENDERÅR HAR HATT SAKER HVOR KJØNNSLEMLESTELSE (KLL) VAR TEMA.

36 Arbeid med KLL-saker i barnevernet. Vi ønsker at du oppgir et antall på hvert spørsmål.
 SETT "0" DERSOM SPØRSMÅLET IKKE ER AKTUELT FOR DIN ARBEIDSPASS.

MELDINGER TIL BARNEVERN TJENESTEN

- A) Hvor mange nye meldinger angående kjønnslemlestelse fikk barneverntjenesten i 2008? 1
- B) Hvor mange uavsluttede bekymringsmeldinger til barnevernet, vedr. kjønnslemlestelse ble videreført fra 2007 til 2008? 2
- C) Hvor mange uavsluttede undersøkelsessaker, vedrørende kjønnslemlestelse ble videreført fra 2007 til 2008? 3
- D) Hva er summen av uavsluttede meldinger i 2007 + nye meldinger i 2008? 4
- E) Med utgangspunkt i svar på spm 36.D, hvor mange kjernefamilier gjaldt dette til sammen 5
- F) Hvor mange av meldingene i spm 36.D ble henlagt av barnevernet etter undersøkelse? 6
- G) Hvor mange meldinger som omhandler bekymring for kjønnslemlestelse er under vurdering i barneverntjenesten pr. besvarelsesdato? 7

IVERKSATT UNDERSØKELSE

- H) Hvor mange barn/unge, hvor kjønnslemlestelse var det aktuelle tema, ble det iverksatt undersøkelsessak på i 2008 etter Lov om barneverntjenester? 8
- I) Hvor mange kjernefamilier gjaldt dette? 9
- J) Hvor mange undersøkelsessaker på dette temaområdet er avsluttet uten tiltak i 2008? 10

IVERKSATTE ELLER PLANLAGTE HJELPETILTAK

- K) For hvor mange barn/unge hvor kjønnslemlestelse var det aktuelle tema ble det iverksatt eller planlagt omsorgsovertakelse **med** foreldrenes samtykke i 2008? 11
- L) Hvor mange kjernefamilier gjaldt dette? 12
- M) For hvor mange barn/unge hvor kjønnslemlestelse var det aktuelle tema ble det iverksatt eller planlagt omsorgsovertakelse **uten** foreldrenes samtykke i 2008? 13
- N) Hvor mange kjernefamilier gjaldt dette? 14

37 Har barneverntjenesten i løpet av 2007 eller 2008, eller 2009 vært i noen situasjon hvor avvergeplikten, etter Lov om forbud mot kjønnslemlestelse, er blitt tatt i bruk i akutte tilfelle?
 Ja 1
 Nei 2

39 Hvor mange saker vedrørende kjønnslemlestelse har organisasjonen/tjenesten til sammen meldt til politiet i 2007, 2008 og 2009?
 Antall saker 1

38 Hvor mange barn/unge gjaldt de sakene hvor avvergeplikten ble tatt i bruk?
 Antall barn/unge i 2007 1
 Antall barn/unge i 2008 2
 Antall barn/unge i 2009 3

40 Hvor mange barn/unge gjaldt til sammen de sakene som organisasjonen/tjenesten meldte til politiet i 2007-2009?
 Antall barn/unge 1

41

Hvis det er sider ved deres arbeid med kjønnslemlestelse som ikke kommer godt nok fram gjennom de spørsmålene vi har stilt, ber vi deg/dere skrive det ned her.

HUSK Å SKRIVE TYDELIG!

HER KAN DERE FOR EKSEMPEL SKRIVE OM METODER DERE ER SPESIELT FORNØYD MED ELLER PROBLEMER DERE MENER ER SPESIELT UTFORDRENDE



TUSEN TAKK FOR AT DU DELTOK I KARTLEGGINGEN!

Vedlegg 2 Intervjuguide for RVTsene

Tema for intervjuer med representanter med ansvar for

Tiltak 6 i Handlingsplan mot kjønnslemlestelse ved RVTsene

- Hvem/hvilke instanser arbeider med kjønnslemlestelse i din region?
- Hva slags type tiltak er satt i verk/finnes det beredskap på?
- Hvilket omfang har dette problemet i regionen?
- Hva er RVTsenes rolle?
- Tanker omkring problemområdet, satsing fra myndighetenes side, involvering av offentlige tjenester/frivillige organisasjoner
- Har du andre refleksjoner knyttet til temaområdet som du mener bør komme med i en rapport om hva som gjøres/bør gjøres på dette feltet?

Kjønnslemlestelse er et tabubelagt tema og er straffbart i Norge. Ingen vet hvor mange jenter/kvinner som årlig utsettes for slike overgrep. I denne kartleggingsstudien rettes søkelyset mot tjenester og miljøer som arbeider med kjønnslemlestelse, hva de gjør, hvilke metoder de bruker og hvilke målgrupper de retter seg mot.

Kartleggingen viser at helsetjenestene, barnevernet og asylmottakene er de tre instansene som har høyest aktivitet i arbeidet med kjønnslemlestelse. Under halvparten av tjenestene har imidlertid hatt erfaring med konkrete saker. Unntaket er helsetjenestene, der 56 prosent oppgir at de har arbeidet med kjønnslemlestelsessaker.

Det meste av aktiviteten på feltet består i skolering av ansatte og forebyggende innsats mot kjønnslemlestelse i form av undervisning, veiledning og informasjonsspredning til andre tjenester, organisasjoner og berørte.

For å få til et bedre og mer effektivt samarbeid på tvers av tjenester, rettes fokus mot hvem som samarbeider med hvem på feltet, innholdet i samarbeidet og behovet for å øke dette.

Rapporten er gjort på oppdrag av Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet.

Kirkeveien 166 (bygning 48)
N-0407 Oslo
Tlf.: +47 22 59 55 00
Faks: +47 22 59 55 01
e-post: postmottak@nkvts.unirand.no

ISBN 978-82-8122-041-6 (Trykk)
ISBN 978-82-8122-042-3 (Pdf)
ISSN 0809-9103

Rapporter kan lastes ned fra: <http://www.nkvts.no>