

Inger-Lise Lien, Jon-Håkon Schultz og Geir Borgen

## Intervensjon mot kjønnslemlestelse

Erfaringer fra tilbudet

«Samtaler og frivillige underlivsundersøkelser»

Nasjonalt kunnskapssenter  
om vold og traumatisk stress a/s

# **Intervensjon mot kjønnslemlestelse**

Erfaringer fra tilbudet  
«Samtaler og frivillige underlivsundersøkelser»

Inger-Lise Lien, Jon-Håkon Schultz og Geir Borgen

**2012**

Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress (NKVTS) ble stiftet 17. november 2003. Selskapet er et datterselskap av UNIRAND AS, som er heleid av Universitetet i Oslo.

Senterets oppgaver er forskning, utviklingsarbeid, undervisning, formidling og veiledning innen temaene

- Vold
- Seksuelle overgrep
- Flyktninger/asylsøkere
- Katastrofer
- Andre traumatiske hendelser

Senteret samarbeider med de fem regionale ressursentrene om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging (RVTS) samt relevante kliniske miljøer, forskningsinstitusjoner og faginstanser, nasjonalt og internasjonalt.

Ved Universitetet i Oslo driver senteret en Master i psykososialt arbeid – selvmord, rus, vold og traumer, sammen med Senter for rus- og avhengighetsforskning (SERAF) og Nasjonalt senter for selvmordsforskning og -forebygging (NSSF).

Alle rapporter og notater fra senteret er tilgjengelige i fulltekst på våre hjemmesider [nkvts.no](http://nkvts.no) under «publikasjoner».

Senteret gjennomfører prosjekter som er finansiert av departementer og direktorater, Norges forskningsråd, frivillige organisasjoner og andre.

Bak opprettelsen og driften av senteret står: Barne- likestillings- og inkluderingsdepartementet, Helse- og omsorgsdepartementet, Justis og beredskapsdepartementet og Forsvarsdepartementet.

Henvendelse vedrørende publikasjonen rettes til Nasjonal kunnskapssenter om vold og traumatisk stress. Kontaktinformasjon på [www.nkvts.no](http://www.nkvts.no)

ISBN (trykk) 978-82-8122-056-0

ISBN (PDF) 978-82-8122-057-7

ISSN 0809-9103

# Forord

I brev av 07.04 2011 ble Nasjonalt Kunnskapssenter om Vold og Traumatisk Stress (NKVTS) bedt av Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet (BLD) om å gjennomgå tilbudet om frivillig samtale og underlivsundersøkelse som ble innført i utvalgte kommuner og bydeler høsten 2009 og på landsbasis fra 2010/11. Departementet ønsket svar på følgende spørsmål: I hvilken utstrekning praktiseres ordningen? Hva er erfaringer fra bruk av ordningen der den er iverksatt? Hva er de samfunnsmessige konsekvenser av ordningen? Hva er tiltakets nytte?

Jon Håkon Schultz, Geir Borgen og Inger-Lise Lien har gjennomført gjennomgangen. Innsamling av data ble utført sommer og høst 2011. Utskriving av rapport ble påbegynt høsten 2011 og videreført 2012.

Oppsummering og konklusjon fra arbeidet finnes i kapittel 7 og 8.

Vi vil takke alle som har bidratt. En spesiell takk går til kommunehelsesøstre, leger og berørte i kommuner og bydeler som har brukt av sin tid til å gi oss innsikt og forståelse av hvordan denne ordningen fungerer hos dem.

Oslo, mars, 2012

Inger-Lise Lien  
Prosjektleder

# Innhold

<b>Forord</b>	3
<b>1 Innledning</b>	7
1.1 Bakgrunn	7
1.2 Problemstillinger	8
1.3 Metode	8
1.4 Rapportens oppbygging	9
<b>2 Historikk</b>	10
2.1 Bakgrunn	10
2.2 Veien frem	12
2.3 Programteori	15
2.4 Tiltakets intensjon	16
2.5 Avvergesplikten som en innebygget risiko	17
<b>3 Debattene</b>	19
3.1 Triggere	19
3.2 Omfang	20
3.3 Frivillighet	22
3.4 Gynekologiske undersøkelser av barn	23
3.5 Diskusjonen om «racial profiling»	24
3.6 To posisjoner	26
3.7 Oppsummering	27
<b>4 Erfaringer fra innfasingskommuner</b>	28
4.1 Drammen kommune	29
4.1.1 Oppstart og implementering	29
4.1.2 Praktisk gjennomføring og innhold i tiltaket	30
4.2 Bjerke, Grünerløkka, Sagene og Stovner bydeler i Oslo	33
4.2.1 Oppstart og implementering	33
4.2.2 Praktisk gjennomføring	34

4.3	Lier kommune	36
4.3.1	Oppstart og implementering	36
4.3.2	Praktisk gjennomføring	36
4.4	Erfaringer – refleksjoner. Drammen, Lier og Oslo	37
4.5	Utfordringer. Drammen, Lier og Oslo	41
4.6	Vurdering av nytten av tiltaket. Drammen, Lier og Oslo	43
<b>5</b>	<b>Erfaringer fra andre kommuner</b>	<b>46</b>
5.1	Bergen kommune	46
5.1.1	Kommunen ønsker ikke å iverksette tiltaket om frivillige undersøkelser	48
5.1.2	Erfaringer	49
5.2	Bærum kommune	49
5.3	Vefsn kommune	50
5.4	Trondheim kommune	51
5.5	Tromsø kommune	51
5.6	Fredrikstad kommune	52
5.7	Skien kommune	52
<b>6</b>	<b>Svar på spørreskjema utfyllt av berørte</b>	<b>53</b>
6.1	Konklusjon	58
<b>7</b>	<b>Vurderinger</b>	<b>59</b>
7.1	I hvilken utstrekning praktiseres ordningen med frivillige undersøkelser	59
7.1.1	Bidrar tiltaket med flere forebyggende aktiviteter enn det som allerede eksisterer?	60
7.2	Erfaringer fra bruk av ordningen der den er iverksatt	62
7.3	Vurdering rundt konsekvenser av ordningen	64
7.3.1	Positive konsekvenser	65
7.3.2	Negative og uintenderte konsekvenser	66
7.4	Målgrupper og stigmatisering	67
7.5	Tiltakets nytte	68
<b>8</b>	<b>Oppsummering og konklusjon</b>	<b>70</b>
	<b>Litteratur</b>	<b>73</b>

## Tabelloversikt

Tabell 1.1	Oversikt over kommuner som er med i undersøkelsen	7
Tabell 1.2	Antall personer intervjuet	8
Tabell 2.1	Avvergelsesplikten	17
Tabell 4.1	Oversikt over forebyggende samtaler om kjønnslemlestelse i Drammen kommune	32
Tabell 6.1	Hvordan ville du forholde deg til tilbudet om frivillige samtaler og undersøkelse dersom din datter var omskåret?	54

## Figuroversikt

Figur 2.1	Tiltakets hovedelementer	13
Figur 2.2	Organiseringen av tiltaket med ulike funksjoner	14
Figur 2.3	Tidsakse over innfasing	14
Figur 2.4	Input og output	15
Figur 6.1	Berørtes holdninger til samtaler og frivillige undersøkelser	55
Figur 6.2	Om obligatoriske undersøkelser bør være for alle	56
Figur 6.3	Spørsmål om den frivillige underlivsundersøkelsen bør fortsette	57
Figur 6.4	Holdninger til frivillige underlivsundersøkelser.	57

# 1 Innledning

## 1.1 Bakgrunn

NKVTS ble i brev av 07.04 2011 bedt av Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet (BLD) om å gjennomgå tilbudet om frivillig samtale og underlivsundersøkelse som ble innført i utvalgte kommuner og bydeler høsten 2009 og på landsbasis fra 2010/11. I brevet til NKVTS fra departementet står det:

*Gjennomgangen bør inkludere en vurdering av nytten av tilbudet som forebyggende tiltak, i hvilken utstrekning ordningen praktiseres og erfaringer fra bruk av ordningen der den er iverksatt. Videre ønsker vi en vurdering rundt de samfunnsmessige konsekvensene av ordningen.*

NKVTS ble i tillegg bedt om å se nærmere på implementeringen av tiltaket samt å beskrive tilbudet som gis til nyankomne flyktninger ett år etter ankomst og til familie-gjenforente. Vi valgte både å undersøke kommuner som var del av den første innfasingen og tilfeldige kommuner, se tabell 1.1.

Tabell 1.1 Oversikt over kommuner som er med i undersøkelsen

Innfasingskommuner:	Tilfeldige kommuner fra resten av landet
Oslo: bydel Stovner	Bærum
Oslo: bydel Grünerløkka	Vefsn
Oslo: bydel Sagene	Tromsø
Oslo: bydel Bjerke	Trondheim
Drammen	Fredrikstad
Lier	Bergen
	Skien



## 1.2 Problemstillinger

BLD ønsket svar på følgende spørsmål:

- I hvilken utstrekning praktiseres ordningen?
- Hva er erfaringer fra bruk av ordningen der den er iverksatt?
- Hva er de samfunnsmessige konsekvenser av ordningen?
- Hva er tiltakets nytte?

## 1.3 Metode

Vi har brukt en bred tilnærming basert på kvalitative intervjuer og supplert datatilfanget med data fra spørreskjema. Spørreskjemaet ble delt ut til berørte og vi mottok svar fra 48 respondenter. Spørreskjemaet ble delt ut på kurs som Pan African Women Association (PAWA) arrangerte hvor det befant seg gambiske, eritreiske, sudanesiske og etiopiske deltagere. I tillegg baserer vi oss på debattinnlegg i media og offentlige dokumenter.

Totalt har vi intervjuet 70 informanter individuelt ved direkte og personlig møte, i grupper og i noen tilfeller, via telefon (se tabell 1.2.). Disse informantene er i hovedsak ansatte innenfor kommunale helsetjenester eller asylmottak.

Tabell 1.2 Antall personer intervjuet

Kategorier	Antall (total = 70)
Leger	7
Helsesøstre	51
Asylmottak	4
Andre	4
Dep og dir.	4

Vi har ikke intervjuet somaliske informanter, da tidsrammene satte begrensninger for dette. Vi har heller ikke sendt ut spørreskjema til alle kommunene, men intervjuet helsesøstre i utvalgte kommuner som vi mente kunne ha relevante erfaringer. Til tross for at vi ikke på statistisk grunnlag kan generalisere erfaringene vi beskriver i denne rapporten, mener vi at vi har sett noen tendenser som kan gjelde for flere kommuner.

## 1.4 Rapportens oppbygging

I det første kapittelet redegjøres det for oppdragsgivers intensjon og problemstillinger for evalueringsarbeidet.

I kapittel to gis det en bred presentasjon av bakgrunnen for tilbudet om frivillige samtaler og undersøkelser slik at selve tilblivelsen av tiltaket skal kunne bli tydelig. Det gis en beskrivelse av tiltakets programteori, opplevelse av frivilligheten av tiltaket samt en diskusjon av tiltaket sett i lys av «racial profiling». Videre ser vi på debatter som har vært ført i media og forhold rundt implementeringen.

I kapittel tre og fire presenteres erfaringer fra ulike kommuner. Kapittel fem inneholder data fra spørreskjemaundersøkelsen og kapittel seks inneholder en analyse av erfaringene. I kapittel syv gis en oppsummering og konklusjon.

## 2 Historikk

I dette kapittelet går vi nærmere inn på de forhold som preget fremveksten av tiltaket om frivillige samtaler. Det gis en presentasjon av hvordan avvergesplikten kan påvirke de frivillige samtalen slik at samtalen i seg selv kan oppleves å inneha en viss risiko. Vi ser på begrepet «racial profiling» og debatten rundt å avgrense tilbudet til en avgrenset målgruppe. Kapittelet innledes med å presentere hva de som utformet tiltaket oppfattet at skulle være tiltakets intensjon.

### 2.1 Bakgrunn

I 2005 kom en anmodning til Helsedirektoratet via stortingsmelding nr. 49 (2004 – 2005) «Mangfold gjennom inkludering og deltagelse – Ansvar og frihet». Et flertall på Stortinget *fattet et anmodningsvedtak (nr. 385) for å forebygge kjønnslemlestelse*:

*Stortinget ber regjeringen utrede innføring av klinisk observasjon av alle barns kjønnsorganer ved dagens helsekontroller, samt utrede omfanget av slike kontroller, og om de skal være obligatoriske. (Ref: Rundskriv I-5/2009)*

Det var altså en anmodning om observasjon av alle barns kjønnsorganer, og i tillegg å vurdere om helsekontrollen bør begrenses til jenter som befinner seg i risikogruppen for kjønnslemlestelse. Helsedirektoratet konsentrerer utredningen til å omfatte kjønnslemlestelse av jenter (IS 1372), og vurderer ikke innføring av klinisk observasjon av alle barn uavhengig av risiko for kjønnslemlestelse. Det fikk konsekvenser for tilrådingen, for det endelige tiltaket som kom, også for reaksjonene i etterkant. Ut fra etiske, juridiske og medisinske grunner vurderte Helsedirektoratet at det ikke burde gjennomføres obligatorisk kliniske observasjon av jentebarn relatert til kjønnslemlestelse. Etter å ha foreslått en avgrensning til « grupper i risikozonen», konkluderer Helsedirektoratet i sin utredning med at det vil være vanskelig å finne frem til en hensiktsmessig avgrensning av hvilke jenter som befinner seg i risikozonen for kjønnslemlestelse. Stigmatisering er også en av begrunnelsene, likeledes internasjonale konvensjoner som Menneskerettsloven (EMK)<sup>1</sup> artikkel 8 samt Barnekonvensjonen som omhandler

---

<sup>1</sup> <http://www.lovdatab.no/all/hl-19990521-030.html#map012>

diskriminering. Disse forholdene legges til grunn for at avgrensingsproblemene for å definere målgruppen gjør obligatoriske undersøkelser vanskelig.

Et annet grunnlag som skulle hjelpe politikerne til å ta en beslutning om frivillige undersøkelser var Institutt for samfunnsforskning (ISF) kartlegging av omfanget av kjønnslemlestelse i Norge. De er skeptisk til innføring av obligatoriske underlivsundersøkelser, og anbefaler heller å innføre *forebyggende samtaler* i skolehelsetjenesten, og å utvikle rutiner for tilbud om helsehjelp (Lidén og Bentzen 2008:8).

I tillegg til disse to utredningene ble Senter for Menneskerettigheter bedt om å foreta en vurdering av menneskerettslige problemstillinger ved obligatoriske underlivsundersøkelser. Hovedspørsmålet som en ønsket besvart var om en helseundersøkelse vil kollidere med den europeiske menneskerettighetsartikkel nr. 8. Henriette Sinding Aasen (2008) er forfatter av utredningen. Hun går gjennom ulike FN-konvensjoner om rett til helse, beskyttelse mot vold, og vekter dem mot hverandre. Hun setter et spesielt fokus på § 8 (1) «*krenkelse av privatlivet*» og vurderer nødvendighetsbetraktningene samt artikkel 8 (2) i den Europeiske Menneskerettighetskonvensjon.

Aasen (op.cit) vurderer det slik at en obligatorisk underlivsundersøkelse vil være en krenkelse av privatlivet i følge artikkel 8. Hun vurderer en frivillig undersøkelse med et gyldig samtykke til ikke å være en krenkelse av privatlivet.

En stat har plikt til å beskytte borgerne mot mishandling, også når dette skjer i det private rom. Men staten har også plikt til ikke å krenke privatlivet. Ettersom kjønnslemlestelse finner sted etter en avveining foretatt av foreldre innenfor det private rom, ligger det et stort dilemma for en stat som må vekte hensynet til barnet opp mot å hegne om et privat rom der foreldre kan ta straffbare avgjørelser på vegne av barnet. I barnekonvensjonen artikkel 24 heter det at «*partene skal treffe alle effektive og egnede tiltak for å avskaffe tradisjonsbundet praksis som er skadelig for barns helse*». I vekten mellom vernet av jenter og familiens rett til privatliv, faller Aasen tyngst ned på retten til privatlivet, selv når det er innenfor privatlivet at kjønnslemlestelse skjer. Når det gjelder nødvendighetsvurderinger – «*a pressing social need*» – og om det er proporsjonalt med det legitime krav, så vekter hun inngrepets styrke og intensitet på den ene siden opp mot om det finnes andre og mindre inngripende alternativer.

*Samlet sett må det antas at nødvendighetskravet i EMK artikkel 8 (2) ikke er oppfylt når det gjelder tvungne helse- eller underlivsundersøkelser rettet mot bestemte grupper. Usikkerhetsfaktorene knyttet til effekten av slike undersøkelser, samt den stigmatiserende effekt og usikkerhet knyttet til om slike undersøkelser totalt sett er til barnet beste, tilsier at bruk av tvungne undersøkelser ikke er i samsvar med det nødvendighetskrav EMK artikkel 8 (2) forutsetter (herunder krav*

*om forholdsmessighet og rimelighet): I tillegg fremheves betydningen av at helse-tjenesten ivaretar respekt for grunnleggende menneskerettigheter. Den norske regjering har fremmet en rekke frivillige tiltak av denne karakter og vektlegger dialog og samarbeid med berørte grupper. Mye tyder på at dette er veien å gå. (...) Etter min vurdering synes det klart at slike tiltak må utvikles og utnyttes bedre, før andre og mer inngripende tiltak kan iverksettes.*

(Aasen, s 61, 2008).

På grunn av disse vurderingene samt at samtlige utredninger er negative til obligatoriske undersøkelser, begynner BLD og HOD å utforme et annet tiltak: nemlig tilbud om frivillige samtaler om kjønnslemlestelse og en frivillig underlivsundersøkelse.

Første mars 2009 blir tilbudet lansert i form av et rundskriv:

*Dette rundskrivet er en orientering om hvordan kommunehelsetjenesten kan gjennomføre tilbud om frivillige underlivsundersøkelser til jenter og kvinner med bakgrunn fra områder i land der forekomsten av kjønnslemlestelse er 30 % eller mer ifølge Verdens helseorganisasjon (WHO). Tilbudet til kvinnelige innvandrere skal være en del av helseundersøkelsen i kommunen, utføres av kompetent lege og gis innen 1 år etter ankomst. Tilbud om samtale og frivillig underlivsundersøkelse til aktuelle jenter (innvandrere og norskfødte med innvandrerforeldre) ved skolestart (5-6 år), i barneskolens 5. klassetrinn (10-11 år) og på ungdomsskolens klassetrinn (14-16 år) skal gjennomføres i regi av helsestasjons- og skolehelsetjenesten. (Rundskriv I-5/2009)*

I 2009 startet Helsedirektoratet en innfasing av tilbudet til bydeler i Oslo, Drammen og Lier.

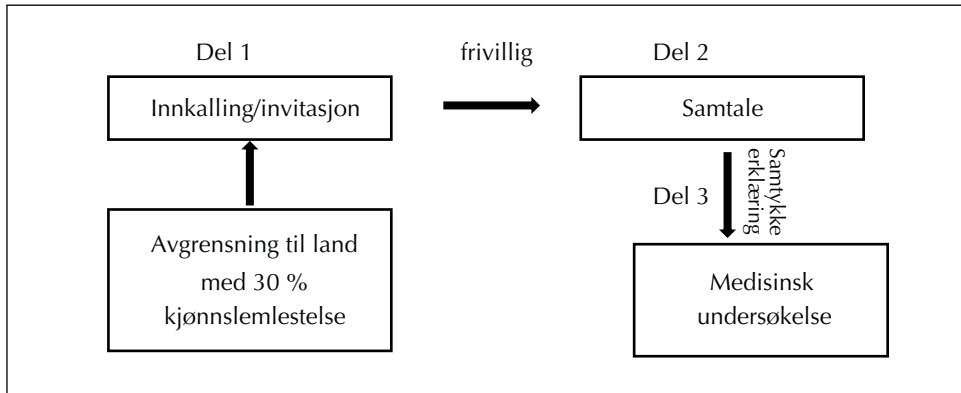
Tilbudet har ikke vært del av Handlingsplanen mot kjønnslemlestelse som kom i 2008 – 2011, men har kommet utenom denne planen.

## **2.2 Veien frem**

Da BLD og HOD startet arbeidet med tilbudet om frivillige samtaler og undersøkelser, gikk de bort fra det obligatoriske opplegget. Forslaget utviklet seg til et tiltak som skulle være basert på full frivillighet til en avgrenset målgruppe og tiltaket skulle implementeres i to faser: først implementeres det i utvalgte kommuner og bydeler, og deretter i hele landet. Avgrensningen skulle gjelde for jenter og kvinner som kommer fra land hvor forekomsten er 30 % eller mer ifølge Verdens helseorganisasjon (WHO).

Det endelige forslaget har to hovedelementer, det ene er en frivillig samtale samt et påfølgende tilbud om en frivillig underlivsundersøkelse. Vi kan bryte ned tiltaket ytterligere. Vi har forsøkt å illustrere de ulike elementene som følger:

Figur 2.1 Tiltakets hovedelementer



For å iverksette innkallingen er det nødvendig med en kartlegging i forkant for å skaffe seg oversikt over antall personer som kommer fra land med en frekvens på omskjæring av jenter på 30 % eller mer.

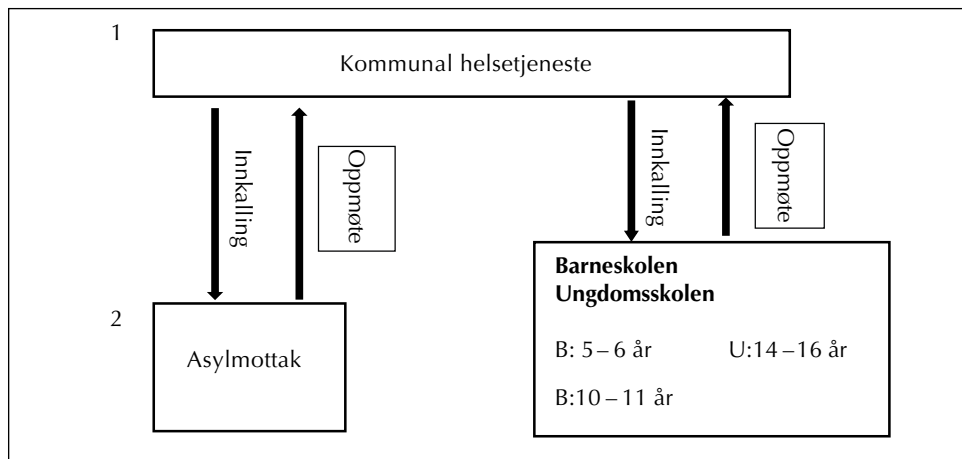
Etter å ha identifisert familier som er aktuelle for tiltaket, vil familien få et brev som gjør rede for tilbudet om frivillige underlivsundersøkelser.

I brevene blir det informert om at tilbudet ikke er obligatorisk og at det derfor ikke er obligatorisk å møte opp, men at deltagelse er frivillig og at alle har anledning til å takke nei dersom de ikke ønsker å benytte tilbudet. Det skal ikke være forbundet med risiko å takke nei.

Tilbudet om frivillige underlivsundersøkelser innebærer at etater og tjenester har ulike roller. Ansvar skal i hovedsak ligge i kommunehelsetjenesten. Herunder skal eksempelvis skolehelsetjenesten arbeide inn mot barneskolen og ungdomsskolen. Det er altså ikke skolene i seg selv som er bærere av ansvaret for at tiltaket fungerer, men kommunehelsetjenesten.

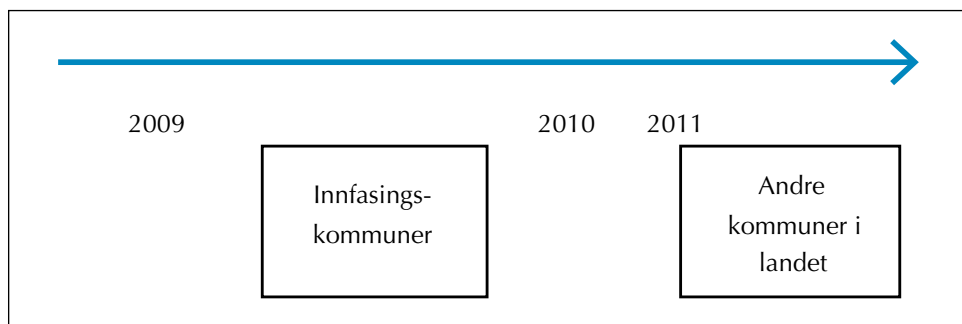
Likeledes gjelder det for asylmottakene at de ikke er ansvarlige for tiltaket, men det er helsetjenesten som betjener asylmottakene som er tiltakets adresse og ansvarshavende. Dette er illustrert nedenunder.

Figur 2.2 Organiseringsen av tiltaket med ulike funksjoner



Tiltaket har også en tidsdimensjon som består av en innfasingsprosess med ulike prosedyrer. Implementeringen av tiltaket kan se ulik ut i de kommuner hvor det ble innfasert først, og i de øvrige kommunene der det ble implementert senere. Disse forskjeller kan også forklares med at de som har meldt seg som tidlige innfasingskommuner, kan være mer motivert for å gjennomføre tiltaket, og mer dynamiske, enn de som ikke har meldt seg som innfasingskommuner.

Figur 2.3 Tidsakse over innfasing



Implementeringen var planlagt slik at innfasingen skulle begynne høsten 2009 og så implementeres videre i kommunene i 2010. Et rundskriv ble sendt ut 30. november 2010 til kommunene. En veileder ble sendt ut i slutten av februar 2011. Det betyr at den reelle innfasingen ut til landets kommuner egentlig fikk sin start i 2011 heller enn i 2010.

## 2.3 Programteori

En programteori er et planleggingsinstrument for å gjennomføre et prosjekt og skal avdekkes gjennom intervjuer med de som er tiltakets iverksettere (Sverdrup 2002). Ved å analysere antagelser og ideer om endring som de som har ansvaret for tiltaket har tenkt seg, vil vi finne frem til prosjektets programteori.

En rekonstruksjon av prosjektets programteori vil være det første skritt i vurderingen for nettopp å finne fram til hvordan prosjektansvarlige forestiller seg hvordan endringer skjer, hvorfor de tror dette, samt hvilke endringer de tar sikte på å oppnå. Identifiseringen av programteorien gjøres ved å intervju programansvarlige, altså i dette tilfellet blir det de byråkrater som satt med planleggingen av tiltaket. Programteorien blir et nyttig verktøy for å gjennomføre vurderingen, fordi en kan ta utgangspunkt i den tenkning som ligger bak tiltaket, for å se sammenheng mellom de antagelser som gjøres og de virkemidler og programaktiviteter som benyttes og de mål og konsekvenser som oppstår. Det bidrar til tilretteleggelse av en systematisk sammenligning mellom det evaluatør tror de programansvarlige mener tiltakene vil føre til, og det som faktisk skjer.

Arbeidet som endte med frivillige undersøkelser begynte med en annen intensjon, altså et ønske om obligatoriske undersøkelser for alle. Når en gikk bort fra dette tiltaket betød det at en måtte legge vekk flere av intensjonene og utvikle en helt ny programteori, enn det som lå som grunnlag for obligatoriske undersøkelser.

Utgangspunktet er at en forestiller seg at ved å innføre et tiltak i en handlingskjede vil det også føre til et ønsket «outcome». I denne sammenhengen er ønsket «outcome» at de som berøres av tiltaket skal slutte med å omskjære døtrene sine, dvs. at det skjer holdningsendringer og barn får helsehjelp.

Figur 2.4 *Input og output*

<i>Utgangsposisjon</i>	<i>Input</i>	<i>Outcome</i>
Tradisjon med omskjæring	Flere samtaler frivillig undersøkelse	Tradisjon opphører Målgruppen får helsehjelp



Det kan være problematisk å vurdere «outcome» i denne sammenheng. Tilbudet om samtale og frivillig undersøkelse er bare ett av flere tiltak som er satt i gang siden 2008 da den forrige Handlingsplanen mot kjønnslemlestelse kom. Handlingsplanen har hele 41 tiltak som har vært iverksatt over hele landet på mange ulike nivå. Mens flere av tiltakene tidligere var koblet opp mot OK-prosjektet, er tiltakene i den siste handlingsplanen innlemmet i hele det aktive samfunnsmaskineriet. Tiltakene retter seg mot politi, helsearbeidere, leger, trossamfunn, forsknings- og undervisningsinstitusjoner på høyt og lavt nivå, forskningsinstitusjoner, direktorater og departementer. Som overordnet mål er ønsket at summen av tiltakene skal fungere holdningsendrende, og at tilbudet om samtale og frivillig undersøkelse skal gi et ekstra puff i retning av endring av atferd og holdninger i den berørte målgruppe. Det betyr at «samtaler» har en kjerneposisjon innenfor tiltakets programteori.

Virkemidlene som departementet bruker for å sparke tiltaket i gang er rundskriv og brev til kommunene som pålegger dem å igangsette tiltaket. Kommunen skaper rammer for samarbeid og rutiner for å innkalle de berørte. Det gjennomføres gjentatte samtaler og berørte skal få tilbud om helseundersøkelser. Summen av samtlige tiltak skal få en slutt på kjønnslemlestelse og gi helsehjelp. *Tilbudets teorifundament er dermed samtalen, ikke bare en samtale, men flere.*

Denne forståelsen fikk vi gjennom å intervjuere tiltakets iverksettere i direktoratet og departementet, hvor vi nettopp søkte etter tiltakets programteori.

## 2.4 Tiltakets intensjon

Vi intervjuet ansatte i Helsedirektoratet og i BLD som hadde arbeidet med forarbeidene til tiltaket. Vi ble fortalt at det tidligere hadde eksistert en helseundersøkelse av alle barn som opphørte uten en debatt i forkant. Det var flere utfordringer tilknyttet en helseundersøkelse av jentebarn i berørte miljøer, blant annet var man bekymret for at det ville være brudd på menneskerettighetene. Det var imidlertid positive erfaringer fra Frankrike, og likeledes var det positive erfaringer fra smittevernkontoret i Bergen der berørte hadde takket ja til underlivsundersøkelse. Erfaringer fra Trondheim viste at barna ikke var så redde og engstelige som det enkelte hevdet. Likevel bestemte man seg, etter tre rapporter som var negative til obligatoriske undersøkelser, for å droppe «obligatorisk» og å gå inn for frivillighet og i tillegg å gå inn for samtaler. Dette var også anbefalt i alle utredningene. Med frivillige samtaler og tilbud om undersøkelser ville man legge til rette for at helsearbeiderne skulle få en struktur og rutiner for å ta opp denne problematikken i samtale.

«For å få til holdningsendringer må en få til flere gjentatte samtaler om fenomenet. Ved å samtale mange ganger får man til en tankeprosess og en får med seg kunnskap om helseskadene. Barneperspektivet er også viktig. Dette vil føre til holdningsendringer. Med undersøkelsene ville vi gi hjelp til de som trenger det. Dette var intensjonen. Men vi fikk mange problemer i etterkant fordi folk misforsto intensjonen og tiltaket.»

«Problemet med de frivillige undersøkelsene er at de er et stebarn av forslaget om obligatoriske undersøkelser. Det er derfor vi fikk så store problemer med dette tiltaket som i grunnen er ganske harmløst.»

Oppsummert vil vi si at intensjonen med tiltaket er å få til holdningsendringer, samt å gi tilbud om helsehjelp til de som er plaget som en effekt av omskjæring. Det er samtaler på det mer individuelle og dialogiske plan mellom berørte og en helsearbeider som antas å ha en holdningsendrende virkning. Dette er tilbudets grunnleggende endrings-teori.

## 2.5 Avvergelsesplikten som en innebygget risiko

Tabell 2.1 Avvergelsesplikten

§ 2. Med bøter eller fengsel inntil ett år straffes yrkesutøvere og ansatte i barnehager, barnevernet, helse- og sosialtjenesten, skoler, skolefritidsordninger og trossamfunn, som forsettlig unnlater, ved anmeldelse eller på annen måte, å søke avverget en kjønnslemlestelse, jf. § 1. Tilsvarende gjelder for forstandere og religiøse ledere i trossamfunn. Avvergelsesplikten gjelder uten hensyn til taushetsplikt. Unnlatelsen er ikke straffbar hvis kjønnslemlestelsen ikke kommer til fullbyrdelse eller til straffbart forsøk.

Avvergelsesplikten er del av lovforbudet mot kjønnslemlestelse og spiller inn på tiltaket «samtaler og frivillige undersøkelser». Spesielt får denne bestemmelsen en innvirkning på hvordan samtaler oppfattes av mottakerne.

Helsepersonell har en lovpålagt plikt til å rapportere til barnevernstjenesten og politiet ved mistanke om en forestående kjønnslemlestelse. De frivillige samtalene fungerer som en anledning for det offentlige til å innhente informasjon. Denne informasjonen kan også avdekke en forestående kjønnslemlestelse. Dette gjør at samtaler om kjønnslemlestelse kan oppfattes av berørte som potensielt faretruende.

Avvergelsesplikten skal aktiveres i situasjoner når en ansatt (eksempelvis helsepersonell) holder det som mer sannsynlig at en jente vil bli kjønnslemlestet enn at hun ikke blir det. Det betyr at når det fremkommer kunnskap gjennom en frivillig samtale som gjør at det er grunn til å tro at en jente skal bli omskåret, så er ansatte forpliktet til å melde fra. Hvis vedkommende helsearbeider unnlater å avverge dette, vil det kunne føre til en straffereaksjon overfor helsearbeideren.

Det er to plikter som vil kunne følge en bekymring om en forestående kjønnslemlestelse. Det ene er opplysningsplikten som inntreffer når det er grunn til å tro at et barn blir mishandlet eller utsatt for andre former for alvorlig omsorgssvikt. Opplysningsplikten innebærer at en er forpliktet til å melde sin bekymring til barneverntjenesten (bekymringsmelding). Avvergelsesplikten krever at en enten melder fra til barnevernet eller til politiet (Veileder om regelverk, roller og ansvar knyttet til kjønnslemlestelse 2008). Disse to pliktene overlapper i stor grad hverandre, slik at en på dette feltet kan si at det forekommer en dobbelt meldeplikt når det gjelder kjønnslemlestelse. Avvergelsesplikten er særlig rettet mot å avverge kjønnslemlestelse (se tabell 2.1). Opplysningsplikten gjelder omsorgssvikt generelt hvor også kjønnslemlestelse naturlig inngår.

For en som planlegger å omskjære sin datter vil en frivillig samtale kunne utgjøre en risiko fordi den kan lede til at helsesøster blir bekymret. For en som ikke planlegger omskjæring vil en samtale også kunne utgjøre en risiko. Samtalen kan utløse en bekymring basert på feiltolkninger. Summen av små tegn, som at mor allerede er omskåret og at en skal reise på ferie, kan ende galt dersom motparten i samtalen tolker informasjonen med overdreven mistenksomhet. Det «tvungne» i samtalen ligger i det forhold at en ansatt er forpliktet av avvergelsesplikten til å søke å avverge en kjønnslemlestelse ved å bringe videre informasjon og bekymringer til barnevern eller politi. Dersom bekymringen bekreftes kan det videre forløpet resultere i opprettelse av en kriminalsak eller barnevernssak overfor familien. På denne måten vil en lov om avverging kunne påvirke en frivillig samtale slik at den blir oppfattet som risikabel og «tvungen» selv når den i utgangspunktet er frivillig.

Det finnes allerede en allmenn rett til helsehjelp og undersøkelser innenfor den eksisterende pasientrettighetslovgivningen. Lovverket sikrer pasientene rett til helsehjelp, men også medbestemmelsesrett og samtykkerett. Det betyr at den eksisterende pasientrettighetsloven allerede er basert på frivillighet. En ordning som inviterer til samtale og frivillig underlivsundersøkelse på ny, kan oppfattes å tilby frivillighet enda en gang, altså at den bekrefter en slags dobbelt frivillighet. Dette burde kunne skape trygghet for de som trenger helsehjelp, i stedet har tilbudet blitt møtt med skepsis og mistenksomhet. Noe av skepsisen kan kanskje forstås og forklares med utgangspunkt i at en gruppe mennesker velges ut og tilbys en dobbelt frivillighet, og at avvergelsesplikten ligger bak og gjør frivillige samtaler om til risiko for noen av de som takker ja til tilbudet.

## 3 Debattene

### 3.1 Triggere

Media har i flere situasjoner trigget politikernes og byråkratiets interesse for kjønnslemlestelse slik at de har blitt motivert til å sette i gang nye tiltak og handlingsplaner. Den første mediahendelsen som fikk politikerne til å bevege seg raskt var «Kadrasaken» som ble presentert i programmet «Rikets tilstand». Norske politikere, kommunalt ansatte samt de berørte miljøene selv, fikk et sjokk av reportasjen som ble etterfulgt av en massiv diskusjon i media. En ny handlingsplan og flere tiltak i de forskjellige kommunene ble iverksatt som en følge av dette (Lien 2005).

Hege Storhaug (2009) i organisasjonen HRS har hyppig deltatt med avisinnlegg og artikler der hun har tatt opp kjønnslemlestelses-problematikk for å mane frem politisk engasjement. I 2005 inviterte HRS en fransk lege og en fransk jurist til et stort seminar om kjønnslemlestelse i Oslo<sup>2</sup>. Den franske kommunelegen Emmanuelle Piet kunne informere at hun i 1987 hadde gjennomført en kartleggingsundersøkelse i Paris-forstaden Saint Denis. Der bor mange innvandrere fra land der kjønnslemlestelse er utbredt. Samtlige 500 undersøkte jentebarn i alderen 0 til 6 år var kjønnslemlestet. Etter at hun satte i gang systematiske og obligatoriske helseundersøkelser, falt omfanget av nye kjønnslemlestelser ned til bare syv tilfeller i 1997 og ingen registrerte tilfeller i 2000.

*Disse overgrepene er ikke kultur, men tortur, sier legen Emmanuelle Piet. – Når jeg får kritikk, svarer jeg: Skal et hvitt barn ha bedre beskyttelse enn et svart barn? Å ikke beskytte afrikanske barn som blir kuttet, ville være en form for rasisme, sier Linda Weil-Curiel, advokaten som har ført over 30 straffesaker og vunnet alle unntatt én<sup>3</sup>.*

Med bakgrunn i franske erfaringer argumenterte legen og advokaten for systematiske helseundersøkelser fra barnet er født til skolestart, for straffeforfølgning av avdekket

2 Seminar holdt i Ingeniørenes Hus 02.02.05, arrangert av HRS, med hovedinnlegg av advokat Linda Wil-Curiel, Leder av CAMS, Commission pour l'abolition des mutilations sexuelles, og Emmanuelle Piet, fylkeslege i Seine- Saint-Denis og leder for en organisasjon som arbeider mot seksualisert vold, Collectif féministe contre le viol.

3 Dagbladet 6/2-2005

kjønnslemlestelse, samt informasjon til mødrene. Statsråd Karita Bekkemellem samt flere politikere fra Arbeiderpartiet og Fremskrittspartiet var til stede på dette seminaret. Karita Bekkemellem ga uttrykk for at hun ville jobbe for å få til en obligatorisk undersøkelse. Hun reiste til Frankrike for å innhente erfaringer. Arbeidet for å få til en obligatorisk undersøkelse kan ha vært motivert bl.a. av dette seminaret og av de franske erfaringene. Bekkemellem fikk også støtte av VG på lederplass for dette forslaget<sup>4</sup>. Tidligere, i år 2000, hadde allerede justisminister Odd Einar Dørum foreslått å innføre obligatorisk helseundersøkelse for 11-årige jenter i Oslo for å avdekke kjønnslemlestelse.

Høyre var imidlertid skeptisk til forslaget om obligatoriske underlivsundersøkelser og Høyres innvandringspolitiske talsperson, Kari-Lise Holmberg, mente at tiltaket i Frankrike ikke kunne overføres til Norge ettersom det var koblet opp til andre sanksjonsmuligheter – slik som tap av barnetrygden<sup>5</sup>. I tillegg har flere i Høyre betraktet underlivsundersøkelser av barn som krenkende.

Det kom en ny media-trigger på bakgrunn av Tormod Strands journalistiske reise og reportasjer fra Somalia som ble vist i Dagsrevyen juni 2007.

Tormod Strand og Suad Farah deltok på en omskjæringsseremoni i Somalia der Anisa ble omskåret – en somalisk jente på 7 år. Strand tok videoopptak fra seremonien som ble vist på Dagsrevyen. Reportasjene vekket sterke reaksjoner og de ble etterfulgt av en massiv mediedebatt. Enkelte informanter som NKVTS har intervjuet har fortalt at innslaget gjorde så sterkt inntrykk på dem at de selv gråt, og en ble sykemeldt og var borte fra jobb fordi reportasjen frembrakte minner om egen omskjæring.

Tormod Strand og Suad Farahs bok «Suads reise» kom i 2008, og boklanseringen ble etterfulgt av nye diskusjoner om nødvendigheten av flere tiltak mot kjønnslemlestelse.

## 3.2 Omfang

Strand (2008) og Suad Farah intervjuet 10 omskjærere i Somalia som fortalte at de i løpet av 20 år hadde omskåret til sammen 185 jenter med norsk somalisk bakgrunn. Aud Talle (2008) har dybdeintervjuet et trettittals somaliske kvinner og to menn i ulike deler av Norge samt 80 omskjærere i Somaliland med en gjennomsnittlig praksistid på litt i underkant av 20 år. Talle fant at kun 7 jenter fra Norge var omskåret i Somalia de siste årene og konkluderte med at kjønnslemlestelse blant somaliere i eksil har mistet

---

4 VG: 09.02.07

5 [www.minervanett.no/2007/03/14/fornyhet-debatt-om-kjnnnslemlestelse](http://www.minervanett.no/2007/03/14/fornyhet-debatt-om-kjnnnslemlestelse)

mye av sin sosiale og kulturelle mening og at kjønnslemlestelse ikke lenger er en norm blant somaliske kvinner i eksil.

Professor Ottar Hellevik (2007)<sup>6</sup> ble engasjert av NRK til å vurdere den forskningsmessige validitet av dataene til både Talle og Strand, og konkluderer med at anslaget i Talles rapport kan ha vært for lavt, påvirket av de somaliske myndighetenes advarsler til omskjærerne. Hellevik vurderte at spriket mellom resultatene i de to undersøkelsene er påfallende stort og skisserer følgende mulige forklaring: «Har omskjærerne intervjuet av NRK hatt inntrykk av at en ønsket seg høye anslag for norske jenter, og/eller det motsatte har vært tilfelle i Talles undersøkelse, kan vi her ha noe av forklaringen på det store spriket i resultater.» (Vurdering av Ottar Hellevik)<sup>7</sup>.

En diskusjon om omfang sier noe om hvilket trykk en skal legge på tiltakene og hvor alvorlig en skal ta situasjonen i innvandringsmiljøene. En antagelse om et stort omfang kan rettferdiggjøre mer aktive og inngripende tiltak. Hvis det derimot antas at kun få barn blir omskåret i hjemlandet, vil tiltakenes omfang og form kunne betraktes som mindre legitime og overdrevne. Derfor blir en omfangsvurdering nødvendig for å vurdere både dimensjonering og utforming av forebyggende tiltak.

Det har også blitt fremsatt andre anslag og estimater om omfang. Institutt for samfunnsforskning (ISF) fant at det kun var innrapportert 15 tilfeller av kjønnslemlestelse i Norge i årene 2006 og 2007 (Lidén H, Bentzen T, 2008). Man hadde imidlertid ikke opplysninger om når kjønnslemlestelsen hadde skjedd og heller ikke sikker viten om det hadde skjedd etter innflytting til Norge. ISF konkluderte med at antall påviste kjønnslemlestelser antakelig ligger noe høyere enn det som ble avdekket gjennom deres undersøkelse.

Ettersom kjønnslemlestelse er et privat og usynlig fenomen, at en ikke kan tvinge små barn til undersøkelse, og at det ikke finnes tilstrekkelige rutiner for registrering forblir utbredelse og omfang uvisst. I en undersøkelse foretatt av NKVTS fant Jonassen og Saur (2011) at barnevernet mottok få bekymringsmeldinger om kjønnslemlestelse. I 2008 hadde barnevernstjenesten 52 bekymringsmeldinger til vurdering og iverksatte 44 undersøkelsessaker. De fleste bekymringsmeldingene og undersøkelsessakene ble avsluttet uten tiltak. På bakgrunn av disse sakene kan det derfor se ut som om frekvensen av kjønnslemlestelse er lav. Dette leder oss videre til debatten om mørketall. Kriminologer<sup>8</sup> påpeker at det ofte forekommer store mørketall når det gjelder kriminalitet, men at en øket innsats fra politiets side kan føre til at registrert kriminalitet går opp, mens

6 [www.nrk.no](http://www.nrk.no)

7 Ottar Hellevik (2007): I hvilket omfang blir jenter med somaliske foreldre bosatt i Norge omskåret? En vurdering av hva som kan ligge bak to meget ulike situasjonsbeskrivelser. [www.nrk.no](http://www.nrk.no)

8 Hauge, Ragnar (2001): Kriminalitetens årsaker. Universitetsforlaget, Oslo

en minsket innsats fra politiets side vil kunne føre til lavere registrert kriminalitet. Tallene kan således forlede en til å tro en har registrert et reelt omfang, mens de registrerte tall kun avspeiler innsats i feltet og ikke nødvendigvis gir det riktige bildet av frekvens. Denne innsikten kan også overføres til arbeidet mot kjønnslemlestelse. I rapporten til Jonassen og Saur (op.cit) sies det at barneverntjenesten har lite kompetanse og få saker, noe som også kan få betydning for avdekking av omfang. Uansett står vi uten gode tall på omfang av kjønnslemlestelse av barn i Norge. Derfor sier også Jonassen og Saur (2011:112) at det er vanskelig å bedømme hvilket beredskapsnivå en skal legge seg på. De anbefaler en fortsettelse av det pågående arbeidet inntil en får klarere indikasjoner om problemets omfang.

Sosialbyråd i Oslo, Sylvi Listhaug, foreslo i Dagbladet at de ønsket en obligatorisk underlivsundersøkelse for jenter i Oslo for å avdekke kjønnslemlestelse. Dette ønsket kan også være motivert av et behov for å få oversikt over omfang, som vil være mer mulig med en obligatorisk undersøkelse enn en frivillig.

Ønsket om obligatoriske undersøkelsene kan vi også se som et ønske om å få oversikt i tillegg til et ønske om forebygging gjennom kontroll. Fremskrittspartiet ønsket å innføre obligatoriske underlivsundersøkelser i Oslo, men Pasientrettighetsloven ble et hinder for dette. Pasientrettighetsloven ble også et hinder for at obligatoriske undersøkelser skulle kunne innføres på landsbasis.

Både Norsk gynekologforening og Legeforeningen<sup>9</sup> var imot en obligatorisk underlivsundersøkelse av barn. Summen av disse hindre på flere plan ledet da til at en forsøkte seg med et tiltak om frivillige undersøkelser som et kompromiss.

### 3.3 Frivillighet

Anniken Huitfeldt var barne- og likestillingsminister da tiltaket om de frivillige samtaler og undersøkelser ble lansert, og var dermed med på å videreføre det arbeidet som Karita Bekkemellem Orheim hadde begynt. Huitfeldt kom imidlertid til å uttale seg uheldig i nyhetene ved å si at det kunne resultere i bekymringsmeldinger til barnevernet dersom familien ikke møter til frivillig undersøkelse. Legen Sverre Sand<sup>10</sup> skrev en kronikk i Aftenposten hvor han satte fokus på uttalelsen til Anniken Huitfeldt og konkluderte med at denne frivillige undersøkelsen egentlig var obligatorisk og tvungen.

<sup>9</sup> Dagbladet 29/6-2007

<sup>10</sup> «Omskjæring til besvær» Kronikk av Sverre Sand i Aftenposten 2/7 -2009

Helsedirektoratet skrev motsvar i avisartikler<sup>11</sup> og inviterte ulike innvandrersorganisasjoner til store møter for å fortelle at undersøkelsene var frivillige, og måtte forstås som det. Likevel var det stor motstand i de berørte miljøene som stilte kritiske spørsmål om hvor frivillig undersøkelsen egentlig var<sup>12</sup>.

### 3.4 Gynekologiske undersøkelser av barn

- Hvis noen pålegger meg å undersøke en pasient for å tilfredsstille politikeres kontrollbehov, kommer jeg til å nekte med loven i hånd. Så får de arrestere meg hvis de vil (Pernille Nylehn, 2008)<sup>13</sup>.
- Putt meg i fengsel, jeg kommer ikke til å gjøre det! (Olav Gunnar Ballo, Klassekampen, 2008)

En diskusjon som kom i kjølvannet av forslagene om obligatoriske undersøkelser, var om det er moralsk riktig å utsette små barn for «gynekologiske undersøkelser», og om det i det hele tatt var mulig å se om det var skåret i underlivet, eller fjernet vev. Spesielt gjaldt dette de mildere typene. SV- politiker Olav Gunnar Ballo<sup>14</sup> tok klart avstand fra underlivsundersøkelse av barn, og sa at han aldri ville bidra til en tvungen underlivsjekk av barn, verken som politiker, lege eller far.

I fagmiljøene oppsto det en diskusjon om hvor krenkende det var for det enkelte barn å måtte vise frem sine private deler for helsepersonell. Trond Markestad, leder for Rådet for legeetik<sup>15</sup>, mente det var uheldig å innføre underlivsundersøkelse av jenter både fordi det er krenkende og fordi det er uten medisinsk begrunnelse og i strid med etiske regler.

Barnelegene Arne Kristian Myhre og Dag Bratlid<sup>16</sup> ved St. Olavs hospital ved universitetssykehuset i Trondheim skrev en kronikk og viste til en undersøkelse som Myhre hadde utført sammen med sykepleier Kari Gulla<sup>17</sup>. De hadde undersøkt flere jenter i 5-6 års-alderen og fant at barna ikke oppfattet undersøkelsen som krenkende. Undersøkelsen av underlivet ble oppfattet som litt verre enn en undersøkelse av halsen, men ikke så ubehagelig som undersøkelsen av øret. Deres konklusjon var at svært få barn

11 Bente Moe: «Undersøkelse er frivillig» Klassekampen 10/11.2010

12 Chicu Ali, Aud Bergli, Zoita Jakobsen, Betty Kamau og Agnete Strøm i Kvinnefronten: «Frivillig underlivsjekk er tvang» Bergens Tidende 03.05.2010

13 Sitat fra Dagens Medisin: «Obligatorisk underlivsundersøkelse?» Debattinnlegg av fastlege Pernille Nylehn 13/11-2008

14 Klassekampen 3 november 2008

15 Nr. 2 – 12. januar 2006, Tidsskr Nor Lægeforen 2006; 126:212

16 «Undersøk alle!» Avisinnlegg i Aftenposten 21/3.2007

17 Sykepleien 17/2008



syntes at underlivsundersøkelsen var spesielt ubehagelig. På bakgrunn av disse erfaringer går de også inn for at alle barn, både gutter og jenter, bør ha en underlivsundersøkelse for å avdekke medisinske tilstander. Gulla mener også at det er større grunn til å undersøke små jenter enn små gutter ettersom forskning, hevder hun, viser at det er langt vanligere for jenter å ha problemer i underlivet enn testikkelretensjon, som guttene undersøkes for. I 1993, etter Bjugnsaken, ble det slutt på obligatoriske underlivsundersøker av jenter, sier hun, fordi enkelte foreldre følte seg mistenkeliggjort for seksuelle overgrep, og klaget på praksisen. Det førte i følge Gulla til at Statens helse-tilsyn satte ned foten mot denne obligatoriske undersøkelsen av jenter.

De nevnte forskerne argumenterer for at rutineundersøkelser av jenters underliv kan føre til en avstigmatisering av denne delen av jentekroppen, noe som i følge dem ville være viktig av medisinske grunner.

### 3.5 Diskusjonen om «racial profiling»

Flere av dem som i utgangspunktet var positive til en obligatorisk undersøkelse hadde ønsket at denne skulle gjelde for alle jenter i landet. Da tilbudet om samtale og frivillig underlivsundersøkelse ble fremmet, var tiltaket begrenset til noen få innvandremiljøer. Denne avgrensningen var det flere som stilte seg negative til, nettopp fordi tiltaket nå kunne oppfattes som stigmatiserende.

Avgrensningen ble begrepsfestet som «racial profiling» av Organisasjon mot offentlig diskriminering (OMOD).

«Racial profiling» er en formulering som brukes om diskriminering som gjerne utføres av politiet hvor det benyttes rasemessige, etniske eller kulturelle kjennetegn som grunnlag for å mistenke at en person har brutt loven.

Hvis en på bakgrunn av etnisitet, eksempelvis at foreldrene er somaliske, skulle mistenke at det var fare for kjønnslemlestelse, ville dette kunne oppfattes som en mistanke basert på «racial profiling». En alternativ forståelse vil kunne være at somaliere utgjør en målgruppe for et tiltak ettersom de er bærere av en tradisjon som er medbrakt fra opprinnelseslandet, og som andre ikke er tilsvarende bærere av. Det er uheldigvis slik at kjønnslemlestelse som tradisjon gjøres innenfor spesifikke målgrupper av en spesifikk etnisk bakgrunn som ikke er etnisk norsk. Når et spesifikt problem, slik som utbredelse av kjønnslemlestelse, er sammenfallende med spesifikke etniske grupper, blir det en utfordring for lovgiver. Det kan bli vanskelig, og i noen tilfeller umulig, å unngå «racial profiling».

I et brev til BLD datert 3. juli 2009 stiller OMOD spørsmål til statsråden om kriterier for de frivillige undersøkelser og setter fokus på problemer med rettssikkerheten til barn og foreldre med spesielt afrikansk bakgrunn. De er bekymret over at etnisitet blir brukt som grunnlag for å kontrollere familier med annen bakgrunn enn norsk.

OMOD argumenterer for at barnevernstjenesten rundt om i landet har en svært lav terskel for kontroll av familier med innvandrerbakgrunn og det kan virke som det er tilstrekkelig at naboer, lærervikarer og taxisjåfører sender bekymringsmelding til barnevernet; altså at det blir lett å drive med ubegrunnet «angiveri» mot familier med afrikansk bakgrunn. At terskelen for bekymringsmelding til barnevernet er lav gjør at berørte grupper føler seg utsatt som følge av tiltakene mot kjønnslemlestelse. Grunnlaget for bekymringen kan være utilstrekkelig i seg selv, som at en får høre om en feriereise til hjemlandet, eller at det virker som et barn i barnehagen har vondt i underlivet. Hvis barnevern eller politi tilkalles og oppsøker familien på spinkle grunnlag, kan det føre til at familien og spesielt barna, blir urolige og i enkelte tilfeller utsatt for traumatisk stress. OMOD er med andre ord bekymret for at det frivillige tiltaket kan føre til, ikke bare unødige undersøkelser, men til en slags forfølgelse av enkelte innvandrerfamiljer. De er opptatt av rettssikkerheten til de afrikanske barna og deres foreldre.

En tilsvarende bekymring blir sendt til departementet av Forening for Somaliske kvinner og barn, som også representerte stemmene til «Mannsnettverket i Oslo og Akershus mot omskjæring», «Ressurscenter for somaliske kvinner», og «Somaliske ressurspersoner». Disse organisasjonene ber om at tiltaket «frivillige undersøkelser» avvikles, og at det innføres andre og mer skånsomme metoder. Grunnene til dette er at de føler seg uthengt som gruppe, stigmatisert, at undersøkelsene i seg selv oppleves traumatiske, og at veldig få undersøkelser har gitt resultater. De viser i brevet til kronikken til Sverre Sand som redegjør for at bare tre av femten barn var omskåret av de som ble undersøkt på Ullevål, og at disse inngrepene var gjennomført utenfor Norge. I brevet stiller de spørsmål om hvorfor det skal drives et så aktivt kontrollarbeid overfor mennesker med afrikansk bakgrunn når resultatene av undersøkelsene viser så lave tall?

BLD svarer tilbake og gir OMOD mye rett i de utfordringene som organisasjonen beskriver. BLD legger imidlertid vekt på at det må være en balanse mellom overgrep og tiltak. De ser kjønnslemlestelse som et overgrep mot barn hvor tiltak fra barnevernsmyndighetene vil innebære en viss risiko for «falsk alarm», slik det også er med vanlige barnevernssaker. De erkjenner at kjønnslemlestelse er et sensitivt forhold, men mener at det må være en balanse i regelverket mellom jenters rett til beskyttelse mot kjønnslemlestelse og jentas og familiens rett til privatliv og beskyttelse mot diskrimine-

ring og stigmatisering. Det må også være en balansegang mellom barns rett til beskyttelse mot omsorgsvikt og overgrep og familiens rett til privatliv<sup>18</sup>.

### 3.6 To posisjoner

I analysen av mediedebatten knyttet til evalueringen av OK-prosjektet fant Lien (2005) at det var to typer av posisjoner i debatten som hun begrepsfestet som A-strategien: de hensynsfulle og B-strategien: de utålmodige. De utålmodige ville bruke en avskrekingsstrategi og argumenterte for obligatoriske undersøkelser, og de hensynsfulle ønsket en dialogstrategi og tiltak som ivaretok gruppens selvfølelse og ikke virket stigmatiserende. De som står fast på B-strategien var mer opptatt av barneperspektivet og kunne ikke akseptere at barn ble omskåret mens en ventet på at dialogstrategien skulle begynne å fungere. De ønsker seg tiltak som avskrekker raskt, slik at barna nå ikke ble omskåret. De har derfor ikke tid til å vente på at et dialogarbeid skal begynne å virke en gang i fremtiden og endre målgruppens atferd og holdninger. De er derfor mindre opptatt av foreldrenes rettsikkerhet enn de er av barnas beskyttelse.

På en måte kan en si at tiltaket med de frivillige samtaler og undersøkelser ivaretar både en dialogstrategi og en avskrekingsstrategi i samme tiltak.

Det er avskrekingsdimensjonen gjennom undersøkelsene som får mest oppmerksomhet fra media og blir kritisert i debattene. Det er mindre fokus på dialogen i seg selv. Fremdeles kan en si at det er to posisjoner i debatten, men innholdet i det som posisjonene er opptatt av, har endret seg. Det frivillige tiltaket som er et kompromiss av forslaget om obligatoriske undersøkelser blir kritisert fra alle kanter, fra de som er for obligatoriske undersøkelser og for en B-strategi, og fra de som er mot undersøkelser i det hele tatt og for en A-strategi. De som er for obligatoriske undersøkelser er kritiske til den frivillige undersøkelsen nettopp fordi den har et avgrenset gyldighetsområde og her deler de synspunkter med de som er mot undersøkelser. De som er imot undersøkelser i sin særdeleshet, kritiserer tiltaket fordi det er kontrollerende og avskrekende. Det er også disse som er mest opptatt av krenkelsen og stigmatiseringen ved tiltaket. Mens de som kan kategoriseres innenfor B-strategien ikke betrakter underlivsundersøkelse av barn som krenkende, men ønsker å utvide undersøkelsene til å gjelde for alle jentebarn.

Dette betyr at kritikken mot tiltaket kommer fra begge hold, men er basert i ulikt ståsted

---

18 BLDs brev til OMOD (Brev 23.09.2009- ref: 200804323)

### 3.7 Oppsummering

Debatten rundt tiltaket om samtaler og frivillige undersøkelser har vært heftig og preget av til dels sterke motsetninger. At det finnes en avvergelsesplikt og en opplysningsplikt til barnevernet gjør at den frivillige samtalen blir mer risikabel for dem det gjelder. Det er altså ikke det frivillige tiltaket i seg selv som byr på utfordringer, men avvergelsesplikten som ligger bak. I tillegg kan terskelen for melding til barnevernet være lav.

De ulike debattene i media har vært ført fra to posisjoner og begge posisjonene kan ha rett i flere av sine antagelser.

- Kritikken mot tilbudet om samtaler og frivillige underlivsundersøkelser kommer både fra de som er for obligatoriske undersøkelser og de som er mot obligatoriske undersøkelser.
- Debattene og beskrivelser av feltet har ikke klargjort omfanget av kjønnslemlestelse. Vi vet fremdeles lite om hvor mange i Norge som lar sine barn omskjære.
- Media trigger politikernes interesse og det kommer gjerne tiltak etter store mediedebatter.
- Det kan ligge en innsikt i Gulla og Myhres funn om at undersøkelse av jenters underliv er mindre ubehagelig enn det en antar, at undersøkelsen kan sammenlignes med en klinisk undersøkelse av øret. Nå gjelder dette i stor grad for etnisk norske barn, og hvis foreldre uttaler seg svært kritisk om undersøkelsen overfor barna kan det skapes en forutinntatthet hos barnet, som gjør at undersøkelsen oppleves mer krenkende enn den kunne vært uten foreldrenes kritiske holdning.
- Det er et reelt problem hvis det blir mange «falske alarmer». Da kan innvanderbefolkningen føle seg forfulgt. BLD argumenterer med at det er en balansegang mellom barns rett til beskyttelse og familiens rett til privatliv, og at dette blir ivaretatt med dagens ordning.
- Enkelte leger synes ikke å være villig til å gjennomføre underlivsundersøkelser for å unngå blant annet stigmatisering, noe som kan føre til problemer i implementeringen av tiltaket.

## 4 Erfaringer fra innfasingskommuner

Tiltaket om samtaler og frivillige underlivsundersøkelser kom ikke som en del av handlingsplanen mot kjønnslemlestelse for perioden 2008-11. Tiltaket kom året etter at handlingsplanen var iverksatt og ble innfaset i løpet av høsten 2009 til enkelte oppstartsenheter også kalt innfasingskommuner, og tiltaket skulle gjøres landsdekkende fra 2010. Innfasingsenhetene besto av fire bydeler i Oslo: Grünerløkka, Stovner, Bjerke og Sagene. I tillegg ble Lier og Drammen kommune utpekt som oppstartsenheter i regi av helsestasjons- og skolehelsetjenesten.

Etter oppstart kom det en oppsummering (HOD: Foreløpig oppsummering av erfaringer, 2009) som viste at *Stovner* utviklet en prosedyrebok i løpet av høsten 2009, og at man startet tilbudet på 1. skoletrinn i september, i oktober startet tilbudet på 5. skoletrinn, og i november tilbudet på 10. skoletrinn. Det betyr at tiltaket kom raskt i gang i *Stovner* bydel og ble gjennomført på gjeldende skoler i løpet av en periode på fire måneder. Ved årets slutt hadde man hatt 6 samtaler med barn og foreldre på første trinn og med 1 barn på femte trinn. Konklusjonen var at gjennomføring av samtaler fungerte godt, men at foresatte ønsket at barna skulle slippe underlivsundersøkelsen.

*Bjerke* bydel brukte høsten 2009 til å forberede implementering og planla gjennomføring i 2010. *Sagene* bydel gjennomførte planlegging og implementering av tiltaket i løpet av fire høstmåneder. Åtte jenter ble innkalt til samtale ved barneskolene. Ingen takket ja til frivillige underlivsundersøkelser. *Grünerløkka* bydel fikk ikke startet opp implementeringen i løpet av høsten 2009, men planla oppstart i løpet av 2010. Leger fra Grünerløkka fremmet ønske om at Helsedirektoratet koordinerte ekspertise fra Ullevål universitetssykehus og St. Olavs hospital i Trondhjem for å tilby særskilt klinisk kompetanse til bydelene i Oslo.

Drammen kommune kom raskt i gang med planlegging og implementering og sendte ut innkalling til samtale til 3 barn på helsestasjonen, tre på barneskolen og tre på ungdomsskolen. Det ble opprettet en tverrfaglig prosjektgruppe og arrangert to tverrfaglige samarbeids- og utdanningsdager i løpet av høsten. Tretti fem jenter ble invitert til samtaler, og 24 samtaler ble gjennomført. Ingen takket ja til underlivsundersøkelsen.

I slutten av 2010 oppsummerer Helsedirektoratet (brev av 22.11.2010, ref. 09/3239) erfaringer fra innfasingsenhetene og kom til følgende:

- Til sammen 187 jenter har fått tilbud om samtale og frivillige underlivsundersøkelse. Totalt er 86 samtaler og 6 underlivsundersøkelser (på 1. og 5 trinn) gjennomført.

Erfaringene viser at den kartlagte målgruppen for tilbudet er liten, få benytter seg av tilbudet om samtaler, og svært få benytter seg av tilbudet om frivillige underlivsundersøkelser.

I forbindelse med NKVTS sitt oppdrag om å evaluere og beskrive tiltaket har vi tatt kontakt med fire innfasingsenheter i Oslo, Lier kommune og Drammen kommune, for å undersøke deres videre erfaringer med gjennomføringen av tiltaket. Drammen kommune er beskrevet mer utførlig enn de øvrige som et eksempel på hvordan helsestasjonene arbeider helhetlig med problemstillinger knyttet til kjønnslemlestelse.

## 4.1 Drammen kommune

Som en av innfasingsenhetene har Drammen kommune tidlig etablert tiltaket om frivillige undersøkelser og har dermed rukket å samle erfaringer fra både implementeringsprosessen og ordinær drift av tiltaket.

### 4.1.1 Oppstart og implementering

Drammen kommune har valgt å tilby samtaler og frivillige undersøkelser:

- ved svangerskapskontrollen
- ved 5-årskontrollen
- på 5. klasstrinn
- på 10. klasstrinn.

Den skriftlige innkallingen går til foresatte og inviterer til samtaler med foresatte med unntak av samtalen på 10. klasstrinn der innkallingen går direkte til eleven som inviteres til en samtale uten foresatte.

Helsetjenesten i Drammen kommune innledet allerede et samarbeid med det tidligere OK-prosjektet (2001 – 2003) for å etablere og bygge kunnskap om kjønnslemlestelse og utvikle rutiner for å adressere temaet i samtaler under svangerskapskontroll og etter fødsel. Dette arbeidet la grunnlaget for de første rutinene. Drammen søkte om å bli innfasingskommune. I denne forbindelse ble det opprettet en tverrfaglig prosjektgruppe for å utvikle nye rutiner og implementere disse i ordinær drift. Pilotprosjektet

er pr. i dag avsluttet, nye rutiner er implementert og prosjektgruppen er videreført inn i den ordinære driften.

Den tverrfaglige prosjektgruppen ble ledet av en helsesøster og hadde deltakere fra politi, barnevern, helsestasjon for ungdom, skolehelsetjenesten og svangerskapskontrollen.

Prosjektgruppen ledet implementeringsarbeidet med fokus på utvikling av nye rutiner, opplæring og oppfølging av helsesøstre og skoleleger. Prosjektet med å implementere tiltaket ble forankret i et allerede pågående prosjekt som arbeidet med vold i nære relasjoner.

## **4.1.2 Praktisk gjennomføring og innhold i tiltaket**

### **5-årskontrollen**

Alle foresatte til barn på 5 år mottar en innkalling i posten til 5-årskontrollen. For de som kommer fra land med 30 % omfang eller mer av kjønnslemlestelse mottar tilleggsinvitasjon i innkallingen. Tilleggsinvitasjonen gir informasjon om den frivillige samtalen og undersøkelsen. Dersom familien takker ja til samtalen, mottar de en ½-time samtale med helsesøster før den obligatoriske 5-årskontrollen. Dersom familien ønsker en underlivsundersøkelse, vil denne inngå som et tillegg til den påfølgende helseundersøkelsen.

Majoriteten av mottakerne hadde lest og forstått informasjonsskrivet om frivillig samtale og undersøkelse. Majoriteten av de som innkalles har allerede gjennomført samtaler om kjønnslemlestelse, enten fra mottak eller i tilknytning til eldre søsken. Samtalene journalføres med korte beskrivelser av temaene i samtalen slik at helsesøster og skolelege har en oversikt i journalen om temaene i samtalen. Det journalføres når samtalen har funnet sted og hvem som deltok. Det gis en kortfattet beskrivelse av tradisjonen knyttet til kjønnslemlestelse i hjemlandet og det nedtegnes en vurdering av familiens holdninger til kjønnslemlestelse.

### **5.-klasse og 10. klasse**

Innkalling i 5. klasse sendes til foresatte. Antall elever som befinner seg i målgruppen er lite. I 2011 gjaldt dette 8 elever hvorav 4 av 8 har møtt til samtale, 3 har hatt samtaler på telefon og 1 har skolehelsetjenesten ikke fått kontakt med. I dette tilfellet viser imidlertid tidligere journalnotater at helsetjenesten og familien tidligere har gjennomført gode samtaler etter helsetjenestens vurdering. Skolehelsetjenesten har derfor valgt å ikke forfølge denne saken videre. Av de 8 har en takket ja til den frivillige underlivsundersøkelsen.

I 10. klasse sendes innkallingen direkte til eleven uten at foresatte informeres. Antallet er lite også på dette trinnet. Ved en gjennomsnittlig ungdomsskole i Drammen med 300 elever vil 1 til 2 elever være i den aktuelle målgruppen. Antall elever på 5. og 10 klassetrinn er 5 til 10 elever pr år og det har holdt seg slik de siste årene. I skoleåret 2010-11 gjennomførte Drammen kommune totalt 4 kliniske underlivsundersøkelser. På 2 år er det totalt gjennomført 5 frivillige kliniske underlivsundersøkelser.

### **Generelt forebyggende arbeid utført av skolehelsesøster**

8.kl Obligatorisk undervisning om pubertet, 1 time.

Vaksine til elever med innvandrerbakgrunn (Hepatitt B)

9.kl Ikke noe fast, men «åpen dør-politikk».

10.kl Seksualundervisning, 2 timer

Tilbud om frivillige samtaler for utvalgte jenter.

På alle trinnene har helsesøster en viss kapasitet til å delta i den øvrige opplæringen innenfor helse relatert undervisning, dersom hun/han blir invitert av den enkelte kontaktlærer. På bakgrunn av det samlede arbeidet gjennom tre år på ungdomsskolen vil helsesøster ha vært i kontakt med alle elevene. Gjennom denne direkte kontakten og fast tilstedeværelse på skolen legges det til rette for trygghet og tillit som oppgis å være en svært viktig forutsetning for å diskutere sensitive temaer med elever individuelt og i grupper.

Tabell 4.1 gir en oversikt over forebyggende arbeid der samtaler om kjønnslemlestelse inngår som et eget tema. Dette gjelder brukere som har etnisk tilhørighet til land som praktiserer kjønnslemlestelse i et omfang av 30 % eller mer. Samtalene markert i det skraverete feltet er direkte knyttet til tiltaket «Tilbud om samtale og frivillig underlivsundersøkelse». De øvrige forebyggende tiltakene er ordinære tiltak der kjønnslemlestelse-forebygging løftes inn i det eksisterende tiltaket.



Tabell 4.1 Oversikt over forebyggende samtaler om kjønnslemlestelse i Drammen kommune

Svangerskapskontroll Barselsamtale og hjemmebesøk av helsesøster 2-årskontroll med lege 4-årskontroll med helsesøster
5-årskontroll: frivillig samtale og underlivsundersøkelse 5. klassetrinn: frivillig samtale og underlivsundersøkelse 10. klassetrinn: frivillig samtale og underlivsundersøkelse
8.kl Obligatorisk undervisning om pubertet, 1 time 10.kl Seksualundervisning, 2 timer. Helsestasjon for ungdom: åpent tilbud for samtaler og helsesjekk. Videregående skole: obligatorisk seksualundervisning.

### Innhold og mål med samtalen

Som innledning til samtalen på 10. trinn informeres det om at samtalen tilbys alle jenter som har familie som kommer fra land som praktiserer omskjæring. Det spørres så om hva jenta vet om omskjæring og det legges opp til en dialog rundt dette. Helsesøster informerer om komplikasjoner, eksempelvis ved urinering og ved menstruasjon og at de som får problemer kan få medisinsk hjelp. En mulighet er eksempelvis å åpne dersom de er gjensydd. Dersom en er omskåret, kan en få en medisinsk vurdering av en lege – dette kalles frivillig underlivsundersøkelse. Helsesøster tilbyr å hjelpe til med å få til en slik undersøkelse.

Det spørres om i hvilken grad det er tradisjon for omskjæring i deres familie, både på mors- og farssiden og om hvorvidt det oppleves press og forventninger fra øvrig familie om at deres datter skal omskjæres. Helsesøster informerer om norsk lovverk og om hvordan en kan forholde seg til et eventuelt press fra øvrig familie. Helsesøster skal være spesielt opptatt av og enten starte en dialog eller videreføre den dialogen som allerede har startet på et tidligere tidspunkt. Det er dermed et mål at det er kontinuitet i samtalen som kan bidra til at det er progresjon i forhold til åpenhet om kjønnslemlestelse i de tilfeller der åpenhet eventuelt ikke skulle være til stede.

Målet med tiltaket er å legge til rette for en trygg samtale der en kan snakke fritt. Det legges vekt på at dette er et tema «vi kan snakke om», «du kan komme tilbake senere», at hun skal få ny kunnskap og at denne kunnskapen kan formidles videre til venninner. Samtalene varer fra om lag 15 til 30 minutter.

Flere av informantene i kommunen oppgir at dersom målet med samtalen skulle være å finne de som er omskåret, er det med denne metoden som å lete etter den berømte «nåla i høystakken». Men informantene er samstemte i sin vurdering når de likevel

beskriver tiltaket som et positivt forebyggende tiltak. Kommunen definerer tiltaket som et rent forebyggende tiltak der de går systematisk til verks for å treffe familien med samtaler på ulike tidspunkt. Det er i denne sammenhengen at tiltaket oppleves som nyttig og hensiktsmessig.

## 4.2 Bjerke, Grünerløkka, Sagene og Stovner bydeler i Oslo

Nedenfor sammenfattes framgangsmåte og praksis ved implementering, oppstart og gjennomføring av tiltaket ved de fire innfasings-helsestasjonene i Oslo slik det kom fram i intervjuene som ble foretatt hver for seg. I den utstrekning framgangsmåte eller praksis ved én helsestasjon avviker fra de øvrige eller utdyper helsestasjonenes felles forståelse, framheves det ved konkret omtale av den aktuelle helsestasjonen.

Utover tiltaket om samtaler og frivillige underlivsundersøkelser tar helsestasjonene i Oslo rutinemessig opp temaet kjønnslemlestelse i forbindelse med svangerskapskontrollene og nyfødt- og spedbarnskontrollene, slik som det også gjøres i Drammen kommune.

Bjerke, Sagene og Grünerløkka helsestasjoner har hatt fra vel 10 til drøyt 30 barn/ ungdom i målgruppen for tiltaket hvert år og har avviklet 0-10 samtaler årlig. Stovner helsestasjon har samlet hatt mellom 70 og 100 samtaler pr. år med berørte barn/ ungdom/familier.

### 4.2.1 Oppstart og implementering

Tre av bydelene i Oslo hadde – da de ble valgt ut som innfasingsenheter i forbindelse med introduksjonen av tiltaket – arbeidet systematisk med problemstillinger knyttet til kjønnslemlestelse i flere år. Gradvis hadde de utviklet rutiner for samtale f. eks. i forbindelse med hjemreise, ved symptomer og i forbindelse med helsestasjonens og skolehelsetjenestens pålagte rutineundersøkelser. Kjønnslemlestelse har således i utgangspunktet vært et tema på helsestasjonene allerede før tiltaket ble innført.

I to av bydelene har det vært kvinnegrupper eller prosjekter knyttet til de aktuelle innvandreregruppene hvor helse generelt og kjønnslemlestelse spesielt har vært tema. Stovner helsestasjon hadde på bakgrunn av mange års erfaring med arbeid med kjønnslemlestelse utarbeidet en egen metodeperm som i en viss utstrekning var distribuert til andre helsestasjoner i Oslo og andre steder i landet og utgjorde grunnlaget for helsestasjonenes arbeid med temaet.

## 4.2.2 Praktisk gjennomføring

Den praktiske tilretteleggingen av tilbudet varierte fra helsestasjon til helsestasjon, kanskje først og fremst med henhold til markedsføring av tilbudet og barnas tilstedeværelse og medvirkning. Flere brukte metodepermen som Stovner helsestasjon hadde utviklet. De kombinerte råd i denne med retningslinjer og forslag til brev fra Helsedirektoratet i tillegg til at de gjorde lokale tilpasninger.

Helsestasjonene mente at det var enklest å organisere skolestart- og 5. trinnundersøkelsen inn i det generelle tilbudet som helsestasjonen/skolehelsetjenesten allerede gir alle skolebarn. Slik kunne man unngå uønsket negativ oppmerksomhet omkring tiltaket og forebygge stigmatisering av bestemte grupper.

Det var en utfordring å gi tilbudet til ungdomsskoleelevene en «spiselig» form fordi skolehelsetjenesten i utgangspunktet ikke er pålagt å gi tilbud om noen form for rutineundersøkelse for denne aldersgruppen. Derfor var det nødvendig å etablere egne ordninger utenom rutinene.

### Skolestart

Flere helsestasjoner implementerte tilbudet ved å kople det sammen med rutineundersøkelsen ved skolestart eller i 2. klasse (avhengig av skolehelsetjenestens allerede etablerte rutiner). Den forebyggende samtalen ble lagt inn som del av rutineundersøkelsen eller det ble tilbudt en ekstra samtale om temaet i forbindelse med rutineundersøkelsen uten at kjønnslemlestelse som tema ble nevnt i invitasjonen til undersøkelsen. Flere av informantene mente det ikke var nødvendig å nevne kjønnslemlestelse eksplisitt i invitasjonen og begrunnet dette med at helsestasjonen heller ikke redegjør i detalj for det øvrige innholdet i basisundersøkelsen på forhånd. Stovner helsestasjon understreket at de der hadde lagt vekt på å være åpne om at temaet kom til å bli berørt i forbindelse med skolestartundersøkelsen. Familiene fikk derfor egen brosjyre og informasjonsmaterieell om kjønnslemlestelse på forhånd, og ble informert om at det ble satt av tid til samtale om temaet.

Det var også ulik praksis og ulike meninger om i hvor stor utstrekning barnet skulle delta i samtalen. Mens Bjerke helsestasjon bevisst la vekt på at barna skulle være tilstede og mente at barna på den måten ble kjent med forhold som berører hjemlandet til foreldrene, valgte andre helsestasjoner å sysselsette barnet med noe annet mens temaet ble diskutert med foreldrene. Disse helsestasjonene argumenterte for at en eventuell samtale, av hensyn til barnet, i utgangspunktet burde avvikles uten barnet tilstede.

### 5. trinn

Tilbudet ble koplek til rutineundersøkelsene på 5. trinn. Foreldrene ble invitert til samtale i form av brev som enten gikk som skoleranselpost eller ordinær overflatepost.

Flere helsesøstre ga uttrykk for manglende respons og for usikkerhet om hvordan de burde følge opp dette. Enkelte ringte opp foreldrene etter invitasjonen ble sendt og tilbød samtale på helsestasjonen. På Stovner opplevde man at det var svært få som ikke møtte til samtale. I tilfeller der helsestasjonen ikke fikk respons fra foreldrene, ble familien ringt opp slik at helsesøstre kunne forsikre seg om at foreldrene aktivt hadde valgt tilbudet bort og at det ikke skyldtes tilfeldigheter som misforståelser eller at invitasjonen av en eller annen grunn ikke var mottatt.

Også på 5.trinn var det ulik praksis når det gjaldt barnets medvirkning. Enkelte helsesøstre argumenterte for at en eventuell samtale, av hensyn til barnet, burde være uten barnet tilstede. Stovner skolehelsetjeneste lot det være opp til foreldrene om jenta skulle delta i samtalen og noen kom med barn, noen uten.

### **Ungdomsskolen**

Bortsett fra Sagene helsestasjon, praktiserte ingen av helsestasjonene rutinemessig innkalling av alle elever på ungdomsskoletrinnet. De aktuelle elevene ble derfor innkalt til samtale utenom «systemet» i løpet av ungdomsskolen. Elevene ble innkalt i skoletida, uten at foreldrene ble involvert og elevene kom uten foreldre. Vurderingen var at 15-16 år gamle jenter er gamle nok til å ta stilling til samtale selv. Standardskriv ble eventuelt sendt eller delt ut til eleven på forhånd. På Stovner hadde helsesøstre hatt enkelte erfaringer med at jenta ikke møtte opp når innkallinga ble sendt hjem. Da disse jentene ble innkalt på skolen, viste det seg at de ikke hadde sett brevet, noe helsesøstre oppfattet som en form for sensur eller boikott fra foreldrenes side.

Sagene praktiserte fra tidligere rutinemessig undersøkelse/samtale av alle elever på 8. trinn og koplede tilbudet om samtale og frivillig undersøkelse til denne. Helsestasjonen sendte ut informasjon til samtlige elever / familiene deres på begynnelsen av skoleåret med presentasjon av helsesøster og planene for skoleåret – informasjonen går ikke i detalj om hva undersøkelse/samtale innebærer, kjønnslemlestelse nevnes ikke eksplisitt.

Noen steder har elevene blitt innkalt i grupper.

På Stovner var inntrykket at de fleste jentene kommer når de blir innkalt, andre helsestasjoner hadde hatt magrere respons. Helsestasjonene hadde for øvrig ulik praksis for hvordan de forholdte seg til «ikke-møtt». Noen ringte eller innkalte på nytt, andre lot være og ga uttrykk for tvil om hvor mye det var riktig å «presse på».

Tema for samtaler var om jentas foreldre kom fra land hvor skikken praktiseres, om jenta kjente til tradisjonen og om hun selv var kjønnslemlestet. Hun ble informert om plager som er vanlige hvis man er kjønnslemlestet og om hva slags hjelp man kan få og

hvor. Det ble også gitt informasjon om det norske lovverket. Enkelte spurte eleven om de selv ville omskjære egne barn en gang i framtida. Kroppslig undersøkelse ble i hovedsak tilbudt dem som ikke visste eller ikke var sikre på om de var kjønnslemlestet eller som lurte på hva som er gjort...«hvis du lurer kan legen se på deg».

## **4.3 Lier kommune**

### **4.3.1 Oppstart og implementering**

Kommunepolitikerne har vært engasjerte i problemstillinger knyttet til kjønnslemlestelse, noe som har hatt sammenheng med innvandringsmønsteret i kommunen. Kommunen hadde ekstra midler til implementering og benyttet noe av dette til et oppstartseminar med deltakere fra skole, barnehage, PP-tjenesten, barneverntjenesten og helsetjenesten.

### **4.3.2 Praktisk gjennomføring**

Totalt sju barn i fjor fikk tilbud om samtale. Frivillige samtaler og undersøkelse blir tilbudt i forbindelse med:

#### **Skolestartundersøkelsen**

Den enkelte helsesøster har selv valgt om hun vil presentere problemstillingen ved 1. klasseundersøkelsen og invitere familien til egen samtale om temaet på et senere tidspunkt eller om hun vil legge til rette for å snakke om kjønnslemlestelse i forbindelse med rutineundersøkelsen og dermed ikke kalle inn til ekstra samtale. Helsesøstrene har derved ulik praksis. I familier med flere søsken valgte man å snakke om søsknene samtidig, noe som igjen førte til at man i en del tilfelle har valgt bort 5. klasseundersøkelsen.

#### **5. trinn**

Brev til foreldrene med tilbud om samtale. I en del tilfeller ble det ikke sendt ut innbydelse til samtale fordi helsestasjonen allerede hadde vært i dialog med foreldrene i annen sammenheng, eksempelvis fordi de også hadde barn i 1. klasse. Innholdet i 1. og 5. klasse-brevet er tilnærmet likt.

#### **8. trinn**

Elevene ble enten innkalt via lærer eller ved at helsesøstrene valgte å ta opp kjønnslemlestelse når sjansen bød seg i forbindelse med kontakt med eleven av annen årsak. Alle som ble innkalt møtte til samtale, men de var på forhånd ikke informert om at samtalen skulle omhandle kjønnslemlestelse. Under samtalen fikk jentene utdelt brev med infor-

masjon om tilbudet om fysisk undersøkelse. I hvilken grad jentene leverte brevene hjemme er et åpent spørsmål fordi ingen har tatt kontakt. Helsestasjonen var i utgangspunktet redd for at hvis brev ble sendt foreldrene på forhånd, ville de holde jentene unna tilbudet om samtale.

Helsestasjonen fulgte Helsedirektoratets tilråding med hensyn til hvem som skulle få tilbudet (jenter og kvinner med bakgrunn fra områder i land der forekomsten av kjønnslemlestelse er 30 % eller mer ifølge Verdens helseorganisasjon), men valgte, på bakgrunn av erfaringer, også å inkludere kurdere selv om forekomsten av kjønnslemlestelse blant kurdiske folkegrupper er diskutert og anslagene varierer. Når det gjaldt 1.- og 5.-klassingene hadde helsesøstre vanligvis samtale med foreldrene uten barnet til stede – grunnlagt av hensyn til barnet.

#### 4.4 Erfaringer – refleksjoner. Drammen, Lier og Oslo

Flere av helsestasjonene hadde arbeidet systematisk med og drevet systematisk opplæring om kjønnslemlestelse i flere år og hadde således mye egenerfaring da de ble valgt ut i forbindelse med innfasingen av tiltaket om samtaler og frivillige underlivsundersøkelser. Ekstraordinære stimuleringsmidler også til å opparbeide et visst engasjement og «trykk» i arbeidet. I Drammen kommune ble tilbudet tydelig forankret i det pågående prosjektet «Vold i nære relasjoner». Forankringen i et allerede eksisterende prosjekt ble framhevet som nyttig i den forstand at de frivillige samtalene og undersøkelsene ble satt inn i en større sammenheng og ikke sett på som et isolert tiltak uten tematisk og organisatorisk forankring. Det ble også understreket at det tverrfaglige arbeidet var sentralt for å få forståelse for tiltaket, overvinne intern motstand mot tiltaket og i oppgaven med å integrere håndterlige og overkommelige rutiner i kommunens øvrige forebyggende arbeid.

Hvor raskt etter familienes ankomst til Norge helsesøstre skulle bringe temaet kjønnslemlestelse på banen, kunne likevel være et dilemma:

*Hvor raskt skal vi kaste oss over dem som akkurat har kommet til Norge? Skal vi ta fra dem deres største stolthet med én gang? Det å bli integrert er vanskelig nok, veit jo hvordan det er med nordmenn i utlandet, skal vi ta fra dem brunosten og lusekøfta og flagget med én gang de kommer? Ja, omskjæring er følt, men dette var jo allerede gjort – det er mange vanskelige dilemmaer.*

Helsestasjonene erfarte alle at det i utgangspunktet var betydelig skepsis i miljøene som ble berørt av tiltaket. Skepsisen ble begrunnet med hensynet til barnet «(...) for barnets del (...)», «(...) at deres barn tilbys en undersøkelse som ingen av de andre klassekamera-

*tene...blir utsatt for (...)*». Det ble også pekt på at familiene det gjelder «(...) *har litt annet forhold til nakenhet*». Enkelte i miljøet uttrykte også frykt for «(...) *at selv om den medisinske undersøkelse var frivillig nå, ville den bli pålagt siden (...)*». Helsesøstrene hadde forståelse for at tiltaket kan oppleves stigmatiserende for dem som berøres av det. Det ble også sagt at det «(...) *kanskje [er nødvendig med] mer fokus på andre land enn Somalia*».

Likevel hadde helsesøstrene i praksis ikke egentlig opplevd noen store vanskeligheter i møte med de berørte. Helsestasjonene opplevde at de fleste synes det var greit at kjønnslemlestelse ble tatt opp, og generelt hadde det vært få negative reaksjoner på tilbudet om samtale og frivillig undersøkelse: «*Jeg har ikke følt at de har følt seg noe som helst forulempa i forhold til spørsmålene som er ganske nære. Det har blitt mange fine og interessante samtaler rundt kjønnslemlestelse og vi snakker mye om årsaken til at det forekommer*». Flere uttrykte sågar takknemlighet for at helsesøster tok opp temaet. Stort sett hadde det også gått greit å ta opp temaet med barnet tilstede. Helsesøstrene hadde også en felles opplevelse av at «(...) *når man først tar opp temaet med ungdommene faller det ikke vanskelig å snakke om*». Det ble også påpekt at når kjønnslemlestelse tas opp som et ledd i den vanlige helsekontrollen – og/eller som et ledd i arbeidet mot vold i nære relasjoner – oppleves det i mindre grad stigmatiserende.

Enkelte av helsesøstrene var også opptatt av at man kan havne i den andre grøfta – at det fort kan bli en form for omvendt stigmatisering. Det å ikke sette i gang tiltak kan også medvirke til stigmatisering i den forstand at realiteter ikke kommer på bordet og fordommer kan leve videre. Et annet synspunkt kommer fram i følgende utsagn: «(...) *men kan være litt omvendt også...at vi [nordmenn] blir stigmatisert [av innvandrere] som en hel gruppe vi også...som helt håpløse [med våre skikker og med vår opptatthet av f.eks kjønnslemlestelse]...det kommer an på måten det blir gjort på (...)*».

Noen stilte spørsmål ved skjevheter i seleksjonen med hensyn til hvem som takker ja til tilbudet. Flere av helsesøstrene hadde opplevd at det blant foreldrene som takker ja til samtale har vært en overrepresentasjon av foreldre som var opptatte av å fortelle hvor aktivt de selv arbeider mot skikken. Noen foreldre oppga også at de ønsket å styrke egen kompetanse for i neste omgang å gjøre seg nytte av denne innad i miljøene. Spørsmålet helsesøstrene stilte seg var da om foreldre og familier som har en mer konservativ holdning, hvis jentebarn har en større risiko for å bli kjønnslemlestet, glipper unna fordi de takker nei.

Viktig å se i sammenheng med spørsmålet om seleksjon er også det forholdet at flere av helsesøstrene undret seg over at såpass mange foreldre uttrykte avstandstagen til skikken og at foreldrene i stor grad også hevdet at tradisjonen ikke praktiseres i særlig utstrekning lenger. Helsesøstrene opplevde en diskrepans mellom hva foreldrene

fortalte og hva litteraturen på feltet sier. Enkelte av helsesøstrene hadde også opplevd at mødre fra berørte miljøer hadde gitt uttrykk for at de synes helsesøstrene er for godtroende/naive, en sa: «(...) *det skjer mye mer (...)*». Når helsesøstrene hadde prøvd å forfølge dette ved å be om konkretiseringer hadde informantene vært tilbakeholdne om hva/hvor/hvordan «ting» foregår, men fastholdt at «*det foregår*». Tilsvarende hadde en gruppe med kvinner fra berørte miljøer knyttet til én av helsestasjonene gitt uttrykk for at de er usikre på hvor mye helsestasjonen får vite – om det er sammenfall mellom ord og handling. Likevel hevdet gruppa at sannsynligheten for at familien ville kjønnslemlestelse jentene sine var liten når familien hadde vært i Norge et par år. De mente derfor det er viktig å rette mer oppmerksomhet mot nyankomne.

På den andre siden presiserte flere av helsesøstrene at de ofte følte de hadde en god dialog med foreldrene «(...) *samtidig har vi en dialog...foreldrene forteller at de kjenner til det...at de selv er omskåret og åpna i forbindelse med fødsel, ikke sydd igjen og at de ikke vil at dattera skal omskjæres...andre sier at det ikke er tradisjon i deres familie og begrunner det med at det har vært leger i familien, det har vært høyt utdannede i min familie, vi er vokst opp i en storby...vi er ikke vokst opp i Somalia, men i England...da virker det troverdig (...)*».

Til tross for at samtalene og presentasjon av tilbudet stort sett gikk greit, snakket flere om den negative oppmerksomheten tilbudet hadde fått. Enkelte ønsket seg en demping av fokuset på kjønnslemlestelse, mente at det ikke var nødvendig å kalle inn til en spesifikk «kjønnslemlestessamtale» og at man i stedet kunne formulere seg mer generelt og kople tilbudet sammen med rutinekontrollene på helsestasjonen, f.eks: «*I arbeidet med en minoritetsbefolkning er det en del utfordringer og at dette [kjønnslemlestelse] er ett av temaene som må tas opp...det er ett av flere problemområder innenfor psykisk helse*».

Noen hadde erfart at det kunne være vanskelig å nå fram med tilbudet om fysisk undersøkelse i tillegg til samtalen. I en del tilfeller kom foreldrene helsesøster i forkjøpet ved å fortelle at de tok avstand fra skikken og at de verken hadde utført eller hadde planer om å gjøre det. Noen valgte som strategi å introdusere tilbudet om fysisk undersøkelse tidlig i samtalen og fortelle at det var pålagt av Helsedirektoratet, før foreldrene fikk mulighet til å uttrykke at de er mot kjønnslemlestelse og ikke praktiserer det. Helsesøstrene opplevde det både uetisk og at de ble «fanga» dersom tilbudet om fysisk undersøkelse skulle introduseres etter at foreldrene hadde rukket å fortelle at de tok avstand fra skikken.

Enklest var det å ta opp tilbudet om fysisk undersøkelse i forbindelse med hjemreise og/eller andre tilfeller når foreldrene ønsket eller trengte dokumentasjon for å stå imot press fra slekt eller egen gruppe.



En av helsesøstrene understreket at hun hadde betydelige etiske betenkeligheter i forhold til underlivsundersøkelsen. Hun var grunnleggende uenig i tiltaket, og det hadde derfor vært vanskelig å pålegge de underordnede det. Det ble bedre da fokuset ble skjøvet mer over mot samtalen.

Om det er mor eller far som møter til samtale er stort sett avhengig av hvem som er i arbeid, hvor enkelt det er å ta seg fri fra jobben og av språkkompetanse. Helsestasjonene hadde et generelt inntrykk av at far mange ganger var den mest språkkompetente og at det i mange tilfeller var han som møtte på helsestasjonen sammen med barnet.

Tolk tilbys liberalt, men i mange tilfeller avslår foreldrene tilbudet. Noen foreldre oppga som årsak at de ikke ønsket at andre tilhørende samme miljø skulle koples inn i saken. Helsesøstrenes inntrykk var at foreldrene fryktet sosialt press fra miljøet, men mistenkte også at foreldrene engstet seg for at tolken kunne lekke opplysninger til miljøene. En annen erfaring var at innenfor enkelte miljø, f eks det somaliske, er tilgjengelige tolker, i hovedsak mannlige. Det kan by på problemer når man fra hjemlandet ikke er vant til å snakke om et tema som primært berører kvinner på tvers av kjønn. Omvendt kan det også være vanskelig hvis det er far som følger barnet og tolken er en kvinne.

Flere av helsestasjonene syntes at det var en utfordring at tilbudet om samtale og frivillig undersøkelse for de fleste ikke kunne koples sammen med allerede eksisterende helse-tilbud for ungdomsskoletrinnet idet man ikke praktiserer rutinemessig innkalling av ungdomsskoleelever. I praksis løste dette seg imidlertid greit ved at elevene mottok diskret innkalling i skoletida, f eks via lærer. Da flere ungdomsskoleelever fra tid til annen oppsøker helsesøster, er det ikke noe påfallende i at også ungdom fra de berørte gruppene «går til helsesøster». En av helsestasjonene poengterte også at det var viktig å gi ungdomsskoleelever en konkret time og ha en plan for å følge opp eleven hvis hun ikke møter til time. Helsestasjonen hadde erfart at det ikke var tilstrekkelig med en åpen invitasjon om å komme og prate – slik det ofte ble gjort i forbindelse med prevensjon.

Flere av helsesøstrene har også erfart at ungdomsskolejenter fra de berørte miljøene generelt er svært uvante med å snakke om kropp og til dels har dårlige kunnskaper om egen kropp: «*Mange av jentene er ubevisst om det som er fra halsen og ned...har et annet forhold til nakenhet...veldig påkledd....kommer i 8.kl og jeg begynner å snakke om underliv så blir de helt glassaktige i øynene (...)*». Noen av ungjentene har ikke kunnskap om kjønnslemlestelse, andre har snakket om det hjemme og sier eventuelt at de er imot skikken; en tredje gruppe er usikker på om de er kjønnslemlestet og/eller hvilken type kjønnslemlestelse de har gått gjennom. Helsesøstrene la også vekt på at samtalen med ungdomsskolejentene ofte den første individuelle samtalen om kjønnslemlestelse, det

skapes åpenhet om temaet og en arena for mulig kunnskapstilføring. Eleven stimuleres til å videreføre kunnskapen til sine venninner.

Helsesøstre syntes enige om at kontrollene rett etter fødsel, i forbindelse med nyfødtsamtalen med foreldrene, var et særdeles egnet tidspunkt og en fin inngangsport til å snakke om kjønnslemlestelse. Det faller da helt naturlig å spørre mor om hun er kjønnslemlestet og hva hun har tenkt å gjøre med eget barn. Det ble også påpekt at mødre som er kjønnslemlestet sitter med viktig erfaring og at det er viktig å bygge videre på det mor har erfart. Ei helsesøster framholdt også at det er «...viktig at unge jenter som selv har opplevd det, blir en stemme utad».

Noen av informantene påpekte at utformingen av og innholdet i den pålagte samtalen var en utfordring og etterlyste innspill til dette i form av råd eksempelvis i veiledningen.

Flere av helsesøstre savnet større fokus på mennenes holdninger, ansvar, styring og deltakelse og ønsket mer kunnskap om det: «(...) vi glemmer mennene og overlater alt til kvinnene... mange kvinner sier de bestemmer... men jeg er ikke sikker på det... jeg synes jo disse mennene bestemmer ganske mye jeg...i hvert fall når det kommer til seksualitet...så kunne man bevisstgjort mennene (...)».

En helsesøster mente det var viktig å tørre å ta opp temaet også med etnisk norske: «(...) [de] må vite om det, de snakker sammen (...)».

## 4.5 utfordringer. Drammen, Lier og Oslo

En utfordring har vært å identifisere berørte elever/familier. Tilbudet gis i første rekke til jenter med bakgrunn fra land der forekomsten er > 30 %. Det finnes ikke nasjonale eller lokale registre som gir kommunene oversikt på individnivå over personer som kommer fra de aktuelle landene. I samarbeid med skolene har helsestasjonene funnet fram til praktiske løsninger på dette, men til dels har det tatt uhensiktsmessig mye tid og ressurser å identifisere elever i henhold til retningslinjene.

Stovner helsestasjon har bevisst valgt en annen strategi enn de andre helsestasjonene og innkalt alle elever fra land /etniske grupper som praktiserer kjønnslemlestelse uavhengig av hvor stor andel i det aktuelle landet/gruppen som praktiserer tradisjonen. Dette har bidratt til at prosessen med å velge ut familier som skal innkalles, har blitt enklere og man har unngått diskusjoner om størrelse på tall og hvor utbredt skikken fortsatt er i det enkelte land. Enkelte helsesøstre har undret seg litt over tallmaterialet som tiltakene bygger på og mener tallene til dels er gamle, noe også flere av brukerne av helsestasjonen har hevdet.

Noen foreldre hadde gitt uttrykk for en følelse av å bli mistrodd når temaet ble tatt opp gang på gang. Helsesøstrene hadde derfor forsøkt å spare foreldre som hadde flere barn på ulike alderstrinn for gjentatte samtaler om kjønnslemlestelse. En utfordring var at tidligere samtaler om temaet ikke alltid var like godt journalført og dokumentert. En annen utfordring har til dels vært komplekse familiestrukturer: «(...) jeg snakket med deg om kjønnslemlestelse tidligere... ja flere ganger sa hun...hun hadde fire jenter [med ulike menn] (...)».

En viktig utfordring når det gjelder forebygging er at flere helsesøstre rapporterer at skaden allerede er skjedd når helsestasjonen kommer inn i bildet. Mange hadde erfart at inngrepet «er gjort unna» før ankomst til Norge, og flere satte det i sammenheng med at flyktninger og asylsøkere var kjent med det norske forbudet og derfor påskyndet inngrepet slik at familien ikke skulle rammes av lovforbudet.

Manglende forståelse av begreper kan også skape vansker. Det er viktig å utforske hva foreldrene mener når de sier de er mot tradisjonen og/eller har sluttet å praktisere den, illustrert ved følgende utsagn: «Vi er i mot det...det jeg har tenkt å gjøre...at vi skal reise til hjemlandet...også...det vi skal gjøre...er at vi skal ta bare en liten skalpell...vi skal bare stikke litt...slik at det renner litt blod og da er det i orden (...)».

Det ble videre problematisert at flere somaliske foreldre verken leser eller skriver eget språk eller norsk. Selv om hovedinntrykket var at informasjon når fram, kan det dermed være en viktig gruppe som ikke fanges opp. Andre metoder å formidle på ble foreslått, f.eks. video-«snutter» på ulike språk. Det ble likevel påpekt at hvis foreldrene ikke forsto innholdet i brevene, enten fordi de var analfabeter eller fordi språket var vanskelig, måtte det også være et ansvar for mottakeren å skaffe nødvendig hjelp til å forstå/oversette.

Flere helsesøstre var opptatt av at diagnosen i de ikke-opplagte tilfellene kan være vanskelig. Enkelte typer kjønnslemlestelse kan være vanskelig å oppdage. Medisinsk ekspertise har ved flere anledninger hevdet det samme. Helsestasjonen opplevde også at det fra medisinsk hold var stilt spørsmål ved hvem som hadde kompetanse til å gjennomføre undersøkelse, og at det var reist tvil ved hvorvidt en gjennomsnittlig helsestasjonslege har nødvendig kompetanse. Konkret hadde også flere helsestasjoner opplevd at helsestasjonslegene vegret seg for å gå inn i sakene. Derved var det flere steder fortsatt uklarheter med hensyn til hvem som eventuelt skulle utføre medisinsk undersøkelse og hvor undersøkelsene eventuelt skulle utføres – dersom noen takket ja til tilbudet.

Enkelte av informantene problematiserte at helsestasjonene er pålagt å ta opp temaet og avdekke kjønnslemlestelse, mens det øvrige tjenesteapparatet ikke alltid er like parat

til å hjelpe eller handle. Som eksempel ble nevnt tilfelle hvor det hadde vært uklarerheter og vansker knyttet til ansvar og kompetanse i forbindelse med at helsestasjonen ønsket å viderehenvise unge jenter for å få hjelp til å vurdere hvorvidt det var behov for åpnende operasjoner. Tilsvarende hadde det også skjedd at ansvar og oppgaver knyttet til oppfølging av jenter som nylig hadde gjennomgått kirurgisk åpning hadde vært utydelig.

## 4.6 Vurdering av nytten av tiltaket. Drammen, Lier og Oslo

Mange helsesøstre var samstemte i synet på at arbeidet med kjønnslemlestelse er én av mange utfordrende oppgaver, og det ble stilt spørsmål ved hvorvidt den omfattende satsningen knyttet til kjønnslemlestelse er forsvarlig ressursbruk innenfor en tjeneste som er sterkt presset fra tidligere. Det ble poengtert at innsatsen mot kjønnslemlestelse må balanseres opp mot andre helseutfordringer og rus, psykisk helse, generelle ungdomsproblemer, vold og overgrep ble nevnt som eksempler.

På den andre siden poengterte flere at de synes det er hensiktsmessig å gjennomføre samtaler med jentene så lenge de registrerer at det er jenter som ikke har kunnskap eller har feilaktig kunnskap, at det finnes jenter som er omskåret og ikke vet at de er det, eller at det er jenter som er omskåret og ikke vet at de kan få hjelp dersom de trenger det: *«Så lenge vi fanger opp en og annen så synes jeg dette er et hensiktsmessig tiltak»*. Enkelte synes heller ikke at tiltaket belastet helsestasjonen i særlig grad: *«For meg har det vært snakk om tre elever og dermed har ikke dette vært noen ekstra arbeidsbelastning. Det er fort gjort. Jeg ser ikke noe negativt ved dette tiltaket»*.

Når det gjelder familier med innvandrerbakgrunn, mente noen at en omfordeling av midlene ville være mer hensiktsmessig. Som eksempel ble nevnt gode undervisningsopplegg/samtalegrupper rettet mot innvandrerjenter, vinklet mot kropp, funksjon og psykisk helse: *«(...) mye kunne sikkert vært gjort på tvers av etnisk tilhørighet, f.eks. pakistanske jenter vet også lite om kropp»*. Det ble videre framhevet at med hensyn til familier som har vært i landet i lengre tid, er det viktigere med fokus på andre helse-spørsmål som tuberkulose og psykisk helse.

Det var likevel generell enighet blant helsesøstrene om at tiltakene hadde økt bevisstheten om kjønnslemlestelse og at det *«(...) hadde nok vært litt mer tilfeldig uten (...)»*. Flere – også de som hadde arbeidet med problemstillingen i mange år – poengterte at tiltakene også hadde gitt et puff til diskusjon, refleksjon, gjennomgang og forbedring av egne rutiner. Noen var særlig opptatt av dokumentasjon *«(...) helst bør det gå fram [av journal] at man har hatt en fornuftig samtale, hva samtalen handler om og ikke bare at*

*foreldrene er informert (...)*». Mange mente at det har vært viktig, og en støtte, å kunne formidle at tiltaket var noe helsestasjonen er pålagt og ikke noe helsestasjonen bare har tatt initiativ til på egen hånd. Videre ble fokuset på norsk lov oppfattet som bra og «veldig tydelig» i utspillene fra Helsedirektoratet.

Mange mente at tiltaket hadde ført til at helsesøstre hadde måttet skaffe seg kunnskap og at de hadde fått en bedre holdning og et bedre utgangspunkt for samhandling med de berørte: «(...) *det er en utvidelse av mitt repertoar (...)*» og «(...) *dette en måte for meg å tilegne meg kunnskap om kjønnslemlestelse. Jeg ser også at jeg i mitt yrke blir mer sensitiv når jeg tilpasser informasjonen i andre samtaler. Eksempelvis ville jeg tidligere bare fokusert på tradisjonelle problemer rundt menstruasjon, nå inkluderer jeg også at omskårne jenter kan få tilleggsproblematikk. Og jeg vil helt naturlig spørre jenta om hun er omskåret dersom hun kommer til meg med mer tradisjonelle spørsmål om seksualitet og underlivsproblematikk*».

Det ble også lagt vekt på at helsesøstre hadde fått mer kompetanse til å avdekke og være ærlige med familiene om at det er bekymring eller at de føler seg usikre. En sa at: «(...) *vi må tåle at de blir litt stramme...da synes jeg det er godt at vi kan støtte oss på lovverket og at dette er innført som rutine og vi spør alle og det er fordi vi vil dere beste (...)*».

Flere mente også – etter å ha jobbet mye og konsentrert med den vanskelige samtalen – at de hadde fått mer kompetanse på å snakke om sensitive og private tema generelt: «*Jo mer man går inn i et tema, jo mindre skummelt blir det, jeg syntes det var helt forferdelig at vi skulle gå inn i det, men det synes jeg ikke lenger. (...)*». Tiltakene hadde altså overføringsverdi til annet helsestasjonsarbeid.

Flere av helsesøstre vektla at de gjennom samtale, spesielt med ungdomsskolejentene, får informasjon og kunnskap om familiene som systematiseres for videre bruk i helsetjenesten. Samtalene fungerer således som en nyttig «varslingsstasjon», en viktig lyttepost, for helsetjenesten:

*«Vi ser eksempelvis at flere av jentene på en troverdig måte redegjør for at de ikke er omskåret. Dette er med på å nyansere et noe stereotyp inntrykk av at dette gjelder «alle» jentene.»*

*«Vi får en god oversikt over i hvilken grad jentene snakker om kjønnslemlestelse med sine venninner og med sine mødre. Også her tyder det på at jentene snakker mer enn hva vi ville trodd ut fra ideen om at kjønnslemlestelse er et tabubelagt emne – både med venninner og med sine mødre, tanter eldre søsken eller andre kvinner.»*

*«Vi får oversikt over jentenes venninner som de er bekymret for skal bli omskåret eller at de har komplikasjoner.»*

*«Vi får en god oversikt over i hvilken grad jentene lever under kontroll hjemme. Dersom vi får inntrykk av et hjem med sterk kontroll vil vi snakke om det og vi vil da også diskutere tvangsekteskap, som er et tema som vanligvis ikke løftes frem før på videregående.»*

*«Til tross for en viss kritikk mot at temaet tas opp med de berørte gjentatte ganger, ble det fra enkelte av helsesøstrene likevel poengtert at man gjennom det totale antall samtaler sender ut et klart signal om at dette er ikke noe de bare er opptatt av ved fødsel og ved 5-årskontrollen: «Vi følger opp over lang tid. Vi gir oss ikke! Og vi forteller foreldrene at når datteren din er 16 år så vil vi også snakke med henne om dette. Vi følger opp».*

Generelt ble det holdningsskapende arbeidet vurdert som viktig og man mente at det hadde effekt, men underlivsundersøkelse var helsestasjonene betydelig kritisk til: «(...) tallene [antallet som aksepterer frivillig underlivsundersøkelse] taler jo for seg (...)». Noen hevdet at «(...) så lenge ingen har akseptert undersøkelse, har helsestasjonen ikke oppnådd mer enn de gjorde tidligere (...)». Enkelte problematiserte imidlertid det at tiltakene var frivillige – at man kan velge tiltaket bort og barna ikke blir undersøkt: «(...) da er det en mulighet at for at praksis kan fortsette uten at det får noen konsekvenser». Andre var imidlertid opptatt av at den fortroligheten og tilliten som er en forutsetning for en god samtale, forkludres hvis det sentrale er å få undersøkt/sjekket barnet.

## 5 Erfaringer fra andre kommuner

### 5.1 Bergen kommune

Kommunen innledet i 2002 et samarbeid med det daværende OK-prosjektet (omsorg og kunnskap mot kvinnelig omskjæring). Fra og med 2007 implementerte kommunen rutiner for forebyggende tiltak som er presisert i følgende dokumenter:

- *Svangerskapsomsorgen*: Rutine for forebygging, avverging og oppfølging av kvinnelig omskjæring. Godkjent 10.12.2007 og senere revidert i 2009 og 2011.
- *Helsestasjon for barn 0-5 år*: Rutine for forebygging, avverging og oppfølging av kvinnelig omskjæring. Godkjent 10.12.2007 og senere revidert i 2009 og 2011.
- *Skolehelsetjenesten og helsestasjon for ungdom*: Rutine for forebygging, avverging og oppfølging av kvinnelig omskjæring. Godkjent 10.12.2007 og senere revidert i 2009 og 2011.

De felles målsettingene i disse dokumentene er at kommunen skal forebygge at barn og unge kvinner blir kjønnslemlestet og sikre best mulig hjelp til barn og kvinner som allerede er kjønnslemlestet. Det vektlegges videre at informasjonen og samtalene skal skape rom for refleksjon og diskusjon. Nedenfor gis en kort oversikt over de ulike tiltakene som allerede var implementert i kommunen før tilbud om frivillige undersøkelser og samtaler ble introdusert fra Helsedirektoratet. Det gjøres oppmerksom på at presentasjonen nedenfor ikke er fullstendig uttømmende.

#### **Svangerskapsomsorgen**

Svangerskapsomsorgen gir et frivillig tilbud til alle fødende kvinner og følger opp med spesifikke tiltak rettet mot kvinner som kommer fra eller har tilknytning til land som praktiserer kjønnslemlestelse. Kvinner i denne målgruppen blir spurt om de er omskåret. Dersom de er det blir det videre spurt om de har vært til genital undersøkelse, hvis så er tilfelle bes det om tillatelse til å innhente opplysninger for å unngå unødvendig repetisjon av underlivsundersøkelse. Det sørges videre for at gravide omskårne kvinner blir henvist til poliklinikk for gravide. Det innledes en dialog om kjønnslemlestelse som blant annet innebærer:

- Kunnskap om planlagt deinfibulering av omskårne fødende.

- Samtale med kvinnen og eventuelt partner om engstelse om mulig fremtidig kjønnslemlestelse av nyfødte barn.
- Det gis kunnskap om helseskadelige følger av kjønnslemlestelse.
- Dersom kvinnen ikke tidligere har skrevet under på «Egenerklæring – forbud mot kjønnslemlestelse» så får hun mulighet til det.
- Helsestasjonen er årvåken overfor muligheten for at tidligere barn kan stå i fare for kjønnslemlestelse. Dersom mistanke reises ageres det etter egne instruksjoner.

### **Helsestasjon for barn 0-5 år**

Helsestasjonen formidler informasjon om helseskader ved kjønnslemlestelse samt om norsk lovgivning. Dette skal gjøres overfor familien før datteren fyller 4 måneder. For de som er i målgruppen for kjønnslemlestelse settes det av dobbel konsultasjonstid slik at det skal være tid for diskusjon. Målet med denne konsultasjonen er å få til en dialog med familien. Deler av innholdet i samtalen skal journalføres. Dersom det avdekkes at familien ikke tidligere har skrevet under på egenerklæring blir dette gjort og journalført. Temaet blir på nytt tatt opp i 4-årskontrollen. I tilfelle der jenta ikke er født i Norge, tas temaet opp ved første konsultasjon.

### **Skolehelsetjenesten og helsestasjon for ungdom**

Ved skolestart-undersøkelsen skal det innledes en dialog om kjønnslemlestelse med foreldrene i målgruppen. At temaet er diskutert og utfallet av samtalen skal journalføres. Dersom det avdekkes at foresatte ikke tidligere har mottatt informasjon om kjønnslemlestelse eller underskrevet egenerklæring, blir innholdet av egenerklæringen gjort kjent. Temaet blir på nytt løftet frem i helseundersøkelsen i 3. klasse. Temaet skal ikke diskuteres med eleven med mindre foresatte er tilstede. Temaet tas opp direkte med eleven på 8. klassetrinn ved behov, helsesøster vurderer dette. Alle elever skal motta en generell informasjon om kjønnslemlestelse på 9. klassetrinn. Rammen for dette er gruppeundervisning om seksualitet, prevensjon m.m. som gis som tilbud til alle elever på 9. trinn.

### **Helse for nyankomne innvandrere**

Alle nyankomne innvandrere som ankommer Bergen kommune får innkalling til helsesjekk ved Helse for nyankomne innvandrere. Undersøkelsen gjennomføres av både helsesøster og lege. De som er i målgruppen for kjønnslemlestelse får informasjon om helseskader, norsk lov, infibulerte får tilbud om defibulering og tilbud om helseoppfølging av alle kvinner som er omskårne. Alle voksne får tilbud om å underskrive «Egenerklæring – forbud mot kjønnslemlestelse». I tillegg gis alle barn under 12 år en underlivsundersøkelse, jentene gjennomgår en visuell undersøkelse (altså ikke en gynekologisk undersøkelse). Det rapporteres at fra 2004 har de fleste nyankomne innvandrere i Bergen kommune systematisk blitt orientert om norsk lovgivning og helseskader knyttet til kjønnslemlestelse, og de har skrevet under på egenerklæringen.



I tillegg gis det informasjon om lovforbud og helseskader i opplæringen i norsk og samfunnsfag som de fleste innvandrere har rett og/eller plikt til å delta på.

### **5.1.1 Kommunen ønsker ikke å iverksette tiltaket om frivillige undersøkelser**

Bergen kommune har relativt lang erfaring med håndtering av alle aspekter knyttet til kjønnslemlestelse. Kommunen har systematisk bygget kompetanse på feltet og har tydelige rutiner for ulike aspekter ved forebygging og deinfibulering av fødende. Tiltaket om frivillige undersøkelser og samtaler har blitt møtt med skepsis fra kommunens fagansatte og har vært gjenstand for omfattende faglige diskusjoner internt i kommunen. Etter råd fra ulike fagetater samt eksterne samarbeidspartnere har Etat for barn og familie fremmet for Byrådet et forslag om ikke å gjennomføre tiltaket om frivillige undersøkelser og samtaler i sin fulle bredde slik det er beskrevet i rundskriv og veileder. Argumentasjonen for dette avviket er at Bergen kommune argumenterer for at de, gjennom sine eksisterende og etablerte praksis, har tiltak som er tilsvarende eller bedre enn tiltaket om frivillige undersøkelser. Byrådsavdelingen for Helse og Omsorg behandlet og godkjente kommunens rutiner i oktober 2011.

Argumentene som legges til grunn for å gjøre avvik fra tiltaket er at det vurderes som at det ikke er rimelig sannsynlig at tiltaket virker forebyggende. I rundskriv og veileder er det manglende beskrivelser av hvorvidt tiltaket er kunnskapsbasert eller erfaringsbasert og hvorvidt tiltaket er basert på brukergruppers medvirkning.

Forholdet det primært er usikkerhet rundt er at tiltaket fryktes å skape mulige uheldige konsekvenser som kan redusere muligheten for dialog. Kommunen har i diskusjonen rundt tiltaket hatt utvidet samarbeid med brukergrupper. Tilbakemeldingene fra brukergruppene har vært entydig negative til tilbudet da tiltaket i sin opprinnelige form ikke fokuserer nok på betydningen av dialog. Brukergruppene ber Bergen kommune om å fokusere mer på betydningen av dialog om hva familien mener om kjønnslemlestelse, hva onkel og tante mener og hvordan en som familie kan stå i mot et slikt sosialt og kulturelt press. Kommunen legger også vekt på at dersom tiltaket skulle blir iverksatt i sin opprinnelige form ville kommunen møtt stor intern motstand.

Slik vi vurderer Bergen kommunes eksisterende forebyggende tilbud mot kjønnslemlestelse så ligger denne praksisen svært nær opp til tilbudet om frivillige undersøkelser. Slik vi forstår det ligger avviket i følgende forhold:

- Det sendes ikke ut en spesifikk innkalling som inviterer til en frivillig undersøkelse og samtale om kjønnslemlestelse.

- Det er ikke en fast rutine at jenter innenfor målgruppen gis et tilbud om en frivillig underlivsundersøkelse.

På tross av at fravik på disse to punktene blir, etter hva vi forstår, hyppigheten og innholdet av samtaler likevel ivaretatt innenfor rammene av de ordinære konsultasjonene. Tiltaket kan derfor sies allerede (med visse unntak) å være integrert i kommunens eksisterende rutiner. Tiltakets opprinnelige intensjon om å skape flere møter for dialog og kunnskapsoverføring om kjønnslemlestelse ser ut til å ha vært på plass i Bergen kommune allerede før tiltaket om frivillige undersøkelser ble lansert.

### 5.1.2 Erfaringer

Bergen kommune opplever at de har iverksatt et tilbud som er tilsvarende eller bedre enn tiltaket om frivillige undersøkelser og samtaler. Det som oppleves som bedre er at de forhold som vurderes som mulig stigmatiserende og som kan gjøre dialog vanskelig, er fjernet. Dermed argumenterer kommunen for at deres forebyggings tiltak er bedre på å få til en dialog. Det rapporteres at brukerne gjerne går inn i en dialog med helsesøster om kjønnslemlestelse og om hva mor og far mener og hva familien i utlandet mener. Noen helsesøstre har rapportert at de innledningsvis ser det som utfordrende å skulle innlede samtaler om kjønnslemlestelse, men etter noe erfaring på feltet rapporteres det om at «terskelen var hos oss – ikke hos bruker».

## 5.2 Bærum kommune

Bærum kommune har vært engasjert i arbeidet mot kjønnslemlestelse og har i flere år gjort erfaringer med å gi informasjon og forebygge kjønnslemlestelse. Kommunen har også nære samarbeidslinjer bl.a. til Drammen kommune. Informantene i Bærum opplyser at de har liten kjennskap til tilbudet samtale og frivillig underlivsundersøkelse. Skolehelsetjenesten ved flere skoler opplyser at de var ukjent med at de skulle ha startet med «samtaler og frivillige undersøkelser» i 2010. Nyankomne asylsøkere som er elever på barneskolen blir likevel innen et år innkalt til en samtale hvor de snakker om opplevelser, generell helse, søvn, kosthold, tannhelse og fritidsaktiviteter. Kjønnslemlestelse tas opp i disse samtaler og det gis informasjon om lovverket tilknyttet kjønnslemlestelse. Det opplyses at helsemessige konsekvenser av kjønnslemlestelse ikke tas opp i disse samtaler. I løpet av det siste året, skoleåret 2010 – 2011 virker det som om kommunen ikke har innkalt til frivillige samtaler og underlivsundersøkelser om kjønnslemlestelse ved skoler i Bærum kommune.

Ved Helsekontoret for barn og unge oppsummeres tilbudet med frivillige samtaler og undersøkelser i Bærum kommune på denne måten:

*Helsestasjons- og skolehelsetjenesten har dessverre ikke kommet ordentlig i gang med dette viktige arbeidet enda. Vi har i samarbeid med barnevernet arrangert et tverrfaglig seminar om temaet. Her hentet vi kunnskap fra Oslo kommune og Røde Kors. I tillegg har vi hatt litt kontakt med Drammen kommune for å høre hvordan de jobber. På helsestasjonene våre blir temaet systematisk tatt opp med foreldre i målgruppen. Skolehelsetjenesten er oppmerksom på elever fra risikoland i forbindelse med reise til utlandet. De tar da kontakt med foreldre tiljentene eller har samtaler med ungdommen. Det har også blitt sendt bekymringsmelding til barnevernet. Vi tilbyr foreløpig ikke frivillige underlivs-undersøkelser. Vi er også i gang med å lage rutiner.*

I førstegangsundersøkelsen på asylmottaket tar de i samtaler opp kjønnslemlestelse og diskuterer det med kvinner som har døtre og spør om hva de tenker om omskjæring og sier at de ikke bør omskjære døtrene. Kvinner har blitt henvist for åpning av tidligere kjønnslemlestelse. På asylmottaket har det ikke blitt utført underlivsundersøkelser. Samtalene om kjønnslemlestelse er ledd i førstegangsundersøkelsen ved mottaket. Samtalenes innhold ser ut til å tilfredsstillende kriterier for frivillig samtale. Alle nyankomne kvinner får tilbud om gynekologisk undersøkelse ved førstegangs-undersøkelsen.

### 5.3 Vefsn kommune

Vefsn kommune ligger midt i Norge, der Mosjøen er et lite tettsted med ca. 13 500 innbyggere. Kommunen har et asylmottak med 138 flyktninger, hovedsakelig afghanere, men også enkelte somaliske mødre og eritreiske mødre og barn. Kommunen har bosatt 200 flyktninger. Det er opp mot 400 med fremmedspråklig bakgrunn, og noen av dem er fra afrikanske land hvor det praktiseres kjønnslemlestelse. Mosjøen asylmottak har vært opptatt av kjønnslemlestelse og tvangsekteskap, deltatt på seminarer og har invitert professor Unni Wikan for å snakke om tematikken. De holder egne informasjonskurs for foreldre. I disse kursene berøres ikke kjønnslemlestelse, men temaet tas opp på egne fellesmøter.

Asylmottaket opplyser at de har et godt samarbeid med helsestasjonen. Det virker imidlertid ikke som om det er utviklet rutiner for frivillige samtaler og undersøkelser med foreldre og barn i mottaket. Det er heller ikke implementert rutiner for elever på barne- og ungdomsskolen. Mosjøen har ikke kommet i gang med tiltaket «samtaler og frivillige undersøkelser». De tar imidlertid opp temaet gjennom den individuelle helse-samtalen som de holder etter at flyktningene er kommet til mottaket. Temaet kjønnslemlestelse kommer inn sammen med andre temaer. De oppfatter ikke at dette er koblet til tiltaket samtaler og frivillige undersøkelser.

Den kommunale helsetjenesten var ikke godt informert om tiltaket og hadde således ikke begynt arbeidet med implementering.

## 5.4 Trondheim kommune

Informantene fra Trondheim kommune opplyser at de har etablert en ressursgruppe på overordnet nivå hvor de diskuterer hvordan de skal implementere tiltaket «samtaler og frivillige undersøkelser». Tilbudet er ennå ikke iverksatt og satt i system. Skolehelsetjenesten opplyser at under den ordinære konsultasjonen med elever i første klasse kan spørsmålet om kjønnslemlestelse drøftes med elevens foresatte. Det har ikke vært innført samtaler på femte og åttende klassetrinn. Men det legges nå planer for hvordan kommunen skal implementere tiltaket. En av informantene er tydelig på at tiltaket først og fremst er et politisk tiltak som ikke nødvendigvis er ønsket av fagfolk og stiller seg tvilende til å gjennomføre tiltaket: *«Politikere ønsker å gjøre det gode, men dette er vanskelig. Vi synes det er problematisk å implementere dette».*

Samme informant oppgir samtidig at det vil kunne være nyttig med et tiltak som kan føre til en standardisering av vanskelige samtaler. Det er som med branninstruksjoner, sier hun. Det er sjelden det oppstår brann, men det er viktig med rutiner og instruksjoner som er standardiserte for hvordan brann skal forebygges.

*Rutinene må være på plass. Vi må implementere dette i våre dataverktøy også. Det må være standardisering og kvalitetskontroll. Det er viktig at fagpersonene vet hvilken løype de skal ta. Vi vil altså gå i gang med dette nå. Det er ikke helt i gang i Trondheim.*

## 5.5 Tromsø kommune

«Vi er ikke kommet i gang med dette», sier leder av helsesøstertjenesten i Tromsø. De har etablert en gruppe som skal utarbeide rutiner og skal ta saken opp på først fagleder-møte etter sommeren. «Vi vil blåse liv i dette». De synes at informasjonsbiten er nyttig, men har likevel liten tro på den frivillige underlivsundersøkelsen. Samtaler oppleves som nyttige fordi de holder liv i problematikken og kan gi en forebyggende effekt. De opplyser at de er mer i tvil når det gjelder frivillige underlivsundersøkelser fordi de har hørt fra «mange steder» at folk takker nei til det. Fagfolkene i kommunen er også skeptiske.

Det kommer mange veiledere og rundskriv til kommunehelsetjenesten. Informantene opplever at rundskriv og veiledere egentlig ikke er juridisk bindende, men at de har en tungt anbefalende status. Helsetjenesten opplyser at de er lojale, slik at når det kommer rundskriv og veiledere, gjør kommunen sitt beste for å implementere det. Slik vil de også forsøke å gjøre med dette arbeidet.

## 5.6 Fredrikstad kommune

I intervju med virksomhetsleder i den kommunale helsetjenesten i Fredrikstad opplyses det at kommunen er i gang med forberedelser til å implementere frivillige samtaler og underlivsundersøkelser. De har gjennomgått den tilsendte veilederen og informert om denne til de ledende jordmødre og helsesøstrene i kommunen og drøftet implementeringen med helsestasjonene. Kommunen har ikke fått tilstrekkelige rutiner på dette ennå, spesielt ikke i forhold til skolehelsetjenesten. De har få økonomiske ressurser og må kutte ned på virksomheten samtidig som de får inn nye oppgaver. En av informantene opplyser at de ikke har ressurser til å følge opp «Veileder på veiing og måling», og heller ikke kjønnslemlestelse blir en prioritet ettersom det bare gjelder for så få. Det er flere skoler som heller ikke har skolehelsetjeneste og således kan gjennomføre ordningen. Implementeringen av tiltak rundt kjønnslemlestelse blir derfor også et spørsmål om bruk av ressurser.

En annen informant forteller at det i løpet av de første to månedene på mottaket får nyankomne en kartleggingssamtale med lege hvor psykisk og fysisk status gjennomgås. Legen skal ta opp kjønnslemlestelse i samtalen og fra rapportene kan man se at det gjøres. Dette betyr at det ikke er etablerte rutiner for samtaler i skolene, men det oppgis at helsetjenesten likevel har et fokus på kjønnslemlestelse og ønsker at tiltaket skal implementeres. Samtaler om kjønnslemlestelse for nyankomne gjennomføres slik det har vært gjort i flere år. Tilbud om underlivsundersøkelse ser ikke ut til å følge naturlig etter hver samtale, men tilbys når det er behov for det.

## 5.7 Skien kommune

Det opplyses at den kommunale helsetjenesten ikke er kommet i gang med implementeringen av tiltaket. Kommunen er ikke kommet lengre enn at de nå er klar over tiltakets innhold. Det er derfor ingen som ennå har fått tilbud om samtale og underlivsundersøkelse i kommunen. Informantene i kommunen stiller seg tvilende til hvorvidt det vil være realistisk og mulig å gjennomføre tiltaket. Det opplyses at slik situasjonen nå er så har kommunen bare halvparten av den bemanningen som det er behov for.

Informanten opplyser imidlertid at det vil være mulig å inkludere temaet kjønnslemlestelse i allerede eksisterende samtaler, blant annet på 2. og 5. klassetrinn samt i opplæringen på 9. klassetrinn. Det samme gjelder for småbarnskonsultasjon 0 – 5 år.

## 6 Svar på spørreskjema utfyllt av berørte

Et spørreskjema ble fylt ut på ulike kurs om kjønnslemlestelse arrangert av Pan African Woman's Association (PAWA) i mai og juni 2011. Det er altså et selektert utvalg. Gjennomsnittlig alder på informantene var 40 år og den yngste var 22 år. Totalt deltok 50 personer og 48 skjemaer ble besvart. Femten informanter oppga at de var fra Eritrea, 20 fra Gambia, 11 fra Sudan, 1 fra Uganda og 1 oppga ikke sin nasjonale bakgrunn. Av 45 personer som svarte på spørsmål om samtaler og frivillige underlivsundersøkelser hadde 71 % hørt om disse, mens 29 prosent ikke hadde hørt om samtalene.

På spørsmål om hvor de først hadde mottatt informasjon om de frivillige undersøkelsene oppga 18 personer at de først hadde fått informasjonen fra PAWA som holdt kurs for dem. Sytten personer hadde hørt om undersøkelsene fra en bekjent, og ti hadde hørt om tiltaket fra avisene.

Fire personer har fått innkalling til samtale, tre av dem møtte, og en unnlot å møte opp. To personer sier de fikk innkalling via telefon. Ingen av informantene oppgir at de har underskrevet samtykkeerklæringer eller latt barna sine undersøkes. Seks personer hadde barn i alderen 5 -6 år, 11 personer hadde barn fra 10 til 11 år. Ti personer hadde barn fra 14 til 16 år.

I ett av spørsmålene ble informantene bedt om å forestille seg at deres datter var kjønnslemlestet og at de fikk et brev fra myndighetene om tilbud om frivillig samtale og frivillig undersøkelse. Deretter fikk informantene spørsmål om hva de ville gjøre i en slik situasjon. Svarene fordelte seg som følger:

*Tabell 6.1: Hvordan ville du forholde deg til tilbudet om frivillige samtaler og undersøkelse dersom din datter var omskåret? (N=48)*

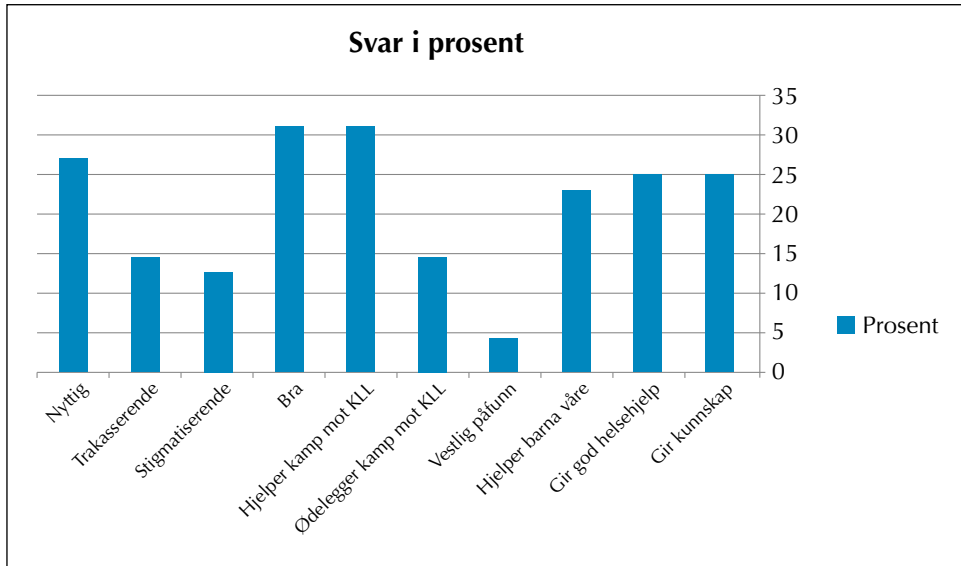
*Enkelte hadde fylt ut flere svarkategorier:*

Takket ja til både samtale og underlivsundersøkelse	7
Takket ja til samtale	11
Takket ja til bare underlivsundersøkelse	3
Takket nei til samtale	12
Takket nei til underlivsundersøkelse	13
Vet ikke	7

Det synes å være flere av informantene som er negative til underlivsundersøkelse enn til samtale. Atten angir at de vil takke ja til samtale, mens 12 informanter ville takke nei. Bare 7 personer ville takke ja til både samtaler og underlivsundersøkelse.

Når det gjelder holdninger til samtaler og frivillige undersøkelser oppgir noen at det er bra og nyttig, og at det vil hjelpe barna som opplever smerter. Noen få mener at det er trakasserende og stigmatiserende å få innkalling til samtaler og frivillige undersøkelser, se figur 6.1:

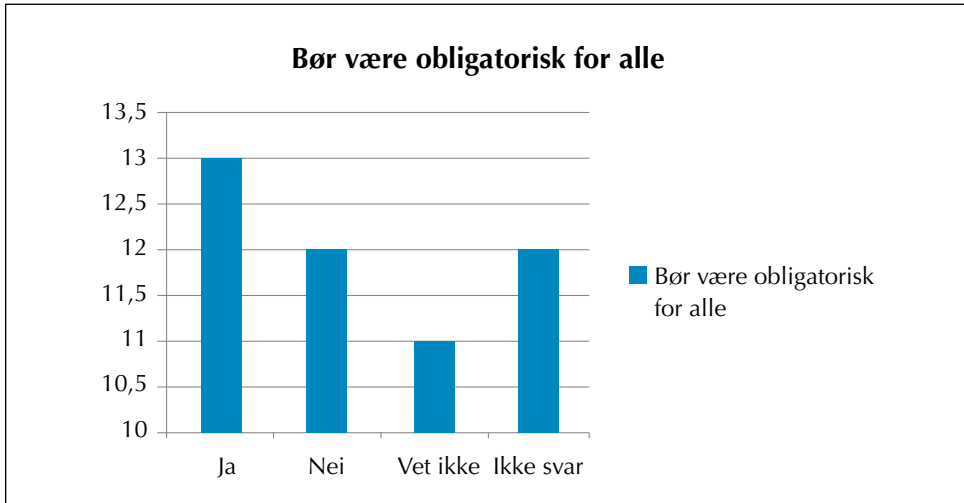
Figur 6.1 Berørtes holdninger til samtaler og frivillige undersøkelser.  
Prosent. (N=48)





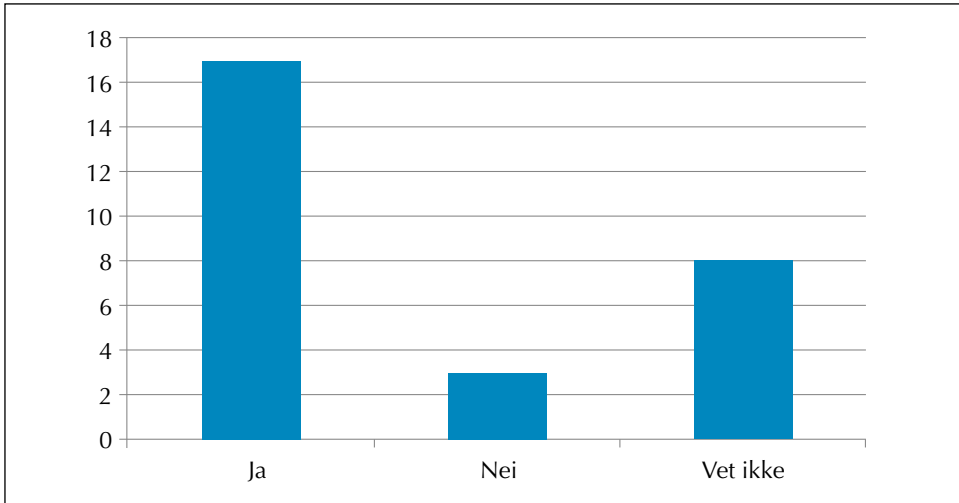
På spørsmål om ordningen burde være obligatoriske for alle svarer 13 personer ja, se figur 6.2. Likevel kan det virke som om mange er imot at den skal være obligatorisk. Tolv personer svarer nei, 11 svarer at de ikke vet, og 12 personer unnlater å svare på spørsmålet. Dette kan gi et inntrykk av motstand.

Figur 6.2 Om obligatoriske undersøkelser bør være for alle.  
Svar oppgis i antall. (N=48)



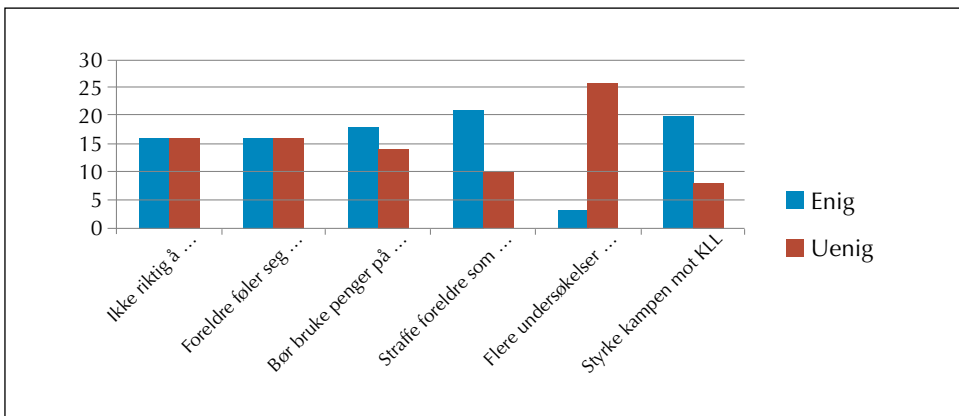
På spørsmål om ordningen med den frivillige undersøkelsen bør fortsette, svarer 17 personer at den bør fortsette. Samtidig er det mange som ikke svarer, noe som kan tyde på en noe ambivalent holdning også til de frivillige undersøkelsene:

Figur 6.3 Spørsmål om den frivillige underlivsundersøkelsen bør fortsette. Svar oppgis i antall. (N=28)



Figur 6.4. viser en oversikt over respondentenes holdninger til sider ved tiltaket «samtaler og frivillige undersøkelser». Svarene indikerer en ikke entydig holdning til tiltaket.

Figur 6.4 Holdninger til frivillige underlivsundersøkelser. Svar oppgitt i antall. (N=32)



Det er ambivalens og like mange er negative som positive til å undersøke barn i skrittet. Flere mener at foreldre som omskjærer døtrene sine bør straffes, og at kampen mot kjønnslemlestelse må styrkes, men enkelte mener at det bør være flere undersøkelser av barns underliv.

På åpne spørsmålskategorier uttrykkes mye redsel og bekymring rundt tiltaket: Jeg ble redd / Det er straffbart / Jeg vil ikke få straff / Redd for fengsel / Unngå fengselsstraff / Usikkerhet / Vil ikke straffes / Vil ikke at barnevern tar bort barna.

Dette betyr at vi kan anta at tilbudet med de frivillige samtaler og undersøkelser også har en avskrekkende effekt, i tillegg til at det kan føre til holdningsendringer.

## **6.1 Konklusjon**

Informanter som er målgruppe for tiltaket virker ambivalente til de frivillige samtaler og undersøkelsene. Mange vet ikke mye om tilbudet og bare fire personer sier de er innkalt. Det er mange som uttrykker positive holdninger til at barna får en helseundersøkelse. Informantene er klart mer positive til en frivillig ordning enn en obligatorisk.

## 7 Vurderinger

### 7.1 I hvilken utstrekning praktiseres ordningen med frivillige undersøkelser

I denne gjennomgangen har vi sett at tiltaket med samtaler og frivillige undersøkelser ikke er kommet skikkelig i gang.

Fra Helsedirektoratet er informasjonsbrev og veileder sendt ut og mottatt av kommunene. Noen av de kommunene vi oppsøkte var i oppstartsfasen med å koordinere tiltaket. Innfasingskommunene derimot har implementert hele tiltaket.

Det er imidlertid ikke ulovlig for kommunen å unnlate å iverksette tilbudet. Helsedirektoratet har gitt oss følgende utdyping fra jurist, sendt på e-post:

*Rundskrivet I-2/2010 utdyper gjeldende rett på området, og binder i seg selv ikke kommunen til å gjennomføre konkrete tiltak. Rundskrivets «juridiske status» er således av veiledende/utdypende karakter. Kommunens plikter følger av lov og forskrift, og det følger av forskriften at:*

*Tjenestetilbudet må også være tilrettelagt for barn og ungdom med flerkulturell bakgrunn. Foreldre med innvandrerbakgrunn bør få veiledning i utfordringer ved å oppdra barn i Norge, og hva det innebærer å vokse opp med flerkulturell bakgrunn i Norge.*

*I tillegg er det straffbart ved forsett å unnlate å avverge kjønnslemlestelse.*

Det forhold at Legeforeningen, flere toneangivende leger og annet helsepersonell har uttrykt seg negativt til tiltaket kan ha demotivert helsepersonell i de enkelte kommuner. At en ble forsinket i utsendelse av rundskriv og veileder kan være en annen forklaring på sen implementering.

*Bergen kommune* var eksplisitt med hensyn til at de ikke ønsket å gjennomføre alle komponentene i tiltaket fordi de mente at deres eksisterende praksis var bedre eller tilsvarende. Bergen kommune gjennomfører samtaledelen av tiltaket i flere av alders-

gruppene. Det fravikes imidlertid fra det opprinnelige tiltaket ved at det ikke sendes innkalling, og det er ikke fast rutine å gi tilbud om underlivsundersøkelse.

*Bærum kommune* er ikke kommet i gang med tiltaket, men også denne kommunen har satt i gang samtaler, spesielt i forbindelse med flyktningmottaket hvor kjønnslemlestelse tas opp ved førstegangs-undersøkelsen på asylmottaket. Det var ikke på undersøkelsestidspunktet laget rutiner for innkalling og systematiske samtaler i grunnskolen og i ungdomsskolen.

Heller ikke *Vefsn kommune*, *Trondheim kommune*, *Tromsø kommune*, *Fredrikstad kommune* eller *Skien kommune* hadde iverksatt tilbudet «samtaler og frivillige underlivsundersøkelser» på undersøkelsestidspunktet.

I innfasingskommunene er det samtalene som har størst fokus. Som vi har sett fra både Drammen, Oslo og Lier som er innfasingskommuner, er undersøkelsesmodulen i særdeles liten grad benyttet av de som får tilbud.

### **7.1.1 Bidrar tiltaket med flere forebyggende aktiviteter enn det som allerede eksisterer?**

Intensjonen i tiltaket presentert i programteorien i andre kapittel om å få til mange rutiniserte samtaler om temaet slik at kunnskapen overføres og det kan skje holdningsendringer, er allerede delvis ivaretatt i eksisterende tiltak. Det er bestemt at asylsøkere, bosatte flyktninger og familiegjenforente skal få informasjon om kjønnslemlestelse ved ulike anledninger. Det betyr at det allerede finnes etablerte rutiner for samtaler, som det nye tiltaket om samtaler skal være supplement til. Følgende tiltak er iverksatt:

1. I 2004 ble det bestemt at det ved ankomstregistrering skal gis informasjon om at kjønnslemlestelse er forbudt ved lov, og det skal gis en erklæring på at informasjonen er mottatt og forstått. Det betyr at kjønnslemlestelse er introdusert som tema tidlig i «asylsøkersporet». Erfaringer fra denne informasjonsformidlingen viser at det har vært begrenset hva asylsøkeren har fått med seg. Både informasjon og egenerklæring begrenset seg til 1 til 2 minutter med opplest informasjon av de 2 til 2,5 timene som registreringsintervjuet varte (Oxford Research 2009).
2. I transittmottak foretas en førstegangs helseundersøkelse. Asylsøkeren blir intervjuet om helsehistorikk og kjønnslemlestelse kan komme inn som et tema. Enkelte av kommunene som vi har vært i kontakt med, tar aktivt opp kjønnslemlestelse i forbindelse med undersøkelsen, selv om det ikke er pålagt. Det er

behandlingstrengende sykdommer som primært forsøkes avdekket og spesielt tuberkulose.

3. I ordinære mottak skal det være tilbud om samtale og eventuell frivillig underlivsundersøkelse for kvinner og jenter fra land der kjønnslemlestelse praktiseres. Også overføringsflyktninger og familiegjenforente skal få tilbud om samtale og frivillige undersøkelser innen et år etter ankomst. Flere asylmottak holder i tillegg informasjonsmøter på asylmottaket hvor de tar opp kjønnslemlestelse, helsekonsekvenser og det norske lovverket.
4. Ved bosetning av flyktninger gis det informasjon om kjønnslemlestelse innenfor introduksjonsprogrammet som tilbys de bosatte. Familiegjenforente til flyktninger og personer som har opphold på humanitært grunnlag, har rett til introduksjonsprogram. Forutsetningen er at de er ankommet innen 5 år etter at herboende er ankommet landet, og at de var gift allerede før herboende søkte asyl.
5. Andre familiegjenforente kan få informasjon om kjønnslemlestelse i løpet av norskundervisningen, hvis de tar imot tilbudet. Det er satt av 50 timers samfunnskunnskap til alle, inkludert kunnskap om kjønnslemlestelse.
6. I tråd med handlingsplanen mot kjønnslemlestelse (2008 -2011, tiltak 30) skal kvinner som går til svangerskapskontroll få informasjon om mulige helseskader ved kjønnslemlestelse. Kvinnen skal tilbys nødvendig helsehjelp, og åpning før fødsel. Helsepersonell skal dokumentere i kvinnens journal at informasjon er gitt.
7. Ved ordinære helsekontroller på helsestasjon, på barselavdeling og ved 6 ukers kontroll på helsestasjonen skal berørte foreldre få informasjon om helseskader av kjønnslemlestelse og at kjønnslemlestelse er forbudt. Helsepersonell skal dokumentere i barnets journal at slik informasjon er gitt.

Torunn Arntsen Sajjad (2010) har evaluert helsetjenestens informasjonsarbeid mot kjønnslemlestelse, og finner at det er stor variasjon i hvordan informasjon formidles. Hun fikk svar på spørreskjema fra ti helsestasjoner og syv helsestasjoner for ungdom/skolehelsetjenesten i kommuner som har en relativt høy frekvens av personer i målgruppen. Resultatet fra evalueringen er at det informeres svært ulikt ved de ulike helsestasjonene/skolehelsetjenestene, noe som viser at informasjonsarbeidet ikke i særlig grad er standardisert, og at det er forskjellig hvordan samtalen forløper. Noen helsestasjoner er oppsøkende og proaktive, mens andre i mindre grad er oppsøkende. Det brukes gjerne brosjyrer og nettsteder i informasjonsarbeidet.

I tillegg til samtalene nevnt ovenfor, vil en også få informasjon av skolehelsetjenesten i den grad tiltaket med samtaler og frivillige undersøkelser er iverksatt. Når tiltaket er implementert, vil en berørt familie med tre barn kunne få tilbud om hele 9 samtaler i skolehelsetjenesten. Dette kommer i tillegg til de seks/syv eller flere samtalene som ble gitt i asylmottak, under bosetning, under graviditet og i spedbarnskontroll.

En person som ankommer som ledd i familiegjenforening med en migrant som ikke har vært bosatt gjennom «asylsøkersporet», stiller svakere når det gjelder samtaler om dette temaet. For denne kategorien vil samtalene i skolehelsetjenesten kunne være de første samtalene. Eksempelvis vil en gambisk mor som har vært familiegjenforent i Norge og som ikke har vært innom noe asylmottak eller introduksjonsprogram, kanskje ikke ha fått en eneste samtale om kjønnslemlestelse før vedkommende selv blir gravid og kommer til graviditetskontroll, hvor kjønnslemlestelsen kan bli nevnt. De som ikke takker ja til de tilbudte timene med norskundervisning, vil kunne miste informasjon om kjønnslemlestelse. De faller dermed utenfor de etablerte kanalene for informasjon. Yngre jenter som har fått barn vil også kunne falle utenfor de ordinære kanalene for informasjon. I en slik situasjon vil vedkommende være avhengig av at temaet blir tatt opp i forbindelse med barnas skolegang. Ettersom det stort sett er innenfor skolehelsetjenesten at tiltaket ikke er fullt ut iverksatt, kan en risikere at flere i målgruppen ikke nås gjennom samtaler. Yngre jenter som går i norskopplæringsklasse på videregående skole vil også falle utenfor tilbudene om samtaler. Det er i hovedsak familiegjenforente med en som ikke har flyktningstatus som ikke integreres via asylsporet, som risikerer å miste informasjon hvis tiltaket ikke blir implementert i sin helhet.

## **7.2 Erfaringer fra bruk av ordningen der den er iverksatt**

### **Etablering og implementering**

Innfasingskommuner og bydeler brukte tid på å få rutiner og kunnskap på plass. Nå er rutiner etablert og innarbeidet og det gjøres systematiske erfaringer av tiltaket. Utarbeidelse av de nye rutinene ble gjerne gjennomført som prosjektarbeid og med midlertidig omprioritering av arbeidsoppgaver og dels med ekstra stimuleringsmidler. I Drammen kommune ble det eksempelvis frikjøpt tid for noen av dem som deltok i den tverrfaglige arbeidsgruppen. Prosjektet ble godt forankret i både virksomhetsledelsen og i politisk ledelse – gjennom planlegging, rapportering og aktiv deltakelse av virksomhetsledelsen. Det er felles for alle innfasingsenhetene at de i flere år hadde arbeidet spesifikt med forebygging av kjønnslemlestelse og at de bygde videre på disse erfaringene i implementeringen.

## Ressurser og tidsbruk

Enhetene var delt i synet på om det daglige arbeid med tiltaket er fornuftig tids- og ressursbruk. Noen mente at tiltaket, med unntak av tidkrevende identifiseringsprosess av elever, ikke er spesielt belastende, og arbeidet ble betraktet som fornuftig tidsbruk. Andre derimot poengterte at innsatsen mot kjønnslemlestelse burde balanseres bedre opp mot andre helseutfordringer. Rus, psykisk helse, generelle ungdomsproblemer, vold og overgrep ble nevnt som eksempler. Stovner helsestasjon i Oslo viste til at en gjennomgang av arbeidet ved helsestasjonen konkluderte med at 80% av konsultasjonene i løpet av et år er knyttet til relativt alvorlig psykosomatikk. Man mente det stod i kraftig kontrast til den faktiske satsningen på de ulike områdene. Når det gjelder familier med innvandrerbakgrunn, mente helsestasjonen at en omfordeling av midlene ville være mer hensiktsmessig.

## Tverrfaglig samarbeid

Sitatet nedenfor kan stå som et eksempel på et vellykket tverrfaglig samarbeid som også gir positive konsekvenser utover arbeidet med kjønnslemlestelse:

*Politiet trodde nok i begynnelsen at vi hadde kjennskap til saker som vi holdt tilbake for dem. Politiet har eksempelvis gitt oss en del tips i tolkningen av lovverket og hvordan vi konkret skal forholde oss ved mistanke og oppfølging av denne. Det er fint å ha politiet med på laget. Vi vet hvem vi skal snakke med og vi kjenner hverandre gjennom det tverrfaglige samarbeidet – vi har utviklet en kunnskapsbasis i fellesskap. Vi har bygget ned barrierer mellom de ulike etatene og bygget opp tillit.*

## Kjønnslemlestelse må inn i det ordinære hjelpeapparatet

Informantene i de ulike enhetene fremviser relativt stor enighet i at forebygging av kjønnslemlestelse bør likestilles med øvrig helseforebygging og på sikt bli en del av de ordinære tjenestene. Mange mente også det er viktig å dreie fokuset i tiltaket mer over på å tilby forebyggende helsehjelp etter at kjønnslemlestelsen har funnet sted. Sitatet nedenfor eksemplifiserer dette:

*Temaet kjønnslemlestelse vil bestå i tiden fremover. Men selve forankringen av tiltaket i lovgivningen vil nok endre seg slik at dette blir et mer forventet tiltak innen det ordinære helsetilbudet. Dersom jeg som helsesøster er bekymret, ja så bør jeg forholde meg til kjønnslemlestelse som en ordinær bekymring som er forankret i lovverket ut fra generell helseforebygging på lik linje med vold. Men kanskje vi i fremtiden bør ha et tydeligere fokus på hjelp når skaden først har skjedd.*



## Kunnskap og overføringsverdi

Enhetene er i stor grad positive til samtalene, og mange mente også at de hadde fått mer kompetanse på å snakke om sensitive og private tema generelt. Det var imidlertid skepsis til det aktivt å skulle tilby underlivsundersøkelsene. Det argumenteres for at undersøkelsene lett kan fremstå som et kontrolltiltak fremfor et helsetiltak – og at det kan være problematisk for den videre fremdriften av dialog. Nedenfor gjengis representative sitater om fordeler med samtalene:

*«Vi opplever samtalene som et godt tiltak. Gjennom våre tidligere erfaringer, opplæringsprogrammer og nye erfaringer opplever vi at vi har samlet oss en god kunnskapsbase. Vi har utviklet våre prosedyrer og rutiner ... vi har en metodikk for hvordan vi gjennomfører sensitive samtaler innenfor ulike kulturelle rammer. Vi fokuserer særlig på at dette ikke skal være stigmatiserende, vi skal skape en dialog som er preget av respekt.»*

*«Som helsesøstre har vi erfaring og kunnskap om å gjennomføre samtaler om sensitive temaer. Men selv med denne bakgrunnen og treningen kan vi føle oss usikre. Gjennom systematisk kunnskaps- og erfaringsoppbygging har vi fått et bedre redskap til å gjennomføre sensitive samtaler. Og dette gjelder jo også andre former for overgrep og tvangsbruk. Seksuelle overgrep, vold, tvangsekteskap.»*

*«Det er når dette tiltaket settes inn i en bredere sammenheng at tiltaket gir mening og at det rettferdiggjør en kompetanseoppbygging innenfor et tema som isolert sett er relativt lavfrekvent.»*

*«Vi er overrasket at så mange takker ja til samtalene – når de tross alt har hatt de før. Det betyr vel at det også gir mening. Vi ser at i noen tilfeller velger mor å fortelle om sin egen omskjæring.»*

På tross av mange gode samtaler kommer det også frem skepsis. Det er ikke alle i målgruppen som finner samtalene nyttige og det kan bli svært mange samtaler som omhandler det samme. Flere av helsesøstrene rapporterer også at en del samtaler har en tendens til å bli intetsigende og grunne.

## 7.3 Vurdering rundt konsekvenser av ordningen

I programteorien som ble presentert i første kapittel, kom det frem at de programansvarlige har tenkt at mange samtaler om kjønnslemlestelse skal endre målgruppens holdninger, samt at undersøkelsene skal gi helsehjelp til de som trenger det. Det ligger

også en antagelse bak om at samtaler kombinert med avvergelses-plikten skal forebygge og forhindre kjønnslemlestelse.

Det er imidlertid vanskelig å finne gode suksesskriterier for å måle tiltakets vellykethet og konsekvenser. Kjønnslemlestelse er et usynlig problem som befinner seg innenfor jenter og kvinners helt private kroppssfære som ingen kan observere uten samtykke fra den voksne det gjelder, eller fra barnet. Det er veldig få som har latt seg undersøke. En kan ikke konkludere med at undersøkelsesdelen av tiltaket har vært en suksess på nåværende tidspunkt. Flere har gått til samtale i innfasingkommunene, og mange helsesøstre uttaler at de er fornøyde. Implementeringen av tiltaket er imidlertid kommet sent i gang, slik at vi ikke vet hvordan tiltaket vil virke etter at det har fungert over tid, og vi kan heller ikke vite sikkert om programteorien har vært godt fundert.

Det er derfor umulig å si noe om effekt av tiltaket på bred basis, men en kan tillate seg å presentere noen vurderinger av positive og negative konsekvenser som en tror tiltaket kan resultere i.

### 7.3.1 Positive konsekvenser

- Tiltaket kan føre til bedre rutiner for samtaler, slik at det gjennomføres en diskusjon med de berørte om et tema som for flere er tabuisert. Det skapes et rom og en anledning for å ta opp tema som mange føler er vanskelig å snakke om. Denne rutiniseringen og bruk av mer tid til refleksjon kan føre til at det blir en dypere og mer informerende samtale enn eksempelvis et par minutters informasjon. Tiltaket har en ivaretagende side som ikke har vært tilstrekkelig fokusert.
- Samtalene kan føre til at enkelte endrer sine holdninger til tradisjonen og unnlater å omskjære sine barn. Vi vet lite om hvorvidt dette skjer, men kan anta at informasjon er en av flere forutsetninger for at det skal kunne skje.
- Selv om de berørte ikke endrer sine holdninger som en konsekvens av samtale, vil de likevel få informasjon om helseskader, om loven og om risikoen de løper ved å omskjære barnet. De vil dermed få et mer informert grunnlag til å ta valg på vegne av egne barn. Samtalene vil kunne virke avskrekkende, og kunne lede til at færre barn blir omskåret, ikke fordi foreldrene har skiftet holdninger til tradisjonen, men fordi de er redde for konsekvenser av å bryte norsk lov. Hvis samtalen er mer overfladisk, vil det kunne være den avskrekkende siden av informasjonen som får mest effekt. Hvis samtalene er mer grundige og dialogbaserte, kan vi anta at det er mer sannsynlig at det skjer reelle holdningsendringer. Konsekvensen vil således være at frekvensen av kjønnslemlestelse går ned, både gjennom avskrekking og dialog.

- Helsepersonell får kunnskap, blir mer kompetente og tryggere på å ta opp denne tematikken. Økt kompetanse kan lede til at de berørte får mer adekvat og tilpasset hjelp. Vi kan anta at dette er en positiv konsekvens av tiltaket.
- Vi har allerede sett at tiltaket har resultert i debatter i media. Dette kan være positivt, fordi det synliggjør temaet, og mange får anledning til å si sin mening og komme med løsningsalternativer. Debatter kan opprettholde fokus på tema, noe som kan føre til positive tiltak og holdningsendringer.
- I vår begrensede spørreundersøkelse i berørte miljøer var holdningen til tiltaket ambivalent. Trettiseks prosent av førtiåtte respondenter mente at ordningen burde fortsette. Tretti prosent svarte at samtaler og frivillige undersøkelser var bra, tju fem prosent mente det ga god kunnskap. Femten prosent mente at det var trakasserende.

### 7.3.2 Negative og uintenderte konsekvenser

Hvis media-diskusjonen om tiltaket er basert på feilaktige antagelser som blir forsterket, kan det virke negativt på implementering og mottakelse av tiltaket. Forestillingen om at det frivillige tiltaket egentlig var et tvangstiltak kan ha bestyrket frykten for myndighetene blant de berørte, og økt motstanden blant helsearbeidere.

*Stereotype samtaler:* Vi kjenner ikke til at det finnes noen spesifikk mal for hvordan samtale skal gjennomføres. Dersom samtale fungerer rutinemessig og overfladisk kan en risikere at de blir intetsigende for begge parter. En konsekvens kan være at en lærer seg til å delta i samtale på en benektende måte. Mange stereotype samtaler som ikke fungerer dialogisk kan også virke trettende. Da vil vi kunne få en slags interaksjon hvor mottakeren av informasjon forholder seg til denne som en slags klisjé. Helsepersonell har observert en slags automatisk svarrespons som lukker samtalen før den er kommet i gang. Dersom målgruppen føler seg forfulgt kan stereotype samtaler bli konsekvensen, noe som gjør at en ikke beveger målgruppen og får til de holdningsendringer en ønsker – blant de som måtte være positive til omskjæring.

- En målgruppe som til tross for myndighetenes positive intensjon med tiltaket, føler seg forfulgt og stigmatisert, kan unndra seg kontakt med helsevesenet. De kan utvikle mistillit og la være å oppsøke helsetjenesten dersom barna blir syke, enten fordi de er redde for å bli mistenkt for noe de ikke har gjennomført, eller fordi de har gjennomført en omskjæring som de ikke ønsker skal bli avdekket. Konsekvensen er at barna kan få et dårligere helsetilbud.
- En kan ikke slutte seg til frekvens av omskjæring eller variasjon i holdninger på bakgrunn av tilbudet ettersom det er frivillig. Hvis de som takker ja til tilbudet om samtale ikke er et representativt utvalg og/eller en gjennom undersøkelsene av barn ikke finner noen som er omskåret, kan en komme til

den feilaktige konklusjon at omskjæring ikke er så utbredt som en har trodd og at det har skjedd store holdningsendringer. De som er kritiske til tradisjonen og de som ikke har noe å skjule vil med større sannsynlighet møte til samtale og la sine barn undersøke, enn de som er positive til skikken og eventuelt har omskåret, eller planlegger å omskjære barna sine. Det kan lede til at en trekker feilaktige konklusjoner om holdninger og forekomst.

## 7.4 Målgrupper og stigmatisering

Myndigheter som skal utvikle tiltak mot ulike fenomen må nødvendigvis spesifisere hvem som er tiltakets målgruppe. Et problem kan imidlertid oppstå når målgruppen blir sammenfallende med etnisitet, rase og/eller religion. Flere av målgruppene for tiltaket har høy forekomst av kjønnslemlestelse i opprinnelseslandet. I Somalia ligger eksempelvis frekvensen på 97 – 98 %, i Gambia 78 % og i Etiopia på 74,3 %. Det kan være vanskelig å unngå «racial» eller «etnisk profiling» av målgruppene.

Bare ved hjelp av en utvidet målformulering for tiltaket, vil en kunne oppnå en videre målgruppe som inkluderer alle barn uansett etnisk bakgrunn og hudfarge, slik at en unngår «racial profiling». Det er ved hjelp av en abstraksjon til en annen og overordnet problemstilling at en best kan unngå «racial profiling» med hensyn til kjønnslemlestelse. Det vil kreve et mer omfattende tiltak som inkluderer flere etniske målgrupper, altså at tiltaket er bredere og gyldig for flere. Myndighetene har ikke villet gå denne veien. I stedet har de utviklet spesifiseringer som har vært treffsikre og logiske, men med den konsekvens at målgruppen har følt seg diskriminert og stigmatisert. Det kan være vanskelig å unngå diskriminerende konsekvenser av en snever og treffsikker målgruppedefinisjon når det gjelder kjønnslemlestelse, med mindre en øker gyldighetsområdet for tiltaket. For å unngå at målgruppen skal føle seg forfulgt fordi en har spesifisert målgruppen, blir det nødvendig å gi målgruppen en grundig forklaring på hvorfor det er nødvendig å rette fokus på dette problemet. En utvidet målformulering kunne være: Helsestasjonen/skolehelsetjenesten skal være oppmerksom på tilstander knyttet til jenters genitalia som kan være indikasjon for nærmere medisinsk undersøkelse, for eksempel hygieneproblemer, hudlidelser (som atopisk eksem, lichen), problemer med vannlating (som at det tar lang tid, eller etterdrypp) sammenvokste kjønnslepper, kjønnslemlestelse. Generelt kan man hevde at terskelen for å undersøke jenters genitalia ble for høy etter at det ble stopp for rutinemessig inspeksjon av jenters underliv etter fylte ett år i kjølvannet av debatten omkring seksuelle overgrep på begynnelsen av 90-tallet. En utvidet målformulering og en oppmykning av retningslinjene/anbefalingene ville derfor høyst sannsynlig komme jenter av alle etnisiteter til gode.

## 7.5 Tiltakets nytte

Et sentralt spørsmål er i hvilken grad ordningen med frivillige samtaler og undersøkelser gir økt effekt utover de eksisterende ordinære tiltak. Er det slik at tiltaket tilfører noe nytt i kommunenes forebyggende helsetilbud slik at man når mål som man ellers ikke ville nådd?

I de kommunene som er positive til tiltaket, og som rapporterer at tiltaket fungerer, gis det også tilbakemeldinger om at ordningen i seg selv har ført med seg positive tilleggsresultater. Disse tilleggsresultatene nevnes punktvis nedenfor.

- Økt kunnskap om kjønnslemlestelse som har gitt en generell kunnskapsøkning innenfor arbeidet med familier med minoritetsbakgrunn.
- Metodeutvikling med hensyn til samtalenes innhold. Arbeidet har hatt overføringsverdi til andre sensitive temaer som samtaler om seksuelle overgrep og vold i nære relasjoner.
- Noen kommuner har også fått et tydeligere fokus på kjønnslemlestelse også i andre sammenhenger i det forebyggende helsearbeidet; eksempelvis i skolehelsetjenesten.
- De frivillige samtalene blir beskrevet som en «lyttetasjon» der en også innhenter kunnskap om holdninger og hvordan det snakkes om kjønnslemlestelse i ulike etniske miljøer. Dette oppgis å være kunnskap som det kan være vanskelig for den kommunale helsetjenesten å innhente gjennom sin ordinære helseforebygging.

Disse punktene er av positiv karakter. En kan imidlertid argumentere for at flere av forholdene ikke er en direkte konsekvens av tiltaket i seg selv, men snarere et resultat av metodeutvikling og utvidet tverretattlig/tverrfaglig samarbeid. Det som likevel skiller seg ut som en direkte konsekvens av tiltaket er at et tydelig fokus på kjønnslemlestelse ser ut til å ha gitt ny spesifikk kunnskap, faglig trygghet og handlingskompetanse blant ansatte i helsevesenet. Selv om kjønnslemlestelse blir vurdert som et lavfrekvent og et ekstremt inngrep mot jentebarn, så har spesifikk kunnskap om kjønnslemlestelse en klar overføringsverdi. Kunnskap og handlingskompetanse om et slikt sensitivt tema ser ut til å gi en viss trygghet i gjennomføring av samtaler som omhandler også andre typer sensitive tema.

## 8 Oppsummering og konklusjon

På bestilling fra Barne-, likestillings- og integreringsdepartementet har vi undersøkt hvordan implementeringen av ordningen «Samtaler og frivillige undersøkelser» har foregått. Vi igangsatte datainnsamling i juni 2011, ca. 6 måneder etter det første rundskrivet ble sendt fra Helsedirektoratet ut til kommunene, og bare fire måneder etter at Veilederen ble sent ut. Den relativt korte tiden for implementering kan være en grunnene til at vi fikk kommuner i vårt materiale som hadde kommet kort i implementeringsprosessen.

Vi skilte i studien mellom innfasingskommuner og kommuner i resten av landet hvor vi tok stikkprøver fra 7 kommuner. Innfasingskommunene besto av Drammen, Lier og fire bydeler i Oslo som hadde implementert tiltaket, og opparbeidet seg erfaringer.

Erfaringene besto blant annet av følgende:

*Innkalling:* Det har vært gjort ulike erfaringer med hensyn til skriftlige innkallinger. Flere bydeler og kommuner har erfart at identifisering av målgruppen og innkalling var tidkrevende. Ofte ble formaliserte skriftlige innkallinger kombinert med telefoninnkallinger, muntlige samtaler og «ranselpost». Innkallingene ble forsøkt utført på en diskret måte.

*Gjennomføring av samtaler:* Erfaringene er at helsepersonell i stor grad oppfatter samtalene som forebyggende, og at berørte som gjennomgår samtalene stort sett gir uttrykk for å være tilfredse etterpå. Samtalene varer i mange tilfeller mellom 15 og 30 minutter. Det oppgis at det gjennom tiltaket fanges opp personer som ikke tidligere har fått informasjon. Samtalene synes å fungere best overfor ungdom. Enkelte ungdommer uttrykker takknemlighet for at temaet har vært tatt opp, mens foreldre i større grad uttaler at tiltaket er problematisk. I flere kommuner og bydeler gis det opplysninger om at samtalene har gitt kommunen økt kunnskap, rutiner, nettverk, kompetanse og erfaringer med hensyn til det å ta opp et kulturelt sensitivt tema.

*Motstand mot tiltaket innenfor tjenestene:* Det finnes også helsepersonell som er kritisk til samtaledelen, at det brukes store ressurser i arbeidet mot kjønnslemlestelse, at det er andre temaer som de mener er mer høyfrekvent – og heller burde prioriteres. Det er også innfasingsenheter som har opplevd foreldre som gir uttrykk for å bli mistrodd og

som er negative til tiltaket. Enkelte helsearbeider er negative til tiltaket på grunn av stigmatisering.

*Underlivsundersøkelsene:* Dette elementet i tiltaket har skapt mye motstand ettersom få samtykker til denne delen av tilbudet. Det kan også se ut som det er vanskelig for helsepersonellet å markedsføre/argumentere for underlivsundersøkelsen i møtet med de berørte. I utgangspunktet antok mange helsesøstre at så å si alle berørte ville takke nei – enten fordi de var imot skikken og derfor ikke hadde kjønnslemlestet barnet og undersøkelsen var unødvendig eller, hvis barnet var kjønnslemlestet, i frykt for at det skulle avdekkes. Av til sammen snaut 200 jenter som har fått tilbud om samtale og frivillige underlivsundersøkelse er det altså bare gjennomført 6 underlivsundersøkelser. Det betyr at undersøkelsesdelen av tilbudet nesten ikke benyttes, heller ikke i innfasingsenhetene.

Svarene fra spørreundersøkelsen til de berørte støtter mønsteret av holdninger som er avdekket gjennom intervjuene av fagpersonene i kommunene. Selv om det er enkelte berørte som er skeptisk til hele tiltaket, er det relativt mange som synes at samtaler er relativt ok og positivt, mens flere er skeptiske til underlivsundersøkelser. Uansett er det en positiv holdning blant de berørte i undersøkelsen til å opprettholde kampen mot kjønnslemlestelse.

*Bidrar tiltaket med flere forebyggende aktiviteter enn det som allerede eksisterer?* Dette spørsmålet har vi funnet belegg for å besvare positivt. Dette på tross av at det allerede finnes en rekke samtaleanledninger om kjønnslemlestelse: ved ankomstregistrering, transittmottak, ordinære mottak, introduksjonsprogram, i 50 timers samfunnskunnskap i norskundervisningen, svangerskapskontroll og helsekontroller. I tillegg til disse faste anledningene inviteres det til seminarer og konferanse om temaet slik at det finnes flere anledninger til å kunne motta informasjon.

Vi vil likevel argumentere for at de frivillige samtalene har en annen karakter enn de øvrige samtalepunktene. De frivillige samtalene er gjerne individbaserte og personlige. De tar opp til en halv time i gjennomføring, og samtalen blir mer dialogisk, seriøs og dypere enn eksempelvis gjennom en samtale som er kort, rutinemessig og informasjonspreget. Samtalene innehar et større potensial til å være forebyggende.

Enkelte grupper av innvandrere, spesielt de som kommer som familiegjennforente, uten rett til introduksjonsprogram, kan risikere å ha oppholdt seg lenge i landet uten å få kunnskap om kjønnslemlestelse. For denne målgruppen antar vi at tiltaket med de frivillige samtalene er viktig.

*Vi har også gjort vurderinger av positive og negative konsekvenser av tiltaket, og argumenterer for at tiltaket er et tveegget sverd, ettersom det finnes en avvergeselsplikt bak som gjør at tiltaket står i fare for å kunne oppfattes som risikabelt. Følelsen av risiko kan lede til at målgruppen unndrar seg tilbud om helsehjelp, føler seg forfulgt og diskriminert. Dette er kostnader som har sin årsak i avvergeselsplikten og i forbudet mot kjønnslemlestelse. Samtaledelen av tiltaket gir anledning til å diskutere helseproblemer som er et resultat av kjønnslemlestelse slik at de berørte kan få helsehjelp. Tiltaket er dermed ivaretagende og har videre et potensiale til å bidra til holdningsendringer til kjønnslemlestelse. Tiltaket kan også fungerende avskrekkende.*

Det har vært argumentert for at de frivillige underlivsundersøkelsene kan fremstå som utydelige og preget av kontroll, selv om kontroll ikke lenger synes å være tilbudets hovedintensjon. Det er rimelig å stille spørsmål om hvorfor noen skal ta imot et tilbud dersom de ikke finner det nødvendig. I tillegg har alle den samme muligheten til å oppsøke helsetjenesten dersom det faktisk er noe en lurer på eller trenger hjelp til. Dermed får noen etniske grupper et «dobbel» helsetilbud, med dobbel frivillighet.

Det kan videre argumenteres for at tilbudet har en helseforebyggende virkning ved at samtaler kan bidra til at vi fortsatt holder kjønnslemlestelse fremme i vår kollektive bevissthet. Tilbudet i seg selv vil kunne gi regelmessige påminninger, for de som fortsatt måtte vurdere å lemliste døtrene sine, om at dette ikke er godttatt i Norge. Tilbudet har også medført at helsearbeidere har fått mer kunnskap om kjønnslemlestelse, og det kan igjen bety at de berørte har fått et bedre helsetilbud. Tilbudet om frivillige samtaler bidrar til at vi fortsatt snakker, skriver og debatterer – hvilket kan være en virksom strategi for å komme forbi taushet og mulige tabuer.

Tilbudet innebærer dessuten en offensiv strategi for å nå ut med helsehjelp til omskårne jenter som kan ha behov for medisinsk hjelp eller konsultasjon, men som ikke er klar over at et slikt helsetilbud eksisterer.

Ettersom kjønnslemlestelse kan være et vanskelig tema å ta opp, fremstår det som hensiktsmessig å reise temaet gjennom en oppsøkende og offensiv strategi. Det kommer stadig inn nyankomne slik at det er nødvendig å gi et fullverdig og godt helsetilbud for disse. For en stor familie som har mange barn som er oppvokst i Norge, kan det bli mange samtaler, mens de som går i videregående kan risikere ikke å få noen samtale. Det kan være et poeng å tilby individuelle og gruppesamtaler i videregående skole. Eksempelvis har Sogn videregående skole gode erfaringer med slike.

En god ide kan være å innkalle alle elever fra land / etniske grupper som praktiserer kjønnslemlestelse uavhengig av hvor stor andel i det/den aktuelle landet/gruppa som praktiserer tradisjonen. Dette vil bidra til at prosessen med å velge ut familier som skal



innkalles, blir enklere, og man unngår unødvendige diskusjoner om størrelse på tall og hvor utbredt skikken fortsatt er i det enkelte land (jf. erfaringer fra Stovner helses-tasjon).

På sikt vil det være rimelig å innfase tiltaket om frivillige samtaler og underlivsundersøkelser som en del av de ordinære ordningene. Det vil være hensiktsmessig å gjøre dette på et tidspunkt da det vurderes at kommunene har tilstrekkelig erfaring og kompetanse, samt at kommunene har etablert rutiner for forebygging og målrettede helsetjenester tilknyttet kjønnslemlestelse. Nedenfor gis noen betraktninger og det beskrives alternativer for hvordan det eksisterende tiltaket kan videreføres i kommunene.

*Omorganisere undersøkelsesdelen av tiltaket:* Underlivsundersøkelse inngår som et ledd i det ordinære helsetilbudet og utføres ved behov. Dermed vil tilbud om underlivsundersøkelse inngå som en del av kommunens ordinære rutiner og en eventuell underlivsundersøkelse ikke lenger være organisert som et ekstratilbud. Dette kunne eventuelt kombineres med en utvidet målformulering jf. eksempel på mulig målformulering under punkt 7.4

Et annet alternativ er *underlivsundersøkelse av alle jenter* uavhengig av etnisk bakgrunn.

*Videreføre samtaledelen av tiltaket som en særskilt ordning:* Tilbudet om samtaler vil kunne bidra til åpenhet om kjønnslemlestelse og mulige helseplager. Det er viktig å aktivt kunne informere om og tilby helsetjenester for å ivareta jenter som allerede er kjønnslemlestet. Ved å videreføre tilbud om samtaler som et særskilt tiltak vil terskelen inn til helsetjenestene bli lavere enn hvis en ikke har et slikt tilbud, og det kan inneha en forebyggende effekt og nytteverdi for de jenter/kvinner som har helseplager som følge av omskjæring. Det bør også vurderes å tilby elever ved videregående skole, hvor informasjon kan være mangelfull, samtaler.

*Videreføring av det eksisterende tiltaket:* Et alternativ er å videreføre tiltaket slik det nå er organisert. Det vil kreve omfattende informasjonskampanjer for å fjerne de tildels uriktige beskrivelsene av at tilbudet kun har til hensikt å avskrekke og kontrollere istedet for at det skal gi kunnskap og være ivaretagende. Dersom den enkelte kommune ønsker lokale tilpasninger, er det fortsatt rom for det. Tiltaket er hjemlet i rundskriv og beskrevet i en egen veileder. Det innebærer at tiltaket i seg selv er anbefalt, men beslutningen om hvordan tiltaket gjennomføres vil være opp til den enkelte kommune. Tiltakets juridiske forankring gir mulighet for lokale tilpasninger etter behov basert på kommunens faglige vurderinger og erfaringer.

# Litteratur

Aasen, Sinding Henriette (2008) Menneskerettslige aspekter knyttet til kjønnslemlestelse og helseundersøkelser. Norsk Senter for menneskerettigheter.

Barne- og likestillingsdepartementet og Helse- og sosialdepartementet (2008) «Veileder om regelverk, roller og ansvar knyttet til kjønnslemlestelse».

Hauge, Ragnar (2001): Kriminalitetens årsaker. Universitetsforlaget, Oslo.

Hellevik, Ottar (2007): I hvilket omfang blir jenter med somaliske foreldre bosatt i Norge omskåret? En vurdering av hva som kan ligge bak to meget ulike situasjonsbeskrivelser. [www.nrk.no](http://www.nrk.no)

Helse- og sosialdepartementet (2009): Rundskriv I-5/2009: Forebygging av kjønnslemlestelse. Tilbud om samtale og frivillige underlivsundersøkelser til jenter/kvinner med innvandringsbakgrunn.

Helsedirektoratet (2010): Helsetilbudet til asylsøkere, flyktninger og familiegjenforente. IS-1022 (2010).

Helsedirektoratet (2010): Rapportering fra innfasingsenhetene 2009/2010: tilbud om samtale og frivillig underlivsundersøkelse. Datert 22.11.2010.

Helsedirektoratet(2007): Utredning om klinisk observasjon av barns kjønnsorganer for å forebygge kjønnslemlestelse. Rapport IS-1372.

Jonassen, Wenche og Randi Saur (2011): Arbeid med Kjønnslemlestelse i Norge. En kartlegging. NKVTS -Rapport nr. 1/2011.

Lidén, Hilde og Tonje Bentsen (2008): Kjønnslemlestelse i NORGE. Institutt for Samfunnsforskning.

Lien, IL (2005): Tiltak mot kjønnslemlestelse: evaluering av OK-prosjektet: det nasjonale prosjektet for iverksetting av tiltak i handlingsplanen mot kjønnslemlestelse. Norsk institutt for by og regionsforskning.

Oxford Research (2009): «Evalueringsrapport om bruken av egenerklæringskjema for asylsøkere i forbindelse med kjønnslemlestelse og tvangsekteskap.»

Rundskriv I-5/2009: Forebygging av kjønnslemlestelse – tilbud om samtale og frivillige underlivsundersøkelser til jenter/kvinner med innvandrerbakgrunn.

Rundskriv I -2/2010: Forebygging av kjønnslemlestelse – tilbud på landsbasis om samtale og frivillig underlivsundersøkelse til jenter/kvinner med bakgrunn fra land hvor kjønnslemlestelse praktiseres.

Sajjad, Torunn Arntsen (2010): Evaluering av helsetjenestens informasjonsarbeid for å forebygge kjønnslemlestelse. Rapport for tiltak 34 i Handlingsplan mot kjønnslemlestelse: NAKMI.

Sosial- og helsedirektoratet (2007): «Kvinnelig omskjæring: holdninger og praksis blant somaliske kvinner i Norge». (Rapport pr. 1. oktober 2007).

Storhaug, Hege (2009): Rundlurt. Kagge Forlag. Oslo.

Stortingsmelding 49 (2004 -2005): «Mangfold gjennom inkludering og deltagelse – Ansvar og frihet».

Strand, Tormod (2008) Suads reise. NRK forlag. Oslo.

Sverdrup, Sidsel (2002): Evaluering: faser, design og gjennomføring. Fagbokforlaget: Oslo.

Talle, Aud (2010): Kulturens makt: kvinnelig omskjæring som tradisjon og tabu. Kristiansand: Høgkoleforlaget.





Tilbud om frivillig samtale og underlivsundersøkelse som ble innført i utvalgte kommuner og bydeler høsten 2009 og på landsbasis fra 2010/11 er gjennomgått. Erfaringer fra ulike kommuner presenteres i rapporten. Kommunehelsesøstre, leger og berørte i kommuner og bydeler har gitt forskerne innsikt og forståelse av hvordan ordningen fungerer hos dem. I hvilken utstrekning praktiseres ordningen? Hva er erfaringer fra bruk av ordningen der den er iverksatt? Hva er de samfunnsmessige konsekvenser av ordningen? Hva er tiltakets nytte?

Det gis også en presentasjon av bakgrunnen for tilbudet om frivillige samtaler og undersøkelser.

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](mailto:postmottak@nkvts.unirand.no)

ISBN 978-82-8122-056-0 (Trykk)  
ISBN 978-82-8122-057-7 (Pdf)  
ISSN 0809-9103

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