



Kjønnsmlestelse

– Forebygging og informasjon om helsehjelp til flyktninger, asylsøkere og bosatte i Norge

R. Elise B. Johansen

Kjønnslemlestelse

Forebygging og informasjon om helsehjelp til flyktninger,
asylsøkere og bosatte i Norge

R. Elise B. Johansen

Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress (NKVTS) utvikler og formidler kunnskap om vold og traumatisk stress. Senterets oppgaver er forskning, utviklingsarbeid, undervisning, formidling og veiledning innen temaene:

- vold og overgrep
- katastrofer, terror og stressmestring
- tvungen migrasjon og flyktningshelse

Vi vil bidra med forskning som kan forebygge og redusere de helsemessige og sosiale konsekvensene av vold og traumatisk stress. Vår visjon er et bedre liv for berørte av vold og traumer. NKVTS ble stiftet 17. november 2003. Selskapet er et datterselskap av UNIRAND AS, som er heleid av Universitetet i Oslo.

Bak driften av senteret står Barne-, og likestillingsdepartementet, Helse- og omsorgsdepartementet og Justis- og beredskapsdepartementet. Senteret gjennomfører prosjekter som er finansiert av departementer og direktorater, Norges forskningsråd, frivillige organisasjoner og andre.

ISBN 978-82-8122-127-7 (Trykt)

ISBN 978-82-8122-128-4 (PDF)

ISSN 0809-9103

Henvendelse vedrørende publikasjonen rettes til
Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress.
Kontaktinformasjon på www.nkvts.no

Forord

Denne rapporten ble skrevet på oppdrag fra Justis- og beredskapsdepartementet.

Hensikten var økt innsikt i helsetilbudet til kjønnslemlestedede flyktninger, asylsøkere og andre berørte grupper. Rapporten er skrevet på bakgrunn av data fra tjenesteyternes erfaring med informasjonsformidling og helsehjelp. Disse dataene inngikk i en bredere studie som også inkluderte intervjuer med berørte befolkningsgrupper. Funn fra denne delen er gjengitt i to vitenskapelige artikler.

Tillatelse til å gjøre denne undersøkelsen ble innhentet hos Norsk samfunnsvitenskapelige datatjeneste (NSD). Egne avtaler ble gjort med Integrerings- og mangfoldsdirektoratet (IMDi) og Utlendingsdirektoratet (UDI) for tilgang til kontakter.

Datainnsamling pågikk i perioden 2014 til 2016.

Vi vil takke alle som har bidratt til prosjektet. For datainnsamling vil jeg takke UDI og IMDi som hjalp til å etablere kontakt med en gruppe nyankomne overføringsflyktninger og de tjenesteyterne som hadde med disse å gjøre. Videre vil jeg takke alle som har stilt til intervju, hvorav mange strakk seg langt ut over arbeidstid for å få det til. Kollega Eirin Mo Danielsen takkes for sin innsats med å samle data om kjønnslemlestelse ved utvalgte helsefaglige utdanningsinstitusjoner. Jeg vil også takke mine kolleger Inger-Lise Lien, Marianne Opaas, Solveig Bergman og Mai M. Ziyada som har lest og kommentert hele eller deler av rapporten. Det samme har professor Kari Glavin ved Diakonhøyskolen og Anne Edman og Katrine Bakke Lossius fra IMDi og Åshild Høisæth fra UDI.

Innhold

Sammendrag	9
Summary	13
Rapportens oppbygning	17
Begrepsavklaringer og definisjoner	19
Forkortelser	21
1 Bakgrunn	22
1.1 Oppdrag og formål med studien	24
1.2 Kjønnsmestelse	25
1.2.1 Kulturelle begrunnelser	26
1.2.2 Omfang og risiko	28
1.2.3 Hvem er berørt i Norge?	29
1.2.4 Helsekader og behov for helsehjelp	31
1.2.5 Norsk innsats mot kjønnsmestelse	34
2 Teoretiske perspektiver på endring av kjønnsmestelse	39
2.1 Kjønnsmestelse som sosial konvensjon	39
2.2 Trinnvis endring	45
2.3 Mentale kart og stadier av endring	47
2.4 Internalisering av kunnskap	49
2.5 Individuell og sosial endring	51

3	Metode og felt	54
3.1	Rekruttering av og intervju med tjenesteytere	54
3.1.1	Utvalg	56
3.1.2	Intervjuguide og annen informasjon	59
3.1.3	Deltakende observasjon	60
3.1.4	Etiske hensyn	61
3.1.5	Dataanalyse	61
4	Rammene for tjenesteyternes arbeid	62
4.1	Målgrupper og målsetting for informasjonsformidling	62
4.1.1	Målgruppens landbakgrunn og etnisitet	63
4.1.2	Informasjon og helsehjelp til barn	64
4.1.3	Risiko for kjønnslemlestelse kan få konsekvenser for oppholdstillatelse	67
4.2	Kjønnslemlestelse i helsefagutdanningene	69
4.2.1	Helsesøsterutdanningen	71
4.2.2	Jordmorutdanningen	72
4.2.3	Medisinerutdanningen	73
4.2.4	Sykepleierutdanningen	75
4.2.5	Helsepersonells kunnskap om kjønnslemlestelse	77
4.3	Registrering og koding	79
5	Flere informasjonssystemer	82
5.1	Informasjon til overføringsflyktninger	83
5.2	Informasjon til asylsøkere	85
5.3	Felles informasjonspunkter	87
5.3.1	Kjønnslemlestelse i introduksjonsprogrammet	87
5.3.2	Kjønnslemlestelse i skolen	88
5.3.3	Kjønnslemlestelse i seksualundervisningen	89
5.3.4	Spesialklinikker for kjønnslemlestelse	91
5.3.5	Frivillige organisasjoners rolle i informasjonsarbeidet	94
5.3.6	Noen faller utenfor informasjonssystemene	95
5.4	Pulverisering av ansvar og isolasjon	96

6	Implementering av retningslinjene	98
6.1	Målet for informasjonsformidling	98
6.1.1	Informasjon om forebygging og helsehjelp	99
6.1.2	Lovinformasjon som forebygging	100
6.1.3	Informasjon om helsekonsekvenser	102
6.1.4	Misforståelser om typer kjønnslemlestelse	104
6.1.5	Tolkens rolle	107
6.1.6	Bør man utfordre begrunnelsen for kjønnslemlestelse?	108
6.1.7	Fordel med mer helhetlig kunnskap	111
6.2	Hvordan formidle informasjon	116
6.2.1	Individuell og gruppebasert undervisning	117
6.2.2	Ildsjeler, kompetanse, tid, tilgjengelighet og tillit	119
6.2.3	Risiko for stigmatisering	121
6.2.4	Offentlig og frivillig arbeid	122
6.3	Barrierer mot informasjonsflyt	124
7	Oppsummering og konklusjon	126
8	Anbefalinger	130
9	Referanser	132
10	Noter	142

Tabelloversikt

Tabell 3.1 Informanter i forhold til yrke og målgruppe	55
Tabell 4.1 Helsefaglige utdannelseinstitusjoner og undervisning om kjønnslemlestelse.	70
Tabell 4.2 Kjønnslemlestelse i helsesøsterutdanningen	72
Tabell 4.3 Kjønnslemlestelse i jordmorutdanningen	73
Tabell 4.4 Kjønnslemlestelse i medisinerutdanningen	74
Tabell 4.5 Sykepleierutdanninger med kjønnslemlestelse på pensum	76
Tabell 5.1 Tre informasjonssystemer	83
Tabell 6.1 Fordeler og ulemper ved offentlig og frivillig innsats	124

Figuroversikt

Figur 1.1 Typologi kjønnslemlestelse	26
Figur 1.2 Andel av utsatte for kjønnslemlestelse i Norge fordelt på landbakgrunn	30
Figur 1.3 Straffelovens § 284 og § 285 om forbud mot kjønnslemlestelse	36

Sammendrag

Bakgrunn

Hensikten med studien var å undersøke tjenestenes arbeid rettet mot kjønnslemlestelse. Vi kartla undervisning om kjønnslemlestelse i helseutdanningene. Videre kartla vi systemene for informasjonsformidling til brukerne, og utforsket tjenesteyteres erfaringer med å formidle informasjon for å forebygge kjønnslemlestelse og gi informasjon og tilbud om helsehjelp til brukere. Brukerne omfatter asylsøkere og nyankomne og langtidsboende flyktninger.

Metode

Studien brukte både kvalitative og kvantitative metoder. En kartlegging av undervisning om kjønnslemlestelse i utdanningen til sykepleiere, jordmødre, helsesøstre og leger ble gjennomført ved bruk av et enkelt spørreskjema som ble sendt til 37 helseutdanningsinstitusjoner. Hoveddelen av datainnsamlingen brukte imidlertid kvalitative metoder med hovedvekt på dybdeintervju, dokumentanalyse og deltagende observasjon. Dybdeintervjuer ble gjennomført med 46 tjenesteytere som hadde ansvar for å formidle informasjon og/eller helsehjelp etter kjønnslemlestelse. Det inkluderte helsepersonell (28 personer) og andre tjenesteytere med ansvar for flyktninger og asylsøkere, her kalt flyktningkonsulenter (18 personer). Helsepersonellet omfattet gynekologer, sexologer, helsesøstre, jordmødre og fysioterapeuter. Flyktningkonsulentene omfattet personer som gav informasjon i flyktningleirer, som foretok asylintervju, og som jobbet med informasjonsformidling og støtte på mottak og i kommunene. De intervjuede tjenesteyterne arbeidet i 20 ulike byer og steder rundt i landet. Deltagende observasjon ble foretatt i settinger der kjønnslemlestelse var fokus, som undervisningssituasjoner, konferanser og møter.

Resultater

Målgrupper for tjenestens informasjonsarbeid: Noen grupper flyktninger får informasjon gjentatte ganger. Som regel er alle disse gangene en-gangsopplegg, og informasjonen som gis er nesten identisk. Andre berørte grupper faller utenfor de etablerte informasjonssystemene, og det er en stor risiko for at mange berørte aldri får informasjon fra tjenestene om kjønnslemlestelse. Dette henger sammen med hvordan informasjonssystemene er lagt opp og kriteriene for hvem som skal få hva slags informasjon når.

Kjønnslemlestelse i helsefagutdanninger: Av de 27 utdanningsinstitusjonene som svarte, rapporterte 17 at de underviste om kjønnslemlestelse. Dette inkluderte alle de utdanningsinstitusjonene for jordmødre og utdanningsinstitusjonene for helsesøsterutdanningene som svarte, mens vi ikke kjenner til eventuell undervisning fra som ikke svarte. Det ble derimot ikke undervist om kjønnslemlestelse ved to av de fem undervisningsinstitusjonene for medisinerere, og ved under halvparten (åtte av 14) utdanningsinstitusjoner for sykepleiere. Det var også store variasjoner i undervisningens omfang (fra 3 minutter til 3 timer), og innhold. Vi anbefaler derfor at undervisning om kjønnslemlestelse må inn i alle relevante fagutdanninger, og at man foretar en gjennomgang av innholdet i undervisningen for å sikre at det er best mulig tilpasset de enkelte yrkesgruppenes behov og er større samsvar mellom ulike utdanningsinstitusjoner på samme fagfelt.

Tre informasjonssystemer: Rapporten presenterer hvordan informasjon til flyktninger varierer med kontekst og begrunnelse for innvandring ved å skille mellom tre informasjonssystemer: Informasjonssystemet for overføringsflyktninger, informasjonssystemet for asylsøkere og informasjonstiltak som er rettet mot både disse og andre berørte grupper.

Individuelle og gruppebasert undervisning: Rutinemessig informasjonsformidling skjer som regel individuelt. Men informasjon formidles også i gruppebaserte settinger. Som regel er dette engangs-tiltak der det gis informasjon til grupper som er heterogene i forhold til kjønn, alder og etnisitet/språklig bakgrunn. I mer sjelden

tilfeller gis informasjon i den form forskning tyder på at mest effektiv, nemlig i samtalegrupper som gir en trygg ramme for refleksjon, dialog og utveksling av erfaringer. Det innebærer at man bør ha samtalegrupper som er mer like på kjønn og etnisitet og språk. Men grupper som favner bredt er også viktig for å løfte diskusjonen opp på et nivå der det lettere kan føre til endringer i sosiale normer.

Pulverising av ansvar: Spredningen av informasjonsoppgaver på mange ulike tjenesteytere fører i noen tilfeller til at det skjer en pulverisering av ansvaret for at den pålagte informasjonsformidlingen gjennomføres.

Opplevelse av isolasjon og manglende faglig støtte: Mange tjenesteytere jobbet deltid, og ofte relativt alene. Mange opplevde derfor at de var alene om vanskelige oppgaver og avgjørelser, og savnet muligheter til faglig utveksling og diskusjon med andre tjenesteytere. Mange opplevde taushetsplikten som en alvorlig begrensning for faglig utveksling og gode avgjørelser. I noen få kommuner hadde de etablert gode rutiner for å be om fritak fra taushetsplikt for å styrke det tverretatlige arbeidet for best mulig støtte til brukerne.

Samarbeid med ressurspersoner fra berørte grupper: Frivillige organisasjoner og ressurspersoner fra berørte grupper trekkes trolig for lite inn i det offentlige informasjonsarbeidet. Det var både strukturelle og økonomiske grunner til dette, samt praktiske, spesielt på små steder med få berørte.

Målsetting med informasjonsformidling: Selv om myndighetenes retningslinjer legger like stor vekt på forebygging og helsehjelp, er det forebygging som får mest fokus i praksis. Eksisterende retningslinjer legger vekt på at informasjon til berørte skal inkludere forbudet mot praksisen, praksisens helsekonsekvenser og tilbud om helsehjelp. I praksis ser det ut til at hovedfokus ligger på forbudet, dernest helsekonsekvenser og relativt lite informasjon gis om tilbud om helsehjelp. I tillegg til å styrke informasjonen om de to sistnevnte tema, anbefaler rapporten å utvide fokuset for informasjon og diskusjon til også å ta for seg praksisens underliggende kulturelle

begrunnelser. Dette gjelder ikke minst tradisjonelle forestillinger om kjønnslemlestelse som en metode for kontroll av kvinners seksualitet. En større åpenhet og refleksjon rundt dette temaet tror vi kan styrke både forebygging og øke aksepten og bruk av helsehjelp.

Helsehjelp etter kjønnslemlestelse: De åtte klinikkene som er opprettet for å ha spesialkompetanse om kjønnslemlestelse bruker noe ulike kirurgiske teknikker og informasjonsmetoder. Økt og mer systematisk utveksling mellom klinikken kunne bidra til mer harmoniserte tilbud. Undersøkelsen tydet også på at det var begrenset oppmerksomhet omkring helsehjelp for mindreårige som har vært utsatt for kjønnslemlestelse, og manglene retningslinjer for denne gruppen.

Registrering og koding: Spesialklinikkene for kjønnslemlestelse brukte aktivt medisinske koder for å registrere sykdom og behandling. Det så derimot ikke ut til at slike koder ble systematisk brukt i andre settinger, som ved svangerskap og fødsel. Når det gjelder barn ble det klart at her brukes ikke de gynekologiske kodene som er tatt i bruk for kjønnslemlestelse, men egne koder knyttet til overgrep av barn.

Summary

Background

The purpose of the study was to shed light on the service providers' work on female genital mutilation/cutting (FGM/C). We mapped the inclusion of FGM/C in institutions for health education. We also mapped the systems established to ensure provision of information to the users, and explored the service providers experiences with providing information and healthcare to users. The users included asylum seekers and newly arrived quota refugees, as well as refugees who had lived for a longer period in Norway.

Method

The study employed both quantitative and qualitative methods. A mapping of education on FGM/C was carried out through a questionnaire sent to 37 institutions providing health education. The main part of the study, however, employed qualitative methods with emphasis on in-depth interviews, document analysis and participatory observations. In-depth interviews were conducted with 46 service providers who were responsible for disseminating information and / or health care post female genital mutilation. This included healthcare providers (28 individuals) and other service providers responsible for refugees and asylum seekers, here referred to as refugee consultants (18 individuals). Healthcare providers included gynaecologists, sexologists, school nurses, midwives and physiotherapists. Refugee consultants included individuals who provided information in refugee camps, who conducted asylum interviews, and who provided information and support at refugee reception centres and in various municipalities. The interviewees worked in 20 different cities/places in the country. Participatory observations were conducted in settings where female genital mutilation was a focus, such as workshops, seminars and meetings.

Results

Target groups for information services: Some groups of refugees received information about female genital mutilation repeatedly. Usually these are single information points where they are provided with the same information. Other user groups may fall completely outside the information system, and there is a large risk that many of these never will receive information about FGM/C from service providers. This imbalance highlights a correlation between how the information systems are organised and the criteria concerning who should get what information and when.

Female genital mutilation in health education: Out of the 27 health education institutions which responded to our survey, 17 reported that they provided teaching on FGM/C. This included all responding institutions for midwifery- and school-nurse training. We do not know whether the topic was taught at the non-responding institutions. On the other hand, two of the five medical schools responding, did not provide training on FGM/C. Results also showed that nursing schools provided training in less than half of the cases (8 out of 14 responding schools provided no training). Considerable variation between time allotted to training (from 3 minutes to 3 hours), and that of content of training, was also brought to the fore from the research. We therefore recommend that training on FGM/C should be included in all relevant healthcare educations. Furthermore, we recommend a review of the content of such training to ensure its validity fits the needs of the service providers, and a greater level of compliance between the training within the same field at different institutions.

Three information systems: The report present how the information provided to refugees varies according to context and motivation for immigration by distinguishing between three information systems: The information system targeting quota refugees, the information system targeting asylum seekers and the information system that is directed to both these as well as other immigrant groups affected by FGM/C.

Information provided individually and in groups: Most of the routine information is given individually. However, there are also settings where information is provided in groups. This is usually single events where information is given in groups that are heterogeneous in terms of gender, age and ethnicity / linguistic background. In more rare cases information provided in discussion groups that provide a safe framework for reflection, dialogue and exchange of experience, which research suggests to be the most effective. To provide the necessary trusting environment, such groups should be more homogenous with respect to gender, ethnicity and language. However, heterogeneous groups are also important as they can act as a conduit forward to changes in social norms.

Unclear responsibilities: The distribution of information tasks leads to a diffusion of responsibilities in some places. A consequence of this is that the tasks of providing information is not taken up by anyone, and therefore is not provided.

Experience of isolation and lack of technical support: Many service providers work part-time, and often alone or with very few colleagues. Thus many felt they were alone in taking difficult tasks and decisions, and missed opportunities for technical exchange and discussions with other service providers. Many saw their professional code of silence as a serious limitation for scientific exchange and discussions that they saw as fundamental for taking the right decisions. In a few communes there have been established routines of upheaval of code of silence so as to strengthen collaboration between the services to find the best solution for the users.

Collaboration with resourceful persons from affected communities: NGO's and other knowledgeable persons from affected communities are probably to a low degree drawn into the public information work. This had structural, financial as well as practical reasons, particularly in smaller places with few immigrants from affected communities.

The objective of dissemination of information: While government guidelines equally emphasise prevention of FGM/C and provision of healthcare, in practice preventative measures are given the most

attention. Official guidelines define three topics that should be included in the information disseminated: the illegality of the practice, the health consequences of FGM/C and the provision of health care. In reality, however, the main focus is on the illegality of the practice, after which some information is provided about the health consequences, whereas little information is given about the access to healthcare. In this report we suggest to strengthen the last two topics, as well as to add a new topic concerning the underlying socio-cultural motivations for FGM/C. Most importantly this concerns traditional perceptions regarding FGM/C as a tool for the sexual control of women. We consider it important to maintain an increased focus on stimulating discussions that consider these cultural views and their association with FGM/C critically. This discussion could both strengthen preventative messages as well as to increase the acceptability of the available health services.

Healthcare after FGM/C: The eight clinics with specialization in FGM/C differ to some extent in their surgical- as well as information techniques. Increased exchange between clinics could be beneficial for better harmonization of the healthcare offered. The study also found that there was limited attention concerning healthcare for minors with FGM/C, particularly prepubescent children. Neither were there any clinical guidance available for this group.

Medical registration and documentation: The specialized FGM/C clinics made active use of clinical codes for the registration of disease and treatment on FGM/C. However, it did not seem that the clinical codes for FGM/C were systematically used outside these clinics, such as in the management of pregnancy and childbirth. The gynecological codes for FGM/C were not used to register cases of children examined for suspicion of FGM/C. In these instances codes for abuse were used that do not specify eventual FGM/C.

Rapportens oppbygning

Rapporten presenterer en studie av ulike tjenesters erfaringer med å gi informasjon om kjønnslemlestelse. Den tar utgangspunkt i det offentlige systemet for slikt arbeid, herunder lover, regler og tiltak for helseoppfølging, opplæring og integrering. Noen av tiltakene er rettet mot overføringsflyktninger, andre mot asylsøkere og atter andre er felles for alle berørte brukere. De informasjonspunktene som hver av disse gruppene møter omtales i rapporten som ulike informasjonssystemer. En forenklet illustrasjon finnes i tabell 5.1.

Rapporten gir også en mer omfattende presentasjon av temaet kjønnslemlestelse og arbeidet med dette i Norge. Rapporten går altså noe utover den konkrete undersøkelsen om informasjonsformidling. Dette er gjort av flere grunner: Bakgrunnsinformasjon gis fordi det er mangel på oppdatert norskspråklig litteratur om kjønnslemlestelse. Videre presenteres en kort historisk oversikt over tidligere innsats mot kjønnslemlestelse. Oversikten setter dagens tiltak i kontekst og gir en ramme for diskusjon.

Rapporten inkluderer åtte kapitler. Kapittel 1, 2 og 3 setter rammen for studien og inkluderer bakgrunn, teorier og metode. Kapittel 4, 5 og 6 presenterer og diskuterer funn fra studien, mens kapittel 7 og 8 oppsummerer, konkluderer og presenterer forslag til tiltak.

Kapittel 1 tar for seg bakgrunnen og begrunnelsen for studien, og gir en beskrivelse av kjønnslemlestelse som praksis og problem i Norge.

Kapittel 2 gjennomgår fire teoretiske analyseverktøy som brukes for å forstå endringsprosesser knyttet til holdninger og praksis av kjønnslemlestelse. Dette teoretiske rammeverket danner grunnlag for den videre diskusjonen av gjennomførte tiltak. De fire teoriene er: sosial konvensjon og sosiale normer, trinnvis endring, mentale kart og internalisering av kunnskap.

Kapittel 3 beskriver metode og felt, inkludert rekruttering og utvalg av informanter. Det ble brukt tre metodiske tilnærminger: dybdeintervjuer, deltakende observasjon og kartlegging av helsefaglige utdannings fokus på kjønnslemlestelse.

Kapittel 4 skisserer de organisatoriske rammene for tjenestenes ytelser. Først beskriver vi hvordan tjenestenes målgrupper er definert og avgrenset (4.1). Deretter presenteres en kartlegging av hvordan kjønnslemlestelse er dekket i helseutdanningene (4.2). Siste del presenterer retningslinjer og funn vedrørende medisinsk registrering og koding (4.3).

Kapittel 5 gir en oversikt over informasjonssystemene rettet mot overføringsflyktninger (5.1), asylsøkere (5.2) og det som er felles for alle (5.3). Kapittelet viser hvordan ulike karakteristika ved systemene gir ulike betingelser for tjenesteytneres arbeid, noe som får konsekvenser for målgruppenes informasjonstilgang.

Kapittel 6 presenterer og diskuterer tjenesteytneres implementering av tiltak innenfor sentrale tematiske områder: Innhold og målsetting med informasjonstiltak, som spesielt ser på forholdet mellom forebygging og omsorg (6.1). Hvordan informasjonen formidles, med hovedvekt på tjenesteytneres roller og gjennomføring (6.2.). Barrierer for informasjonsformidling, som blant annet omfatter tolking og utøvelse av taushetsplikt (6.3). Vi fant store forskjeller i rammebetingelsene på større og mindre steder. Vi fant også at personlig engasjement og fortolkning av oppgavene var avgjørende. I dette kapitlet diskuteres funn fra studien opp mot internasjonal forskning: Hvordan kan vi mest mulig effektivt forebygge kjønnslemlestelse, samt sikre helseomsorg for de som allerede er blitt kjønnslemlestet?

Kapittel 7 oppsummerer og trekker konklusjoner.

Kapittel 8 presenterer anbefalinger på basis av studien.

Begrepsavklaringer og definisjoner

Asylsøkere, overføringsflyktninger, flyktninger og familie-gjenforente. *Asylsøkere* er personer som selv kommer til Norge og søker asyl etter ankomst. *Overføringsflyktninger* (også omtalt som kvoteflyktninger) er personer som velges ut etter søknad fra flyktningleirene og som Norge har forpliktet seg til å motta. Begge grupper omtales som *flyktninger* når de har fått oppholdstillatelse/ er blitt bosatt i Norge. *Familiegjenforente* er personer som har fått innvilget familiegjenforening med bosatte innvandrere.

Berørte/brukere: Disse begrepene brukes om hverandre for å betegne personer som kommer fra land der kjønnslemlestelse er vanlig. De er derfor målgruppen for tjenesteyternes arbeid med informasjon og helsehjelp i forbindelse med kjønnslemlestelse.

Tjenesteytere blir i denne rapporten brukt om personer som i kraft av sin stilling har ansvar for å organisere og/eller formidle informasjon og/eller bistand knyttet til kjønnslemlestelse til brukere/berørte.

Flyktningkonsulenter brukes i denne rapporten som en fellesbetegnelse for tjenesteytere som har ansvar for utvelgelse, bosetting eller integrering og undervisning av flyktninger, asylsøkere og familiegjenforente. Det inkluderer blant annet ansatte i UDI, IMDi og NOAS, minoritetsrådgivere i skolen og sosialarbeidere/flyktning-konsulenter/flyktningassistenter i kommunene.

Informasjonssystemer. Ifølge myndighetenes retningslinjer skal asylsøkere og flyktninger få informasjon om kjønnslemlestelse når de søker asyl, i introduksjonsprogram, svangerskapsomsorg og skole. Når og hvor de får hva slags informasjon avhenger av om de er overføringsflyktninger, asylsøkere, familiegjenforente eller norsk-fødte. Rapporten beskriver dette som tre ulike

informasjonssystemer: Det som møter overføringsflyktninger, det som møter asylsøkere og det som møter alle med bakgrunn fra land der kjønnslemlestelse er utbredt.

Informasjonspunkter brukes i denne rapporten som en samlebetegnelse på settinger der berørte får informasjon om kjønnslemlestelse.

Infibulasjon er den mest omfattende formen for kjønnslemlestelse. Det inkluderer ofte fjerning av mer eller mindre vev fra indre og ytre kjønnslepper samt klitoris. Kjønnsleppene (ytre eller indre eller begge) sys eller festes sammen slik at det dannes et hudsegl over vulva. Nederst er det igjen en liten åpning for passasje av urin og menstruasjon. Åpningen er som regel så liten at samleie ikke er teknisk mulig.

Deinfibulasjon betegner en kirurgisk åpning av infibulasjon. Ved dette inngrepet skjæres det opp i midtlinjen av hudseglet, og sidene sys til hver side for å hindre at de gror sammen igjen. Som regel er et slikt inngrep nødvendig for at samleie og barnefødsel skal være mulig. Tradisjonell åpning er en alternativ prosedyre der mannen ved hjelp av penis åpner over lengre tid, slik at hudseglet sprekker opp litt etter litt til det er tilstrekkelig åpning for å gjennomføre vaginalt samleie.

Reinfibulasjon betegner et inngrep der en åpnet infibulasjon blir sydd eller festet sammen igjen. Dette kan sys sammen til slik det var før fødsel eller før første samleie. Reinfibulasjon varierer med lokale tradisjoner. I Sudan er det vanlig å sy sammen til slik det var før første samleie, mens i Somalia er det vanlig at man lar infibulasjonen gro igjen av seg selv, og det vil da ofte bli slik det var før fødsel.

Forkortelser

BLD	Barne- og likestillingsdepartementet (tidligere Barne-, familie og likestillingsdepartementet)
DHS	Demographic Health Surveys
EU	Den europeiske union (European Union)
FGM	Kjønnslemlestelse (Female Genital Mutilation)
FGC	Kjønnslemlestelse/kutting av kjønnsorganer (Female Genital Cutting)
FGM/C	(Female Genital Mutilation/Cutting)
ICD-10	Internasjonal klassifisering av sykdommer (International Classification of Diseases)
IOM	International Organization of Migration
IMDi	Integrerings- og mangfoldsdirektoratet
MICS	Multiple Indicator Cluster Survey
MSO	Medisinernes seksualopplysning
NGO	Frivillig organisasjon (Non Governmental Organization)
NKVTS	Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress
NOAS	Norsk organisasjon for asylsøkere
RVTS	Regionalt ressurscenter om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging
UDI	Utlendingsdirektoratet
UNHCR	FNs høykommissær for flyktninger (United Nations High Commissioner for Refugees)
UNICEF	FN's barnefond (United Nations Children's Fund)
WHO	Verdens Helseorganisasjon (World Health Organization)

1 Bakgrunn

Omlag 0,7% av alle kvinner i Norge, er kvinner som kan ha blitt kjønnslemlestet før de bosatte seg her. Dette utgjør om lag 17300 jenter og kvinner (Ziyada, Norberg-Schulz, & Johansen, 2016). De har kommet til Norge som flyktninger, asylsøkere eller gjennom familiegjenforening. Tallene setter Norge på kartet som et av eksil-landene som har høyest andel kjønnslemlestedede. Bare Sverige har mer – 0,76 % av den kvinnelige befolkningen. Mange andre land har likevel et langt høyere faktisk antall innbyggere fra berørte land (Sigurjónsson, 2016).

Beregninger viser at ytterligere 3000–7900 jenter i Norge har potensiell risiko for å bli kjønnslemlestet (Ziyada et al., 2016). Det høyeste tallet inkluderer jenter født i Norge samt jenter som flyttet fra hjemlandet før vanlig alder for kjønnslemlestelse. Disse ville trolig blitt kjønnslemlestet om de hadde bodd i forelderens hjemland. I det laveste anslaget har man ekskludert alle som er født i Norge, fordi man antar at ingen av dem risikerer kjønnslemlestelse. Denne metoden for statistisk beregning av risiko er utviklet etter modell fra et forskningsprosjekt finansiert av EU (Leye, Green, Arnaut, & Mergaert, 2014). Det er vanskelig å måle effekten av migrasjon, men trolig er langt fra alle disse jentene i reell fare for å bli utsatt for kjønnslemlestelse. Likevel bør alle nås med forebyggende arbeid for å sikre at ingen faller utenfor.

Norske myndigheter har iverksatt en rekke tiltak mot kjønnslemlestelse. Myndighetene ønsker både å forebygge kjønnslemlestelse av jenter bosatt i Norge og sikre helsehjelp til de som allerede er kjønnslemlestet. Et tidlig initiativ var etableringen av en spesifikk lov mot kjønnslemlestelse i 1995. Deretter ble en veileder for helsehjelp publisert i 2000 (Statens Helsetilsyn, 2000). Fra 2001 til i dag har det blitt utformet fem suksessive handlingsplaner mot kjønnslemlestelse (Barne- likestillings- og inkluderingsdepartementet, 2012, 2013; Barne- og familiedepartementet, 2000; beredskapsdepartementet, 2017; Deparementene, 2008), alle med øremerkede

midler (Bråten & Elgvin, 2014; Lidén & Berntzen, 2008; I.-L. Lien, Schultz, & Borgen, 2012; I. L. Lien, 2005). Det er også utviklet retningslinjer og veiledere for ulike yrkesgrupper som forklarer hvordan tiltakene i handlingsplanene skal implementeres i praksis (Barne- likestillings- og inkluderingsdepartementet & Helsedepartementet, 2008; Johansen, 2005). Myndighetene har opprettet åtte spesialiserte kliniske tilbud for å sikre helsehjelp for komplikasjoner etter kjønnslemlestelse. Alle regionale helseforetak har minst et slikt tilbud. (Johansen, 2016b).

Flere av tiltakene i handlingsplanene har som målsetting å sikre at berørte målgrupper får informasjon om kjønnslemlestelse. Rutiner og retningslinjer for hvordan dette skal gjennomføres i praksis, omtales i rapporten som *informasjonssystemer*.

Rapporten beskriver tre ulike informasjonssystemer som knyttes til hvordan de berørte kom til Norge og hvor de er i bosettingsprosessen: Det informasjonssystemet som møter overføringsflyktninger, det som møter asylsøkere og det som er felles for alle. Ulike situasjoner der tjenesteyterne skal gi informasjon omtaler vi som *informasjonspunkter*. Rapporten beskriver altså både informasjonssystemene og deres konkrete informasjonspunkter. Rapporten inkluderer en presentasjon og analyse av innhold og målsetting med formidlet informasjon og tjenesteyteres erfaringer i formidlingsprosessen. Til slutt diskuteres noen konkrete utfordringer i dette arbeidet og forbedringsmuligheter.

Det er tidligere gjennomført flere evalueringer av handlingsplaner og enkelttiltak (Bredal & Lidén, 2015; Hjelde & Ghebremedhin, 2013; Jonassen & Saur, 2011; Lidén & Berntzen, 2008; Lidén & Bredal, 2017; Oxford Research, 2012; Sajjad, 2010a). Denne rapporten er ikke en evaluering, men vil likevel fylle noen kunnskapshull. Ingen av de nevnte evalueringene undersøkte tjenestenes møter med nyankomne. De fokuserte heller ikke på helsehjelp. Videre har eksisterende kartlegginger i hovedsak samlet data fra innvandrertette kommuner og bydeler og således fra de som har mest erfaring og kompetanse (Bredal & Lidén, 2015; Hjelde & Ghebremedhin, 2013; Jonassen & Saur, 2011; Sajjad, 2010a). Vi har derfor lite

kunnskap om erfaring og kompetanse i kommuner og bydeler som sjelden møter denne tematikken. Tidligere undersøkelser av tjenesteytneres arbeid har brukt mer systematiske og korte former for egenvurdering av kompetanse, mens vi i denne rapporten søker å gå inn i den enkeltes konkrete erfaringer fra «en vanlig dag på jobben». Disse erfaringene diskuteres så i forhold til et teoretisk rammeverk om sosiokulturell endring.

1.1 Oppdrag og formål med studien

Rapporten presenterer hvordan tjenestene arbeider for å forebygge kjønnslemlestelse og sikre behandling for kjønnslemlestedede med spesielt fokus på nyankomne. Undersøkelsen inngår som et ledd i et bredere forskningsprosjekt om helsehjelp til kvinner og jenter utsatt for kjønnslemlestelse. Funn som omhandler brukernes egne erfaringer og refleksjoner er formidlet gjennom to vitenskapelige artikler (Johansen, 2016b, 2017).

Under datainnsamlingsperioden kom en stor flyktningsstrøm til Norge. Det ga fornyet interesse for informasjonsformidling og helsetilbud til nyankomne flyktninger. Våre funn om tjenesteytneres erfaringer formidles derfor i en norskspråklig rapport slik at de blir lettere tilgjengelig for beslutningstakere og tjenestene.

Rapporten favner bredere enn tjenestenes arbeid mot de nyankomne og bredere enn helsehjelp. Vi ønsket et mer helhetlig bilde av informasjonsarbeidet i bosettings- og integreringsprosessen. Derfor inkluderte vi også informasjon som gis til (overførings)flyktninger før ankomst og til flyktninger og andre berørte lenge etter bosetting. Fokuset omfatter også forebyggende informasjon – ikke bare helsehjelp. Utvidelsen ble nødvendig fordi forebygging og tilbud om helsehjelp stort sett utføres i kombinasjon av de samme tjenesteytterne. Innsatsen omkring helsehjelp var dessuten relativt begrenset, og en bredere tematikk syntes hensiktsmessig. Underveis i studien ble det også klart at vi mangler kunnskap om tjenesteytneres opplæring om kjønnslemlestelse. Vi la derfor til en kartlegging av undervisningen om kjønnslemlestelse ved sentrale helseutdanninger.

Studien brukte både kvantitative og kvalitative metoder. For å kartlegge undervisningen om kjønnslemlestelse i helsefagene gjennomførte vi en spørreundersøkelse. Men for å få best mulig innsikt i styrker og forbedringsmuligheter for videre informasjonsarbeid fant vi det mest hensiktsmessig å bruke kvalitative metoder. I rapporten ønsker vi å vise bredde og variasjon i hvordan oppgaver løses, snarere enn å gi et representativt bilde.

Før vi går inn på selve studien, gir vi en kort presentasjon av kjønnslemlestelse som fenomen. Vi vil kort gjøre rede for praksisens begrunnelse, utbredelse og omfang i Norge. Vi vil også forklare hvorfor en kulturelt forankret praksis er definert som et brudd både på norske lover og FNs menneskerettigheter.

1.2 Kjønnslemlestelse

Kjønnslemlestelse er en fellesbetegnelse på ulike typer inngrep på jenter og kvinner. Inngrepene fjerner helt eller delvis ytre kjønnsdeler eller de påfører annen varig skade uten medisinsk begrunnelse. Verdens Helseorganisasjon (WHO) skiller mellom fire ulike typer eller kategorier kjønnslemlestelse og flere undertyper (World Health Organization, 2008): 1) Klitoridektomi, 2) Eksisjon, 3) Infibulasjon og 4) Uklassifisert. Se Figur 1.1. for fullstendig typologi.

Underkategoriene er nyttige for forskning og medisinsk diagnostisering (se figur 1.1). Typeinndelingen bygger på kjønnsorganets anatomi snarere enn en kartlegging av de ulike formene praksisen tar. I praksis er det derfor store variasjoner innenfor den enkelte type og glidende overganger mellom dem.

FIGUR 1.1 Typologi kjønnslemlestelse

Type I: Klitoridektomi: Delvis eller fullstendig fjerning av klitoris.

Type Ia, fjerning av forhuden til klitoris

Type Ib, fjerning av klitoris(hodet) med forhuden.

Type II: Eksisjon: Delvis eller fullstendig fjerning av klitoris og indre kjønnslepper, med eller uten fjerning av vev fra ytre kjønnslepper.

Type IIa, kun fjerning av indre kjønnslepper;

Type IIb, delvis eller total fjerning av klitoris og indre kjønnslepper;

Type IIc, delvis eller total fjerning av klitoris, indre og ytre kjønnslepper.

Type III: Infibulasjon: Innsnevring av skjedeinngangen ved at deler av kjønnsleppene (indre og/eller ytre) skjæres bort og sys eller føyes sammen slik at det dannes et hudsegl som stenger skjedeinngangen. Ofte fjernes også deler av klitoris.

Type IIIa: fjerning av deler av indre kjønnslepper før de sys eller på annen måte festes sammen

Type IIIb: fjerning av deler av ytre kjønnslepper før de sys eller på annen måte festes sammen.

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

Ekisterende kunnskap om kjønnslemlestelse, inkludert utbredelse, helserisiko og begrunnelse, gjelder i hovedsak de tre første typene. Forskjellige inngrep og praksiser som faller inn under type IV er identifisert i alle verdensdeler med ulike begrunnelser og helse- risiko, men er i liten grad kartlagt (Martin Hilber et al., 2010). I denne rapporten er derfor også hovedfokus på de tre første typene.

1.2.1 Kulturelle begrunnelser

Der kjønnslemlestelse er vanlig, er praksisen en sosial norm som bygger på en rekke kulturelle og sosiale forestillinger. Normer betegner mønstre det forventes at individer skal handle og tenke i samsvar med, og som er relativt stabile over tid. Når kjønnslemlestelse utgjør en sosial norm, innebærer det en forventning om videreføring av praksisen. Avvik fra denne normen fører til negative reaksjoner, og kan omfatte alt fra mishagsyttringer og latterliggjøring til sosial isolasjon, eksklusjon og fordømmelse (Shell-Duncan, Wander, Hernlund, & Moreau, 2011). Sosial forventning og press bidrar til at mange vurderer kjønnslemlestelse som det beste for

jentene, selv om de kan være klar over smerten og mange av helseskadene.

De mest utbredte sosiokulturelle begrunnelsene for kjønnslemlestelse omhandler seksualitet, tilhørighet, estetikk, kjønn og religion.

Seksualitet. Kjønnslemlestelse hevdes å:

- beskytte mot eller svekke seksuelle drifter. Driftene kan lede til «umoralsk» seksuell adferd, som sex før og utenfor ekteskapet
- være bevis på jomfrudom ved inngåelse av ekteskap (primært ved infibulasjon/type III)
- være nødvendig for å bli gift
- beskytte mot voldtekt og uønsket graviditet (ved infibulasjon/ type III)

Tilhørighet. Kjønnslemlestelse hevdes å:

- være et tradisjonelt påbud videreført fra forfedrene
- innvie jenter i voksne kvinners liv
- være nødvendig for sosial aksept

Estetikk og kjønn. Utbredte oppfatninger om kjønnslemlestelse:

- hvis ikke klitoris eller kjønnslepper skjæres vekk, vil de fortsette å vokse til penisstørrelse
- inngrepet «roer ned» jenta slik at hun ikke blir aggressiv, utagerende eller får annen adferd som oppfattes som mannlig og/eller umoralsk
- inngrepet er nødvendig for at jenta skal modnes og utvikle seg til kvinne
- forestillinger om renhet (estetikk, lukt, religiøs og moralsk)

Religion. Kjønnslemlestelse hevdes å:

- være religiøst påbudt eller fordelaktig
- hjelpe kvinner med å holde seg til religionens moralske regler

Kjønnslemlestelse som tradisjon er eldre enn både kristendommen og islam, og nevnes ikke i de to religionenes hellige bøker. Likevel

har praksisen enkelte steder blitt vevd inn i religiøse forestillinger. I islam finnes det en *hadith* som ser ut til å akseptere en viss grad av kjønnslemlestelse, selv om styrken, meningen og vekten av denne er omstridt. *Hadith* er nedskrevne fortellinger om hva profeten Muhammed sa, gjorde eller unnlot å gjøre. *Hadith* er sammen med Koranen den viktigste kilden til islamsk rettsvitenskap. Selv om alle de fem muslimske lovskolene gir en viss støtte til kjønnslemlestelse, støttet i tre av de fem muslimske lovskolene, er dette et ukjent fenomen for de fleste av verdens muslimer (Edited, 1986; Rouzi, 2013; Von der Osten-Sacken & Uwer, 2007). Lovskolene utgjør ulike retninger for tolkning av religiøse skrifter, og ulike grupper muslimer støtter seg til tolkningene i ulike lovskoler. *Hadith* og lovskolenes tekster brukes ofte som støtte for praksisen i samfunn der kjønnslemlestelse er en tradisjon – til tross for at de fleste muslimer ikke praktiserer kjønnslemlestelse eller finner religiøs støtte for inngrepet. Innenfor kristendommen og jødedommen brukes ikke referanser til skriftsteder for å legitimere praksisen. Men kjønnslemlestelse omtales i enkelte slike grupper som fordelaktig for å sikre kvinners seksualmoral, noe som i seg selv ses som religiøst fortjenestefullt (El-Damanhoury, 2013).

1.2.2 Omfang og risiko

Mer enn 200 millioner jenter og kvinner er blitt kjønnslemlestet i de 30 landene hvor det er gjennomført systematiske befolkningsundersøkelser (United Nations Children's Fund, 2016). Det gjelder 27 afrikanske land samt Jemen, Irak og Indonesia. Data om utbredelse samles inn gjennom brede befolkningsundersøkelser om helse, der man i land med kjent kjønnslemlestelse legger til en egen modul om dette. Undersøkelsene gjennomføres i regi av Demographic Health Surveys (DHS) (USAID, running) og Multiple Indicator Cluster Survey (MICS) (UNICEF, Running). De foretas i tett samarbeid med nasjonale statistiske institusjoner, og har vært utført ca. hvert 5. år siden 1994.¹

De fleste kjønnslemlestedede jenter og kvinner i Norge har fått inngrepet utført før de kom hit. Per 1.1. 2013 bodde det rundt 17300 jenter og kvinner i Norge som kan ha blitt kjønnslemlestet før ankomst. Beregningen tok hensyn til landbakgrunn, utbredelse i

opprinnelseslandet og alder ved flytting til Norge (Ziyada et al., 2016). Anslagsvis 2800 av disse jentene var mellom 10 og 19 år (Van Baelen, Ortensi, & Leye, 2016). Videre har rundt 15000 jenter (familie)bakgrunn fra land der kjønnslemlestelse er vanlig. Av disse igjen har omkring 7900 bakgrunn fra grupper som tradisjonelt praktiserer kjønnslemlestelse. Disse ville løpt stor risiko for kjønnslemlestelse dersom de hadde vokst opp i opprinnelseslandet (A. Gele, 2013; A. A. Gele, Johansen, & Sundby, 2012; Gele Abdi A, Sagbakken M, & Kumar B, 2015; Johansen, 2006c). Hvis vi tar høyde for endrede normer som følge av migrasjon, kan vi ekskludere jenter som er født i Norge. Da står vi ifølge beregningene igjen med 3000 jenter som kan være i risiko (Ziyada et al., 2016). Men det er vanskelig å vite hvem disse 3000 er, derfor anbefaler vi at alle 15000 med bakgrunn fra land med utbredt kjønnslemlestelse får informasjon om kjønnslemlestelse med tanke på forebygging.²

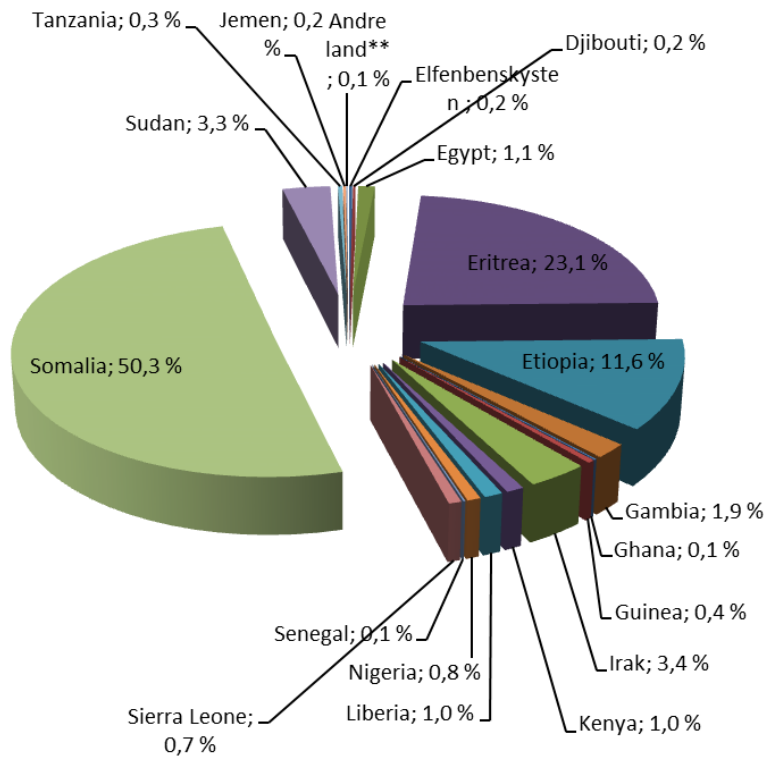
Det er altså vanskelig å beregne den reelle risikoen for kjønnslemlestelse blant jenter som vokser opp i Norge. Vi vet ikke hvor mange av disse som har blitt kjønnslemlestet, men det ser ut til å være relativt få (I. L. Lien, 2017). Her finnes imidlertid mange usikkerhetsmomenter. Det er umulig å se hvorvidt et inngrep er gjennomført før eller etter flytting til Norge. Videre vet vi lite om hva som skjer med jenter som blir værende i hjemlandet eller et naboland mange år før de eventuelt returnerer til Norge.

1.2.3 Hvem er berørt i Norge?

Kvinner med somalisk bakgrunn utgjør ifølge beregningene omkring halvparten av de som kan være kjønnslemlestet før innflytting. Somaliere er den største av de berørte innvandrergруппene i Norge, og kjønnslemlestelse er svært utbredt i Somalia (50,3 %). De neste store gruppene er eritreere (23 %), etiopiere (12 %), sudanesere (3 %) og gambiere (2 %) (Ziyada et al., 2016). Alle andre folkegrupper utgjør under 2% av det totale antall berørte i Norge (se figur 1.2 for detaljer). Innvandrere fra Indonesia er ikke inkludert i beregningen da det først kom statistikk derfra etter at vår beregning var gjennomført.

Rundt halvparten av alle kjønnslemlestedene i Norge kan ha blitt utsatt for den mest omfattende formen, infibulasjon (type III). Dette er adskillig høyere enn andelen for type III på verdensbasis (10 %). Tallet skyldes innvandringsmønsteret til Norge. Kjennskap til utbredelsen av infibulasjon er viktig for å vurdere behovet for helsehjelp: Denne formen for kjønnslemlestelse gir mest helseplager. Alle infibulerte kvinner har potensielt behov for å få utført et åpnende inngrep for å kunne gjennomføre samleie og føde barn.

Figur 1.2 Andel av utsatte for kjønnslemlestelse i Norge fordelt på landbakgrunn



1.2.4 Helseskader og behov for helsehjelp

Alle typer kjønnslemlestelse kan medføre betydelige fysiske og psykiske skader for jenter og kvinner både på kort og lang sikt. Med umiddelbare konsekvenser menes plager eller skader under selve inngrepet og i helingsperioden. Akutte komplikasjoner rammer mer enn hver tiende jente, og de fleste av dem har flere komplikasjoner samtidig. Vanlige umiddelbare komplikasjoner er: smerte, store blødninger, hevelser, problemer med sårheling og urinretensjon (Rigmor C. Berg & V. Underland, 2014). Det er minimal forskjell i risiko for akutte komplikasjoner mellom type I og II, men økt risiko ved type III (infibulasjon) (Rigmor C. Berg & V. Underland, 2014).

Ettersom kjønnslemlestelse i overveiende grad skjer før immigrasjon, er det langtidsskadene vi ser i Norge. Fagfolk skiller mellom gynekologiske plager, seksuelle konsekvenser, fødselskomplikasjoner og psykiske reaksjoner. En systematisk kunnskapsoppsummering og enkeltstående studier har identifisert de vanligste plagene (Rigmor C. Berg & Vigdis. Underland, 2014; Berg, Underland, Odgaard-Jensen, Fretheim, & Vist, 2014; Susan Elmusharaf, Abdelraheem, Abdelraham, Hassan, & Almroth, 2014; S Elmusharaf, Elkhidir, Hoffmann, & Almroth, 2006; Ibrahim, Rasch, Pukkala, & Aro, 2011):

Vanlige gynekologiske plager

- Urinveisinfeksjoner og andre plager ved urinering
- Bakteriell vaginose (skjedekatarr, infeksjon som oppstår på grunn av bakteriell ubalanse)
Cyster og arrdannelse i ytre kjønnsorgan

Ved infibulasjon er det også økt risiko for

- Menstruasjonsplager, langvarig og/eller smertefull menstruasjon med lekkasje av blod i lang tid
- Vannlatingsplager, bl.a. forlenget/hyppig/smertefull vannlating, akutt inkontinens, lekkasje mellom toalettbesøk med mer (L Almroth et al., 2005; Ziyada, 2016).
- Enkeltstudier har også funnet økt risiko for nyreskader (Susan Elmusharaf et al., 2014), livmorhalskreft (Ibrahim et al., 2011) og infertilitet (Lars Almroth et al., 2005).

Seksuelle konsekvenser

Kvinner med kjønnslemlestelse rapporterer oftere om smerter ved samleie (dyspareunia), manglende seksuell lyst og mindre seksuell tilfredsstillelse (Berg & Denison, 2012a). Kvinner som er infibulert må åpnes for at samleie skal være mulig. Tradisjonelt gjøres dette av mannen ved bruk av penis. Dette innebærer at kvinnen i lang tid har smertefulle samleier, med blødning og risiko for infeksjoner. Fremgangsmåten er imidlertid også assosiert med smerter og helseplager for menn (Almroth, Almroth-Berggren, Hassanein, Al Saiid, & Lithell, 2001; Johansen, 2016b). Ved klinisk deinfibulasjon kan mange av disse plagene reduseres betraktelig (World Health Organization, 2016).

Fødselskomplikasjoner

Fødselskomplikasjoner er signifikant hyppigere hos kvinner med kjønnslemlestelse enn hos kvinner uten, og risikoen øker med inngrepets alvorlighetsgrad (Berg, Odgaard-Jensen, Fretheim, Underland, & Vist, 2014; Berggren, Gottvall, Isman, Bergström, & Ekéus, 2013; Johansen, 2006c, 2011; Vangen, Stoltenberg, Johansen, Sundby, & Stray Pedersen, 2002; WHO Study Group on Female Genital Mutilation and Obstetric Outcome, 2006). En studie i Norge viste økt risiko for keisersnitt, post partum-blødning, dårlig form hos nyfødte (målt som lav Apgar score) og dødfødsel (perinatale dødsfall) hos etniske somaliere i Norge. Barn av somaliere i Sverige og Norge har rundt tre ganger høyere rate for dødfødsel (perinatal dødelighet) enn befolkningen ellers (Vangen et al., 2002). Til tross for høyere risiko for fødselskomplikasjoner hos kvinner med kjønnslemlestelse er ikke årsakssammenhengene ferdig utforsket. Generelle helseforhold, sosioøkonomiske forskjeller og utilfredsstillende helsehjelp for immigranter kan også være av betydning (World Health Organization, 2016).

Psykiske konsekvenser

Det er gjennomført relativt få studier av psykiske konsekvenser etter kjønnslemlestelse, men noen tendenser er dokumentert. Aggregerte funn fra fire studier tyder på at kvinner med kjønnslemlestelse kan ha større risiko for å oppleve psykiske problemer (inneha psykiatrisk diagnose, lide av angst, somatisering, fobi, lav selvfølelse). Men på

grunn av store forskjeller mellom studiene er det vanskelig å trekke klare konklusjoner (Berg, Denison, & Fretheim, 2010b).

De psykiske reaksjonene kan skyldes ekstrem smerte og redsel under og etter inngrepet. De kan også skyldes senere komplikasjoner, som plager ved urinering og menstruasjon, smertefulle og vanskelige samleier og fødsler (Glazer, 2012; Johansen, 2006b, 2011). Opplevelsene kan dessuten reaktiveres senere i livet i situasjoner som minner om selve kjønnslemlestelsen, f.eks. initiering av seksuell aktivitet, fødsel eller gynekologisk undersøkelse (Abdulcadir, Demicheli, Willame, Recordon, & Petignat, 2017). Videre kan omstendighetene rundt kjønnslemlestelsen og retraumatisering spille inn: Det er jentas nærmeste som arrangerer inngrepet og ektemannen gjennomfører åpning av infibulasjon. Dessuten kan hun ha kjente som får alvorlige komplikasjoner eller dør etter inngrepet. Hun kan også oppleve annerledeshet og skam i samfunn med lav utbredelse, så som i eksil (Vloeberghs, van der Kwaak, Knipscheer, & van den Muijsenbergh, 2012). Mange forteller om en opplevelse av tap og unødig lidelse (Johansen, 2006c).

Psykiske konsekvenser av kjønnslemlestelse kan eksistere parallelt med andre traumatiske hendelser – som krig, flukt og en belastende migrasjonstilværelse (Vloeberghs et al., 2012). Forskning tyder på at traumatiske erfaringer i barndommen forsterker psykiske helseproblemer etter nye traumer påført gjennom krig og flukt (Opaas & Varvin, 2015). Psykologer som behandler flyktninger bør kanskje i større grad være bevisste kjønnslemlestelsens mulige konsekvenser.

Identifikasjon og behandling av senskader

Hvorvidt jenter og kvinner setter helseplager i sammenheng med kjønnslemlestelse og i hvilken grad de ser muligheter for helsehjelp varierer. Lang tid mellom inngrepet og utvikling av senkomplikasjoner kan redusere forståelsen av årsakssammenhengen. En pilotstudie av helsekomplikasjoner hos barn og unge antyder at problemer med menstruasjon og seksualitet i stor grad knyttes til kjønnslemlestelse, mens andre plager, som cyster, kuler og urinveisproblemer, i liten grad koblet til lemlestelsen (Ziyada, 2016). Videre ble slike plager sjelden definert som plager, men mer

konstatert som tingenes tilstand. Mangelfull forståelse av kjønnslemlestelsens konsekvenser er funnet hos helsepersonell. En studie fra Gambia viste at helsepersonell som behandlet senskader som cyster og arrvev, ikke visste at plagene trolig var forårsaket av kjønnslemlestelse (Kaplan, Hechavarría, Bernal, & Bonhoure, 2013).

Mange vanlige komplikasjoner etter infibulasjon kan lindres eller fjernes gjennom et åpnende inngrep, såkalt deinfibulasjon. Deinfibulasjon kan redusere smerter og komplikasjoner ved blant annet urinering, menstruasjon, seksuell initiasjon og fødsel. Åtte norske sykehus tilbyr derfor behandling av komplikasjoner etter kjønnslemlestelse med spesielt fokus på deinfibulasjon.

Ved svangerskap og fødsel skal kvinner rutinemessig spørres om kjønnslemlestelse hvis de har bakgrunn fra et land hvor praksisen er utbredt. Helsepersonell kan da vurdere omfang av eventuell kjønnslemlestelse og behov for åpnende inngrep. Gravide som er infibulert skal bli anbefalt å foreta et åpnende inngrep i andre trimester. Fra et medisinsk synspunkt er det best om inngrepet foretas før kvinnen blir gravid, det nest beste at hun åpnes i svangerskapet. Kvinnen skal også informeres om norsk lov, som forbyr gjensyng etter fødselen. Slik gjensyng, kalt reinfibulasjon, er ikke dokumentert fra Somalia, men er rutine i Sudan, også ved sykehusfødsler (Almroth-Berggren et al., 2001; Serour, 2010). For somaliere er derfor forbudet mot reinfibulasjon relativt uproblematisk. Ikke alle kvinner oppfatter forskjellen på reinfibulasjon og syng etter episiotomi (sideklipp i perineum under fødsel). Det kan derfor oppstå misforståelser og misnøye med medisinsk behandling (Johansen, 2006a).

1.2.5 Norsk innsats mot kjønnslemlestelse

For å sette dagens retningslinjer og tiltak i perspektiv, presenterer dette avsnittet et tilbakeblikk på ulike tiltak mot kjønnslemlestelse. Dagens policy vil fremkomme underveis i rapporten.

Det første offentlige tiltak mot kjønnslemlestelse i Norge var et rundskriv fra Sosialdepartementet i 1980 om «spørsmålet om lovligheten av omskjæring av kvinner» (Sosialdepartementet, 1980).

Rundskrivet gjorde det klart at leger i Norge ikke skulle utføre kjønnslemlestelse – eller kvinnelig omskjæring, som det ble kalt den gangen. På den tiden bodde det bare omkring 3000 kvinner fra land hvor kjønnslemlestelse tradisjonelt praktiseres i Norge. På omtrent samme tid tok også Direktoratet for utviklingssamarbeid (NORAD) opp tematikken og utarbeidet en rapport om kjønnslemlestelse i utviklingsland (Kramer, 1983).

Et av de første tiltakene i Norge var utarbeidelse av en veileder til helsepersonell. Arbeidet startet i 1992, men ble først sluttført i oktober 2000 som en respons på Rikets Tilstands TV-dokumentar om kjønnslemlestelse (Bråten & Elgvin, 2014).

Loven mot kjønnslemlestelse

En særlov mot kjønnslemlestelse ble vedtatt i desember 1995. Eksisterende lovverk om legemsbeskadigelse var noe uklart – særlig hvis inngrepet skjedde ved utenlandsreise, hvis kjønnslemlestelse ble utført på samtykkende voksne eller ved reinfibulasjon etter fødsel. I 2004 ble loven forsterket ved en egen paragraf om avvergeplikt for offentlige tjenestemenn. Denne endringen ble ansett å være nødvendig for å sikre at type I, II og IV ble inkludert i reguleringen om avverging av kriminell handling og overgrep mot barn. I 2014 ble loven fra 1995 erstattet med en ny lov. Den spesifiserer straffeansvar i forhold til alvorlighetsgraden av kjønnslemlestelse og har økte strafferammer.

Figur 1.3 Straffelovens § 284 og § 285 om forbud mot kjønnslemlestelse

Straffelovens § 284 og § 285 om forbud mot kjønnslemlestelse

«Straffeloven har fra 1. oktober 2015 nye bestemmelser om forbud mot kjønnslemlestelse. Lov om kjønnslemlestelse ble opphevet fra samme dato.

Den som utfører et inngrep i en kvinnes kjønnsorgan som skader kjønnsorganet eller påfører det varige forandringer, kan nå straffes med inntil seks års fengsel. Det gjelder også for helsepersonell. Samtykke fritar ikke for straff. Rekonstruksjon av tidligere kjønnslemlestelse straffes på samme måte.

Ved grov kjønnslemlestelse kan den som utfører inngrepet, straffes med fengsel i inntil 15 år. For å avgjøre om det er en grov kjønnslemlestelse skal det særlig legges vekt på om inngrepet har ført til sykdom eller arbeidsudyktighet av noen varighet, en uheldredelig lyte, feil eller skade, eller død eller betydelig skade på kropp eller helse.

Ifølge straffeloven § 5 nr. 5 gjelder bestemmelsene også for kjønnslemlestelse foretatt i utlandet av norsk statsborger eller person med bosted i Norge.

Ansatte og yrkesutøvere i barnehager, barnevernet, sosialtjenesten, helse- og omsorgstjenesten, skoler, skolefritidsordninger og trossamfunn har plikt til å prøve å avverge en kjønnslemlestelse. Brudd på avvergesplikten kan straffes med bøter eller fengsel i inntil ett år.»

Den første loven i 1995 var primært rettet mot helsevesenet, og den klargjorde at kjønnslemlestelse var forbudt. Dette fokuset fikk konsekvenser for høringsprosessen og implementeringen. I høringsprosessen søkte man innspill fra bare to innvandrersorganisasjoner og disse var fra land uten kjønnslemlestelse. Implementeringen omfattet et rundskriv fra Helsedepartementet til alle sykehus. Men loven ble ikke oversatt for å nå berørte. Den ble ikke formidlet til relevante innvandrersorganisasjoner og den medførte ingen planer om å drive forebyggende arbeid.

Helsepersonells reaksjoner på loven var blandet. Noen så den som et uttrykk for mistillit til deres profesjonelle integritet. De mente at eksisterende lover var tilstrekkelige for å hindre at leger i Norge utførte kjønnslemlestelse (Johansen, 2006b). Mange mente også at forbudet mot reinfibulasjon var problematisk fordi det kunne stride mot kvinnes egne ønsker.

Tidlig innsats og OK-prosjektet

En bredere innsats mot kjønnslemlestelse i Norge startet først etter TV- dokumentaren fra Rikets Tilstand høsten 2000. Bare måneder senere kom *Veileder til Helsepersonell om kvinnelig omskjæring* og den første handlingsplanen mot kjønnslemlestelse (Barne- og familiedepartementet, 2000). Et sentralt tiltak i den første handlingsplanen var å etablere et prosjekt for utvikling og utprøving av informasjons- og kommunikasjonstiltak. Det 3-årige prosjektet fikk navnet OK-prosjektet. OK sto for Omsorg og Kunnskap som redskap mot kjønnslemlestelse, og de ønsket å formidle at jenter og kvinner er bra nok (OK), både med og uten kjønnslemlestelse (Johansen, 2002d, 2004). Blant prosjektets informasjons- og kommunikasjonstiltak (Johansen, 2001, 2002a, 2002b, 2005) inngikk et opplegg for samtalegrupper for berørte (kvinner, ungdom og menn) (Savosnick & Johansen, 2004) som også ble evaluert (Johannessen, Skoglie, Skoglund, Tveitereid, & Vesthaug, 2004). Opplegget var inspirert av erfaringer fra blant annet Sverige og Australia, samt arbeidsmetodene fra foreldreveiledningsprogrammet «International Child Development Program» (ICDP)(International Child Development Program, 2017). Mer enn 70 ressurspersoner fra hele landet ble opplært til å lede samtalegrupper. Flere av disse var fortsatt aktivt engasjert i slikt arbeid da denne studien ble gjennomført, mer enn 14 år senere. Opplegget videreføres i dag i regi av Regionalt ressurscenter om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging (RVTS) Sør (Johansen & RVTS Sør, 2014), som har laget en egen nettside med informasjon og ressurser.

Handlingsplaner mot kjønnslemlestelse

Offentlig innsats mot kjønnslemlestelse ble redusert etter avslutningen av den første handlingsplanen mot kjønnslemlestelse i 2004 (Barne- og familiedepartementet, 2000). Tanken var nok at det ikke lenger var nødvendig med et spesielt fokus, men at innsatsen kunne videreføres i det ordinære helsearbeidet. Berørte grupper fortsatte arbeidet gjennom sin innsats i frivillige organisasjoner, men med begrenset offentlig støtte og begrenset samarbeid med det offentlige.

En ny TV-dokumentar om kjønnslemlestelse i juni 2007 satte igjen temaet på den politiske dagsorden (Bråten & Elgvin, 2014), og det ble utarbeidet en ny handlingsplan for perioden 2008–2011 (Departementene, 2008). Planen la hovedvekten på tiltak som skulle inkluderes i ordinære tjenester (Bråten & Elgvin, 2014). I tillegg ble det opprettet en nasjonal kompetansefunksjon ved nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress (NKVTS). NKVTS fikk arbeidsoppgaver knyttet til forskning, formidling, informasjonsutvikling og kontakt med målgruppene. Deretter har det kommet nye handlingsplaner fortløpende. Først en for 2012 (Barne- likestillings- og inkluderingsdepartementet, 2012), deretter en for 2013 til 2016 (Barne- likestillings- og inkluderingsdepartementet, 2013), og så en fra 2017 til 2020 (beredskapsdepartementet, 2017).

Fra 2012 har handlingsplanene mot kjønnslemlestelse blitt bakt sammen med handlingsplanene mot tvangsekteskap. Fra 2013 ble også «negativ sosial kontroll» inkludert i felles handlingsplaner mot negativ sosial kontroll, tvangsekteskap og kjønnslemlestelse. Begrunnelsen for å slå disse temaene sammen var de bakenforliggende mekanismene: ønsket om sterk kontroll av adferden til unge jenter og kvinner, som igjen henger sammen med idealer om ære og skam. Samtidig har det vært uttrykt bekymring for at denne sammenkoblingen av temaer reduserte fokuset på kjønnslemlestelse (Barne- og familiedepartementet, 2000, p. 121) (Bredal & Lidén, 2015; Lidén & Bredal, 2017).

Flere av tiltakene mot kjønnslemlestelse har blitt konkretisert i veiledere og retningslinjer. Det inkluderer blant annet «Veileder om regelverk, roller og ansvar knyttet til kjønnslemlestelse» fra 2009 (Barne- og likestillingsdepartementet & Helse- og omsorgsdepartementet, 2009), «Veileder om frivillig samtale og undersøkelse» (Helsedirektoratet, 2014a) og «Veileder for helsetjenestetilbudet til flyktninger, asylsøkere og familiejenforente» (Helsedirektoratet, 2016).

2 Teoretiske perspektiver på endring av kjønnslemlestelse

Flere av tiltakene i tidligere og nåværende handlingsplaner handler om informasjonsformidling. Informasjon om lov og helseskader skal motivere familier til å avstå fra å kjønnslemleste sine døtre, gjennom frykt for straff og/eller frykt for å påføre barna skade. Men, vi har begrenset kunnskap om hvordan ulike budskap påvirker endring. Dette kapitlet presenterer og diskuterer fire sentrale teoretiske perspektiver som har blitt brukt for å forstå endring av holdning og praksis når det gjelder kjønnslemlestelse: Statsviteren Gerry Mackies anvendelse av teorier om sosiale normer for å forstå endring i kjønnslemlestelse; sosiologen og kommunikasjonsteoretikeren Everett Rogers teorier om trinnvis endring; legen Nahid Toubia og folkehelseviteren Susan Izetts videreutvikling av teorier om mentale kart og stadier av endring, og antropologen Melford Spiro's teorier om internalisering av kunnskap anvendt på forståelse av kjønnslemlestelse av antropologen Inger-Lise Lien. Disse teoretiske perspektivene brukes som bakgrunn for videre diskusjon om tjenesteyternes informasjonsformidling.

2.1 Kjønnslemlestelse som sosial konvensjon

Statsviteren Gerry Mackies teorier om kjønnslemlestelse som sosial konvensjon har vært den mest populære teorien for å forstå endring det siste tiåret (Mackie, 2000). Blant annet er dette teoretiske perspektivet brukt som basis for UNICEFs innsats mot kjønnslemlestelse (UNICEF, 2005, 2013).

Teorien stadfester at kjønnslemlestelse opprettholdes fordi den er blitt en sosial konvensjon. Sosial konvensjon henviser til at det er noe alle gjør først og fremst fordi alle andre gjør det. Konvensjonen opprettholdes av sosialt press og forventning om praksisen som

normalitet. For å skape endring må man derfor bryte den sosiale konvensjonen og endre de sosiale normene. Først da kan individer og familier avstå fra å videreføre kjønnslemlestelse (Mackie, 2000; UNICEF, 2013). Målet er altså at samfunnet skal slutte å se kjønnslemlestelse som norm, men snarere som avvik og noe unormalt (Mackie, 2000; Shell-Duncan et al., 2011).

Et sentralt aspekt ved fenomenet kjønnslemlestelse som sosial konvensjon er at inngrepet ses som en forutsetning for at en jente skal kunne bli (godt) gift (Mackie, 2000), såkalt «marriageability». Av mangel på et etablert norsk ord oversetter vi dette i det videre som giftbarhet. Ifølge Mackie var giftbarhet viktig for praksisens opprinnelse, videreføring og utbredelse.

Teorien vektlegger at kjønnslemlestelse oppsto i et sterkt hierarkisk samfunn med store sosiale ulikheter. I en slik setting vil det være tryggere for en kvinne å være andrekone til en velstående mann enn førstekone til en fattig mann. Det vil således være mange potensielle ekteskapspartnere for de relativt få mennene i overklassen. Det forutsettes videre at menn ønsker å forsikre seg om at barna de forsørger er deres biologiske etterkommere. Kvinnenes trofasthet blir derfor avgjørende. For å sikre konenes trofasthet settes da visse tiltak i verk, så som tildekking, innestenging og kjønnslemlestelse. I kampen om de velstående mennene vil kvinner nedover i samfunns-lagene ta etter disse praksisene. Etter hvert vil praksisene, som i utgangspunktet handlet om å sikre farskap, i økende grad knyttes til seksualitet. Mackie mener dette skjer fordi folk trenger å forstå og legitimere kjønnslemlestelse fordi en så sterk form for kontroll forlanger en sterk begrunnelse.

Når hele samfunnet har tatt opp praksisen med kjønnslemlestelse, blir den «låst» som en sosial konvensjon og videreføres nærmest automatisk. Alle følger praksisen, og ingen tenker at det finnes alternativer. Det skjer heller ingen automatisk endring selv om den hierarkiske samfunnsstrukturen som forårsaket praksisen endres. Motstanden mot endring forklares med at kjønnslemlestelse nå har blitt en sosial konvensjon. Den sosiale konvensjonen oppfattes nærmest som naturgitt, og den tette koblingen mellom

kjønnslemlestelse, giftbarhet og moralsk anstendighet blir stående. Så snart kvinner er overbevist om at menn ikke vil gifte seg med kvinner uten kjønnslemlestelse, og menn tror at kvinner uten kjønnslemlestelse ikke vil være trofaste i ekteskapet, er normen fastlåst. En kvinne vil ikke velge å forbli ugift og barnløs, og en mann vil ikke velge en partner som forventes å være utro og føde andre menns barn. Konvensjonen understøttes av sterke negative sanksjoner og moralsk fordømmelse av kvinner som ikke er kjønnslemlestet. Disse kvinnene forventes å ha et utsvevende og grenseløst seksualliv og manglende moralsk ryggrad (Shell-Duncan et al., 2011).

Fordi sosiale normer er så viktige, og sanksjonene på brudd så sterke, kan oppgivelse av kjønnslemlestelse bare skje dersom de sosiale normene endres. Og fordi giftbarhet er en så sentral mekanisme for praksisens videreføring, må man sikre at det skjer en normendring i de grupper som tradisjonelt gifter seg med hverandre (UNICEF, 2013). Tanken er altså at familier bare unnlater å utsette døtrene for kjønnslemlestelse hvis det ikke svekker eller ødelegger deres mulighet til å bli «godt gift». «Godt gift» innebærer som regel et ekteskap med en respektabel og ressursrik partner innenfor samme etniske tilhørighet. UNICEF forklarer her hvordan de mener at slik endring skjer fra mindre grupper og brer seg utover i samfunnet:

«Oppgivelse av kjønnslemlestelse begynner typisk med en kjernegruppe individer som setter i verk en bevegelse for endring. Ettersom denne gruppen blir klar til å oppgi praksisen, søker de å overbevise andre om å gjøre det samme. Medlemmene av denne «kritiske massen» sprer kunnskap om sin hensikt gjennom sine sosiale nettverk inntil en stor nok andel av befolkningen innenfor ekteskapsmarkedet er klar til å oppgi kjønnslemlestelse, beskrevet i teksten som «tippepunkt». Deretter vil oppgivelsen bli stabil fordi det vil føre til en permanent endring i de sosiale forventningene» (egen oversettelse) (UNICEF, 2013) s. 17.

Tanken er altså at en kjernegruppe endrer mening først, og at disse aktivt vil spre sin overbevisning til stadig flere. Endringen vil således

skje gjennom en form for dominoeffekt. Til slutt er endringen så utbredt at ikke-kjønnslemlestelse blir den nye normen: Det forventes ikke lenger at unge jenter og potensielle koner blir utsatt for inngrepet. Denne endringen markeres og settes i kraft gjennom «offentlige deklarasjoner» (public declarations) der grupper proklamerer og markerer offentlig sin beslutning om ikke lenger å praktisere kjønnslemlestelse. Deklarasjonene tolkes som et uttrykk for at de sosiale normene er endret, noe som skal gjøre det mulig og ønskelig å avstå fra videreføring av praksisen (UNICEF, 2013).

Det finnes imidlertid kritiske røster til denne teoretiske modellen. Det har for eksempel blitt løftet frem som et tankekors at Senegal, som har hatt flere hundre offentlige deklarasjoner mot kjønnslemlestelse i over 20 år (Nafissatou J Diop, Amadou Moreau, & Hélène Benga, 2008) har sett minimal nedgang i omfang (United Nations Children's Fund, 2016). Hvorvidt slike deklarasjoner er uttrykk for ønske om reell endring eller om de bunner i et ønske om tiltrengte ressurser og internasjonalt image, er derfor usikkert (Cloward, 2014).

Det har også blitt stilt kritiske spørsmål til det sterke fokuset på giftbarhet. En studie fra Gambia og Senegal konkluderte med at sosial aksept i kvinnefellesskapet var mye viktigere for videreføring av praksisen (Shell-Duncan et al., 2011). Videre har man funnet store variasjoner i holdning og handling mellom og innad i familier i samme miljø (Efferson, Vogt, Elhadi, Ahmed, & Fehr, 2015; Ingvild B Lunde, Sagbakken, & Johansen R Elise B, innsendt). Slike funn viser at innbyggerne forholder seg forskjellig til samme sosiale konvensjon. Mer nyanserte teorier for å favne dette er under utvikling (Efferson et al., 2015).

I resten av dette underkapitlet skal vi imidlertid dreie fokus mot innholdet i den informasjon som formidles. Vi vil spesielt se på den informasjon som inngår i ulike intervensjonsprogram – altså prosjekter eller tiltakspakker mot kjønnslemlestelse, drevet av det offentlige eller frivillige organisasjoner. I de siste årene har mange slike intervensjoner blitt uformet med basis i teoriene om sosial konvensjon.

Et av de mest internasjonalt kjente og anerkjente intervensjonsprosjekt som baserer arbeidet mot kjønnslemlestelse på teorien om sosial konvensjon er kjent som Tostan-prosjektet, etter navnet på den frivillige organisasjonen som driver det. Tostan-prosjektet ble opprinnelig utviklet i Senegal, men har siden blitt spredd til mange land, bl.a. Burkina-Faso, Gambia, og Somalia (www.tostan.org). Deres undervisningsprogram fokuserer på menneskerettigheter og på foreldrenes ønske om sine barns beste (Nafissatou J. Diop, Amadou Moreau, & Hélène Benga, 2008). Kjønnslemlestelse betraktes som et brudd på menneskerettighetene på grunn av de smerter og skade inngrepet påfører, og fordi det utføres på mindreårige som ikke kan gi informert samtykke. Tostan-prosjektet fremhever at kjønnslemlestelse ikke kan avskaffes ved å utfordre tradisjonelle kulturelle verdier. Snarere må man bygge videre på disse. Deres endringsteori er bygget rundt en forventning om at kjønnslemlestelse som praksis vil opphøre når inngrepet ikke lenger ses på som en forutsetning for sosial aksept og giftbarhet. Dersom kjønnslemlestelse ikke lenger er en sosial norm, vil ikke-kjønnslemlestelse bli betraktet som barnets beste. Det er her underforstått at foresatte oppfatter kjønnslemlestelse som smertefullt og/eller skadelig, slik at opphør av sosialt press for videreføring av praksisen, fører til at folk oppgir praksisen.

En svakhet ved denne teorien er at den ikke forholder seg til de kulturelle verdiene som er basis for de sosiale normene, utover altså det å ønske sitt barns beste. En rekke studier har beskrevet hvordan kjønnslemlestelse er knyttet til sentrale kulturelle verdier, herunder idealene om farskap, kvinnelig seksualitet og moral (ElMouelhya, Johansen, Ragabc, & Fahmya, 2013; Johansen, 2007, 2016b). Seksuell kontroll av kvinner er en sentral begrunnelse for opprettholdelse av kjønnslemlestelse i de fleste praktiserende samfunn (R. C. Berg & E. Denison, 2013; Johansen, 2007).

Som nevnt mente Mackie at den seksuelle begrunnelsen vokste frem som en slags etterpåklokskap fordi *«mennesker innenfor denne kulturen begynner å trekke falske slutninger om at kvinner må ha en overdreven seksualdrift som har gjort slike drastiske tiltak nødvendige for å beskytte hennes ære»* (Mackie, 2000) side.263).

Uansett om ideer om behovet for kontroll av kvinnelig seksualitet var en opprinnelig motivasjon eller en rasjonalisering etter at praksisen var etablert er kanskje ikke så viktig, men det blir viktig å undersøke betydningen av disse verdiene for endringsprosesser. Mackie nevner at endring kan være lettere i samfunn der tilknytningen mellom kjønnslemlestelse og moral er svak, og tilsvarende vanskeligere hos grupper der praksisen er tett knyttet til forestillinger om ærbarhet (s. 279). Han presenterer det som om en slik koblingen er unntaket snarere enn regelen. Men en slik dyp sammenkobling mellom forestillinger om kvinners seksualitet og ærbarhet finner vi hos mange grupper, ikke minst de som praktiserer infibulasjon. Sammenkoblingen er kanskje så sterk fordi det fysiske inngrepet i så stor grad sammenfaller med inngrepets funksjon: Gjennom infibulasjon konstruerer man et hudsegl som dekker vulva og ses på som (den kulturelt konstruerte) møydommen (Boddy, 1998; Gele Abdi A et al., 2015; Gruenbaum, 2006; Johansen, 2002c, 2006a; Talle, 1993). For å stimulere til endringer i de sosiale normene som viderefører infibulasjon, er det trolig nødvendig å utfordre praksisens kulturelle verdier som jomfrudom, virilitet, seksuell nytelse og seksualitet generelt (Johansen, 2016b, 2017).

Teorien om sosial konvensjon mangler foreløpig klare løsninger på flere sentrale utfordringer. For det første er ikke forebyggende prosjekter som bygger på denne modellen like vellykket i alle settinger (Berg & Denison, 2012b; Johansen, Diop, Laverack, & Leye, 2013). Ett eksempel er Gambia, der over 100 jenter søkte hjelp for umiddelbare komplikasjoner etter kjønnslemlestelse på samme sted og tid det ble arrangert flere offentlige deklarasjoner mot kjønnslemlestelse (Kaplan, Hechavarría, Martín, & Bonhoure, 2011). For det andre har ikke Tostan-prosjekter alltid ført til den intenderte endringen i sosiale normer. Et eksempel er Somalia, hvor budskapet først ble endret til innsats kun mot infibulasjon, mens mindre omfattende former for kjønnslemlestelse ble akseptert som en god erstatning (Crawford & Ali, 2014; Johansen, 2006b; Ingvild Bergom Lunde & Sagbakken, 2014). Videre forble de sosiale normene uendret, og personer som var negative til praksisen, opplevde press for å videreføre den (Crawford & Ali, 2014). For det tredje er Mackies modell tilpasset små lokalsamfunn med tette bånd mellom grupper

som tradisjonelt gifter seg med hverandre (intermarrying groups). Vi vet ennå ikke hvor godt egnet denne teorien er til å utforme tiltak i mer urbane strøk og diaspora (R. C. Berg & E. Denison, 2013).

Noe som derimot ser ut til å støtte disse teoriene, er de tegnene vi ser til tydelig nedgang i støtte til og gjennomføring av kjønnslemlestelse hos mange grupper i eksil, noe som ofte skjer til tross for at det er minimal nedgang i opprinnelseslandene (Bråten & Elgvin, 2014; A. A. Gele et al., 2012; Gele Abdi A et al., 2015; Jinnah & Lowe, 2015; Johansen, 2016b; Johnsdotter, 2002; Ziyada et al., 2016). Det kan bety at sosiale normer endres letter i eksil hvor kjønnslemlestelse er uvanlig og ofte både moralsk og juridisk fordømt. Det kan også bety at individuelle avgjørelser, ikke minst i eksil, i mindre grad er styrt av sosiale konvensjoner enn Mackies teori tilsier.

Og det jo nettopp enkeltindividers brudd med sosiale konvensjoner som må til for å starte en endringsprosess. Det kan derfor være interessant å vite mer om hvem disse tidlige normbryterne er, og hva som får dem til å bryte med samfunnets forventninger. Til det er andre teorier mer anvendelige, bl.a. Rogers teori om trinnsvis endring (diffusion of innovation) som presenteres i neste underkapittel.

2.2 Trinnsvis endring

Sosiologen og kommunikasjonsteoretikeren Rogers' teori om trinnsvis endring (innovasjonsspredning – *diffusion of innovation*) (Rogers, 2010) har også blitt utforsket som redskap til å forstå og endre kjønnslemlestelse som praksis (Johansen, 2004; Leye, Bauwens, & Bjalkander, 2005). Teorien bygger på over 100 års erfaringer med endringstiltak, primært innenfor utviklingsarbeid. Rogers trekker frem to sentrale faktorer for endring. For det første at folk lettest lytter til, og tar til seg, kunnskap fra mennesker de oppfatter som nær og lik dem selv. For det andre at ulike grupper har ulik grad av endringvillighet. Noen ønsker å prøve ut nye ting, mens andre sitter på gjerdet. Atter andre har motstand mot endring og vil holde på det gamle lengst mulig.

Roger har utviklet en modell med flere trinn for endring, der endringen starter hos de mest endringsvillige; pionerene. Pionerene utgjør ifølge ham en liten gruppe i samfunnet, kanskje bare 1–2 % av befolkningen. De er søkende i forhold til nye ideer og tar dem raskt til seg. De er villige til å ta i bruk nye ideer til tross for massiv sosial motstand, til og med utstøting. Noen av de første aktivistene både internasjonalt (Johansen, 2015) og i Norge må kunne regnes inn i denne gruppen (Johansen, 2004, 2006c; I.-L. Lien & Schultz, 2013).

Pionerene kan i neste omgang overbevise en gruppe Roger benevner som «nybyggerne». De utgjør en større gruppe, og de tar til seg nye ideer selv om de ikke i utgangspunktet bevisst leter etter dem. De er villige til å stå på hvis de får litt sosial støtte. De er også villige til å være kontroversielle og bli upopulære for sitt engasjement.

Nybyggerne kan i neste omgang klare å overbevise «folk flest»: De som ikke ønsket endring og de som «egentlig» var mot praksisen, men som skjulte motstanden av frykt for negative reaksjoner. Først når det er sosialt akseptabelt å bryte med kjønnslemlestelse i praksis, tør de å tone flagg.

De vanskeligste å endre er den siste gruppen i Rogers' firedeling, nemlig de konservative kreftene. De kan bare bli overbevist av «folk flest», altså når de store massene har tatt til seg ny kunnskap og blitt omvendt. De konservative holder hardest på tradisjonene, de har mest å miste ved endring og er redde for endring. Til denne gruppen kan man regne en del religiøse ledere og omskjærere.

Rogers understreker at en vellykket endring betinger involvering i rett rekkefølge fra alle fire grupper. Han mener det er vanskelig, for ikke å si umulig, for pionerene å overbevise de konservative direkte. Slike forsøk kan føre til at de konservative går i forsvar eller utvikler motreaksjoner, slik vi har sett i flere land, bl.a. Somalia (Crawford & Ali, 2014; Harris, 2012; Mohamud & McAntony, 2004), Kenya (Nypan, 1991), Senegal (Shell Duncan, Wander, Hernlund, & Moreau, 2013) og Egypt (ElMouelhya et al., 2013). Trinnavis endring vil gi større effekt og hindre tilbakeslag. Prosjektet må således få tid til å

utvikle seg (Hernlund & Shell-Duncan, 2007; Population Reference Bureau, 2001; Shell-Duncan & Hernlund, 2000b; UNICEF, 2005).

Tilsvarende tanker ligger til grunn for mye likemannsarbeid og idealene om at miljøene selv må jobbe med tematikken. Kjønnsmestelse skiller seg imidlertid på noen vesentlige punkter fra de typer utviklingsprosjekter Rogers' teorier har blitt anvendt på. Kjønnsmestelse er et smertefullt og farlig inngrep som utføres fordi foreldrene tenker at det er til barnets beste. Det er ellers kjærlige og gode foreldre som arrangerer et slikt voldsomt, smertefullt og skremmende inngrep. Dette er noe annet enn å tilegne seg økt kunnskap om mer effektive dyrkingsmetoder eller bruk av medisiner, som er noen av de eksemplene som ligger til grunn for Rogers teori. Endring av praksisen rundt kjønnsmestelse krever en dypere forståelse: Innsikten om at man selv har blitt utsatt for skadelige og negative inngrep av sine elskede foreldre – og/eller at man selv har utsatt sine døtre for dette. Det er derfor ikke tilstrekkelig å forstå endring på samfunnsnivå, slik Mackie og Rogers' teorier fokuserer på. Vi trenger en bedre forståelse av intellektuelle og emosjonelle endringsprosesser på individnivå og hvordan dette samspiller med sosiale prosesser.

2.3 Mentale kart og stadier av endring

Teorien om mentale kart og stadier av endring ble utviklet på begynnelsen av 1980-tallet. Teorien er basert på en komparativ analyse av terapisystemer brukt ved helseutfordringer som røykeslutt, alkoholmisbruk, bruk av prevensjon og psykiske problemer (Leye et al., 2005). Noen år senere videreutviklet legen Toubia i samarbeid med folkehelseforskeren Izett denne teorien til en modell for avvikling av kjønnsmestelse (Izett & Toubia, 1999, pp. 20–25). Denne tilpassede modellen presenterer fem stadier en person må gjennom for å sikre varig atferdsendring: Prekontemplasjon (ingen refleksjon eller kritisk tenkning rundt praksisen), kontemplasjon (refleksjoner om praksisen), forberedelse (refleksjon og forberedelse til endring i handlingsmønster), handling (endret handling) og opprettholdelse (kontinuitet i endret handling). Stadiene beskriver en bevegelse fra en situasjon uten refleksjon

omkring egne praksiser til en situasjon med refleksjon og endret praksis.

Endringsprosessen kan igangsettes av ulike faktorer, som personlige negative erfaringer, eksponering for ny informasjon eller sosiale endringer. På samme måte som i Mackies teori, antas det her at en person som endrer standpunkt, vil bekjentgjøre sin holdningsendring offentlig. Dersom individet får sosial støtte, vil holdningsendringen føre til endring i praksis. Kritikkk eller fravær av sosial støtte vil derimot sette en stopper for endring.

Denne teorien gir bedre innsikt i endringsprosesser på individplan, og den kan gi bedre innsikt i hvordan en endringsprosess starter og spres. Den konkretiserer også samspillet mellom individuelle og sosiale faktorer i endringsprosessen. Likevel er det også her noen usikre faktorer. Både i denne og de to første teoriene tas det for gitt at personer som endrer holdning vil gi offentlig uttrykk for dette, at de trenger støtte for endret praksis, og at de vil aktivt søke å overbevise andre. Empirisk forskning bekrefter ikke entydig disse forventningene. Blant annet har man sett at noen endrer holdning i skjul (Johansen, 2006b, 2016c, 2017). Andre er imot kjønnslemlestelse, men aksepterer den som et nødvendig onde. Mens atter andre endrer adferd i all hemmelighet (Johansen, 2016c, 2017). I en studie fortalte en kvinne som ikke var kjønnslemlestet hvordan foreldrene hadde skjult dette for omverdenen: De arrangerte sykehusbesøk og fest mens hun måtte holde seg i ro i sengen, slik at alle skulle til å tro at hun var blitt infibulert samme dag (Johansen, 2016b).

En styrke ved teorien om mentale kart er at den tar høyde for ulike triggere til endring. Det er ikke bare ny informasjon som kan stimulere til endring, men også personlig erfaring. En del forskning tyder på at endring av holdning og praksis i forhold til kjønnslemlestelse også kan være en dyptgripende psykologisk prosess. Berørte tar ikke automatisk til seg informasjon om helseskader knyttet til kjønnslemlestelse. De oppfatter ikke nødvendigvis informasjonen som sann, og den trenger ikke føre til endring i holdning eller handling. For å være villig til å handle på bakgrunn av ny kunnskap, må man kunne ta informasjonen til seg og bli dypt og

inderlig overbevist om viktigheten av å endre praksis, spesielt dersom dette innebærer et brudd med sosiale normer og forventninger. Det siste teoretiske perspektivet vi skal se på går derfor enda dypere inn i den individuelle endringsprosessen. Dette perspektivet er viktig for å forstå hvorfor informasjon om helseskader ikke alltid fører til endring av holdning og handling. På individuelt nivå krever endring nemlig vel så mye emosjonell som intellektuell bearbeiding av ny faktakunnskap.

2.4 Internalisering av kunnskap

En studie av antropologen Inger-Lise Lien viste hvordan den individuelle endringsprosessen også er en dypt emosjonell prosess som kan være både smertefull og utfordrende (I.-L. Lien & Schultz, 2013). Hun bruker antropologen Melford Spiro's teorier om kulturell reproduksjon for å undersøke hvordan og hvorfor informasjon ikke nødvendigvis fører til endring (Spiro, 1997).

Spiros teori undersøker individets rolle i kulturelle endringsprosesser. Dersom ny kunnskap skal føre til endringer i kulturelt konstituert overbevisning og handling, må kunnskapen nå frem til det dypeste av fire reaksjonsnivåer. Det første nivået er når man blir kjent med et budskap, men sier seg uenig. For eksempel kan informasjon om helseskader etter kjønnslemlestelse avfeies som misvisende vestlig propaganda. Her vil altså kunnskapen blankt avvises.

På nivå to anerkjenner man kunnskapen på et intellektuelt nivå, men den blir ikke internalisert og knyttet til egne erfaringer og følelser. I slike tilfeller vil ikke den nye informasjonen føre til endring i handling. Et eksempel er når menn i Eritrea lærte om kjønnslemlestelse, men ikke ønsket å utfordre sine mødre på det de oppfattet som deres domene (Draege, 2007). De aksepterte altså kunnskapen, men den førte ikke til endring på handlingsnivå.

Først på det tredje nivå tar personen til seg budskapet, internaliserer det og handler på bakgrunn av det. Mye av endringen som har blitt dokumentert i diaspora er på dette nivået. De fleste berørte i Norge

er negative til kjønnslemlestelse, og flertallet ser ut til å avstå fra inngrepet. Endringen er likevel ikke så dyptgripende at alle aspekter ved praksisen forsvinner. For eksempel er de fleste somaliere og sudanese i Norge negative til infibulasjon og få blir trolig derfor utsatt for inngrepet. Samtidig står mange av de kulturelle verdiene knyttet til praksisen fortsatt så sterkt at de kan hindre helsehjelp (Johansen, 2016c, 2017). Et annet eksempel er at få berørte konfronterer personer de vet eller mistenker planlegger kjønnslemlestelse. Det har per i dag ikke kommet en eneste bekymringsmelding eller anmeldelse til barnevern, politi eller kompetanseteam fra berørte miljøer. Slike meldinger har kommet utelukkende fra offentlige tjenesteytere og frivillige organisasjoner (I. L. Lien, 2017).

På det fjerde nivået blir kunnskapen til genuin tro og overbevisning. Først på dette stadiet vil kunnskap motivere til gjennomgripende endring, inkludert aktiv viderefremming av ny innsikt. Dette dypeste nivået av erkjennelse omtales som «å nå bunnen», og beskrives som en svært smertefull prosess. Informanter i Liens studie beskrev opplevelsen av å nå bunnen som om de var lammet, håret sto opp, de gråt etc. (I.-L. Lien & Schultz, 2013). Det å nå et slikt dypt nivå av erkjennelse gir ny innsikt, og kan motivere til endret atferd. Lien forteller at mange ble aktivister etter at de hadde bearbeidet smerten ved den nye erkjennelsen.

Personlige erfaringer og følelser er altså viktige for at personer skal ta til seg ny kunnskap, og bli så berørt av denne at de endrer atferd. Til en viss grad ligger det en kime til slik personlig berøring i selve inngrepet. Kjønnslemlestelse oppleves ofte som så smertefullt og vanskelig at det for mange fremprovoserer kritisk refleksjon over praksisen, slik det ble funnet i en studie blant somaliere i Norge (Johansen, 2006c). Selv om mange bearbeidet erfaringene av inngrepet og kom til å se på kjønnslemlestelse som et nødvendig onde, var smerten ved inngrepet for mange et frø til endring – et frø som begynte å spire når de flyttet til Norge, og møtte andre holdninger, kunnskaper og erfaringer.

2.5 Individuell og sosial endring

Av de fire endringsteoriene som ble presentert, la de to første størst vekt på sosial endring og de to siste på individuell endring. Samtidig viser alle teoriene det tette samspillet mellom individ og samfunn. Teorien om sosial konvensjon har fokus på hvordan endrede normer er en forutsetning for bred sosial endring. Teorien om trinnvis endring viser hvordan endring starter med individer som bryter og tar sjanser, og sprer seg til stadig mer konservative grupper. Teorien om mentale kart tar utgangspunkt i det enkelte individ og dets avhengighet av sosial støtte for å gå videre i endringsprosessen. Teorien om internalisering beskriver «the first move», altså hva som skal til for at et individ blir så engasjert at det tar initiativ til en endringsprosess. De fire teoriene belyser ulike aspekter ved endring, og de kan bidra til innsikt i de ulike trinnene i endringsprosesser.

Et prosjekt for intervensjonsforskning – REPLACE har utviklet en modell for å måle grad av endring i holdning og handling på bakgrunn av de fire teoriene vi har diskutert så langt (Alhassan, Barrett, Brown, Kwah, & Reisel, 2016; Brown, Beecham, & Barrett, 2013). Modellen bygger på Plestedts håndbok om vellykket endring (Plested, Edwards, & Jumper-Thurman, 2006) og har utviklet en skala på ni trinn: 1) ingen bevissthet, 2) fornektelse/motstand, 3) vag bevissthet, 4) før-planlegging, 5) planlegging, 6) initiativ til tiltak, 7) stabilisering, 8) utvidelse og 9) gruppens eierskap til endringsprosessen. Modellen nyanserer og operasjonaliserer endringsnivåene fra teorien om mentale kart og internalisering av kunnskap. Modellen til REPLACE er testet gjennom en sammenlignende studie av endringsvillighet i forhold til kjønnslemlestelse blant syv innvandrede nasjonalitetsgrupper i fem land: Eritreere og etiopiere i Italia fornektet at problemet fantes (nivå 1–2). Hos gambiere og senegalesere i Spania fant forskerne en kombinasjon av fornektelse og motstand mot endring (nivå 2). Hos en gruppe fra Guinea Bissau bosatt i Portugal og en gruppe sudanesere i Storbritannia fant de en vag bevissthet, men ingen motivasjon til handling (nivå 3). Størst endringsvillighet ble målt hos en gruppe somaliere i Nederland, som anerkjente at noe måtte gjøres (nivå 4). Kartleggingen viste altså en relativt lav grad av endring blant de studerte gruppene.

Kartleggingen fant også store variasjoner mellom gruppene når det gjelder barrierer mot endring: Hos noen ble kjønnslemlestelse oppfattet som en religiøs praksis (personer med bakgrunn fra Guinea Bissau, Gambia og Senegal). Personer som ikke hadde oppholdstillatelse ønsket ikke å endre praksis i tilfelle de ble sendt tilbake til hjemlandet (eritreere og etiopiere i Italia). Hos andre fantes det ingen leder som kunne eller ville ta tak i problematikken (sudanesere i Storbritannia). Hensikten med å identifisere slike barrierer mot endring var i neste omgang å utarbeide tiltak som var tilpasset hver enkelt gruppes ståsted.

Men hvordan måler man så endring? Hvordan vet man om målgruppen har forstått farene ved kjønnslemlestelse og klarer å motstå press om å videreføre tradisjonen? Evalueringer av prosjekter og tiltak har som regel målt endring ved å se på økt åpenhet for diskusjon om praksisen (breaking the silence), økt kunnskap, uttalt holdningsendring individuelt eller gjennom offentlige deklarasjoner, eller gjennom faktisk nedgang i utbredelse (Johansen et al., 2013). Det siste er klart det beste, men det tar tid og er vanskelig å måle i praksis, samtidig som uttalt holdningsendring har vist seg å i liten grad føre til endring i praksis. REPLACE- studien bidro med forslag til mer konkrete indikatorer på endring i handling som kan fanges opp. Det omfatter eksempler som innmelding i en frivillig organisasjon som jobber mot kjønnslemlestelse, frivillig deltakelse på konferanser, ta opp tema til diskusjon med eget nettverk, anmelde mistanke om planlagt kjønnslemlestelse med mer. Vi foreslår å legge til aksept av kirurgisk deinfibulasjon og rekonstruksjon av klitoris som uttrykk for endring.³

Diskusjonene om ulike nivåer og endringsindikatorer viser at en mer nyansert forståelse av holdninger kan være nyttig. Ofte skapes inntrykk av et klart skille mellom å være for eller imot kjønnslemlestelse. Forskning viser derimot at holdninger kan være flytende (Fangen & Thun, 2007; Shell-Duncan et al., 2011; Skramstad, 1990). En person som tar avstand fra infibulasjon, kanskje fordi hun erkjenner helsefaren, kan samtidig støtte andre former for kjønnslemlestelse, kanskje fordi hun mener *sunna* omskjæring er religiøst fortjenestefullt og/eller ufarlig (Fangen & Thun, 2007;

Johansen, 2016b; McNeely, McNeely, Jong, & Jong, 2016). Holdning kan også variere med situasjon. For eksempel kan en person ønske å ikke kjønnslemleste sine døtre, men ønske en kjønnslemlestet kone og vice versa (Skramstad, 1990). Vi trenger innsyn i variasjoner i holdninger på individ-, familie- og samfunnsnivå for å utvikle mest mulig målrettede og hensiktsmessige tiltak. Videre har vi vist at det ikke er nok å sikre at berørte får informasjon for å oppnå endring. Dersom individer og miljøer ikke tar kunnskapen til seg og lar den motivere til handling, har kunnskapsformidling begrenset effekt. Derfor er det viktig å utvikle metoder for formidling som gjør at individene internaliserer kunnskapen og lar seg berøre. Fordi tilegnelse av kunnskap kan være en smertefull prosess, kan informasjon med fordel formidles i grupper som kan bearbeide dette i fellesskap. Vi bør derfor utvikle tiltak som retter seg mot alle nivåer i individers og grupperes endringsprosesser.

3 Metode og felt

Data ble samlet inn gjennom litteraturgjennomgang, dybdeintervjuer og deltagende observasjon. I tillegg gjennomførte vi en kvantitativ spørreundersøkelse for å kartlegge undervisning om kjønnslemlestelse ved utvalgte helseutdanningsinstitusjoner. Litteratur, retningslinjer og rapporter ble gjennomgått for å få en oversikt over hva som ligger til grunn for tjenestenes arbeid med kjønnslemlestelse. Videre ble det gjennomført dybdeintervjuer med ulike tjenesteytere, det vil si personer som i kraft av sin stilling har ansvar for å organisere og/eller formidle informasjon og/eller bistand om kjønnslemlestelse til målgruppen. Hensikten med intervjuene var todelt: Å få en bedre oversikt over helheten og strukturen i informasjonssystemet, og å få innsikt i hvordan den enkelte aktør utformet sin rolle i praksis. Deltakende observasjon besto i deltakelse på ulike konferanser, møter, undervisningsarrangementer og gruppesamtaler. Gjennom denne metoden undersøkte vi hvordan noen av tiltakene utspant seg i praksis.

3.1 Rekruttering av og intervju med tjenesteytere

Vi intervjuet 46 tjenesteytere fra et bredt spekter av tjenester som møter jenter og kvinner i fare for, eller allerede utsatt for, kjønnslemlestelse. Alle intervju ble foretatt av forskeren alene, de fleste ansikt til ansikt, og noen i form av telefonintervju. Kriteriet for utvelgelse var at tjenesteyteren hadde oppgaver knyttet til formidling av informasjon om kjønnslemlestelse og/eller helsehjelp etter kjønnslemlestelse. Litt over halvparten jobbet med helsetilbud og informasjon generelt (24 personer), med flyktninger og asylsøkere som en av flere brukergrupper. Litt under halvparten (22 personer) hadde stillinger der de primært forholdt seg til flyktninger og asylsøkere (se tabell 3.1).

På tvers av dette kan vi dele deltakerne i helsepersonell (28) og flyktningkonsulenter (18). Av *helsepersonellet* var 14 ansatt innenfor

feltet obstetrik og gynekologi. De jobbet i ulike institusjoner, inkludert klinikker som gir helsehjelp etter kjønnslemlestelse og pедиатriske spesialklinikker som gjennomfører undersøkelser av mindreårige ved mistanke om kjønnslemlestelse. Vi intervjuet også 10 helsesøstre som jobbet innenfor skole, asylmottak, flyktningeomsorg og seksualundervisning, og fire fysioterapeuter som jobbet med hele befolkningen.

Flyktningkonsulenter blir i denne rapporten brukt som en samlebetegnelse på tjenesteytere som i sitt arbeid skal gi informasjon og assistanse til asylsøkere, flyktninger og familiegjenforente, men som ikke er helsepersonell. Dette inkluderte 11 sosialarbeidere og lærere som jobbet med bosatte flyktninger eller i flyktningmottak, og syv som var ansvarlige for å intervju og formidle informasjon til flyktninger før ankomst til Norge.

Tabell 3.1 Informanter i forhold til yrke og målgruppe

Tjeneste-område	Tot	Målgruppe bare flyktninger	Målgruppe generell befolkning	Kvinner	Menn
Helsepersonell (Helsesøstre, leger, jordmødre, fysioterapeuter)	28	4	24	20	8
Flyktning-konsulenter (Sosialarbeidere, pedagoger, saksbehandlere m.m.) (stjerne*)	18	18	0	11	7
Totalt	46	22	24	31	15

(*Stjerne) Inkluderer to personer ansatt i en frivillig organisasjon som utførte informasjonsoppdrag på oppdrag fra det offentlige.

Deltakerne var fordelt på 31 kvinner og 15 menn. Fire av dem hadde selv bakgrunn fra land der kjønnslemlestelse er utbredt. Tjenesteyterne ble rekruttert fra 20 ulike byer og tettsteder rundt i landet. Dette inkluderte alt fra storbyer til små bygder med en eller to familier fra berørte grupper. Tjenesteyterne jobbet i følgende kommuner: Arendal, Bergen, Bodø, Bærum, Drammen, Gjesdal,

Grimstad, Lenvik, Ringerike, Saltdal, Sandnes, Skedsmo, Stavanger, Trondheim, Tromsø, Oslo, Vestby og Værdal.

3.1.1 Utvalg

Vi tilstrebet et bredt spekter av informanter med hensyn til yrke, arbeidssted, arbeidsoppgaver og erfaring med feltet. Dette prosjektet skiller seg fra flere tidligere studier, som har rekruttert informanter fra kommuner eller bydeler med mange berørte og som derfor har mye erfaring (Jonassen & Saur, 2011; Lidén & Berntzen, 2008). Vi ønsket også å få innsikt i erfaringene til tjenesteytere med lite eksponering for tematikken. Dette er en viktig gruppe fordi nyankomne blir bosatt over hele landet, også i kommuner og bydeler med lite tidligere erfaring på feltet. Noen av stedene ble valgt ut fordi de akkurat hadde mottatt en gruppe nyankomne overføringsflyktninger. Til sammen ble 25 tjenesteytere rekruttert fordi de var med på å velge ut og bosette en gruppe somaliske overføringsflyktninger som kom til Norge i 2014–15. Noen av tjenesteyterne hadde gjennomført uttaksintervjuene i flyktningleiren, andre hadde gitt informasjon om Norge mens flyktningen ennå bodde i leirene, og andre tatt imot dem i deres respektive bosettingskommuner. Intervjuene med disse ble gjennomført to til 12 måneder etter at de først hadde møtt flyktningene i denne gruppen.

Vi har også intervjuet tjenesteytere som har ansvar for seksualundervisning, både i skole og på mottak. Flere av disse hadde minimal tidligere erfaring med å ta opp temaet kjønnslemlestelse. Vi har også intervjuet personer med lang erfaring fra innvandringstette områder. I tillegg har vi intervjuet ansatte i spesialisthelsetjenestene i byer med høy andel berørte grupper. Disse tjenesteyterne har kjønnslemlestelse som sitt speciale.

Som nevnt favner studien bredere enn det som er skissert i oppdraget. Vi vil her kort skissere årsaker til dette, samt konsekvenser for datainnsamling og analyse: 1) Vi valgte å fokusere bredt på informasjon om kjønnslemlestelse, snarere enn å avgrense feltet til informasjon om helsehjelp. 2) Studien inkluderer informasjonsformidling og helsehjelp ikke bare til nyankomne asylsøkere og flyktninger, men også til flyktninger og familiejenforente med

lengre botid. 3) Vi ønsket å inkludere et bredt utvalg av tjenester, og gikk derfor utover helsetjenestene. 4) Studien inkluderer data fra kommuner med begrenset erfaring med tematikken.

1. Bred informasjon om kjønnslemlestelse, både helsehjelp og forebygging

Selv om hovedmålet med studien var å undersøke helsehjelp for nyankomne flyktninger og asylsøkere, har forebyggende informasjon blitt viet mest plass i rapporten. Det er flere grunner til dette: For det første er forebygging og helsehjelp nært knyttet sammen i praksis. Arbeidet utføres i all hovedsak av de samme instansene, ofte samtidig. For det andre har de fleste tjenester lagt større vekt på forebyggende informasjon enn informasjon om helsehjelp. For det tredje ble nyankomne beskrevet som skeptiske til behandling, spesielt deinfibulasjon. Det ble derfor nødvendig å undersøke om forebyggende informasjon kan bidra til større kunnskap om og aksept av helsehjelp.

2. Informasjon til både nyankomne og langtidsboende

For å få innsikt i hvordan tjenestene møtte nyankomne, rekrutterte vi informanter med hovedansvar for disse. Intervjuene omfatter blant annet ansatte i UDI, IMDi, IOM og NOAS samt ansatte i kommunale flyktningetjenester og mottak. Også helsetjenester, som helsesøstre, jordmødre, psykologer, leger og fysioterapeuter møter denne gruppen. Men de fleste av disse yter tjenester til bredere målgrupper, inkludert flyktninger og andre berørte som har bodd lenge i Norge. Det ble ofte vanskelig å skille mellom arbeidet som er rettet mot nyankomne og arbeidet som favner langtidsboende. Mange tjenesteytere opplevde motstand mot helsehjelp hos de nyankomne. Først etter mange år i Norge spurte de berørte om helsehjelp for komplikasjoner etter kjønnslemlestelse. Flere grunner gjorde det altså hensiktsmessig å inkludere et lengre tidsperspektiv i studien.

3. Breddt utvalg av tjenester

Vi søkte å nå et bredest mulig utvalg av helsetjenester, samt andre tjenester som gir informasjon om kjønnslemlestelse til nyankomne. Men noen grupper nådde vi i liten grad, primært tjenesteytere som tilbyr psykisk helsehjelp og fastleger. Grunnen til at de som yter psykisk helsehjelp i liten grad er nådd, ut over enkelte psykiatriske sykepleiere som jobbet på mottak, er at det ikke finnes noe spesialtilpasset tilbud om psykisk helsehjelp for kjønnslemlestedede. En nylig gjennomført kartlegging av behandlingstilbudet til barn som er utsatt for vold og seksuelle overgrep fant at det var liten kompetanse og bevissthet om kjønnslemlestelse innenfor behandlingsapparatet (Tonje Holt, Lisa Govasli Nilsen, Moen, & Ingunn Rangul Askeland, 2016). Vi tok kontakt med noen psykologer med erfaring fra behandling av personer fra land med kjønnslemlestelse, men de ønsket ikke å la seg intervju under henvisning til taushetsplikten. Kontaktede fastleger og leger som jobbet spesifikt mot asylsøkere så seg heller ikke i stand til å delta i studien. De begrunnet avslaget med at tid på intervju ville gi tap av inntekt. Vi inkluderte derimot noen få fysioterapeuter helt på slutten av datainnsamlingen. De hadde lite kontakt med nyankomne og lite erfaring med kjønnslemlestelse, men opplevde problemstillinger hvor kjønnslemlestelse kunne være årsak til helseproblemene bak henvisningen. De tre yrkesgruppene – fastleger, psykologer og fysioterapeuter – bør inkluderes i videre studier. Vi vet lite om deres erfaring med kjønnslemlestedede, men de kan spille en viktig rolle i helseomsorgen for denne gruppen.

4. Inkludering av kommuner med begrenset erfaring fra feltet

Tidligere studier har ofte samlet data fra innvandrertette kommuner og bydeler, hvor kjønnslemlestelse er utbredt. Studiene var således sikret informanter med konkrete erfaringer. Men studiene ga liten innsikt i situasjonen på mindre steder, der tjenesteyterne kan stå uten erfaring i informasjonsformidling om kjønnslemlestelse. I denne studien har vi derfor lagt vekt på å inkludere data fra tjenesteytere med ingen eller minimal tidligere erfaring. Dette ble sikret gjennom intervjuene med tjenesteyterne som nylig hadde tatt imot nyankomne overføringsflyktninger. Deres erfaringer er viktige fordi den deles av mange siden bosettingspolitikken for flyktninger

medfører at mange blir bosatt på steder hvor det lokale tjenesteapparatet har liten tidligere erfaring med kjønnslemlestelse.

For noen av tjenesteyterne var møtet med de nyankomne somaliske overføringsflyktingene deres første erfaring med å skulle ta opp kjønnslemlestelse med berørte. Andre tjenesteytere hadde mange års erfaring, og et par hadde skrevet en masteroppgave om temaet og/eller arbeidet med dette. Videre fant vi store organisatoriske forskjeller mellom kommuner og etater. Noen hadde ingen rutiner på feltet, andre hadde langvarig systematisk innsats med klare rutiner for registrering, samarbeid og oppfølging. Bredden i tjenesteyternes erfaringsgrunnlag og organisatoriske rammebetingelser gir innsikt i noe av den variasjonen som finnes i vårt langstrakte land.

Kartlegging av helsefaglig utdannings undervisning om kjønnslemlestelse

Underveis ble det klart at de fleste tjenesteyterne mente at de ikke hadde hatt undervisning om kjønnslemlestelse under studietiden. Vi besluttet derfor å kartlegge eventuell undervisning om kjønnslemlestelse i utdannelsene til leger, jordmødre, sykepleiere og helsesøstre.

Vi utarbeidet en kort liste med spørsmål som ble sendt per e-post til faglig ansvarlig ved 37 institusjoner som utdannet helsesøstre, jordmødre leger, og sykepleiere. Resultatene fra denne kartleggingen er presentert i kapittel 4.2.

3.1.2 Intervjuguide og annen informasjon

Intervjuene med tjenesteyterne var åpne, fleksible, uformelle og tilpasset hvert tjenestested. Det ble spurt om følgende tema: 1) egen fagkunnskap på feltet, 2) opplæring i grunnutdanning eller senere, 3) arbeidsstedets organisering og egen rolle, 4) arbeidsfordeling med andre ansatte, 5) retningslinjer, rutiner og gjennomføring på arbeidsplassen, 6) registrering av tiltak og oppfølging videre, 7) samarbeid innad i etaten og med andre etater, 8) omfanget av arbeidet, prioriteringer, muligheter og begrensninger, 9) definisjon av brukere og målgrupper, 10) erfaring og opplevelse av møter med brukerne og opplevelse av deres respons, 11) refleksjoner rundt hva

som fungerer mer og mindre bra, og 12) ønsker for videre innsats, retningslinjer og opplæring. I tillegg fulgte intervjueren opp andre tema som ble reist av informantene.

3.1.3 Deltakende observasjon

Deltakende observasjon er en sentral antropologisk metode der hensikten er å studere hvordan kultur utspiller seg i praksis. Det betyr å være til stede, observere relevante situasjoner og notere det som skjer. I dette forskningsprosjektet fungerte deltakende observasjon på to måter. Observasjonen ble en slags lakmestest av informasjon som fremkom i intervjudataene. Observasjonen kunne også fange opp ubevisst adferd, som kunne undersøkes videre gjennom intervjuer. Data fra uformelle samtaler er inkludert i begrepet «deltakende observasjon».

Gjennom en kombinasjon av intervju og deltakende observasjon kan man få et mer helhetlig, realistisk og nyansert bilde. For eksempel kan data fra en informants fortelling om hvordan vedkommende underviser om kjønnslemlestelse sammenlignes med en observasjon av en undervisningssituasjon. Observasjon av tjenesteyterens presentasjon (ord, bilder, kroppsspråk, stemmeleie, blikk), tilhørernes reaksjoner og samspillet mellom dem, kan utfylle og utdype det som blir fortalt i et intervju. Vi kan dermed fange opp temaer som kan være nyttige i senere intervjuer.

Ved deltakende observasjon vil enkelte ikke fullt ut oppfatte hva slik observasjon innebærer. De som gjør det, kan synes det er ubehagelig å «bli sett i kortene» på denne måten. Derfor har vi i rapporten ikke referert direkte til noe som er sagt eller gjort, utover enkelte situasjoner der tjenesteyteren var fullt klar over observatørens rolle.

3.1.4 Etiske hensyn

Studien ble godkjent av Norsk senter for forskningsdata (NSD). Egne avtaler ble skrevet med Integrerings- og mangfoldsdirektoratet (IMDi) og Utlendingsdirektoratet (UDI) for tilgang til kontakter både med tjenesteytere og flyktninger. Informert samtykke ble gitt av deltakerne både skriftlig og muntlig.

For å sikre anonymitet knyttes ikke konkrete funn til konkrete kommuner, og noe informasjon er justert for å hindre gjenkjenning. Det er likevel gjort på en slik måte at det ikke svekker troverdighet og innhold.

3.1.5 Dataanalyse

Data fra intervju og deltakende observasjon ble analysert fortløpende, og gjennomgått på nytt etter avsluttet datainnsamling. Tematisk analyse ble gjennomført ved gjentatt lesing av intervju-utskrifter. Interessante tema som kom opp underveis ble fulgt opp i videre intervjuer. Deltakende observasjon gav rammer for kontekstualisering.

Data om kjønnslemlestelse i helseutdanningene ble lest og talt opp manuelt.

4 Rammene for tjenesteyternes arbeid

I dette kapitlet gjennomgås det generelle rammeverket for organisering av tjenestenes arbeid med kjønnslemlestelse. Hensikten er å beskrive hvordan oppgaver knyttet til informasjonsformidling er organisert og hvilke muligheter og begrensninger det gir tjenesteyterne.

Kapitlet beskriver først målgruppene for de ulike tjenestenes arbeid (4.1). Deretter presenteres en oversikt over undervisning om kjønnslemlestelse innenfor utvalgte helseutdanninger basert på en kartleggingsundersøkelse (4.2). Til sist beskrives registrering og koding av kjønnslemlestelse innenfor helsetjenesten (4.3).

4.1 Målgrupper og målsetting for informasjonsformidling

Handlingsplaner og retningslinjer definerer målgruppene for informasjon på forskjellige måter. Noen tar utgangspunkt i utbredelse i opprinnelseslandet, andre fokuserer på alder og kjønn, atter andre på målgruppenes kontakt med tjenestene. Utbredelse handler om hvorvidt informasjon skal gis til alle med bakgrunn fra land med kjønnslemlestelse, eller bare til de fra land med høy utbredelse (4.1.1). Videre vil målgruppen variere med målsettingen med informasjonsformidling: I forebyggingsøyemed ønsker helsevesenet å informere barn og deres familier. Helsehjelp fokuserer primært på voksne kvinner, spesielt gravide og fødende, men sjelden til unge jenter og deres foresatte (4.1.2). Informasjon om sammenhenger mellom risiko for kjønnslemlestelse og behandling av søknader om asyl og opphold (4.1.3) rettes primært til asylsøkere og overføringsflyktninger.

4.1.1 Målgruppenes landbakgrunn og etnisitet

Tjenesteytere har ulike målgrupper for informasjon om kjønnslemlestelse. For skolen har helsemyndighetene besluttet at informasjon om kjønnslemlestelse bare skal gis til jenter med bakgrunn fra land hvor kjønnslemlestelse er utbredt hos mer enn 30 % av befolkningen. Skolens helsesøster skal gi disse jentene informasjon om kjønnslemlestelse tre ganger i løpet av grunnskolen: Ved skolestart, i 4./5. klasse og i 9./10. klasse (Helsedirektoratet, 2014a).

En slik grense for når informasjon skal gis, har både fordeler og ulemper. På den ene blir arbeidet mer målrettet ved å ekskludere personer som ikke er berørt av tematikken. På den annen side faller mange etniske grupper med høy utbredelse fra land med lav nasjonal utbredelse utenfor tilbudet. Et eksempel kan være en somalier fra Kenya. Til tross for en utbredelse på 97% blant somaliere i Kenya, vil disse somalierne i prinsippet ikke få tilbud om informasjon fordi utbredelsen av kjønnslemlestelse i Kenya nå er falt til under 30% (United Nations Children's Fund, 2016). Men somaliere definerer seg ofte på bakgrunn av etnisitet og ikke nasjonalitet. Vårt inntrykk er at de fleste tjenesteytere la mer vekt på etnisk tilhørighet enn landbakgrunn når de definerte somaliere som målgruppe for informasjonsformidling. For kurdere var spriket mellom Iraks nasjonale utbredelse (8 %) og utbredelsen i landets kurdiske befolkning (43%) mindre kjent (United Nations Children's Fund, 2016). Også i Iran har man funnet høy utbredelse av kjønnslemlestelse gjennom mindre studier, men det finnes ingen nasjonale tall (Dehghankhalili et al., 2015; Rahimi, Ardalan, Felah, Majlessi, & Pashaei, 2012). Ifølge retningslinjene er ikke iranere og irakere en målgruppe for skolens informasjon om kjønnslemlestelse. Dette stemte med hvordan tjenesteyterne definerte sin målgruppe. Få var kjent med den høye utbredelsen blant kurdere, og få definerte dem som målgruppe for informasjon om kjønnslemlestelse. Mange opplevde dessuten at kurdere ofte benektet at praksisen fantes i deres hjemland (Dehghankhalili et al., 2015; Ingvild B Lunde et al., innsendt; Rahimi et al., 2012).

Personer med indonesisk bakgrunn faller også utenfor. Nasjonale befolkningsbaserte tall fant i 2014 en utbredelse på 51 % hos jenter under 12 år (United Nations Children's Fund, 2016). Dette var også lite kjent blant tjenesteyterne. Samtidig indikerer det lille som finnes av forskning at inngrepene i Indonesia som regel er betydelig mindre omfattende enn på det afrikanske kontinentet (Budiharsana, Amaliah, & Utomo, 2003; Octavia, 2014; United Nations Children's Fund, 2016). Det rapporteres om inngrep som varierer stort i omfang: Fra en rent symbolsk handling, der man skjærer i en frukt som symboliserer jentas underliv, men ikke rører jentas kropp, til inngrep av omfang type IV (prikking eller "nicking"), og i noen tilfeller type I (Budiharsana et al., 2003). Tjenesteytere i en kommune som møter denne gruppen, opplevde derfor at eksisterende informasjonsmaterieill ikke egnet seg for dem.

Informasjonssystemenes ulike målgrupper fører til forskjeller i hvor ofte brukerne får informasjon om kjønnslemlestelse. Somaliske overføringsflyktninger vil for eksempel motta informasjon minst tre ganger i flyktningeleiren, i introduksjonsprogrammet og ved eventuelle svangerskap og fødsler samt tre ganger i løpet av skolegangen. Til sammen utgjør dette minst 8–9 ganger. Kurdere – familiegjenforente, studenter eller arbeidsmigranter – kan på den annen side leve mange år i Norge uten å få noe informasjon om kjønnslemlestelse.

4.1.2 Informasjon og helsehjelp til barn

I følge en beregning fra 2016, var anslagsvis 2800 av de som kan være kjønnslemlestet i Norge mellom 10 og 19 år, og hadde blitt utsatt for inngrepet før innvandring (Van Baelen et al., 2016). I tillegg er trolig flere yngre jenter kjønnslemlestet, da inngrepene de fleste steder foretas før fylte 9 år. Vi har altså et visst antall kjønnslemlestedede barn i Norge. Det er primært til tjenester rettet mot disse: Tilbud om frivillige samtaler inkludert underlivsundersøkelse i regi av helsetjenesten i skolen og sosialpediatriske undersøkelser.

Tilbudet om frivillige samtaler og undersøkelse er mest omfattende. Alle jenter med bakgrunn fra land med over 30% utbredelse av kjønnslemlestelse skal få tilbudet tre ganger i løpet av grunnskolen

(kapittel 5.3.2). Tilbudet er beskrevet i en veileder under navnet «Forebygging av kjønnslemlestelse» (Helsedirektoratet, 2014a). Tilbudet er primært satt i verk for å forebygge at jenter blir kjønnslemlestet, og slik oppfattes det også av helsepersonell. Men veilederen legger i tillegg vekt på å avdekke eventuelle komplikasjoner og behandlingsbehov, blant annet gjennom tilbudet om underlivsundersøkelse. Denne undersøkelsen bekrefter imidlertid funn fra tidligere undersøkelser: Få jenter tok imot tilbudet om underlivsundersøkelse, samtidig som mange foresatte reagerte negativt på tilbudet (Hjelde & Ghebremedhin, 2013; I.-L. Lien et al., 2012; Robertensen & Ersvik, 2014). De fleste intervjuede helsesøstre hadde derfor sluttet å gi dette tilbudet.

Det andre tiltaket rettet mot barn er sosialpediatriske underlivsundersøkelser. Undersøkelsene gjøres etter en bekymringsmelding til barnevernet eller politiet. Hensikten er primært å identifisere om jenta er blitt utsatt for et straffbart forhold: Er jenta kjønnslemlestet, og har inngrepet skjedd etter bosetting i Norge? Hovedmålet med undersøkelsen er ikke å avdekke eventuelle medisinske behov, men å gi grunnlag for en juridisk vurdering. Dette er tydelig i måten undersøkelsen presenteres offentlig på (Bråten & Elgvin, 2014; Frøland, 2016; Gjellan & Heljesen, 2014).

De to viktigste tiltakene mot potensielt kjønnslemlestedede barn fokuserer altså i liten grad på helsehjelp. Skoleundersøkelsen har som hovedmål å forebygge kjønnslemlestelse, og den sosialpediatriske undersøkelsen har som hovedmål å kartlegge eventuelt straffbare forhold. Det finnes ikke retningslinjer for helsehjelp til jenter som har vært utsatt for kjønnslemlestelse, hverken nasjonalt eller internasjonalt (World Health Organization, 2016). Helsepersonell har derfor lite å støtte seg til når de skal vurdere behandlingsbehov hos mindreårige med kjønnslemlestelse. Minst tre faktorer kan skape usikkerhet i slike vurderinger: kliniske forhold, bearbeiding av traumer hos barn og de foresattes rolle.

Kliniske forhold: Når er det mest hensiktsmessig å utføre en deinfibulasjon? Er det beste fra et medisinsk ståsted å utføre dette så tidlig som mulig, vente til jenta får menstruasjon eller til hun

ønsker vaginalt samleie? Mange informanter var usikre på svaret. De var blant annet usikre på om hormonelle og bakterielle faktorer før og etter menstruasjon kunne få konsekvenser for tilheling etter en eventuell deinfibulasjon. Følgelig var de usikre på om det er best å foreta inngrepet før eller etter første menstruasjon, også fordi de var usikre på om deinfibulasjon kunne skape problemer for jenta sosialt i forhold til sosiokulturelle forventninger om jomfrudom bevist ved infibulasjon.

Bearbeiding av traumer hos barn: Mange var usikre på hvordan jentas alder og modenhet kunne påvirke opplevelsen av et åpnende inngrep: Ville det oppleves som mer traumatisk i ung alder, eller ville høyere alder og større forståelse gjøre opplevelsen emosjonelt vanskeligere?

Foresattes holdninger: Utdfordringer knyttet til de foresattes holdninger handlet i stor grad om nødvendighet av deres tillatelse til kirurgiske inngrep på barn under 16 år. Yngre jenter kan også trenge hjelp av foresatte til sårbehandling og annen medisinsk oppfølging. Tjenesteyterne var usikre på om foresatte ville akseptere deinfibulasjon hos yngre jenter, og flere hadde opplevd at foresatte motsatte seg et slikt inngrep.

Helsepersonell måtte altså gjøre egne kliniske vurderinger i forhold til disse faktorene, og de kom frem til varierende konklusjoner. En barnelege mente at det var best å gjøre deinfibulasjon så tidlig som mulig for å avhjelpe akutte plager, samt forebygge senskader. En annen foretrakk å vente til jenta fikk menstruasjon, fordi det endrer bakterieflora og surhetsgrad i skjeden og dermed reduserer risiko for infeksjoner. En tredje mente at det var best å vente til jenta selv aktivt søkte et slikt inngrep, fordi det da ville oppleves mindre traumatisk. Og en fjerde mente det var best å vente på grunn av frykt for retraumatisering, både for barnet og de foresatte.

Ett eksempel: En gynekolog mottok henvendelse fra en far med en 11 år gammel datter med underlivsplager. Den kliniske undersøkelsen viste et tynt hudsegl som ble irritert og betent ved bevegelse. Legen mente dette kun kunne avhjelpes ved en deinfibulasjon, men faren

motsatte seg et slikt inngrep med henvisning til at jenta var for ung. Legen, som til tross for iherdig innsats ikke klarte å overbevise faren om nødvendigheten av inngrepet, følte seg maktesløs på grunn av manglende medisinsk veiledning.

Et annet eksempel var en far som hadde søkt deinfibulasjon for sine mindreårige døtre. Han hadde blitt sendt rundt fra barnelege til gynekolog, men forespørselen ble til slutt avvist av helsetjenesten av uvisse grunn.

Flere tjenesteytere fortalte om jenter, også over 16 år, som ønsket, men ikke torde å gjennomføre en deinfibulasjon. Så lenge jentene bodde hos sine foresatte, fryktet de deres negative reaksjoner. Helsepersonell hadde prøvd å møte motstanden på flere måter, blant annet ved å tilby et bevis på at deinfibulasjon var medisinsk begrunnet – som regel uten å nå frem.

Helsepersonell nevnte sjelden deres mulighet til å sende bekymringsmelding til barnevernet i saker der foresatte nektet barna nødvendig medisinsk behandling. Det virket som om tjenesteyterne sjelden vurderte plagene som sterke nok.

Både kunnskap og erfaring med å yte helsehjelp til mindreårige kjønnslemlestedede varierte altså, og mange tjenesteytere gav uttrykk for usikkerhet. Årsaken er antakeligvis at dagens retningslinjer har lite fokus på jenter som allerede er kjønnslemlestet, noe som trolig henger sammen med svært begrenset forskning på området. Det er et sterkt behov for økt oppmerksomhet om helsehjelp til jenter som er kjønnslemlestet og økt kunnskap om hva som er barnet beste – fysiologisk, psykisk og sosialt.

4.1.3 Risiko for kjønnslemlestelse kan få konsekvenser for oppholdstillatelse

Risiko for kjønnslemlestelse er en del av vurderingen i asyl- og flyktningsaker. Slik risiko kan slå ulikt ut: På den ene siden kan planer om kjønnslemlestelse av egen datter føre til avslag på søknad om asyl/flyktningstatus. På den annen side kan risiko for

kjønnslemlestelse av søker eller søkers barn gi grunnlag for innvilgning av flyktningstatus.

Guiden for intervju med asylsøkere fastslår at risiko for kjønnslemlestelse skal vurderes da det kan gi grunnlag for opphold (Utlendingsdirektoratet, 2014). Ansvarlige myndigheter tar opp risiko for kjønnslemlestelse på eget initiativ i saker hvor pikebarn søker om beskyttelse og de kommer fra risikoland.⁴ Foresatte intervjues da for å kartlegge evt. risiko ved retur, og det gjennomføres også samtaler med barna selv. Siden juni 2017 har aldersgrensen for slike samtaler gått ned fra syv til fem år. Også barn som er yngre enn fem år skal ha mulighet til å uttale seg om egen sak dersom de fremstår som modne og selv ønsker det.⁵

Asylsøkerne og overføringsflyktninger skal også gis informasjon om det norske forbudet mot kjønnslemlestelse og begrunnelsen for dette, blant. Forbudet gjelder fra det øyeblikket informasjon er gitt. Det gjelder altså også utenfor Norge, for overføringsflyktninger mens de fremdeles bor i flykningeleiren, og det gjelder eventuelle barn i opprinnelseslandet for asylsøkere som har kommet til Norge. Altså har både overføringsflyktninger og asylsøkere plikt til å beskytte sine barn mot kjønnslemleste også før de har ankommet Norge. Hensikten med denne informasjonen er forebyggende. Informasjonen presenteres både muntlig og skriftlig og asylsøker/flyktning oppfordres til å skrive under på et dokument som bekrefter at de har mottatt og forstått informasjonen. Dette dokumentet blir deretter sendt til UDI og legges i deres saksmappe.

Tjenesteyterne hadde ulik erfaring med å formidle slik informasjon. Spesielt var de usikre på betydningen av å underskrive dokumentet om at de har mottatt og forstått informasjonen om at kjønnslemlestelse er forbudt. Tjenesteyterne mente mange asylsøkere underskrev uten å forstå innholdet eller uten å være enige, men av frykt for at manglende underskrift kunne virke negativt inn på behandlingen av asylsøknaden. Samtidig var de selv usikre på betydningen av en slik underskrift for behandlingen av vedkommendes asylsak.

Det var også en del usikkerhet rundt informasjonen om at loven mot kjønnslemlestelse gjaldt fra det øyeblikk informasjonen ble mottatt, selv om altså jenta, og noen ganger de foresatte, fremdeles befant seg utenfor Norge. På den ene siden kan dette stå i motsetning til den juridiske omtalen av kjønnslemlestelse, som spesifiserer at kjønnslemlestelse er forbudt etter at den aktuelle jenta ble bosatt i Norge. De fleste tjenesteyterne mente også det ville være vanskelig å avgjøre om en kjønnslemlestelse utført før innreise hadde skjedd før eller etter at den foresatte fikk informasjon om lovforbudet, og at regelen derfor var nærmest er umulig å håndheve. To tjenesteytere fortalte om konkrete saker med ulike utfall. I et tilfelle hadde en flyktning i leiren fortalt at jentas bestemor hadde sikret kjønnslemlestelse av jenta som en reaksjon på informasjonen om det norske lovforbudet. Dette skulle ha blitt gjort uten de foresattes viten eller samtykke. Denne familien fikk komme til Norge. En annen familie hadde insistert på at de ønsket å kjønnslemleste sin egen datter i fremtiden, selv om dette innebar at de ikke fikk godkjent søknaden om opphold i Norge. De fikk avvist sin søknad om bosetting i Norge.

4.2 Kjønnslemlestelse i helsefagutdanningene

For å kunne gjennomføre de pålagte informasjons- og omsorgsoppgavene trenger tjenesteyterne kunnskap om kjønnslemlestelse. Vi kartla hvorvidt kjønnslemlestelse var inkludert i pensum innenfor følgende helsefaglige utdannelser: helsesøster, jordmor, lege og sykepleier. En liste med 19 spørsmål (se under) ble sendt til faglig ansvarlig ved 37 utdanningsinstitusjoner. Vi mottok svar fra 27 av disse; Det omfattet seks (av syv) helsesøsterutdanninger, tre (av fem) jordmorskoler, alle fem medisinerstudier og 13 (av 20) sykepleierutdanninger.

Alle helsesøster- og jordmorutdanninger som svarte, sa at det ble undervist systematisk om kjønnslemlestelse. Innenfor medisin svarte tre av fem positivt, mens to skoler ikke dekket denne tematikken. For sykepleierutdanningen rapporterte fem av de 13 som svarte, at kjønnslemlestelse sto på pensum. Åtte sykepleierutdanninger dekket ikke denne tematikken.

Oppsummert i tabell 4.1 ser vi altså at 17 av de 27 som svarte, underviste om kjønnslemlestelse (ja). 10 av dem tilbød ikke slik undervisning (nei).

Tabell 4.1 Helsefaglige utdannelseinstitusjoner og undervisning om kjønnslemlestelse.

Fagutdanning	Antall spurt	Antall svar	Ja- har undervisning	Nei – har ikke undervisning
Sykepleier	20	13	5	8
Helsesøster	7	6	6	0
Jordmor	5	3	3	0
Medisin	5	5	3	2
Totalt	37	27	17	10

I Norge, som i de fleste andre land, er det den enkelte utdanningsinstitusjonen som har ansvar for å legge opp pensum, undervisning og litteratur. Kjønnslemlestelse er ikke et av temaene institusjonene er pålagt å dekke.

Listen med spørsmål presenteres nedenfor, mens kun forkortelser er brukt i tabellen:

1. Er kjønnslemlestelse en del av obligatorisk eller frivillig pensum?
 - 1.1. Hvis ja, når ble temaet innført i pensum?
 - 1.2. Hvor mye undervisningstid?
 - 1.3. Hva er lesepensum på tema? Referanse (pensumliste tilsendes)
 - 1.4. Er det oppgaver på tema?
 - 1.5. Er det en del av praksisopplæring?
 - 1.6. Hva er innholdet i undervisning/litteratur
 - 1.6.1.1. Fakta med definisjon og typologi
 - 1.6.1.2. Utbredelse i Norge og internasjonalt
 - 1.6.1.3. Helseplager og konsekvenser
 - 1.6.1.4. Behandling for helseplager
 - 1.6.1.5. Ethiske regler
 - 1.6.1.6. Hvordan snakke om det?
 - 1.6.1.7. Hvordan føre inn i journaler/helsekort?

1.6.1.8. Norsk lov om kjønnslemlestelse

1.6.1.9. Hvordan forebygge praksisen?

2. Hvis nei, hvorfor ikke?
3. Vurderes det å innføre i fremtiden?
4. Har noen av de ansatte kompetanse på tema?

Forklaring til tabellene: I tabellene med resultater er spørsmålene forkortet til stikkord av plasshensyn. Tomme felt betyr at det ikke er gitt svar på spørsmålet.

4.2.1 Helsesøsterutdanningen

Helsesøsterutdanningen er en ettårig spesialisering for sykepleiere. Utdanningen legger vekt på forebyggende og helsefremmende arbeid for barn og unge. Helsesøstre er en svært viktig yrkesgruppe for arbeidet mot kjønnslemlestelse. De har først og fremst ansvar for tilbudet om frivillig samtale og underlivsundersøkelse til jenter i skolen. De har i tillegg ansvar for sped- og småbarnskontrollene der det kan bli aktuelt å ta opp temaet (I.-L. Lien et al., 2012).

Vi sendte en forespørsel til syv skoler som tilbyr helsesøsterutdanning. Av disse mottok vi svar fra seks: Høyskolen Diakonova i Oslo (Diakonova), Høyskolen i Sør-Vest Norge- Campus Vestfold (HiSn Vestfold), Høyskolen i Bergen (HIB), Høyskolen i Hedemark (HiHM), Norges Teknisk Naturvitenskapelige Universitet Ålesund (NTNU Ålesund) og Norges Teknisk Naturvitenskapelige Universitet Trondheim (NTNU Trondheim). Vi mottok ikke svar fra Høyskolen i Oslo og Akershus (HiOA).

Tabell 4.2 Kjønnsmlestelse i helsesøsterutdanningen

Kartleggings- spørsmål	Diakonova	HiSN Vestfold	HiB	HiHM	NTNU – Ålesund	NTNU Trondheim
Obligatorisk/ frivillig		Obliga- torisk		Obliga- torisk	Obliga- torisk	
Når innført		2006	2002	2014	2004	2008 el. før
Under- visningstid	1 time	6 timer	3 timer	4–6 timer	3–6 timer	3 timer +
Oppgaver	Nei	Nei	Nei	Ja	Ja	Noe
Del av praksis	Avhenger	Nei	Avhenger	Avhenger	Ja	Ja
Tema dekket i undervisningen						
Definisjon, typer	Ja	Ja	Stort sett	Ja	Ja	Ja
Utbredelse	Ja	Ja		Ja	Ja	Ja
Helseplager	Ja	Ja		Ja	Ja	Ja
Behandling	Nei	Noe		Ja	Ja	Ja
Etiske regler	Nei	Ja		Ja	Ja	Ja
Hvordan snakke om	Ja	Ja		Ja	Ja	Ja
Journalføring	Ja	Ja	i praksis	Ja	Usikker	Ja
Loven	Ja	Ja	Stort sett	Ja	Ja	Ja
Forebygging	Ja	Ja		Ja	Ja	Ja
Kompetanse i stab	Ja	Ja	Nei	Nei, henter inn	Ja, men pensjo- nert	Ja, noe

Som vi ser av tabell 4.2. er kjønnsmlestelse dekket ved utdanningsinstitusjonene for helsesøstre som svarte, og undervisningen omfatter de mest relevante problemstillingene. Likevel var det to av skolene som ikke dekket behandling for komplikasjoner etter kjønnsmlestelse, noe som kan svekke kunnskapsgrunnet til helsesøstre som har et stort ansvar i forhold til å formidle informasjon om helsehjelp.

4.2.2 Jordmorutdanningen

Jordmorutdanningen er en toårig etterutdannelse for sykepleiere. Jordmødre jobber både innenfor svangerskapsomsorg og fødsels-
hjelp. Av de fem utdanningsinstitusjoner for jordmødre som ble kontaktet svarte følgende tre: Høyskolen i Bergen (HiB), Norges

Teknisk Naturvitenskapelige Universitet Trondheim (NTNU Trondheim), Universitetet i Tromsø (UiT). Vi mottok ikke svar fra to av skolene: Høyskolen i Oslo og Akershus (HiOA) og Høyskolen i Sør-Vest Norge- Campus Vestfold (HiSn Vestfold).

Tabell 4.3 Kjønnsllestelse i jordmorutdanningen

Spørsmål	HIB	NTNU – Trondheim	UiT
Obligatorisk/frivillig	Obligatorisk	Obligatorisk	Obligatorisk
Når innført	2005		Før 2006
Undervisningstid	12 timer		6 timer +
Oppgaver	Ja	Ja	Nei
Del av praksis	Ja		Avhenger
Tema dekket i undervisningen			
Fakta, def., typ.	Ja		Ja
Utbredelse	Ja		Ja
Helseplager/ konsekvenser	Ja		Ja
Behandling	Ja		Ja
Etiske regler	Ja		Ja
Hvordan snakke om	Ja		Ja
Journalføring/helsekort	Ja		Ja
Norsk lov	Ja		Ja
Forebygging	Ja		Ja
Hvorfor ikke på pensum			
Vurderes det å innføre			
Kompetanse hos ansatte	Ja	Henter inn?	Ja

Som vist i tabell 4.3 er kjønnsllestelse godt dekket ved de utdanningsinstitusjonene for jordmødre som svarte, både med hensyn til bredde på informasjon og tid avsatt.

4.2.3 Medisinerutdanningen

Å bli lege krever et 6-årig profesjonsstudium i medisin ved et universitet. Særlig allmennleger (fastleger), gynekologer og pediatere (barneleger) kan trenge kunnskap om kjønnsllestelse. Kartleggingen fokuserte imidlertid bare på den medisinske grunnutdanningen, ikke spesialistutdannelsene.

Vi mottok svar fra alle de fem utdanningsinstitusjonene for leger i Norge som ble forespurt: Norges Teknisk Naturvitenskapelige Universitet Trondheim (NTNU Trondheim), Universitetet i Tromsø (UiT), Universitetet i Oslo (UiO), Universitetet i Bergen (UiB) og Bjørknes/Ungarn og Slovakia.

Tabell 4.4 Kjønnsllestelse i medisinerutdanningen

Spørsmål	NTNU – Trondheim	UiT	UiO	UiB	Bjørknes/ Ungarn og Slovakia
Obligatorisk/ frivillig	Obligatorisk	Obligatorisk	Obligatorisk	Nei	Ikke hjemme, vet ikke om ute.
Når innført	Ca. 1996	2007 eller før	Før 2012		
Undervisningstid	2–4 timer	45 min	Varierer		
Oppgaver		Ja	Varierer		
Del av praksis		Nei			
Tema dekket i undervisningen					
Fakta, def., typ.	Ja	Ja	Ja		
Utbredelse	Ja	Internasjonalt	Ja		
Helsepl., konsek.	Ja	Ja	Ja		
Behandling	Ja	Ja	Nei		
Etiske regler	Ja	?	Ja		
Hvordan snakke om	Ja	Ja	Ja		
Journalføring/ helsekort	Ja	Ja	Nei		
Norsk lov	Ja	Ja	Ja		
Forebygging	Ja	Ja	Nei		
Hvorfor ikke på pensum				Reviderer nå	
Vurderes det å innføre				Ja	
Kompetanse hos ansatte			Ja	Ja	

Tabell 4.4 viser store variasjoner i profesjonsstudiet i medisin. Med tanke på den høye andelen kvinner som er berørt, oppfatter vi det som bekymringsfullt at to av de fem utdanningsinstitusjoner ikke underviser om kjønnslemlestelse. Ved Bjørknes tas ett år i Norge og resten av studietiden i Ungarn og Slovakia. Skolen svarte at de ikke vet hvorvidt kjønnslemlestelse dekkes i disse landene. Men siden begge landene har svært lav innvandring fra land der kjønnslemlestelse er vanlig, er det sannsynlig at temaet ikke dekkes (Johansen, Ziyada, Shell-Duncan, Kaplan, & Leye, Submitted).

De fleste skolene fortalte at undervisningen om kjønnslemlestelse ble gitt i 4. studieår. Dette kan være en utfordring i forhold til lege-studenter som underviser om seksualitet gjennom «Medisin-studentenes Seksualopplysning» (MSO). De begynner gjerne sitt virke langt tidligere i studieforløpet – altså før de får undervisning om kjønnslemlestelse, og underviser både på skoler og i mottak.

Undervisning i spesialistutdanningene ble ikke kartlagt. Ifølge tjenesteyterne i denne studien er kjønnslemlestelse inkludert i spesialisering i gynekologi, men i liten grad i de andre spesialiseringene. Det kan være problematisk dersom kjønnslemlestelse ikke dekkes innenfor spesialisering for allmennleger og pediatri.

4.2.4 Sykepleierutdanningen

Det er 20 institusjoner som tilbyr sykepleierutdanning i Norge, flere av dem med flere underavdelinger. Av de som ble kontaktet, fikk vi svar fra 14. Seks av dem hadde temaet på pensum: Høyskolen i Oslo og Akershus (HiOA), Høyskolen Stord/Haugesund (HSH Haugesund), Lovisenberg, NTNU Gjøvik, Universitetet i Tromsø (UIT Hammerfest) og VID Oslo.

Temaet ble ikke dekket ved følgende skoler: Høyskolen i Sør-Vest Norge- Campus Vestfold (HiSn Vestfold), Nord Universitet, NTNU Trondheim, VID Haraldsplass, Høyskolen i Hedemark (HiHM), HiSF. Av de som ikke har kjønnslemlestelse på pensum i dag, svarer en at det kommer inn fra våren 2017 (HiSF). En annen skole sier temaet nevnes som et eksempel i en forelesning om interkulturell sykepleie som ikke er et obligatorisk fag (UiS).

Vi kjenner ikke til hvorvidt temaet dekkes på de skolene som ikke svarte: Høyskolen i Sørøst Norge, NTNU Ålesund, Harstad og Narvik, Høyskolen i Østfold og Nord Universitet.

Tabell 4.5 Sykepleierutdanninger med kjønnslemlestelse på pensum

Spørsmål	HiOA	Lovisen- berg	HSH – Stord og Haugesund	NTNU Gjøvik	UiT Hammer- fest	VID Oslo
Obligatorisk/ frivillig	Obliga- torisk	Obliga- torisk	Obligatorisk	Tema	Ja	Ja*
Når innført	2005	Usikker	Før 2006	-		
Undervisningstid	1 time +	7–8 min.	1 time	Del av 3 timer om fødsel		
Oppgaver	Nei	Valgfritt	Nei	Nei		
Del av praksis	Muligens	Nei	Nei	Nei		
Tema som dekkes i undervisningen						
Fakta, def., typ.	Ja	Ja	Ja	Ja		ja
Utbredelse	Ja	Ja	Ja	Noe		ja
Helseplager, konsekvenser	Ja	Ja	Ja	Fødsels- relaterte	Traume- relatert	ja
Behandling	Ja	Nei	Ja	Fødsels- relaterte		
Etiske regler	Ja	Nei	Ja	Kultur og lov		
Hvordan snakke om	Ja	Nei	Ja	I fødsel		
Journalføring/ helsekonse- kvenser	Ja	Nei	Nei	Ja		
Norsk lov	Ja	Ja	Ja	Ja		ja
Forebygging	Ja	Ja	Ja	Lover		
4. Kompetanse hos ansatte	Ja	Noe		ja		

*Gynekologisk, om infibulasjon (faraonisk omskjæring), samt i global helse.

Det er altså store variasjoner i sykepleierutdanningen. Noen underviser om kjønnslemlestelse, andre ikke. Responderende skoler som ikke underviste i temaet, begrunnet det med nedprioritering til fordel for andre viktige tema.

Skolene som underviste om kjønnslemlestelse, inkluderte temaet i ulike kontekster: svangerskaps- og fødselsomsorg, kultur og lover, traumefokus, helsefremmende og forebyggende arbeid og folkehelse i et migrasjonsperspektiv. Disse forskjellene har trolig konsekvenser for innholdet i og omfanget av undervisningen, og de forbereder studentene på ulike typer situasjoner.

Undervisningskompetanse på den enkelte institusjon varierte, men vi fant ingen systematisk sammenheng mellom kompetanse og eventuell undervisning om kjønnslemlestelse. Ved en skole hadde flere ansatte både kompetanse og interesse uten at det ble undervist i temaet. Andre steder var kjønnslemlestelse tema selv om ingen i staben hadde spesialkompetanse på feltet.

4.2.5 Helsepersonells kunnskap om kjønnslemlestelse

I dette underkapitlet ser vi nærmere på innhold, tidsramme og konteksten for undervisning om kjønnslemlestelse ved de kartlagte helsefaglige utdanningene og ser dette i forhold til yrkesgruppens praktiske kompetansebehov.

Tidsramme for undervisningen: Hos de som rapporterte at kjønnslemlestelse inngikk i obligatorisk undervisning, varierte den avsatte tiden fra fem minutter til 12 timer. Flere institusjoner la ved utdypende forklaringer om at det totale timeantallet ikke bare gjaldt kjønnslemlestelse, men snarere det bredere feltet som temaet inngikk i. Her antydet de at tiden som var satt av til kjønnslemlestelse i praksis varierte fra fem minutter til tre timer.

Kontekst og sammenheng: I de fleste institusjoner inngikk kjønnslemlestelse som et ledd i undervisning om migrasjonshelse og/eller vold i nære relasjoner. Andre steder ble det fokusert på svangerskap og fødsel, traumer eller forebygging av kjønnslemlestelse hos barn. En nøyere gjennomgang av pensumlister og innhold i undervisningen bør gjennomføres, spesielt siden det ikke finnes autoriserte læringsmidler.

Kunnskapsbehov for ulike yrkesgrupper: Tidligere forskning på helsehjelp etter kjønnslemlestelse har fokusert på helsesøstre,

jordmødre og gynekologer. Helsesøstre har viktige forebyggende oppgaver. Gynekologer og jordmødre må ha kunnskap om deinfibulasjon i svangerskap og fødsel. Vi mener imidlertid at det er behov for kunnskap om kjønnslemlestelse innenfor langt flere helseprofesjoner, herunder sykepleiere, allmennleger, fysioterapeuter og psykologer. I denne studien fremkom flere eksempler på at disse yrkesgruppene trengte mer kunnskap enn de hadde: Flere sykepleiere fortalte om situasjoner der de måtte kateterisere (sette et rør i urinrøret for passasje av urin fra urinblæren) en infibulert kvinne for helseproblemer som ikke hadde noe med kjønnslemlestelsen å gjøre. Videre var mange tjenesteytere usikre på om fastlegene har kompetanse til å oppdage symptomer på komplikasjoner etter kjønnslemlestelse, noe som er avgjørende for riktig henvisning. Siden tidlig på 2000-tallet har de imidlertid hatt tilgang til en kort innføring om kjønnslemlestelse gjennom en elektronisk legehåndbok (Johansen, 2016a). Studien inkluderte intervjuer med noen få fysioterapeuter, etter å ha blitt kontaktet av foreningen for norske fysioterapeuter fordi de lurte på om plager de behandlet kunne ha tilknytning til kjønnslemlestelse. Dette omfattet skader og plager i omkringliggende organer, som rygg, hofta og ben, samt problemer knyttet til urinlekkasje og smertefulle samleier. Det ble ikke undersøkt hvorvidt det undervises om kjønnslemlestelse i utdanningen av fysioterapeuter, men de intervjuede mente det var lite trolig. Undersøkelsen tyder på at det er behov for å undersøke nærmere hvorvidt plager som behandles av fysioterapeuter kan ha sammenheng med kjønnslemlestelse (Abdulcadir & Dällenbach, 2013; Uebelhart et al., 2017). I så fall kan det også være behov for å undersøke hvorvidt eksisterende behandlingstilbud er de beste for behandling av komplikasjoner som er følge av kjønnslemlestelse.

Samlet viser vår kartlegging av kjønnslemlestelse i helseutdanningene, at tematikken i en viss grad er dekket, men at det er store variasjoner mellom skoler og fag. Godt over halvparten av de kartlagte utdanningsinstitusjonene (18 av 27) underviste om kjønnslemlestelse, mens ni gjorde det ikke. Vår vurdering er at det er mest bekymringsfullt av to av legeutdanningsinstitusjonene ikke underviste om dette temaet, fordi leger er viktige for både diagnostisering, henvisning og behandling. Det er også mange

situasjoner der sykepleiere kan ha behov for kunnskap om kjønnslemlestelse, og det kan være lurt å vurdere å legge til i hvert fall noe kunnskapsformidling om temaet også i de syv sykepleier-utdanningsinstitusjonene som rapporterte at de ikke underviste om temaet. En siste utfordring gjelder helsepersonell utdannet utenfor Norge. I følge et oppslag i VG i 2012, har omkring 40% av alt helsepersonell i Norge sin utdanning fra utlandet.⁶ Vi har per i dag ingen kunnskap om hvorvidt disse har fått undervisning om kjønnslemlestelse under grunnutdanningen eller under den ekstra opplæring mange gjennomgår for å få godkjent utdannelsen i Norge. Dette kan det også være behov for å følge opp nærmere.

4.3 Registrering og koding

For bedre behandling og registrering har norske helsemyndigheter etablert rutiner for koding og registrering av helsedata. Dette inkluderer koder for diagnoser og behandling. Slike koder er nyttige både for å kvalitetssikre behandlingstilbudet og muliggjøre registerforskning.

Veileder i fødselshjelp og gynekologi anbefaler at pasientens kjønnslemlestelsesstatus noteres i helsekort for gravide (Legeforeningen, 2014, 2015). I hvilken grad dette følges opp, er imidlertid usikkert. En gjennomgang av journalene til 20 somaliske kvinner og deres 32 fødsler i 2000, fant at kjønnslemlestelse bare var notert i helsekortet ved to tilfeller. I disse tilfellene hadde deinfibulasjonen ført til store komplikasjoner og behov for videre medisinsk oppfølging (Johansen, 2006a). En studie som kartla informasjonsflyten om kjønnslemlestelse mellom helsestasjon for gravide, fødeavdeling på sykehuset og tilbake til helsestasjonen i 2010 fant store variasjoner i etatenes behandling og videresending av informasjon (Sajjad, 2010b). Studien undersøkte imidlertid ikke bruk av medisinske koder eller informasjon om hvorvidt kjønnslemlestelsesstatus sto i helsekort for gravide. Studien som ligger til grunn for denne rapporten, gjorde ingen systematisk gjennomgang av journaler eller informasjonsflyt.

For å sikre en systematisk og sammenlignbar registrering bruker sykehusene et internasjonalt system som er utviklet under ledelse av WHO. Dette kodesystemet – «International Classification of Diseases» oppdateres omkring hvert 5.- 10. år. Per i dag brukes den 10. utgaven av den internasjonale klassifiseringen av sykdommer, kalt ICD-10.

Inntil våren 2016 fantes det ingen spesifikk ICD-10-kode for kjønnslemlestelse. Men mange land, deriblant Norge, utviklet en egen oversikt over bredere gynekologiske og obstetriske koder i 2004 (Legeforeningen, 2015). Fra 2012 har disse tilpassede kodene vært tilgjengelige på legeforeningens nettside (Legeforeningen, 2014, 2015). I denne studien har vi spurt helsepersonell ved offentlige sykehus om kodebruk. De mest brukte kodene ved de åtte klinikkene som spesialiserer seg på behandling av kjønnslemlestelse var:

Z90.7: Gynekologisk kode – tap av genitalia (brukes oftest på voksne)

S38.2: Traumatisk amputasjon av eksterne genitalia (brukes oftest på barn)

034.7: Obstetrisk kode. Omsorg for og behandling av mor ved patologisk tilstand i ytre kvinnelige kjønnsorganer og perineum.

Ifølge våre informanter ble kodene systematisk brukt når kjønnslemlestelsen utgjorde en kjerne av diagnosen og/eller behandlingen. Derimot hadde de ikke inntrykk av at kjønnslemlestelse ble kodet som del av generelle epikriser. De fortalte blant annet at deinfibulasjon ikke ble systematisk kodet under fødsel med mindre det oppsto komplikasjoner i forbindelse med deinfibulasjon. Dette er blitt bekreftet i en helt ny studie som gjennomgikk journaler fra St. Olavs Universitetssykehus i Trondheim (Tvenge & Andersen, 2017).

Når det gjelder koder brukt for kjønnslemlested barn, kjenner vi kun til de som ble brukt ved de sosialpediatriske klinikkene. Her brukes ICD-10-kodene for barnemishandling, som ikke har egen kategori for

kjønnslemlestelse (Dyb & Flekke, 2014). De sosialpediatriske klinikkene brukte heller ikke de gynekologiske kodene for kjønnslemlestelse. Disse klinikkene førte imidlertid en manuell oversikt over alle barn som hadde blitt undersøkt for mistanke om kjønnslemlestelse.

De ICD-10-kodene som brukes for psykiske lidelser, knyttes til diagnoser som depresjon eller angst, men indikerer ikke årsaksforholdet. Det eneste unntaket er posttraumatisk stresslidelse (PTSD), som indikerer at den er forårsaket av en belastende livshendelse (WHO, 2016). PTSD er en av de psykiske lidelsene som har vært knyttet til kjønnslemlestelse (Behrendt & Moritz, 2005; Berg et al., 2010b; Vloeberghs et al., 2012). Men koden i seg selv spesifiserer ikke hva slags hendelse.

I 2016 ble det innført en egen kode for kjønnslemlestelse i ICD-10. Denne har nummer Z91.7 og skal brukes ved «Opplysning om kjønnslemlestelse i egen sykehistorie (7)». Gjennom uformell kontakt med sykehusene våren 2017, fikk vi imidlertid inntrykk av at denne koden verken var kjent eller tatt i bruk. Siden dette kun er én kode, kan den også oppleves som mindre presis enn de tilpassede gynekologiske og obstetriske ICD-10-kodene som har blitt brukt de siste årene. Det arbeides imidlertid med å få inn flere og mer spesifikke koder om kjønnslemlestelse i neste versjon av ICD, nemlig ICD-11 (World Health Organization, 2017).

Vi mener det kan være viktig å styrke bruken av koder for kjønnslemlestelse. Vi mener også det kan være nyttig å inkludere kjønnslemlestelse i den generelle epikrisen: Kjønnslemlestelse kan være relevant for å forstå eller behandle andre lidelser.

5 Flere informasjonssystemer

Flyktninger, innvandrere, asylsøkere og familiegjenforente fra land som praktiserer kjønnslemlestelse har forskjellige veier inn i Norge. De møter det vi her omtaler som tre ulike informasjonssystemer: 1) Systemet som skal gi informasjon til overføringsflyktninger, 2) systemet som skal gi informasjon til asylsøkere og 3) systemet som skal gi informasjon til alle som kan være berørt av kjønnslemlestelse. Beskrivelsen av de tre systemene bygger på informasjon hentet fra Utlendingsdirektoratet (UDI) og Integrerings- og mangfoldsdirektoratets (IMDi) nettsider, offisielle retningslinjer og veiledere samt intervjuer med personer som jobbet innenfor de tre systemene.

Først vil vi minne om noen begrepsavklaringer. Flyktninger som er valgt ut for bosetting direkte fra flyktningleirene kalles *overføringsflyktninger*, kvoteflyktninger eller FN-flyktninger. Personer som kommer til Norge for egen maskin defineres som *asylsøkere* inntil de har fått svar på søknaden. Begge grupper defineres som *flyktninger* når de har fått oppholdstillatelse eller opphold på humanitært grunnlag. Familie (foreldre, partnere og barn) som får opphold på bakgrunn av nært slektskap til flyktninger og andre innvandrere, kommer gjennom et system for *familiegjenforening*. Alle informasjonspunkter rettet mot disse gruppene er inkludert i oversikten.

Andre grupper nåes i mindre grad gjennom disse systemene. Personer som bosetter seg i Norge pga. arbeid eller studier vil sjelden få tilbud om informasjon, selv om de også er nyankomne i en periode. Det samme gjelder mennesker uten oppholdstillatelse. Mennesker uten lovlig opphold har rett til akutt helsehjelp, inkludert svangerskapsomsorg og fødselsomsorg, og vil kunne få informasjon om kjønnslemlestelse i den forbindelse. De kan også få informasjon gjennom skolen, dersom de har barn i skolealder – da disse barna har rett til skole og helsehjelp.

Tabell 5.1 gir en oversikt over de ulike informasjonspunktene. Den viser også hvem som er ansvarlig for å formidle informasjon eller helsehjelp innenfor de ulike informasjonssystemene.

Tabell 5.1 Tre informasjonssystemer

Sted/Gruppe	Overførings-flyktninger	Asylsøkere	Felles, familie-gjeforente, andre
Utlandet	Intervju (UDI) Intervju (IMDi) Kulturorientering (IOM)	NA	NA
Ankomst/ Transittmottak	NA	Registreringsintervju (NOAS) Asylintervju (UDI/politi)	NA
Mottak	NA	Informasjonsprogram (NGO)	NA
Kommune	Kommunale flyktningteam	(se nedenfor)	(se nedenfor)
		<ul style="list-style-type: none"> • Helseundersøkelse (lege) • Introduksjonsprogram (lærer) • Skole x 3 (helsesøster)+ seksualundervisning (lærer, helsesøster, MSO/Sex og samfunn) • Svangerskapsomsorg (jordmor) • Fødsel (jordmor/gynekolog) • Helsestasjon (helsesøster) 	
Fylke		• Spesialklinikk for kvinner med kjønnslemlestelse (gynekolog/jordmor)	

NA- Not applicable/ikke relevant

5.1 Informasjon til overføringsflyktninger

Personer som oppholder seg i en flyktningleir i et annet land enn hjemlandet, og ikke kan reise tilbake dit eller få opphold i det landet vedkommende oppholder seg i som flyktning, kan få status som overføringsflyktning. Hvis FNs høykommissær for flyktninger (UNHCR) gir dem flyktningstatus i henhold til FNs flyktningkonvensjon, vil de kunne få bosetting i et tredje land. Norge har gjennom internasjonale avtaler forpliktet seg til å ta imot et visst antall overføringsflyktninger. Denne studien intervjuet tjenesteytere som på ulike måter var involvert i utvelgelsen fra leiren og bosetting i Norge for en gruppe somaliske overføringsflyktninger som kom til landet i 2014 og 2015. Disse intervjuene gav økt innsikt i hvordan

rutiner for informasjonsformidling ble gjennomført ved en konkret anledning. De beskrev prosessen som følger:

UNHCR sendte i 2013 informasjon til UDI om en gruppe somaliske overføringsflyktninger som befant seg i en flyktningeleir i Kenya, med oppfordring om gjenbosetting i Norge. Etter at Norge sa ja til å ta imot den utvalgte gruppen på litt over 100 personer, sendte UDI i 2014 en gruppe representanter til flyktningeleiren for å intervju flyktingen. I løpet av dette intervjuet ble flyktingene informert om den norske loven mot kjønnslemlestelse. De ble også advart om at deres sjanse for bosetting i Norge kan settes på spill hvis de uttrykker planer om kjønnslemlestelse av egne døtre. På bakgrunn av disse intervjuene ble det avgjort hvem som ble godkjent for bosetting i Norge.

IMDi besøkte deretter leiren for å møte flyktingene, gi informasjon og gjennomføre nye intervjuer. Under dette oppholdet arrangerte IMDi daglige informasjonsmøter i leiren for alle utvalgte, med informasjon om Norge, inkludert loven mot kjønnslemlestelse. Det ble også gjennomført individuelle intervjuer for å få informasjon som kan få betydning for hvor og når de bosettes i Norge. Dette inkluderte informasjon om eventuelle helseplager og andre særskilte behov som hadde betydning for hvor raskt de fikk komme til Norge, om de trengte assistanse på reisen, hvor de kunne bosettes og hva slags tilbud de trenger der.

Til sist reiste et team fra Organization for Migration (IOM) til leiren for å gi overføringsflyktingene en undervisningspakke med *kulturorientering*. Dette er et program som skal forberede dem på møtet med norsk kultur og samfunn. Undervisningen foregikk i grupper på rundt 20 personer, hvor voksne og barn/ungdom ble undervist adskilt. Voksne og ungdom over 15 år fikk undervisning i fire dager, mens barn og ungdom i alderen 8–15 fikk undervisning i to dager. Kjønnslemlestelse var tema i denne undervisningen innenfor en ramme av omkring en skoletime, dvs. 45 minutter. Informantene som hadde gitt slik undervisning, mente at de i praksis brukte mye lengre tid, gjerne to-tre timer. De ga faktaundervisning om kjønnslemlestelse, og de brukte en norskprodusert film om holdninger blant norsksomalere som utgangspunkt for diskusjon.

Deretter reiste flyktingene til den enkeltes mottakskommune i Norge. Her ble de på flyplassen tatt imot av et flyktingteam som bistår familien med bolig og praktisk hjelp og informasjon i bosettingsprosessen, inkludert hjelp til å komme inn i helsesystemet og skole- og introduksjonsprogram.

Flyktingteamene var ulikt sammensatt og hadde ulike stillingsbetegnelser, men omfattet som regel sosialkonsulenter, miljøarbeidere og flyktingkonsulenter. I mange kommuner hadde de også en egen «flyktinghelsesøster» og en egen «flyktinglege». De har ansvar for den første helsesjekken og annen helseoppfølging inntil fastlege er ordnet.

Alle kommuner er anbefalt å tilby en helseundersøkelse av nyankomne asylsøkere og flyktinger (Helsedirektoratet, 2015). Undersøkelsen, som har hovedfokus på alvorlige smittsomme sykdommer, er ganske omfattende, men kun testen for tuberkulose er obligatorisk. I følge retningslinjene skal kjønnslemlestelse tas opp i denne første helsesjekken (Helsedirektoratet, 2016). Men temaet var ikke oppført i det veiledende skjemaet som benyttes til denne undersøkelsen, og tjenesteyterne hadde generelt ikke oppfattet at det var en del av oppgaven eller at det ble gjort. I tillegg til den helseundersøkelsen som skal gjennomføres innen tre måneder etter ankomst, skal kommunene også ha mottatt en forseglet konvolutt med informasjonen fra en helseundersøkelse flyktingen gjennomgikk i leiren før avreise. Denne undersøkelsen ble gjennomført under av UNCHR.

5.2 Informasjon til asylsøkere

Asylsøkere er personer som har kommet til Norge for egen regning, og som har søkt asyl og flyktingstatus etter ankomst. Asylsøkere blir først registrert og intervjuet av politiet. Fra 2004 fikk politiet i oppgave å formidle informasjon om loven mot kjønnslemlestelse og sikre at asylsøkere underskrev på at de hadde mottatt og forstått informasjonen. Fra 2014 ble denne informasjonsplikten overført til Norsk organisasjon for asylsøkere (NOAS)⁷. Etter registrering hos politiet blir asylsøkere overført til et ankomstmottak, der NOAS

besøker dem for å gi informasjon om asylprosessen gjennom felles informasjonsmøter og individuelle samtaler. Her inngår muntlig og skriftlig informasjon om loven mot kjønnslemlestelse (samt mot tvangsekteskap), som asylsøkeren oppfordres til å underskrive på.⁸

NOAS gir denne informasjonen til alle asylsøkere fra land der kjønnslemlestelse er dokumentert. På UDIs nettsider er det lagt ut en liste over de 29 landene der kjønnslemlestelse er dokumentert av DHS eller MICS samt Zambia. Asiatiske land som Indonesia, der utbredelse nylig er bekreftet, eller India og Malaysia, er ikke inkludert: kun afrikanske land samt soranitalende kurdere. Det er blitt utviklet et informasjonsskriv for gjennomføring av disse samtale.⁹

Asylsøkere som venter på avgjørelse om sin søknad og bor i ordinært mottak, skal følge et informasjonsprogram som inkluderer informasjon om kjønnslemlestelse. I det 13 modul lange programmet for voksne er kjønnslemlestelse inkludert i modul fem om helse, hvor det er lagt til et underavsnitt om reproduktiv helse (Utlendingsdirektoratet). Informasjonsprogrammet for ungdom inneholder 10 moduler, og her er kjønnslemlestelse lagt til modul seks om «Seksualitet og kropp» (Utlendingsdirektoratet).

Informasjonsprogrammene er omfattende og varer ofte et år eller to. Informasjon om kjønnslemlestelse vil derfor gis ca. hvert annet år. Det betyr at asylsøkere som oppholder seg kortere i mottak, eller er forhindret fra å delta i undervisningen, kan gå glipp av dette temaet. Tjenesteytere ansatt på mottak fortalte også at det ofte var vanskelig å finne kompetente og tilgjengelige personer til å undervise om kjønnslemlestelse. Det kunne derfor bli vanskelig å implementere pålagt undervisning. Ved et mottak fortalte de for eksempel at de kun hadde fått gitt slik informasjon en gang: En lokal frivillig organisasjon hadde fått midler til informasjonsformidling om reproduktive helse hos flyktninger, og kunne påta seg et slikt oppdrag.

5.3 Felles informasjonspunkter

Overføringsflyktninger og asylsøkere som får opphold blir etter bosetting innmeldt i et obligatorisk utdannings- og opplæringsprogram tilpasset flyktningsalder: ordinær skole for barn under 18 og introduksjonsprogram for voksne mellom 18 og 55 år. I tillegg blir alle som får oppholdstillatelse innrullert i helsesystemet, inkludert helseundersøkelser, fastlege og oppfølging ved eventuelt svangerskap og fødsel.

Innenfor dette opplegget er det i hovedsak tre informasjonspunkter for kjønnslemlestelse: Introduksjonsprogrammet som alle voksne innrulleres i, grunnskolen som alle barn skal innrulleres i og svangerskaps- og fødselsomsorgen for gravide og fødende kvinner.

5.3.1 Kjønnslemlestelse i introduksjonsprogrammet

Alle voksne i alderen 16 til 55 år som har fått oppholdstillatelse som flyktninger eller på humanitært grunnlag, har plikt og rett til å gjennomføre et toårig introduksjonsprogram. Programmet skal gjennomføres senest tre år etter ankomst. Introduksjonsprogrammet er en fulltids utdanning som skal forberede dem til livet i Norge. Etter gjennomført kurs skal alle kunne videreformidles til utdanning eller arbeid (IMDi).¹⁰ At programmet er obligatorisk innebærer at elevene trekkes i «lønn» ved ugyldig fravær. IMDi er ansvarlig for programmet som implementeres av kommunene. Kursinnholdet er hovedsakelig norsk språk, men det omfatter også 50 timer med samfunnskunnskap. Samfunnskunnskapen inkluderer et eget kurs om «vold i nære relasjoner», som omfatter kjønnslemlestelse (VOX).

Alle informantene mente at dette systemet fungerte i deres kommune. Et par lærere mente imidlertid at undervisningen kun ga rom for et lite glimt inn i tematikken. Tidsrammen var kort med ca. en skoletime, og undervisningen foregikk i klasser med begge kjønn og forskjellige nasjonale bakgrunner. Lærerne mente derfor at de måtte holde seg på et generelt og enkelt plan for å unngå at noen følte seg stigmatisert eller uthengt.

Det tidligere omtalte OK-prosjektet i den første handlingsplanen mot kjønnslemlestelse anbefalte i sin sluttrapport å bake inn et eget opplegg om kjønnslemlestelse i introduksjonsprogrammet. Et slikt opplegg kunne gis til elever som er direkte berørt av praksisen, og slik gi dem mulighet til å få informasjon og diskutere innenfor tryggere rammer. Det ble foreslått at OKs opplegg for samtalegrupper om kvinners liv og helse i eksil kunne brukes som utgangspunkt for et slikt tilbud (Savosnick & Johansen, 2004). En kommune (Kristiansand) hadde gjort dette over flere år gjennom egne støtteordninger og avtaler. Opplegget ble gjennomført i tett samarbeid mellom RVTS Sør og det lokale flyktningteamet, og kommunen og RVTS opprettet en egen nettside for veiledning og ressurser (www.kvinneligomskjæring.no) (Johansen & RVTS Sør, 2014).

5.3.2 Kjønnslemlestelse i skolen

Barn med flyktningbakgrunn skrives inn i skolen i henhold til alder. Først går de et års tid i mottaksklasser for å tilegne seg tilstrekkelig norsk språk til å kunne følge undervisning i vanlige klasser. I skolen gis informasjon om kjønnslemlestelse primært i to settinger: som del av den generelle seksualundervisningen og gjennom systemet for «frivillige samtaler med tilbud om underlivsundersøkelse». Som nevnt skal sistnevnte tilbud gis tre ganger i løpet av grunnskolen til jenter med bakgrunn fra land med minst 30 % utbredelse av kjønnslemlestelse (Helsedirektoratet, 2014a).

De to første gangene blir foresatte invitert sammen med barna til en samtale der de mottar informasjon om de rutinemessige helse-sjekkene (skolestart og 5. klasse). Deretter skal jenter inviteres til en ny konsultasjon i ungdomsskolen (8. trinn). Denne gangen er ikke nødvendigvis de foresatte invitert. Ved disse samtalene skal jentene også tilbys en medisinsk undersøkelse av kjønnsorganene. Veilederheftet for disse samtalene har forebygging som hovedfokus, men informasjon om tilbud om helsehjelp inngår også (Helsedirektoratet, 2014a).

De intervjuede tjenesteyterne mente tilbudet stort sett ble systematisk gjennomført der de jobbet. I en kommune som ikke

hadde gjennomført opplegget på grunn av ressursmangel hadde til gjengjeld gjort en stor innsats på andre felt, blant annet gjennom samtalegrupper mot kjønnslemlestelse.

Erfaringene fra skolehelsesøstrenes samtaler med unge jenter i skolen, fant at unge jenter stort sett var fornøyde med samtalen, mens foresatte oftere var skeptiske og kritiske. Den kliniske undersøkelsen var lite etterspurt, og flere steder hadde derfor sluttet å tilby den. Disse funnene bekrefter funn i tidligere studier og undersøkelser (I.-L. Lien et al., 2012; Robertensen & Ersvik, 2014).

Til forskjell fra retningslinjenes fokus på forebygging, erfarte mange helsesøstre at jentene var mest interessert i informasjon om gjennomført kjønnslemlestelse, helseplager og potensiell helsehjelp. De opplevde at unge jenter med kjønnslemlestelse hadde et stort kunnskapsbehov. Men til tross for jentenes iver etter å snakke om egne erfaringer, opplevde helsesøstrene at de fleste hadde en høy terskel for å ta imot helsehjelp i form av deinfibulasjon. Jentene torde ikke gjøre et slikt inngrep uten mødrenes tillatelse, og mange tvilte på at mødrene ville akseptere et slikt ønske. Derfor holdt jentene ofte eventuelle ønsker om åpnende operasjoner for seg selv og unnlot å søke hjelp.

5.3.3 Kjønnslemlestelse i seksualundervisningen

Kjønnslemlestelse skal inkluderes i seksualundervisning og undervisning om reproduktiv helse både i asylmottak og i skolen.

Seksualundervisningen i skolen driftes av flere aktører. Skolens helsesøstre dekker kanskje det meste av landet. Men organisasjonene Sex og samfunn i Oslo og Medisinernes seksualopplysning (MSO) gjennomfører også en del seksualundervisning både i skole og på mottak.

Skolens helsesøstre har ofte en sentral oppgave i forbindelse med seksualundervisning i skolen. Helsesøstrene fortalte at de opplevde denne oppgaven som svært nyttig. Fordi helsesøstre har en mer nøytral og spesifikk rolle enn læreren, og kunne de formidle til de unge at de kunne søke råd og hjelp hos dem. Helsesøstrenes undervisning var gjerne spredd over flere trinn tilpasset elevenes

voksende modenhetsgrad og temaets aktualitet. Undervisningen var gjerne omfattende, og inkluderte både relasjoner, grensesetting, prevensjonsveiledning og informasjon om smittsomme sykdommer. Hvorvidt kjønnslemlestelse inngår i seksualundervisning over hele landet, eller i områder med flere berørte, kan vi ikke si noe om på bakgrunn av denne undersøkelsen. Men vi intervjuet to helsesøstre ved en større skole som hadde gitt slik undervisning i mange år. De fortalte at temaet ble dekket ganske overfladisk, blant annet for å unngå stigmatisering. Likevel mente de undervisningen var viktig for å vise berørte jenter at de som helsesøstre hadde nødvendig kunnskap og faglig trygghet, og at de var mottakelige for dypere samtaler om dette.

I Oslo har organisasjonen Sex og samfunn ansvar for mye av seksualundervisningen på ungdomstrinnet. Her gir de en tre timers forelesning, enten i organisasjonens lokaler eller på de lokale skolene. Vi var til stede ved et par tilfeller der slik undervisning ble gitt og intervjuet noen av de ansatte. MSO gir seksualundervisning ved mange skoler rundt omkring i landet for øvrig, og de har et opplegg på seks timers undervisning (Medisinerne Seksual Opplysning). Vi var ikke til stede ved MSOs undervisning, men har snakket med mange i organisasjonen i forbindelse med undervisningsoppdrag hos lokallag. Begge organisasjonene gir grunnleggende undervisning om seksualitet, kjønnsykdommer og prevensjon. De ansatte i Sex og samfunn tar systematisk opp mannlige omskjæring og kvinnelig kjønnslemlestelse,¹¹ mens frivillige i MSO fortalte at kjønnslemlestelse ikke alltid ble inkludert i deres undervisning. Det var primært ved undervisning i mottak at de tok opp dette temaet.

Et inntrykk fra felten: En tjenesteyter fortalte hvordan vedkommende underviste om kjønnslemlestelse for ungdom. Ut fra fortellingen kunne man få inntrykk av at det ble rom for en ganske grundig gjennomgang, og at tilhørerne syntes dette var greit å høre om eller at de var uinteresserte. Under observasjonen av undervisningssituasjonen så jeg at temaet nærmest druknet i alle andre temaer. Vi observerte at det kun ble brukt noen få minutter på informasjon om kjønnslemlestelse. Informasjon om kjønnslemlestelse ble tatt opp

som en videreføring av mannlig omskjæring, og det ble gitt et inntrykk av dette som to typer inngrep av samme alvorlighetsgrad. Det ble ikke informert om helseskader eller loven mot kjønnslemlestelse, eller tilbud om helsehjelp.

Elevenes reaksjoner var blandet. De intervjuede som hadde oppgave å gi slik presentasjon fortalte at de unge oftere var interessert i å diskutere mannlig omskjæring enn kjønnslemlestelse. De med bakgrunn i samfunn der mannlig omskjæring er utbredt gav ofte uttrykk for forbløffelse over at mannlig omskjæring ikke var vanlig i Norge. Under vår observasjon viste elevene liten interesse for noen av temaene. Imidlertid la vi merke til hvordan et par elever, kanskje med bakgrunn fra et land med kjønnslemlestelse, stirret intenst ned i pulten. Disse elevenes reaksjon peker an på at slik undervisning i en setting der flertallet ikke har personlig erfaring med kjønnslemlestelse, kan oppleves ubehagelig og kanskje stigmatiserende. Det så derfor ut til at generell seksualundervisning for ungdom ikke ga mulighet til å snakke om kjønnslemlestelse på den måten de som er direkte berørt av dette har behov for.

5.3.4 Spesialklinikker for kjønnslemlestelse

Norge har åtte klinikker med spesialkompetanse i undersøkelse og behandling av kjønnslemlestedede kvinner. Tilbudet gis ved de fem regionale universitetssykehusene: Oslo universitetssykehus Ullevål, St. Olavs Hospital Trondheim, Tromsø universitetssykehus, Stavanger universitetssykehus og Bergen universitetssykehus. I tillegg har de etablert et tilsvarende tilbud ved Sørlandet sykehus avdeling Kristiansand, Vestre Viken i Drammen og ved A-hus i Akershus.

De gynekologiske poliklinikkene setter av enkelte dager til mottak av pasienter med kjønnslemlestelse. Hyppigheten varierte med pasientgrunnet, men det vanligste var ca. en dag i måneden. En klinikk tok slike saker fortløpende i stedet for å sette av en spesifikk dag. Klinikken skal ha spesialkompetanse på kjønnslemlestelse, og de fleste hadde tilknyttet en eller to gynekologer med slik spesialisering. Ved Oslo universitetssykehus hadde de i tillegg en tilknyttet jordmor med afrikansk bakgrunn som brobygger, støtte og faglig

bistand. Ansatte fra de gynekologiske poliklinikkene ble tidvis trukket inn ved undersøkelser av kjønnslemlastede barn ved sykehusenes pediatriske klinikker.

Klinikkene skal gi et tilbud til voksne kvinner – over 16 år – med kjønnslemløstelse. Etter fylte 16 år har kvinnene rett til å søke helsehjelp uten samtykke fra foresatte. Ved noen klinikker tok man imidlertid også imot yngre jenter. En vanlig holdning var at barneleger var de mest aktuelle legene for underlivsundersøkelse av jenter før første menstruasjon, mens kjønnslemløstelsesklinikkene ble vurdert som best egnet for jenter etter første menstruasjon. Den vanligste konsultasjonsgrunnen var vurdering av behov for deinfibulasjon, men også smerter og behov for fjerning av cyster var vanlige årsaker til at kvinnene søkte hjelp. Dette ble bekreftet i en nylig gjennomført undersøkelse ved St.Olavs Hospital (Tvenge & Andersen, 2017).

Selv om tjenesteyterne oppfattet dette som et godt tilbud, pekte de på utfordringer vedrørende tilgjengelighet, kjennskap til og aksept av tilbudet. Utfordringer knyttet til tilgjengelighet inkluderte faktorer som timebestilling og henvisning samt utgifter og tid knyttet til reise. For å lette tilgjengeligheten oppfordres klinikkene til å ta imot pasienter direkte, uten henvisning. I praksis krevde likevel flere klinikker henvisning, trolig fordi dette er vanlig rutine. Unntak for pasienter med kjønnslemløstelse kunne by på praktiske problemer. Flere forsøkte å lette rutinene for henvisning ved å akseptere henvisning fra et bredt spekter av tjenesteytere, inkludert helsesøster, jordmor og sosionom. Til tross for at de åtte klinikkene er geografisk spredd fra Tromsø i nord til Stavanger i sør, opplevde tjenesteyterne at reiseveien kunne bli for lang. Mange av de nyankomne bodde på små steder, opptil flere timers reise fra nærmeste spesialklinikk. For dem ble reisen lang, noe som medførte behov for både tid og penger til transport og overnatting. Dette kunne by på utfordringer i forhold til forpliktelser i hjemmet, og manges ønske om å holde et besøk ved en slik klinikk hemmelig.

I slike tilfeller kunne man tenke seg at kvinnene i større grad ville oppsøke lokalt helsepersonell, men dette kunne også by på

utfordringer. Flere tjenesteytere i mindre kommuner uttrykte usikkerhet om kompetansen til lokale gynekologer og fastleger, og nølte derfor med å anbefale berørte å søke hjelp her.

Tilbudet til klinikkene var også overraskende lite kjent blant tjenesteyterne, særlig på mindre steder med begrenset erfaring i å ta imot flyktninger med tradisjon for kjønnslemlestelse. Mange kjente til tilbudet ved Ullevål universitetssykehus, men ikke lokalt tilbud. De intervjuede tjenesteyterne i en kommune tok imot flere nyankomne somaliske flyktninger uten å vite at nærmeste spesialklinikk bare lå 30 minutters kjøring unna.

Til sist opplevde tjenesteytere utfordringer knyttet til aksepten av tilbudet om åpnende operasjoner. Mange fortalte om motstand til deinfibulasjon, spesielt hos nyankomne. Mange informerte derfor ikke om tilbudet før kvinnene hadde bodd et par år i Norge.

Vi fant videre at det var noen ulikheter mellom metodene ved de ulike klinikkene. Viktige forskjeller var tidspunkt for åpning, grad av åpning, bruk av visuelle virkemidler i konsultasjonen og form for bedøvelse.

Når det gjaldt tidspunkt for åpning, oppmuntret noen klinikker til en åpnende operasjon samme dag som undersøkelsen. Dette fordi de av erfaring visste at mange ville kvie seg for å komme igjen. Ved andre klinikker valgte de å oppfordre kvinnen til å tenke gjennom alternativene og tilbød ny time for en eventuell åpning ved et senere tidspunkt.

I forhold til graden av åpning var det også variasjoner mellom klinikken. Ved en klinikk åpnet de rutinemessig helt opp slik at også klitoris ble blottlagt. Dersom området under var sterkt skadet, sydde de så sammen over klitoris for å forhindre at nerveender ble liggende for nakne og forårsake smerte eller overfølsomhet. De mente at denne metoden har flere fordeler: Den gir et mer naturlig utseende og kan øke seksuell følsomhet i de rundt 50 % av tilfellene der klitoris er mer eller mindre intakt under hudseglet. De mente også at metoden forebygget risiko for at urenheter samlet seg under restene

av hudseglet. Ved en annen klinikk hadde de ikke vurdert en slik metode. De påpekte at de fleste kliniske retningslinjer anbefaler åpning til over urinrørsåpningen, og fremhevet at åpning over klitoris medfører fare for overfølsomhet eller skade. De øvrige klinikkene vurderte grad av åpning i hvert enkelt tilfelle.

Det var også ulike praksiser rundt bruken av visuelle hjelpemidler under konsultasjonen. Ved de fleste sykehus ble det rapportert om bruk av bilder og illustrasjoner for å forklare før og etter deinfibulasjon. Det var også vanlig å bruke speil så kvinner kunne se sitt eget underliv før og etter inngrepet. Men ved et par klinikker brukte ikke informantene visuelle hjelpemidler fordi de mente det kunne være støtende.

Bruk av bedøvelse varierte ikke systematisk mellom klinikker, men var snarere basert på en klinisk vurdering av hver enkelt pasient. Alle så det som fordelaktig å benytte lokalbedøvelse. Men de brukte narkose dersom pasienten gav uttrykk for intens redsel. De brukte også narkose hos barn for å forebygge retraumatisering.

5.3.5 Frivillige organisasjoners rolle i informasjonsarbeidet

I tillegg til den informasjonen som formidles av det offentlige tjenesteapparatet, gir mange frivillige organisasjoner også informasjon om kjønnslemlestelse. Organisasjonene har siden 2008 kunnet søke offentlig støtte til slikt arbeid (Lidèn, Bredal A, & Reisel, 2014). Noen organisasjoner samarbeider tett med de offentlige systemene, mens andre opererer mer frittstående. I noen kommuner var frivillige organisasjoner og andre eksterne ressurspersoner engasjert for å utføre deler av det pålagte informasjonsarbeidet. Flere tjenesteytere mente at de var helt avhengige av et samarbeid med frivillige organisasjoner for å få gjennomført pålagte oppgaver, både på grunn av mangelfull kompetanse og ressurser i egne rekker.

Mange frivillige organisasjoner har samme etniske eller nasjonale bakgrunn som brukerne, noe som ble oppfattet som en fordel for informasjonsformidlingen. Som vist i kapittel 2, tyder forskning på at likhet gjør det lettere for mottaker å ta informasjonen til seg.

I en del kommuner var det likevel ikke mulig å samarbeide tett med frivillige organisasjoner der medlemskap er basert på landbakgrunn, og der denne er fra land der kjønnslemlestelse er vanlig. Dette kunne være fordi det ikke fantes slike organisasjoner lokalt, eller fordi de som fantes ikke jobbet med denne tematikken eller hadde nødvendig kompetanse. Utfordringer med å finne lokale samarbeidspartnere er delvis knyttet til at kompetanseheving og innsats fra frivillige organisasjoner er knyttet opp mot støtteordninger som legger opp til prosjektbaserte tiltak basert på kortsiktig finansiering. For frivillige organisasjoner kan det å opererer mer selvstendig ha både fordeler og ulemper: De når lettere ut til egne nettverk, samtidig som dette kan begrense målgruppen (Johannessen et al., 2004; Lidén & Bredal, 2017). Hvis myndighetene skal sikre at alle berørte får informasjonen systematisk, må dette arbeidet systematiseres.

5.3.6 Noen faller utenfor informasjonssystemene

Til tross for bred og systematisk innsats kan likevel enkelte grupper falle utenfor de eksisterende informasjonssystemene. Eksempler er personer som kommer til Norge i forbindelse med studier eller arbeid, og faller utenfor introduksjonsprogrammet. Det samme gjelder familiegjennforente til slike personer og til flyktninger som har vært bosatt i mer enn fem år. Disse har rett, men ikke plikt, til grunnutdanning i norsk og samfunnsfag der kjønnslemlestelse er nevnt. For disse gruppene kan det første informasjonspunktet komme i forbindelse med svangerskap og fødsel, eventuelt når barna begynner på skolen.

Kriteriene for inklusjon i introduksjonsprogrammet varierte mellom kommunene. Kommunene er ikke pålagt å tilby programmet til familiegjennforente til flyktninger med mer enn fem års botid, noe flere av flyktningkonsulentene opplevde som problematisk. Kommuner med bedre råd utvidet tilbudet til å gjelde også denne gruppen samt andre med behov.

5.4 Pulverisering av ansvar og isolasjon

Som det har kommet frem, har mange ulike tjenesteytere ansvar for å gi informasjon om kjønnslemlestelse og tilby helsehjelp. Systemet inkluderer bl.a. ansatte i UDI, IMDi, IOM og NOAS, helsesøstre i skole og på helsestasjon, jordmor på helsestasjon og fødestue, fastleger og gynekologer, helsepersonell som gir helseundersøkelse til flyktninger og asylsøkere, lærere i skolen og introduksjonsprogrammet, og de som gir seksualundervisning og frivillige organisasjoner. Mange tjenesteytere mente at de i deres kommune hadde laget et godt system for både arbeids- og ansvarsfordeling. Dette gjaldt spesielt kommuner med sterkt engasjerte ildsjeler og lang erfaring i å ta imot flyktninger og asylsøkere. I et par kommuner mente de at systemet tidligere fungerte godt, men hadde gått i oppløsning de siste årene. De forklarte dette med utskifting av personale, både lokalt og sentralt, og forskyving av innsats fordi mange flyktninger kom til Norge i datainnsamlingsperioden.

Noen informanter, spesielt fra kommuner med begrenset erfaring på feltet, var bekymret for at den store spredningen i oppgaver førte til pulverisering av ansvaret. Kunnskap om kjønnslemlestelse ble ofte sett på som spesialkompetanse konsentrert på få tjenesteytere. Dette merket vi godt under datainnsamlingen. Da vi kontaktet enkeltpersoner ved ulike institusjoner med forespørsel om intervju, mente mange at de ikke var riktig person, fordi «det er x som tar seg av dette». Noen ganger svarte også x det samme.

I en kommune kom pulverisering av ansvar som en overraskelse på tjenesteyterne. Vi tok kontakt med en flyktningkonsulent som nylig hadde tatt imot noen av overføringsflyktningene, og spurte om et intervju med henne, de nyankomne flyktningene og andre tjenesteytere med ulike oppgaver tilknyttet familien. I hennes arbeid med å rekruttere andre tjenesteytere for intervju, oppdaget hun at alle trodde at alle andre tok ansvar for temaet. Dermed mente de selv at de ikke trengte å ta opp kjønnslemlestelse. Den første hun kontaktet, mente at fastlegen hadde ansvaret. Samtidig var hun i tvil om fastlegen påtok seg dette ansvaret og hadde den nødvendige

kompetansen. En annen mente det var helsesøsters ansvar, en tredje mente det var flyktningkonsulentens ansvar, en fjerde sosionomens ansvar og en femte læreren på introduksjonsprogrammet. Denne læreren fortalte at tematikken ble tatt opp omkring hvert annet år, og da veldig kort.

Et annet eksempel kom under en leges presentasjon av oppfølging av gravide nyankomne. Han mente at han ikke trengte å ta opp kjønnslemlestelse med den gravide ettersom hennes omskjæringsstatus ville oppdages på fødestuen.¹²

Mange tjenesteytere ga videre uttrykk for en opplevelse av isolasjon og mangel på støtte i et arbeid de fant utfordrende. Mange opplevde at arbeidstiden ikke strakk til for å få gjennomført pålagte oppgaver på en god måte, blant annet på grunn av deltidsstillinger. Nesten alle hadde opplevd en nedprioritering av kjønnslemlestelse som tema de siste årene, og de gav uttrykk for ønske om faglig oppdatering og erfaringsutveksling med andre tjenesteytere. Taushetsplikt gjorde det ofte umulig å rådføre seg med andre om konkrete saker. Som en flyktninghelsesøster sa: *«Det er vanntette skott mellom tjenestene. Og vi kan ikke diskutere det vi finner hverken med fastlegen eller sosialarbeideren eller jordmoren. Det er så vanskelig å gjøre kompliserte avgjørelser helt alene»*.

Generelt fikk vi altså inntrykk av at noen kommuner, kanskje spesielt de med mindre erfaring på feltet, møtte mange utfordringer. Kjønnslemlestelse ble oppfattet som et vanskelig tema som krevde spesiell kompetanse. Samtidig hadde disse stedene liten erfaring og kompetanse, færre ressurser, mindre systematisering og mindre støtte til arbeidet.

6 Implementering av retningslinjene

I dette kapittelet vil vi gjennomgå og analysere de identifiserte utfordringene, og vise hvordan arbeidet med informasjonsformidling og helsehjelp knyttet til kjønnslemlestelse bør styrkes. Vår vurdering er gjort på basis av eksisterende kunnskap, blant annet de teoretiske perspektivene fra kapittel 2, erfaring fra feltet og innspill fra informantene i studien.

Først (6.1) ser vi nærmere på innholdet i og målsettingen med informasjonsformidling, herunder balansen mellom forebygging og helsehjelp, lovens rolle og begrepsbruk. Deretter (6.2) diskuterer vi styrker og svakheter ved ulike metoder for informasjonsformidling. Vi vurderer fordeling mellom individuell og gruppebasert undervisning, hvem som best kan formidle kunnskap i forholdet mellom offentlig og privat sektor, tolkens rolle i informasjonsformidlingen og risiko for stigmatisering. Videre tar vi opp balansen mellom overfokusering på den ene siden og pulverisering av ansvar på den andre. Til sist i dette kapittelet (6.3) ser vi på barrierene for informasjonsflyt, spesielt hvordan mange opplever at taushetsplikten hindrer dem i å gi god informasjon og omsorg.

6.1 Målet for informasjonsformidling

Et av målene med studien var å se på målsettingen med informasjonsformidling om kjønnslemlestelse. Vi ville også undersøke hvilket innhold som vurderes som nødvendig for å nå dette målet. Eksisterende retningslinjer fastslår at formålet med informasjonsformidlingen er todelt: Å forebygge kjønnslemlestelse og å sikre helsehjelp til de som allerede er utsatt. Retningslinjene anbefaler derfor tjenesteyterne å formidle kunnskap om lovverk, helseskader og muligheter for helsehjelp. Vi vil se nærmere på hvordan dette gjennomføres og diskutere effekten. Vi vil også ta opp begrepsbruk og muligheten til en mer omfattende informasjonsformidling.

6.1.1 Informasjon om forebygging og helsehjelp

De fleste tjenesteyterne hadde størst fokus på forebygging. Tilbud om helsehjelp var i begrenset grad innlemmet i det ordinære arbeidet. Et eksempel er reaksjonen fra en tjenesteyter innenfor flykningomsorgen da vi presenterte formålet med studien. Nærmest bestyrtet registrerte hun at helsehjelp ikke hadde vært i deres fokus: *«Vi har primært vært opptatt av forebygging, og i liten grad om tiltak for de som allerede er blitt omskåret. Dette (prosjektet) var en god vekker»*. En liknende reaksjon kom fra en skolehelsesøster da hun forklarte hvem som var deres målgruppe: *«Vi tar opp kjønnslemlestelse med mødre som har døtre i risikoalder, rundt 6–7 år. Jeg har aldri tenkt på at det var noe poeng å ta det opp med dem det alt har skjedd med»*.

Men vi fant unntak fra dette generelle bildet. Enkelte helsesøstre forklarte at de *«tar hele pakken»*: De spør etter helsekomplikasjoner og gir informasjon om muligheter til helsehjelp. Informasjon om helsehjelp ble fra 2014 også inkludert i informasjonsskrivet som gis til nyankomne asylsøkere (Utlendingsdirektoratet, 2014). Som nevnt erfarte tjenesteytere generelt høy motstand mot å ta imot tilbud om hjelp i form av åpnende operasjoner. Dette var spesielt tydelig blant nyankomne, og de som (ennå) ikke hadde fått oppholdstillatelse. Flere tjenesteytere la vekt på at brukerne trenger tid til å ta til seg ny kunnskap, og at informasjonen måtte gis flere ganger over lang tid. Erfaringene var også at unge jenter og ugifte var svært skeptiske til å gjennomføre en åpnende operasjon, ettersom den ville undergrave og ødelegge det de oppfattet som sin jomfrudom, nemlig infibulasjon (Johansen, 2016b, 2017).

Retningslinjer om formidling av potensielle helseskader bygger trolig på en forventning om at slik informasjon vil bevisstgjøre og avskrekke brukerne fra videreføring av praksisen. Internasjonal forskning viser imidlertid at informasjon om helsefarer ved kjønnslemlestelse har begrenset effekt på praksis (Johansen et al., 2013). Et eksempel er sosialantropologen Janice Boddys omfattende forskning fra Sudan. Under et nylig feltopphold begrunnet informantene sin nyervervede negative holdning til

kjønnslemlestelse med kunnskap om helsekonsekvensene (Boddy, 2016). Boddy mener likevel dette ikke forklarer holdningsendringen fordi de har hatt denne kunnskapen i over 30 år. Hennes analyse peker derimot på bredere samfunnsmessige endringer som gjorde det mulig å ta til seg kunnskapen og handle deretter.

Forskere og andre aktører har uttrykt bekymring for at informasjon om helseskader ikke fører til at berørte oppgir praksisen. De mener at den primært fører til endringer i måten inngrepet gjøres på (Johansen et al., 2013; Shell-Duncan, 2001). Slike endringer inkluderer at man går over fra å bruke tradisjonelle omskjærere til profesjonelle helsearbeidere, eller at man søker å endre type kjønnslemlestelse (A. A. Gele, Bø, & Sundby, 2013; Ingvild Bergom Lunde & Sagbakken, 2014; Serour, 2013; UNFPA et al., 2010). Litt senere (6.1.3 og 6.1.4) går vi nærmere inn på utfordringer knyttet til type kjønnslemlestelse og den såkalte «sunna»-debatten.

Effekten av informasjon og tilbud om helsehjelp har ikke blitt studert. Men det at kvinner og jenter søker deinfibulasjon, fjerning av cyster og annen hjelp ved norske sykehus, viser at noen tar til seg slik kunnskap. Kanskje kan tilbudet om helsehjelp også bidra i det forebyggende arbeidet. Et slikt helsetilbud kan vise omsorg og omtanke og tydeliggjøre sammenhenger mellom helseplager og kjønnslemlestelsen. Videre kan kirurgisk deinfibulasjon bidra til å undergrave tradisjonelle forestillinger rundt jomfrudom, virilitet og menns seksuelle nytelse – som alle er viktige begrunnelser for infibulasjon (Johansen, 2016b, 2017).

6.1.2 Lovinformasjon som forebygging

Eksisterende retningslinjer legger stor vekt på informasjon om loven mot kjønnslemlestelse, noe som understreket fokuset på forebygging og avverging. Lovteksten er oversatt til mange språk og det er etablert rutiner for formidling til bl.a. gravide, foreldre med barn i skolen, overføringsflyktninger og asylsøkere. Her fokuserer vi på hvordan denne informasjonen gis til de nyankomne, altså flyktninger og asylsøkere.

Som nevnt (kapittel 4.1.3) har informasjon om loven mot kjønnslemlestelse for disse to målgruppene to formål. På den ene siden er hensikten å sikre at jenter ikke blir utsatt for kjønnslemlestelse etter at informasjon om loven er mottatt. På den annen side er hensikten å informere om at frykt for kjønnslemlestelse kan gi rett til opphold.

Informasjonen gis til overføringsflyktninger i flyktningleiren og til asylsøkere rett etter ankomst. Tjenesteyterne opplevde ofte at denne informasjonen ikke sank inn, noe følgende sitat vitner om:

«Vi kan dele reaksjonene inn i tre. Kanskje 70 % nikker på hodet og sier det er OK. Men jeg tror over hodet ikke det går inn. Kanskje 20 % er enige i lovforbudet og de er engasjerte i problematikken og synes det er bra. De har et personlig forhold til det, og stiller spørsmål. Så er det 10 % som mener at omskjæring er bra. «Det er min kultur, Norge kan ikke skrelle av meg min kultur», sier de. (...) Da (når vi gir informasjonen) har de jo vært ca. 48 timer i Norge. De er slitne, har ikke dusjet på ukevis, og de har hatt 6–7 timer hos politiet for registrering. Og folk er redde for politiet. Vi sier at de har rett til å la være å skrive under. Men da formidler vi at den informasjonen vil gå videre til UDI. Da er det noen som snur, de er redde for reaksjonene.»

Undervisningsmaterialet til ungdom på mottak (modul 5) inkluderer informasjon om loven, det samme gjør arbeidsheftet som brukes i introduksjonsprogrammet (VOX). Også i det ordinære helsevesenet oppfattes loven som et viktig budskap. En undersøkelse fra 2012 viste at alle berørte som kjente til forbudet mot kjønnslemlestelse. Men de hadde varierende kunnskap om helseskader, og nesten ingen hadde fått informasjon om helsetilbudet (Hjelde & Ghebremedhin, 2013).

Informasjon om loven oppfattes altså som viktig. Tanken er trolig at en lov og kunnskap om denne virker avskrekkende og dermed forebyggende. Men forskning om virkningene av lovregulering på dette feltet er begrenset, spesielt fra diaspora (Muthumbi, Svanemyr, Scolaro, Temmerman, & Say, 2015; Sophia, Ghayda Hassan, & Jaswant Guzder, 2017). Forskning fra opprinnelsesland tyder på at

lover mot kjønnslemlestelse har noe, men begrenset, effekt. De fleste land med tradisjon for kjønnslemlestelse har forbudt praksisen, men reduksjonen i utbredelse er liten (Muthumbi et al., 2015; Shell Duncan et al., 2013). Det som finnes av forskning fra diaspora tyder på at loven her kan ha en preventiv effekt (I. L. Lien, 2017). Loven kan gi støtte til motstandere av praksisen, og dermed styrke motstand mot sosialt press for omskjæring. I tillegg bidrar lovforbudet til at noen avstår fra å videreføre tradisjonen av frykt for straffeforfølgelse – selv om de egentlig er for kjønnslemlestelse (Koukoui, Hassan, & Guzder, 2017; Shell Duncan et al., 2013). Vi må regne med at begge disse virkningene av loven gjør seg gjeldende i Norge. I tillegg har vi sett at loven spiller en rolle for flyktningstatus og oppholdstillatelse: Dersom familien støtter eller har gjennomført kjønnslemlestelse, kan det føre til avslag på søknad om oppholdstillatelse. Dersom familien derimot sier at de er imot inngrepet, kan det bidra til innvilget flyktningstatus.

Erfaringen tilsier altså at det å ha en lov, og å gjøre denne kjent for aktuelle grupper, er et viktig ledd i arbeidet for å forebygge kjønnslemlestelse.

6.1.3 Informasjon om helsekonsekvenser

Retningslinjer for informasjonsformidling om kjønnslemlestelse har over tid lagt økende vekt på å informere om helsekonsekvenser etter inngrepet. Det er også utarbeidet en rekke brosjyrer, blant annet av OK-prosjektet, NKVTS og Helsedirektoratet. Noen av brosjyrene brukte helsekonsekvenser i forebyggende øyemed (Johansen, 2001; Nasjonalt Kunnskapssenter om Vold og Traumatisk Stress, 2011a, 2011b), mens andre hadde fokus på helsehjelp (Helsedirektoratet, 2014b; Johansen, 2002a; Nasjonalt Kunnskapssenter om Vold og Traumatisk Stress, 2011c).

Å informere om helsekonsekvenser etter kjønnslemlestelse har minst tre målsettinger. For det første skal det fraråde eller skremme personer fra å gjennomføre kjønnslemlestelse. For det andre vil man begrunne loven som et tiltak for å beskytte jenter mot disse helse-skadene. For det tredje ønsker man å formidle årsaker til plager og dermed muligheter for helsehjelp.

En svakhet ved dagens tilgjengelige informasjon om helsekonsekvenser er at den ikke skiller mellom helsekonsekvenser av ulike typer av kjønnslemlestelse. Unntaket er OK-prosjektets brosjyre «Hvorfor – spørsmål og svar om vanlige plager for jenter og kvinner som er omskåret» (Johansen, 2002a). Som beskrevet i kapittel 1.2.4. kan det være vesentlige forskjeller i helsekonsekvenser avhengig av inngrepets omfang, spesielt når det gjelder langtidsskader. Når dette sjelden presiseres, er det risiko både for misforståelser og at informasjonen ikke oppfattes som troverdig. En av de vanligste sammenblandingene er å presentere alvorlige komplikasjoner som er forårsaket av infibulasjon (Type III) som om dette er skader som kan oppstå uavhengig av type inngrep. Dette omfatter blant annet problemer med urinering og menstruasjon, fødselskomplikasjoner og behov for åpnende operasjoner før samleie og fødsel. En slik alvorlig forenkling overdriver derfor risikoen ved type I og II, noe som reduserer informasjonens troverdighet (Shell-Duncan & Hernlund, 2000a).

Tendensen til å blande sammen helseskader etter ulike typer, som ofte er kombinert med å legge størst vekt på de farene ved type III som er nevnt over, kan også medføre at de andre typene kjønnslemlestelse (I, II, og IV) fremstår som relativt harmløse (Bjälkander, Grant, Berggren, Bathija, & Almroth, 2013; Crawford & Ali, 2014; Johansen, 2006b; Kaplan et al., 2013). Som nevnt i kapittel 2.5, og som det utdypes i neste underkapittel, er det en utbredt forestilling blant de største berørte gruppene i Norge om at det bare er infibulasjon som er kjønnslemlestelse, mens de andre typene, ofte betegnes som sunna, ses på som noe annet og ufarlig. Ved ikke å presisere de helseskader som er forbundet med disse typene kjønnslemlestelse, spesielt cyster, smerter og redusert seksuell følsomhet, risikerer vi at budskapet om helseskader etter kjønnslemlestelse ikke når frem.

Flere tjenesteytere fortalte også om flere brukere som trodde lovforbudet bare omfattet infibulasjon, og at det kun var dette inngrepet som var forbundet med helserisiko og skade. Dette kan være grunnen til at et par tjenesteyterne hadde opplevd at asylsøkere åpent fortalte om planer om kjønnslemlestelse. Det er lite

trolig at de da har fått og forstått informasjon om at loven gjelder alle typer inngrep. Det mest overaskende og bekymringsfulle var at også enkelte tjenesteytere snakket om type I, II eller IV som små og ufarlige inngrep.

6.1.4 Misforståelser om typer kjønnslemlestelse

Veiledere, retningslinjer og brosjyrer presenterer ofte en forenklet typologi av kjønnslemlestelse. I praksis varierte det sterkt hvordan tjenesteyterne forholdt seg til disse typene. I dette avsnittet skal vi se på noen utfordringer og misforståelser som kan oppstå når man ikke er tydelig med hensyn til type kjønnslemlestelse.

En utfordring var at tjenesteytere ofte forsto og definerte kjønnslemlestelse annerledes enn brukerne – uten å være klar over at de da ikke alltid snakket om samme type inngrep. Så godt som alle tjenesteytere forholdt seg til WHO's definisjon og typologi for kjønnslemlestelse. De refererte til alle typer når de brukte begrepene kvinnelig omskjæring eller kjønnslemlestelse. Men den største brukergruppen, somaliere, definerer ofte bare type III som kjønnslemlestelse. Samme oppfatning finner vi hos andre som praktiserer infibulasjon, som sudanesere og mange eritreere. Når tjenesteytere og brukere ikke fyller begrepene med samme innhold, kan mange misforståelser oppstå.

Vi vil gi litt bakgrunnsinformasjon for å forklare de ulike forståelsene. I land der infibulasjon (type III) er utbredt, er det i utgangspunktet dette som defineres som kjønnslemlestelse. I disse landene (primært Somalia og Sudan) har arbeidet for å skape endring hatt som målsetting å stoppe infibulasjon. I disse landene har både myndigheter og frivillige organisasjoner sett endring som mest gjennomførbart dersom de erstattet infibulasjon med et mindre omfattende inngrep, ofte kalt «*sunna*». De fleste vil oppfatte *sunna* som et lite og ufarlig inngrep – og ikke en form for kjønnslemlestelse. Betegnelsen *sunna* har også bidratt til å gi praksisen en religiøs legitimitet, ettersom *sunna*-begrepet i islam er knyttet til et prinsipp om å følge profetens anbefalinger (Crawford & Ali, 2014; Johansen, 2006b; Ingvild Bergom Lunde & Sagbakken, 2014). Også innenfor forskning og enkelte bistandsprosjekter har det vært støtte for å fremme en

endring fra type III til *sunna*, snarere enn å jobbe mot alle former (Crawford & Ali, 2014; A. A. Gele, Bø, & Sundby, 2013; Kramer, 1983; Pediatrics, 2010; Wahlberg, Johnsdotter, Selling, Källestål, & Essén, 2017).

Det er flere fallgruver ved å jobbe for endring av type kjønnslemlestelse. En av de største utfordringene er trolig at det ikke finnes en felles forståelse eller definisjon av sunnaomskjæring. Beskrivelser av inngrepet er ofte vage og uklare og det skilles mellom ulike typer *sunna*. I Somalia skiller man for eksempel mellom stor og liten sunna i noen områder (*sunna sagdir* og *sunna kadir*) (Crawford & Ali, 2014; Johansen, 2006b), og mellom liten, omfattende og begrenset andre steder [65, 66]. Andre undertyper finnes i andre land.

Sunna beskrives som alt fra et lite stikk i klitoris til full infibulasjon (Crawford & Ali, 2014; Susan Elmusharaf, Elhadi, & Almroth, 2006; Johansen, 2006b, 2016b, 2017; Ingvild Bergom Lunde & Sagbakken, 2014). Det er også et stort sprik mellom beskrivelse og praksis. I en gammel studie fra Somalia observerte Aud Talle hvordan det som ble beskrevet som «et lite stikk, bare så det kommer litt blod» i praksis inkluderte fjerning av klitoris og indre kjønnslepper (Talle, 2007). I en studie fra Sudan fant man at 67 % av alle kvinnene som sa de hadde *sunna*-omskjæring var blitt infibulert (Susan Elmusharaf et al., 2006). De resterende hadde type I eller II.

I intervjuer med somaliske og sudanesiske migranter i Norge ble det funnet store forskjeller i hvordan *sunna* ble definert. De fleste som fortalte at de hadde sunna, fortalte senere at det inkluderte lukking som i infibulasjon [17, 39]. I andre tilfeller rapporterte kvinner at de ikke var kjønnslemlestet, men altså «bare har sunna» (Johansen, 2006b, 2016b, 2017).

Selv om enkelte legers kliniske fortellinger tyder på at noen jenter fra Somalia har type I- eller II- kjønnslemlestelse, ser det ut til at overgangen fra infibulasjon til *sunna* er et skifte av begrepsbruk mer enn en endring i selve inngrepet [17, 67–69].

Ulik forståelse av hva de ulike typene kjønnslemlestelse innebærer, kan derfor skape misforståelser som går ut over det forebyggende arbeidet. Misforståelser kan redusere tjenesteyternes mulighet til å fange opp behov for åpne operasjoner.

At mange brukere forstår kjønnslemlestelse som infibulasjon, var ukjent for mange tjenesteytere. Flere av de som var bevisst denne forskjellen, trodde imidlertid at *sunna* i praksis kun var «et lite stikk» for «å slippe litt blod». Derfor betraktet de også *sunna* som et relativt ufarlig inngrep, og syntes det var relativt uproblematisk dersom brukeren støttet en slik praksis.

Tjenesteyterne hadde delte meninger om hvordan de burde forholde seg til ulike forståelser av typer og begrep. En tjenesteyter med bakgrunn fra et land der kjønnslemlestelse er vanlig, var ikke klar over at det fantes andre typer kjønnslemlestelse enn infibulasjon. En annen, også fra et land der kjønnslemlestelse praktiseres, var klar over at det fantes flere typer kjønnslemlestelse, men vedkommende ønsket ikke å differensiere mellom typer i sin informasjonsformidling. Begrunnelsen var at forbudet gjelder alle typer, og at en spesifisering av ulike typer kunne svekke budskapet. Han sa at siden «*All kjønnslemlestelse er forbudt, uavhengig av type, så jeg vil ikke gå inn på det med ulike typer*». Men, som nevnt, kan han da risikere at tilhørerne oppfattet budskapet slik at det bare er infibulasjon som er forbudt og farlig.

Ulike forståelser av begreper og definisjoner kunne også skape misforståelser og uklarheter ved bruk av tolk. Et eksempel ble fortalt av en som hadde gjennomført intervjuer med overføringsflyktninger i flyktningleiren. Den lokale tolken mente det var unødvendig å snakke om kjønnslemlestelse siden det ikke lenger ble praktisert: «Vi har sluttet med kjønnslemlestelse. Nå gjør vi bare *sunna*».

Misforståelser og uklarheter i begrepsbruk kan svekke både det forebyggende arbeidet og formidlingen av behov for helsehjelp. Vi mener derfor det er nødvendig å gå inn på de ulike typene og forklare helsekonsekvenser spesifisert på type inngrep.

6.1.5 Tolkens rolle

I arbeid med nyankomne er det som regel behov for tolk. Det kan være flere utfordringer ved bruk av tolk når man arbeider med sensitive temaer som berører avgrensede grupper av befolkningen. Vi tar her opp utfordringer knyttet til å bruke telefontolk versus oppmøtetolk, anonymitet og tolkens kjønn. Vi tar også opp utfordringer knyttet til språk og terminologi.

IMDis retningslinjer for tolk anbefaler personlig oppmøtetolk som første prioritet og skjermtolking som andre alternativ. Telefontolking er definert som tredje og siste alternativ: «Slik tolking anbefales bare til kortere samtaler og konkrete beskjeder» [182]. Likevel foretrakk og brukte de fleste tjenesteyterne, spesielt helsepersonell, telefontolk. De oppfattet telefontolk som tryggere for å sikre brukerens anonymitet og privatlivets fred. De fortalte også at brukere foretrakk telefontolk. Ved oppmøtetolk var brukerne bekymret for sladder og rykter i miljøene. De fryktet også ubehaget ved å møte tolken i private sammenhenger. Problemstillingen var særlig relevant på små og mellomstore steder med få tolker.

Det kunne imidlertid også by på utfordringer når tolken ikke var fysisk til stede. Dette gjaldt spesielt ved bruk av visuelle hjelpemidler, for eksempel for å diagnostisere et helseproblem. Som nevnt brukte helsepersonell ofte visuelle hjelpemidler, blant annet for å kompensere for manglende felles begreper og ulike forståelser av kropp og helseplager. Våre informanter fortalte om enkelte tilfeller der mangel på visuelle hjelpemidler ved telefontolkning hadde ført til feil eller manglende diagnose, med den konsekvens at pasienten ikke fikk nødvendig helsehjelp. Et eksempel er en helsesøsters fortelling om en pasient som hadde kommet flere ganger til konsultasjon. Kvinnen hadde smerter og plager på grunn av en kul eller utvekst. Telefontolken oversatte slik at helsesøsteren trodde utveksten var plassert et annet sted på kroppen, hvor hun ikke fant tegn til utvekst. Det gikk over ett år før det ble klart at plagene var forårsaket av en cyste i underlivet, og kvinnen omsider fikk behandling. Andre misforståelser var knyttet til åpning og gjensying i forbindelse med fødsler. Helsepersonell var usikre på om pasienten

forsto hva som skulle åpnes og hva som skulle sys igjen. Mens reinfibulasjon, altså gjensying av kjønnslemlestelse, er forbudt ifølge norsk lov, er reparasjon av episiotomi (sideklipp i perineum ved fødsel) et nødvendig medisinsk inngrep. Noen informanter mente at en del pasienter ikke forsto forskjellen på gjensying av infibulasjon og gjensying etter episiotomi.

Flere tjenesteytere fortalte om pasienter som ikke ønsket oppmøte-tolk på grunn av frykt for sladder eller sosialt ubehag. Noen ønsket i stedet en tolk med annen landbakgrunn eller etnisk bakgrunn. Da kunne de enten velge en tolk med et annet felles språk, eller en tolk med samme morsmål, men med bakgrunn fra et annet land. Informantene fortalte om tilfeller der de var usikre på om en slik løsning ga god nok forståelse: Enten fordi pasienten ikke snakket tolkens språk godt nok, eller fordi tolken ikke kjente godt nok til fenomenet kjønnslemlestelse til å oversette korrekt. Ulik begrepsbruk kan lett føre til misforståelser. Et eksempel er den arabiske oversettelse av NKVTS' brosjyre om åpnende inngrep (Nasjonalt Kunnskapssenter om Vold og Traumatisk Stress, 2011c), som ble lest av en person fra Sudan. Oversetteren kom fra et arabisktalende land uten kjønnslemlestelse. Begrepet vedkommende brukte for å beskrive åpnende operasjoner, var et begrep som henviser til å bryte jomfrudommen. Slik feilaktig begrepsbruk kan forsterke inntrykket av at deinfibulasjon undergraver idealet om jomfrudom og ærbarhet. Samme misforståelse vil trolig lett kunne skje ved bruk av tolk.

Tolkens kjønn kan være viktig. Mange fortalte at kvinnelige pasienter ikke ønsket en mannlig tolk til stede ved konsultasjoner, spesielt ikke hvis kjønnslemlestelse var tema. Begrenset tilgang til lokale kvinnelige tolker var en medvirkende årsak til at mange foretrakk å bruke telefontolk.

6.1.6 Bør man utfordre begrunnelsen for kjønnslemlestelse?

Vi vet ikke om informasjonspakken i Norge – om lov, helseskader og helsehjelp – er den mest hensiktsmessige for å skape endring. Forskning tyder på at mange berørte vektlegger sosiale og kulturelle begrunnelser tyngre enn fare for helseskade og straff (Berg &

Denison, 2012b; R. C. Berg & E. M. Denison, 2013; Svanemyr, Johansen, & Ersvik). Uvitenhet om helseskader er ikke en motivasjon for praksisen, men en pris mange vil betale for et inngrep med sosiale og kulturelle verdier (Johansen, 2006c). Derfor kan det være nyttig, eller endog nødvendig, å utfordre de sosiale og kulturelle verdiene som ligger til grunn for praksisen. Som nevnt i kapittel 2 er arbeidet med endring av sosiale normer et slikt grep. Samtidig så vi at arbeid med sosiale normer i liten grad utfordret praksisens kulturelle mening.

De viktigste begrunnelsene for kjønnslemlestelse omfatter seksualitet, tilhørighet, estetikk, kjønn og religion. På mange måter handler likevel alle disse faktorene direkte eller indirekte om seksualitet, spesielt kontroll over kvinners seksualitet. Forenklet kan vi si at i de berørte gruppene er kvinners seksualmoral viktig for å bli sosialt akseptert – og for å bli oppfattet som vakker, anstendig og religiøst ærbar. Noen mener kjønnslemlestelse er religiøst anbefalt for å sikre en seksualmoral i tråd med religiøse normer, ikke at kjønnslemlestelsen i seg selv er et religiøst påbud. Flere studier har pekt på betydningen av seksualitet for praksisens videreføring og som hinder for endring. En flernasjonal studie fant at mange berørte var kritiske til budskap som de oppfattet å utfordre deres seksualmoral (Brown et al., 2013). Flere studier fra diaspora har identifisert bekymring om kvinners seksualitet som en barriere mot endring (R. C. Berg & E. Denison, 2013; Berg, Denison, & Fretheim, 2010a; Johansen, 2007). Denne barrieren blir naturlig nok ekstra tydelig ved infibulasjon, fordi infibulasjon betraktes som beviset på jomfrudom. Den er nødvendig for å beskytte og bevise kvinnens ærbarhet, anstendighet og selvkontroll, og senere for å gi menn mulighet til å bevise sin virilitet og for å sikre dem seksuelle nytelse (ElMouelhya et al., 2013; Gruenbaum, 2006; Johansen, 2007, 2016b, 2017; I.-L. Lien, 2016; Malmström, 2013).

Men seksualitet tas sjelden opp til diskusjon i arbeidet mot praksisen, verken som begrunnelse for videreføring eller hinder mot behandling. Et eksempel på dette er undringen til en helsesøster med lang erfaring i samtaler med ungdom om seksualitet og kjønnslemlestelse. Hun hadde rett og slett ikke tenkt på å legge til

rette for en diskusjon om grunnen til og meningen med praksisen. Vårt inntrykk er at fravær av diskusjon om seksualitet er vanlig både i Norge og internasjonalt. I den grad seksualitet blir tatt opp, settes fokus primært på risikoen for redusert seksuell nytelse hos kvinner. Dette er ment å virke avskrekkende, og inngår da gjerne i informasjonen om helseskade. Et slikt budskap er imidlertid kontroversielt (Brown & Kwah, 2015). For det første er seksuell kontroll en viktig begrunnelse for kjønnslemlestelse, noe som kan gjøre at negative seksuelle konsekvenser for kvinnen ikke nødvendigvis oppfattes som et tungtveiende argument mot praksisen. For det andre har en sett at et slikt budskap kan føre til stigmatisering og vonde følelser hos jenter og kvinner som allerede er kjønnslemlestet (Ahmadu, 2007; Johnsdotter & Essén, 2015).

Samtidig vil vi tro det er hensiktsmessig å gi informasjon og skape refleksjon rundt begrunnelsene for kjønnslemlestelse. Hvis tradisjonelle forestillinger om kjønnslemlestelse, seksualmoral og menneskeverd blir gjenstand for refleksjon og diskusjon, kan det lette reorientering og holdningsendring. Men mange som unnlater å kjønnslemlestelse egne døtre, er bekymret for potensielle følger for deres seksualmoral (Johansen, 2007). Dette kom blant annet fram i en studie av mødre som avsto fra kjønnslemlestelse av døtrene sine. Til tross for deres dype overbevisning mot praksisen, var flere usikre på hvordan beslutningen kunne påvirke døtrenes seksualmoral (Koukoui et al., 2017).

For å få fortgang i reduksjon av kjønnslemlestelse kan en mer fundamental kulturell endring være nødvendig: En endring som utfordrer de tradisjonelle verdiene som ligger til grunn for praksisen. Rent konkret kan dette gjøres ved å skape debatt og refleksjon rundt ulike forestillinger om kjønn, moral og seksualitet. Forestillingen om at kjønnslemlestelse reduserer kvinners seksuelle lyst, og således hjelper dem å beskytte jomfrudommen før ekteskapet, bør utfordres. Hvordan seksuell lyst oppstår, forskjeller mellom lyst og nytelse og hvordan folk velger og styrer sine handlinger kan være viktige temaer.

Forestillinger om at infibulasjon er (d)en (eneste) måte å sikre og bevise jomfrudom på, at jomfrudom i det hele tatt kan bevises, og at jomfrudom kan si noe om en kvinnes seksualdrift, moralske kompass og selvkontroll, kan utfordres gjennom diskusjoner. Forklaringer om kvinnekroppens funksjon og avmystifisering av jomfrudom er også hensiktsmessig.

Diskusjoner omkring forestillingene som ligger til grunn for praksisen, kan dessuten forebygge overdreven kulturrelativisme hos tjenesteyterne. Enkelte tjenesteytere har fortalt om situasjoner der respekten for pasientens kultur kan ha hindret adekvat helsehjelp. Et eksempel var en far som hadde søkt helsetjenesten om deinfibulasjon av døtrene. Helsetjenesten nektet familien inngrepene, og rådet ham til å vente til døtrene ble eldre. Slike og liknende misforståtte kulturelle hensyn har tidligere vist å kunne være til hinder for optimal helsehjelp (Johansen, 2006a, 2011).

6.1.7 Fordel med mer helhetlig kunnskap

På bakgrunn av det som er diskutert så langt, kan dagens informasjonspakke virke utilstrekkelig. Dette underkapittelet diskuterer noen elementer vi mener bør styrkes eller legges til for at dagens informasjon om kjønnslemlestelse skal ha best mulighet til å lykkes både med å forebygge praksisen og sikre helsehjelp til de som har gjennomgått inngrepet. Diskusjonen tar utgangspunkt i de fire elementene OK-prosjektet definerte som sentrale for denne doble målsettingen om forebygging og omsorg: 1) Synliggjøre motstand mot kjønnslemlestelse, 2) formidle kunnskap om egen kropp, 3) stimulere til kritisk refleksjon om kjønnslemlestelse som egen tradisjon og eget valg, og til slutt 4) «empowerment» – støtte til å ta egne valg. En underliggende avveining var å gi informasjon som fant en god balanse mellom det å synliggjøre inngrepets alvorlighet og det å vise respekt for utsatte jenter og kvinner (Johansen, 2004). Disse fire elementene diskuteres deretter i relasjon til nyere forskning og funn fra denne studien.

1. Synliggjøre motstand mot kjønnslemlestelse

OK-prosjektet erfarte at mange motstandere av kjønnslemlestelse holdt sin mening skjult. De trodde alle andre støttet praksisen, og de

fryktet deres fordømmelse. En nyere studie blant immigranter i ulike europeiske land fant at individuelle holdninger og normer endret seg fortere og lettere enn sosiale normer (Alhassan et al., 2016).

Synliggjøring av motstand blir derfor viktig for å motbevise forestillingen om at «alle andre» støtter praksisen. Det kan gjøre det lettere for andre å stå imot og å snakke høyt om sin negative holdning til praksisen. Synliggjøring av motstand kan også gjøre det lettere for personer som er negative til kjønnslemlestelse å bli kjent og støtte hverandre.

Som nevnt har mange foregangskvinner i arbeidet mot kjønnslemlestelse opplevd negative sanksjoner på sitt engasjement. Andre har holdt sin motstand til praksisen skjult av frykt for slike sanksjoner. Under møter og diskusjoner har jeg ofte snakket med berørte kvinner som har uttrykt lettelse og overraskelse over at så mange er negative til praksisen. Dette har gitt dem styrke og mot til selv å ta et oppgjør og stå for det de mener. Teorien bak offentlige deklarasjoner som et nyttig redskap for endring av sosiale normer (kap. 2.1) bygger nettopp på denne tankegangen. Når motstanden synliggjøres kan dette styrke arbeidet mot kjønnslemlestelse.

2. Formidle kunnskap om egen kropp

OK-prosjektet tok utgangspunkt i en overbevisning om at alle kvinner har rett til å lære om egen kropp. Kunnskap om egen kropp er viktig for å forstå kjønnslemlestelsens potensielle konsekvenser og for å ta imot helsehjelp. For mange er komplikasjoner etter kjønnslemlestelse så vanlige at de oppfattes som normaltillstander, og ikke knyttes til inngrepet (Ziyada, 2016). Mange som har vokst opp i land der kjønnslemlestelse er utbredt, har begrenset kunnskap om kvinnekroppens naturlige funksjoner og endringene etter kjønnslemlestelse (Johansen, 2006b). Flere helsearbeidere hadde erfaring med infibulerte kvinner som trodde urin og menstruasjon hadde samme vei ut. Kvinnene var ikke klar over at det fantes en egen urinrørsåpning. Andre fortalte at noen kvinner hadde en overdreven forestilling om størrelsen på klitoris (Johansen, 2007). Slike forestillinger er en del av begrunnelsene for praksisen, og har også vist seg gjennom urealistiske forestillinger hos kvinner som søker klitoris-rekonstruksjon (Jordal, 2016).¹³

Mange som arbeidet i helsetjenesten la sterk vekt på undervisning om kjønnsorganenes anatomi ved bruk av visuelle virkemidler. Illustrasjoner, tegninger og bilder ble brukt både for å diagnostisere kjønnslemlestelse og for å formidle kunnskap om praksisen og dens konsekvenser. De fleste spesialiserte klinikkene brukte speil ved gynekologiske undersøkelser og før og etter et eventuelt inngrep. De ville vise pasientene deres eget underliv som utgangspunkt for forklaring på endringer ved et eventuelt inngrep. De som brukte speil fortalte at dette stort sett gikk greit og at de fleste kvinner var nysgjerrige, også kvinner som i utgangspunktet var sjenerte. På den annen side erfarte vi at enkelte tjenesteytere, og også frivillige organisasjoner var negative til å bruke visuelle virkemidler, primært av frykt for at det skulle være ubehagelig eller virke stigmatiserende.

Vi har ikke funnet noen studier som har sett på effekten av bruk av visuelle virkemidler i forhold til informasjonsformidling om kjønnslemlestelse. Vi mener likevel både at det er nyttig og til dels absolutt nødvendig i kommunikasjon mellom tjenesteytere og berørte for å sikre en felles forståelse på tvers av språkbarrierer og ulike forestillinger om kropp, helse og sykdom. Og, vi mener som sagt dette er en form for kunnskap jenter og kvinner har rett til å få. Videre er vår erfaring at de som frastår fra å bruke visuelle virkemidler av hensyn til en forestilling om dette som tabu blant de berørte, i praksis tillegger de brukerne kulturelle verdier som har liten gjenklang i virkeligheten (Johansen, 2011). Snarere enn å ta hensyn til «deres kultur», tar man altså hensyn til sine egne forestillinger om deres kultur.

3. Stimulere til kritisk refleksjon om kjønnslemlestelse som egen tradisjon og egne valg

Som vi så i kapittel 2, kan kjønnslemlestelse utgjøre en sosial konvensjon. Dette innebærer at personer kan videreføre praksisen selv om de er uenige i den. Kanskje reflekterer de heller ikke noe særlig over hvorvidt de ønsker å videreføre praksisen eller ikke. Mange praktiserer kjønnslemlestelse først og fremst fordi det alltid har vært praktisert, fordi alle andre gjør det og fordi det forventes og defineres som normalt (Mackie, 2000). Endringsteoriene legger vekt på nødvendigheten av kritisk refleksjon og ansvarliggjøring.

Refleksjon og diskusjon rundt forventninger, normer og egne valg ble derfor en vesentlig del av OK-prosjektets opplegg for samtalegruppene om kvinners liv og helse i eksil (Johannessen et al., 2004; Savosnick & Johansen, 2004).

Informantene i denne studien fortalte om flere tiltak som vektla det samme, bl.a. samtalegrupper som brukte OK-prosjektets opplegg, IOMs opplegg for kulturorienteringen i flyktingleirene og undervisningsopplegget for asylsøkere og flyktninger. Likevel er det å skape refleksjon rundt praksisen kanskje det som får minst fokus i arbeidet med informasjonsformidling om kjønnslemlestelse. Mye fremstår tvert imot som ensidig formidling av informasjon til brukerne. For å skape rom for refleksjon og kritisk tenkning tror vi det er nødvendig med økt vekt på arbeid i grupper av berørte over tid. En slik tilnærming er nødvendig for å skape den tillit og trygghet i gruppen som kan gi rom til kritisk refleksjon. En trygg setting kan gjøre det lettere for berørte å ta imot til dels smertefull kunnskap og ny innsikt (kap. 2.4).

4. «Empowerment» – støtte til å ta egne valg
Støtte og styrke til å ta egne valg henger nært sammen med rom for kritisk refleksjon om tradisjonen, egen rolle og muligheter for å bryte med sosiokulturelle forventninger. Vi har foreløpig begrenset kunnskap om hvordan vi best kan legge til rette for dette. Som illustrert i kapittel 2 tar de fleste endringsteoriene utgangspunkt i at enkeltindividet ikke klarer å stå imot det sosiale presset for kjønnslemlestelse. Det er derfor endring må koordineres og gjøres offentlig kjent. Samtidig er det innenfor alle grupper enkeltindivider som må starte endringsprosessen, og det er også enkeltindivider som endrer praksis alene, noen i all hemmelighet (Koukoui et al., 2017; I.-L. Lien & Schultz, 2013).

Endring og tiltak i Norge

Alle studier tyder på at det store flertallet av berørte i Norge er negative til å videreføre kjønnslemlestelse. Det ser altså ut til å ha skjedd en stor grad av normendring, i hvert fall blant de grupper som er studert (A. Gele, 2013; Gele Abdi A et al., 2015; Ingvild B Lunde et al., innsendt). Vi har imidlertid liten kunnskap om hvorvidt berørte

opplever press for kjønnslemlestelse fra familie og annet nettverk i andre land, herunder opprinnelseslandet. Vi vet også lite om hvorvidt jenter som tilbringer tid med familien i områder der kjønnslemlestelse er utbredt, utsettes for press eller risikerer å bli kjønnslemlestet mot egne foresattes vitende og vilje (I.-L. Lien, 2017).

Tjenesteytere i denne studien hadde også en oppfatning om at det store flertallet av berørte var negative til praksisen. Men de opplevde en viss risiko for utsatthet ved reiser til opprinnelseslandet. Flere var usikre på hvordan de skulle håndtere planlagte utenlandsreiser. De måtte vurdere å gi informasjon for å forberede og styrke pasientene til å motstå eventuelt press, og de måtte vurdere om de skulle melde bekymring til barnevernet. Noen helsestasjoner utstedte bevis på at jenter ikke var kjønnslemlestet som et hjelpemiddel for å motstå eventuelt press.

Noen tjenesteytere opplevde en motsetning mellom to oppgaver; avvergepliktenes vekt på bekymringsmelding til barnevernet på den ene siden, og det å styrke familien til å stå imot et eventuelt press ved reiser til opprinnelseslandet på den annen. Et eksempel er en helsesøster som var bekymret for risiko for kjønnslemlestelse av en elev som skulle reise og oppholde seg flere måneder i hjemlandet. Helsesøsteren var usikker på om hun burde melde bekymring til barnevernet, da hun visste at stedet jenta skulle reise til hadde over 98% kjønnslemlestelse. Hun hadde fått inntrykk av at jentas foresatte var negative til kjønnslemlestelse, men var bekymret for at familien skulle bli utsatt for sterkt press under et så langt opphold, eller at jenta kunne bli utsatt for inngrepet under et ubevoktet øyeblikk. På den ene siden oppfattet hun regelverket dithen at et så langt opphold i et høyrisikoland ga grunn for bekymring og at hun derfor burde sende en bekymringsmelding til barnevernet. På den annen side var hun engstelig for at en bekymringsmelding til barnevernet ville ødelegge hennes gode relasjon til familien, og dermed undergrave hennes mulighet til å forberede de foresatte til å stå imot et eventuelt press under reisen.

En annen tjenesteyter fortalte at hun hadde snakket med et par jenter som var født og vokst opp i Norge, men som hadde bodd flere år i opprinnelseslandet i ungdommen. Da de kom tilbake til Norge hadde de blitt utsatt for kjønnslemlestelse og var blitt gift. En somalisk kvinne som var engasjert i frivillig arbeid fortalte om et par saker som underbygget tanken om at det kan bli et sterkt sosialt press for kjønnslemlestelse under et lengre opphold i hjemlandet. Kvinnen fortalte at hun hadde blitt oppringt av en norsksomalisk jente på ferie i Somali som fortalte om et uutholdelig press fra jevnaldrende. Hun ringte kvinnen i et desperat forsøk på å finne en løsning som kunne stoppe presset, og lurte på om det ikke fantes en type inngrep som var lite og ikke så farlig hun kunne gjennomgå. Selv om personer bosatt i Norge endrer holdning, kan de altså trenge styrket kompetanse for å håndtere et eventuelt press fra nettverk utenfor Norge.

Jeg fikk også informasjon om tilfeller der jenter og kvinner bosatt i Norge hadde reist til andre europeiske land for å gjennomgå kirurgisk deinfibulasjon. Det ble ikke klart hvorfor brukerne valgte å gjøre dette utenfor Norge, men noe kan handle om et ønske om å holde det hemmelig for ens norske nettverk.

Disse sakene illustrerer at det er et behov for økt kunnskap om betydningen av transnasjonale relasjoner for beslutninger hos bosatte i Norge.

6.2 Hvordan formidle informasjon

Dette underkapittelet undersøker noen fellestrekk og utfordringer ved de ulike informasjonssystemene (jf kapittel 5) og endringsteoriene (jf kapittel 2). Vi vil se nærmere på forholdet mellom undervisning til individer kontra grupper, ildsjelers rolle og utfordringer, risiko for stigmatisering og tiltak i offentlig kontra sivil regi.

6.2.1 Individuell og gruppebasert undervisning

Formidling av informasjon om kjønnslemlestelse gjøres både individuelt og i grupper. I de individuelle samtaler er av og til partner eller foreldre med. Grupper er satt sammen på ulike måter i henhold til bl.a. landbakgrunn, kjønn og alder. Disse ulike settingene gir ulike muligheter og begrensninger for informasjonsformidlingen. Blant annet får det konsekvenser for hvor detaljert og personlig man kan gå inn i problematikken og muligheter for erfaringsutveksling og diskusjon. Slike faktorer er trolig av stor betydning for hvordan informasjonen oppfattes og hvilke konsekvenser den kan få. Videre er tiden som er satt av til temaet av stor betydning. Fordi avsatt tid avhenger av konteksten, tar vi det også opp denne tematikken her.

Individuell informasjon er det vanligste formatet for helsepersonell som gir informasjon om kjønnslemlestelse, inkludert tilbud om helsehjelp. Her hender det at andre i familien er med, som ektefeller eller foreldre/barn. Informasjonsformidling i slike individuelle kontekster inkluderer flere ulike situasjoner, blant annet individuelle intervjuer i flyktningeleirene, svangerskapsomsorg og møter med skolejenter (jf kap. 5).

I helsepersonells individuelle samtaler med nyankomne flyktninger, asylsøkere og skolejenter er det satt av relativt kort tid til informasjon om kjønnslemlestelse. Ifølge informantene begrenset dette seg som regel til en kort presentasjon om kjønnslemlestelse og loven, og/eller spørsmål om egen omskjæringsstatus og/eller holdning til praksisen. Noen gav uttrykk for at usikkerhet om hvordan de skulle snakke om et så sensitivt tema førte til at de gjorde samtalen så kort som mulig. Tjenesteytere med mer erfaring sa derimot at de følte seg trygge på å gå grundig inn i tematikken. De fortalte også at jenter ofte ønsket å dele erfaringer, tanker og bekymringer.

Tiden satt av til kjønnslemlestelse i flyktningkonsulentenes individuelle samtaler og intervju med overføringsflyktninger og nyankomne asylsøkere er også kort. Her er den primære oppgaven å presentere informasjonsskrivet om forbudet mot kjønnslemlestelse, samt informasjon om at frykt for kjønnslemlestelse kan gi grunnlag

for asyl. De individuelle møtene gir altså begrenset rom for dypere diskusjon som kan stimulere til holdningsendringer.

Informasjonsformidling i grupper skjer primært i leirene for overføringsflyktninger, i mottak for asylsøkere og gjennom introduksjonsprogrammet for de som får opphold. Her varierer gruppenes sammensetting samt tiden som er satt av. Det gruppebaserte informasjonsopplegget til overføringsflyktninger i leirene fremstår som grundig og systematisk formidling om kjønnslemlestelse til berørte. Her er det satt av relativt god tid – 2–4 timer. Gruppene er sammensatt slik at de er relativt like med hensyn til etnisk bakgrunn, alder og kjønn. Man kan dermed gå dypere inn i tematikken, og det er tid og rom for diskusjon og refleksjon. Dette er altså i tråd med forskningsresultater som peker mot at erfaringsutveksling, diskusjon og refleksjon er viktig for å stimulere til endrede holdninger og handlinger.

Systematisk undervisning i grupper i Norge omfatter primært undervisningen som gis som et ledd i introduksjonsprogrammet og seksualundervisning for ungdom i skolen. Som nevnt foregår denne undervisningen i grupper som er blandet med hensyn til kjønn og landbakgrunn. Deltakerne består således både personer som har gjennomgått kjønnslemlestelse og personer som aldri har hørt om fenomenet. Nettopp det at gruppene er såpass heterogene var en viktig grunn til at tjenesteytere i slike settinger ønsket å begrense mengden og dybden på informasjon. For mange ville temaet være irrelevant, samtidig som de fryktet at de som var berørt kunne oppleve seg uthengt og stigmatisert. I slike settinger blir også informasjonen bare formidlet ved en anledning, og det var satt av relativt kort tid til diskusjon og utveksling.

Enkelte kommuner har i perioder arrangert samtalegrupper for kvinner som går over tid. Slike grupper var enten arrangert på fritiden i regi av frivillige organisasjoner, eller som del av andre tiltak, blant annet introduksjonsprogrammet og videregående skole. Med mer enhetlig sammensatte grupper opplevde lederne at de kunne gå grundig inn i tematikken, utveksle erfaringer og gi utdypende informasjon.

Våre vanligste former for informasjonsformidling ser altså ut til å ha noen svakheter i forhold til den form for informasjonsformidling som forskning antyder at er mest effektiv. Langvarig og variert arbeid i større grupper ser ut til å være den mest effektive måten for å oppnå endret holdning og praksis i forhold til kjønnslemlestelse. Videre kan det være nyttig med samtaler både i grupper som er homogene i forhold til kjønn og alder (i tillegg til språk og etnisk tilhørighet eller landbakgrunn) for å gi den nødvendige trygge rammen, men også i grupper med begge kjønn og flere aldersgrupper for å bidra til å endre sosiale normer i brede lag av befolkningen (Berg & Denison, 2012b; Johannessen et al., 2004; I.-L. Lien & Schultz, 2013). Samtaler i grupper er viktig fordi kjønnslemlestelse utgjør en sosial norm, og den sosiale normen må endres for å muliggjøre endring i praksis i brede lag av befolkningen (jf kap.2).

Tiltak av typen «samtalegrupper for kvinner i eksil» følger forskningens anbefalinger: Langvarig gruppebasert virksomhet ledet av troverdige personer. De fleste norske tiltak av denne typen bruker eller bygger videre på mal utviklet av OK-prosjektet (Savosnick & Johansen, 2004). Opplegget er siden lagt ut på internett i regi av RVTS Sør (Johansen & RVTS Sør, 2014). Tiltaket ble evaluert som et godt og nyttig verktøy for å stimulere og støtte holdningsendring (Johannessen et al., 2004). Evalueringen pekte på nytten av å kombinere informasjon, refleksjon, diskusjon og utveksling av erfaringer i en ikke-dømmende, men positiv og støttende kontekst. En annen viktig styrke ved dette opplegget var at alle de som drev slike grupper – gruppeledere med samme etniske og språklige bakgrunn som deltakerne og veilederne som var fagpersoner ansatt i det offentlige – møttes jevnlig for å utveksle erfaringer. Fordi ildsjeler, spesielt ildsjeler og pionerer fra berørte miljøer, ofte møter stor motstand og kritikk fra eget miljø (I.-L. Lien & Schultz, 2013), er slik faglig og personlig støtte og oppbakking fra andre i samme situasjon nødvendig.

6.2.2 Ildsjeler, kompetanse, tid, tilgjengelighet og tillit

De fleste tjenesteyterne mente tid, tilgjengelighet og tillit var de viktigste faktorene for å få til en god dialog med brukerne. Samtidig opplevde mange at rammebetingelsene ofte hindret dette.

Tidsrammen var sjelden tilstrekkelig for å kunne jobbe systematisk med temaet slik eksisterende retningslinjer legger opp tid. Innsatsen var derfor i stor grad avhengig av den enkelte tjenesteyters kunnskap og engasjement. Mange helsesøstre og sosialarbeidere strakk seg langt for å gjennomføre arbeidet. De brukte egen tid på å delta på kurs og tilegne seg den kunnskapen de mente var nødvendig for å gjøre en god jobb. Mange opplevde at de hadde for lite tilgang til kurs, faglig oppdatering og erfaringsutveksling.

I et par-tre kommuner hadde de på eget initiativ etablert et tilbud om «åpen dør» hos helsesøster. Det innebar at helsesøster satte av en fast tid, gjerne en eller to dager i uken eller måneden, hvor brukerne kunne møte opp uten avtale. Helsesøstrene beskrev tilbudet som svært populært. Men de opplevde at behovet var større enn kapasiteten, og mange fortalte at de jobbet langt ut over betalt arbeidstid for å gi så godt tilbud som mulig.

Mange tjenesteytere hadde erfart at personlige bånd og tillit var en forutsetning for å kunne nå og hjelpe kvinnene. De måtte engasjerte seg personlig. Dette gjaldt ikke bare tid og tilgjengelighet, men også i selve samtalene. Ett eksempel er metoden en helsesøster brukte for å få vite om en kvinne var kjønnslemlestet, og i så fall hvor omfattende: *«Jeg peker på fotografiet av naturlige kjønnsorganer, og forklarer at det er slik mine kjønnsorganer ser ut. Så peker jeg på fotografiet av et infibulert kjønnsorgan, og spør om det er slik hennes kjønnsorgan ser ut. Det fungerer bra».*

Mange var ikke bare personlig engasjert fordi de ville gjøre en god jobb. De hadde også en genuin interesse for menneskene de jobbet med. En flyktningkonsulent sa det slik: *«Det er i denne bygda jeg har vokst opp og her jeg vil bo. Men jeg hadde ikke overlevd her uten den friske luften av å møte mennesker fra andre steder i verden».* En annen tjenesteyter var gift med en partner fra et land der kjønnslemlestelse var utbredt og hadde reist dit flere ganger. Hun var dermed dypt engasjert både i praksisen og menneskene. En ansatt i en frivillig organisasjon forklarte sitt engasjement i tematikken som et engasjement i det viktigste i livet. Hun pekte på sitt eget underliv

og sa «*Det er jo her alt hender. Det er dette livet handler om. Sex og barnefødsler og alt, alt er konsentrert i denne kroppsdelen.*»

Mange viste altså stort engasjement og strakk seg langt ut over sine plikter, men mange følte seg også slitne. De følte de forstrakk seg, hadde liten støtte fra kolleger og/eller ledelse, og opplevde stort behov for faglig oppdatering og diskusjonspartnere. At mye av arbeidet drives av ildsjeler gjør det også sårbart – både på grasrota og i ledelsen. I et par kommuner gav tjenesteytere uttrykk for stor frustrasjon: De måtte ta mange kamper og diskusjoner om og om igjen på grunn av utskiftning i ledelsen. Dette til tross for et ganske godt opplegg i førstelinjetjenesten – den ene kommunen kan nærmest anses som en mønsterkommune i omsorg for nyankomne asylsøkere og flyktninger. I en annen kommune sukket de ansatte på et mottak tungt over at helsepersonellet hadde høyt sykefravær og var uengasjert. Ansatte ved flere mottak fortalte at de var helt avhengige av bistand fra frivillige organisasjoner, som sto for informasjonsformidlingen med egne midler. Studien viste altså at ressursene sjelden strakk til for det arbeidet som skulle gjøres. Det er behov for styrking både av stillingsandeler, faglig påfyll og erfaringsutveksling.

6.2.3 Risiko for stigmatisering

Ettersom negative synspunkter på kjønnslemlestelse kan føre til fordømmende utsagn, la tjenesteytere vekt på å trå varsomt for ikke å bidra til ytterligere stigmatisering. Flere lærere i høyskole- og universitetssektoren opplevde likevel at studenter med bakgrunn fra land med kjønnslemlestelse forlot lokalene når temaet ble tatt opp. Det er også risiko for stigmatisering den andre veien. Som nevnt har mange ildsjeler fra berørte miljøer opplevd trakassering og kritikk, og blitt beskyldt for å undergrave egne tradisjoner og kultur, og å stille gruppen i et dårlig lys [88, 107]. En liknende form for stigmatisering bidrar til berørte gruppers motstand mot deinfibulasjon. De som gjennomfører inngrepet, velger ofte å holde det skjult: De frykter å bli mistenkt for å ha et grenseløst og utagerende seksualliv. Tjenesteytere må derfor balansere mellom et komplekst stigmabilde og informasjon om forebygging og helsehjelp.

6.2.4 Offentlig og frivillig arbeid

Arbeidet mot kjønnslemlestelse i Norge skjer både i offentlig og frivillig regi. Vi vil kort skissere noen ulikheter i deres muligheter og begrensninger. Trolig vil det være nyttig å styrke samarbeidet mellom dem (Bredal & Lidén, 2015; Johansen, 2004; Lidén & Bredal, 2017). En oversikt over styrker og svakheter ved arbeid i offentlig versus frivillig regi gis i tabell 6.1.

Norge utmerker seg internasjonalt når det gjelder omfanget av tiltak i offentlig regi. En sterk offentlig innsats har mange fordeler. For det første kan den i større grad kvalitetssikres, systematiseres og koordineres. For det andre kan regler og rutiner for anonymitet og taushetsplikt bidra til å trygge og lette samtaler. For det tredje kan det offentlige tilbudet bli bedre kjent og inngi større tillit, ikke minst tilbudet om helsetjenester. Til sist kan det offentlige, blant annet gjennom etablering av rutiner og retningslinjer, sikre kontinuitet over tid.

Sterk offentlig innsats kan også ha noen ulemper. Kunnskap og erfaring hos tjenesteyterne varierer sterkt, bl.a. som følge av grunnutdanning, tilbud om etterutdanning og erfaring. Denne variasjonen er trolig noe av årsaken til at også det offentliges innsats til en viss grad baseres på ekstra innsats fra ildsjeler. Innsatsen blir ofte personavhengig og sårbar for personalendringer. Det er (foreløpig) få offentlige tjenesteytere som har bakgrunn fra land med kjønnslemlestelse, og inngir kanskje ikke den troverdighet og tillit som delte erfaringer kunne bidratt til (I.-L. Lien & Schultz, 2013). En annen ulempe er at det ofte er satt av begrenset tid til tematikken, bl.a. fordi kjønnslemlestelse bare er ett av mange temaer tjenesteyterne skal ta opp. Det kan gi begrenset rom for spørsmål og erfaringsutveksling mellom de berørte. Mange tjenesteytere, spesielt de med begrenset erfaring og de som skal gi informasjon i blandede grupper, er usikre på hvordan temaet bør tas opp. Tjenesteyterne kan være redde for å stigmatisere. De frykter også at de blir oppfattet som diskriminerende eller anklagende. Alle disse faktorene kan altså bidra til å svekke tjenesteyteres innsats mot kjønnslemlestelse i praksis.

Blant annet på bakgrunn av disse begrensningene, har Norske myndigheter siden første handlingsplan ønsket å involvere frivillige organisasjoner og ressurspersoner fra berørte grupper. Frivillig arbeid kan kanskje i større grad basert på personlig engasjement og interesse. Frivillige organisasjoner med medlemskap basert på opprinnelse fra et land der kjønnslemlestelse er utbredt har gjort en stor innsats på feltet, og mange av ildsjelene har selv vært utsatt for inngrepet (Bredal & Lidén, 2015; Lidén & Bredal, 2017; I.-L. Lien & Schultz, 2013). Ildsjeler som var personlig engasjert og delte egne erfaringer i tillegg til kunnskap evnet å skape resonans, tillit og troverdighet. De var likere brukerne enn flertallet av norske tjenesteytere. Dette var som nevnt viktig i Rogers teorier om trinnvis endring (kap. 2.2), fordi det kan bidra til å skape den tillit og nærhet som han ser som en forutsetning for endring. Frivillig arbeid gir ofte mer tid til det enkelte møte. Møtene blir gjerne mer likeverdige sosiale hendelser enn informasjonsformidling i det offentliges regi.

Men også frivillig innsats kan by på utfordringer fordi det kan være krevende å arbeide mot en tradisjon innenfor sin egen kultur (I.-L. Lien & Schultz, 2013; Ingvild B Lunde et al., innsendt). En annen utfordring er at innholdet i arbeidet og informasjonen som formidles, ikke nødvendigvis er kvalitetssikret: Den enkelte aktør og organisasjon bestemmer hva slags informasjon som formidles. Vi har bl.a. vært til stede ved arrangementer der det har blitt presentert «fakta» uten vitenskapelig grunnlag. Men den største utfordringen er trolig vanskelighetene med å få til kontinuitet i rom og tid. Frivillige organisasjoner med personer fra berørte land har rotfeste i de store byene. På mindre steder er det ofte ikke nok mennesker med samme bakgrunn til at det dannes slike organisasjoner. Videre er mange innvandrerorganisasjoner basert på en begrenset medlemsmasse, som for eksempel felles klan tilhørighet, geografisk opprinnelse eller politisk synspunkt, og har samme nettverk som målgruppe. Slike felleskap kan inngi tillit og nå frem til selekterte grupper, men andre grupper faller utenfor (Johannessen et al., 2004). En annen stor ulempe er at organisasjonene som regel får økonomisk støtte for et år av gangen, noe som gjør det vanskelig å sikre kontinuerlig innsats og langsiktig planlegging.

Oppsummert kan vi si at fordeler og ulemper ved offentlig og frivillig innsats utfyller hverandre. Vi kan styrke arbeidet vesentlig ved et tett samarbeid som utnytter de ulike systemenes styrker.

Tabell 6.1 Fordeler og ulemper ved offentlig og frivillig innsats

	Fordel/styrke	Ulempe
Offentlig	Kvalitetssikret	Variierende kunnskap og erfaring
	Systematisert	Sårbart hvis ikke ildsjeler
	Koordinert	Sjelden personlig erfaring
	Taushetsplikt & anonymitet	Mindre tillit/troverdighet
	Gir kontakt til helsetjenester	Lite tid til hvert møte
	Kontinuitet over tid	Usikkerhet/utrygghet
Frivillig	Ildsjeler/engasjement	Krevende og stigmatiserende
	Personlig engasjement	Ikke kvalitetssikret
	Personlig/delt erfaring	Ikke systematisk mot alle
	Trygghet	Tidsbegrensede tiltak- ikke
	Likemannsarbeid	kontinuitet
	Mer tid til hvert møte	Nettverk når ikke alle
	Nettverk gir tillit	

6.3 Barrierer mot informasjonsflyt

Tjenesteytere med hovedansvar for feltet, primært helsesøstre, opplevde ofte at de sto uten støttespillere. Ofte var de alene om oppgaven, og mange hadde deltidsstillinger. De opplevde at de hadde et stort og omfattende ansvarsområde, men begrenset tilgang på faglig oppdatering og erfaringsutveksling. Mange fortalte om et stort og udekket behov for en faglig sparringspartner, både om tematikken generelt og konkrete saker spesielt. De opplevde taushetsplikten som en barriere for en helhetlig og faglig kvalitetssikret tilnærming. Taushetsplikten bidro også til usikkerhet om andre tjenesteyteres bidrag: Tok fastlege eller jordmor opp temaet med pasientene? Hvordan ble bekymringsmeldinger til barnevernet fulgt opp? Usikkerhet omkring slike spørsmål gjorde ansvaret mer tyngende og arbeidet mindre tilfredsstillende.

Manglende kommunikasjon mellom yrkesgrupper og etater kunne også ha andre uheldige effekter. En mulighet var at ansvaret ble pulverisert – ingen av tjenesteyterne tok på seg oppgavene. En annen mulighet var at mange tjenesteytere påtok seg oppgavene –

og berørte kunne føle seg forfulgt og trakassert av «alt maset om kjønnslemlestelse».

I en kommune løste de utfordringene ved rutinemessig å be om klientenes tillatelse til å bryte taushetsplikten mellom etater, noe som ble elektronisk anført i den berørtes journal.

7 Oppsummering og konklusjon

Opprinnelig skulle studien undersøke tjenesteyteres informasjon og tilbud om helsehjelp etter kjønnslemlestelse. Det ble imidlertid nødvendig å inkludere informasjon med tanke på forebygging. Årsaken til utvidelsen var både den tette sammenkoblingen av disse oppgavene i praksis, og at det ble gjort relativt lite arbeid for å sikre tilbudet om helsehjelp. Mange tjenesteytere hadde et sterkt fokus på forebygging, men hadde rett og slett ikke tenkt på at jenter og kvinner med kjønnslemlestelse trengte informasjon for å kunne identifisere egne plager og søke hjelp.

Vi mener denne utvidelsen fra helsehjelp til også å inkludere forebygging også er faglig viktig fordi forebygging og helsehjelp er tett sammenbundet. Informasjon om helsekomplikasjoner etter kjønnslemlestelse fungerer både som et forebyggende argument og som et hjelpemiddel til å gjenkjenne helseproblemer og dermed søke adekvat hjelp. Motsatt kan god helsehjelp bygge tillit og gode relasjoner mellom brukere og tjenesteytere, som igjen kan øke informasjonens forebyggende effekt.

For begge typer arbeid må tjenesteyterne ha tilstrekkelig kompetanse til å utføre et kvalitativt godt arbeid. Slik kompetanse kan de få gjennom utdanning, etterutdanning og praktisk erfaring og utveksling. Helsesøster- og jordmorutdanningene som svarte på vår kartlegging, hadde kjønnslemlestelse på pensum. Det sto dårligere til på medisinerstudiet, der tematikken ikke ble dekket ved to av landets fem utdanningsinstitusjoner. Det var også relativt lite om kjønnslemlestelse ved sykepleierutdanningene: Åtte av de 13 utdanningsinstitusjonene som svarte, underviste ikke om tematikken. Av de institusjonene som underviste om kjønnslemlestelse, fant vi store variasjoner i omfang (fra fem minutter til tre timer), kontekstualisering (migrasjon, fødselshjelp, forebygging m.m.) og innhold.

Det kan også være viktig å utvide det faglige perspektivet. Studien tyder på at fysioterapeuter trenger mer kunnskap om tematikken. Vi bør også vite mer om hvordan allmennleger og psykologer og psykiatere arbeider med helseproblemer knyttet til kjønnslemlestelse.

Mange tjenesteytere uttrykte behov for jevnlig faglig oppdatering. De ønsket å få ny kunnskap, oppfriske gammel kunnskap og holde tematikken og engasjementet levende. Ikke minst var dette viktig for tjenesteytere ved mindre steder, hvor de fikk mindre praktisk erfaring og hadde færre kollegaer å rådføre seg med.

Praktisk erfaring er viktig for å styrke tjenesteyterens trygghet og erfaring. På mindre steder med få flyktninger fra land med kjønnslemlestelse var slik erfaring vanskelig å oppnå. Vi fant at kunnskap, erfaring og rutiner ofte er relativt godt utviklet i tettbygde strøk med en høy andel av berørte brukere, men dårligere på mindre steder med færre brukere. Dette er ikke unikt for Norge, eller for kjønnslemlestelse som sådan, men burde muligens få mer praktiske konsekvenser på bakgrunn av vår desentraliserte flyktningpolitikk. Under studien var vi for eksempel i en kommune der de hadde en nyankommen somalisk flyktningfamilie, og de hadde fra før bare erfaring med en enslig somalisk flykning. På grunn av spredt bosetting bør nye metoder for kompetanseheving og diskusjonsfora vurderes.

Mange steder var kunnskap knyttet til enkeltpersoner, gjerne ildsjeler, noe som både var en styrke og en sårbarhet. Ildsjelers innsats kunne i en viss grad veie opp for manglende opplæring, rutiner og rammebetingelser. Men situasjonen er sårbar for personalutskifting og for at ildsjeler og andre ressurspersoner kan bli utbrente.

Vi har også sett på betydningen av å inkludere fagpersoner og ressurspersoner fra berørte grupper i arbeidet. Relativt få tjenesteytere har bakgrunn fra land der kjønnslemlestelse er vanlig. Derfor bør det offentlige knytte til seg og samarbeide med ressurspersoner fra berørte miljøer, noe som vil styrke tillit og øke lydhørhet for

budskap om kjønnslemlestelse. I større byer finnes mange muligheter for samarbeid med frivillige organisasjoner. På mindre steder må de finne andre løsninger.

Studien har vist at informasjonsformidling og tilbud om helsehjelp krever god kompetanse hos tjenesteyterne. Noen konsekvenser av kjønnslemlestelse er så utbredte at de kan oppfattes som normale, og helsepersonell må ha god innsikt for å fange dem opp. Et eksempel er legen som hadde fått henvist en ung jente på grunn av urinveisproblemer. Jenta mente selv at alt var normalt. Gjennom detaljerte oppfølgingsspørsmål fant imidlertid legen ut at hun måtte tisse hver halvtime. Hun brukte omkring fem minutter ved hvert toalettbesøk og lekket mellom disse. Selv om jenta selv oppfattet sine toalettbesøk som normale, fant altså legen ved detaljert utspørring ut at infibulasjonen førte til store plager i hverdagen. Tilsvarende funn ble gjort i en pilotstudie av helsekomplikasjoner hos barn og unge. Mange skjønnte ikke at de store plagene skyldtes kjønnslemlestelse. De visste heller ikke at det var mulig å få hjelp for disse problemene.

Å identifisere problemene er ikke alltid tilstrekkelig for å sikre god helsehjelp. Mange takker nei til tilbud om åpnende operasjoner fordi de tror inngrepene strider mot egne kulturelle verdier. De samme kulturelle verdiene som ligger til grunn for kjønnslemlestelse, hindrer altså mange i å ta imot helsehjelp. Igjen ser vi den tette koblingen mellom forebygging og helsehjelp. Mange typer helsehjelp blir ikke akseptable før de kulturelle begrunnelsene for kjønnslemlestelse oppløses. Det er trolig ikke tilstrekkelig med informasjon om lov og helseskader for å rokke ved selve begrunnelsen for kjønnslemlestelse. For å oppnå reell forebygging og helsehjelp må kanskje den sosiokulturelle meningen utfordres. Vi må derfor gå ut over informasjon om lov, helsefare og helsehjelp og ta opp temaer som seksualitet, moral, identitet og religion. Til det kreves inngående kunnskap, rom for refleksjon og diskusjon og tiltak som varer over tid. Det er viktig at arbeid gjøres både individuelt og i grupper, og det gis tid og rom til refleksjon og utveksling så vel som følelsesmessig bearbeiding.

På noen felt har vi foreløpig lite kunnskap. Dette gjelder spesielt forholdet mellom endringsprosesser i diaspora og transnasjonale faktorer. Alle berørte i Norge bånd til slekt og familie i andre land, både opprinnelseslandet og andre land. Disse båndene kan påvirke endringsprosessene og beslutningene til personer bosatt i Norge.

Til sist diskuterte vi den viktige balansegangen mellom rutiner og personlig innsats som en. Rutiner er nyttige og nødvendige for å sikre at oppgaver blir gjennomført i på en hensiktsmessig måte. Samtidig er ressursene ofte så knappe at tjenesteyterne må strekke seg langt ut over rammene for eget arbeid dersom de ønsker å gjøre jobben godt.

For å kunne gi slipp på en praksis som er dypt forankret både kulturelt og personlig, trengs god og troverdig informasjon fra pålitelige kilder. Det trengs rom og tid til å bygge tillit, reflektere, dele erfaringer og tenke kritisk rundt praksisen. Det er usikkert om de mange, korte møtene brukerne får med tematikken er tilstrekkelig for en slik dyptgripende holdningsendring.

8 Anbefalinger

For tjenesteyterne

Utdanning av tjenesteytere: Kjønnslærestelse må inn som tema i utdanning av alle grupper som håndterer tematikken. Dette inkluderer leger (spesielt allmennpraktikere, gynekologer og barneleger) sykepleiere, jordmødre, helsesøstre, fysioterapeuter, psykologer og psykiatere.

Innholdet i eksiterende undervisning bør gjennomgå: En faglig gjennomgang av omfang og innhold i undervisningen bør gjennomføres for sikre tilpasning til dagens situasjon og yrkesgruppenes kunnskapsbehov.

Utarbeidelse av fagplaner: Det bør utarbeides fagplaner for innhold i undervisning for de enkelte yrkesutdanninger og yrkesgrupper som kan koordineres mellom de ulike institusjonene.

Tilbud om videreutdanning: Det bør utarbeides et tilbud om videreutdanning og faglig oppdatering om kjønnslærestelse, både for de som ikke gjennomgikk tema i løpet av grunnutdanningen og for å sikre faglig oppdatering og videreopplæring.

Tydligere ansvarsfordeling og samarbeid: Det bør bli tydeligere hvem som skal gi informasjon om kjønnslærestelse til hvem, når og på hvilken måte. Styrke og lette samarbeid mellom tjenester, blant annet gjennom møtesteder og systematisk forespørsel om fritak fra taushetsplikt mellom etater som bør samarbeide.

Koding og registrering: Det er behov for bedre opplæring og rutiner for koding og dokumentasjon av kjønnslærestelse.

For berørte grupper

Målgrupper for informasjon om kjønnslærestelse: Målgruppene bør nyanseres slik at alle berørte får nødvendig informasjon.

Informasjon om helsehjelp: Økt fokus på helsehjelp og tilgjengelige tilbud må styrkes gjennom økt informasjon om eksisterende tilbud, samt informasjon og samtaler om kulturelle perspektiver som kan påvirke akseptabiliteten av eksisterende behandlingstilbud.

Informasjon for forebygging: Informasjonsformidling i form av gruppesamtaler over tid med personer med felles bakgrunn og erfaringer bør styrkes og settes i system.

Inkludering av ressurspersoner med bakgrunn fra land der kjønnslemlestelse er vanlig: Frivillige organisasjoner og ressurspersoner fra berørte grupper bør trekkes mer systematisk inn i det offentlige arbeidet.

Brede tiltak: Forskning viser at endring strykes gjennom en kombinasjon av kunnskapsformidling og rom for refleksjon, diskusjon og utveksling av erfaringer i en ikke-dømmende, men positiv og støttende kontekst.

Felles for berørte og tjenesteytere

Skape og styrke nettverk og møtesteder for tjenesteytere der både ildsjeler fra berørte grupper og tjenesteytere kan søke råd, få støtte og oppbakking og utveksle erfaringer. Dette er kanskje spesielt viktig for ressurspersoner utenfor de store byene.

Samarbeid mellom tjenesteytere og berørte grupper: Representant fra den berørte gruppen og fra tjenesteapparatet kan med fordel samarbeide tett om planlegging, gjennomføring og oppfølging av samtalegrupper og andre tiltak. Felles opplæring vil også styrke et felles budskap og tilnærming.

9 Referanser

- Abdulcadir, J., Demicheli, F. B., Willame, A., Recordon, N., & Petignat, P. (2017). Posttraumatic Stress Disorder Relapse and Clitoral Reconstruction After Female Genital Mutilation. *Obstetrics & Gynecology*, *129*(2), 371–376.
- Abdulcadir, J., & Dällenbach, P. (2013). Overactive bladder after female genital mutilation/cutting (FGM/C) type III. *BMJ case reports*, *2013*, bcr2012008155.
- Ahmadu, F. (2007). Ain't I a woman, too? Challenging myths of sexual dysfunction of circumcised women. In Y. Herlund & B. Shell-Duncan (Eds.), *Transcultural bodies: Female genital cutting in global context* (pp. 278–310). New Brunswick: Rutgers University Press.
- Alhassan, Y. N., Barrett, H., Brown, K. E., Kwah, K., & Reisel, D. (2016). Belief systems enforcing female genital mutilation in Europe. *International Journal of Human Rights in Healthcare*, *9*(1).
- Almroth-Berggren, V., Almroth, L., Bergstrom, S., Hassanein, O., Hadi, N., & Lithell, U. (2001). Reinfibulation among women in a rural area in central Sudan. *Health Care Women International*, *22*, 711–721.
- Almroth, L., Almroth-Berggren, V., Hassanein, O., Al Saiid, S., & Lithell, U. (2001). Male complications of female genital mutilation. *Social science and Medicine*, *53*, 1455–1460.
- Almroth, L., Bedri, H., Elmusharaf, S., Satti, A., Idris, T., & Hashim, M. (2005). Urogenital complications among girls with genital mutilation: A hospital based study in Khartoum. *African Journal of Reproductive Health*, *9*, 127–133.
- Almroth, L., Elmusharaf, S., El Hadi, N., Obeid, A., El Sheikh, M. A., Elfadil, S. M., & Bergström, S. (2005). Primary infertility after genital mutilation in girlhood in Sudan: A case-control study. *The Lancet*, *366*(9483), 385–391.
- Barne- likestillings- og inkluderingsdepartementet, & Helsedepartementet. (2008). *Veileder om regelverk, roller og ansvar knyttet til kjønnslemlestelse* Retrieved from Oslo:
- Barne- likestillings- og inkluderingsdepartementet. (2012). *Handlingsplan mot tvangsekteskap og kjønnslemlestelse (2012)*. Oslo: Barne, likestillings- og inkluderingsdepartementet.
- Barne- likestillings- og inkluderingsdepartementet. (2013). *Handlingsplan mot tvangsekteskap, kjønnslemlestelse og alvorlig begrensninger av unges frihet*. Oslo: Barne- og likestillings- og inkluderingsdepartementet.
- Barne- og familiedepartementet. (2000). *Regjerings handlingsplan mot kjønnslemlestelse*. Oslo.
- Barne- og likestillingsdepartementet, & Helse- og omsorgsdepartementet. (2009). *Veileder om regelverk, roller og ansvar knyttet til kjønnslemlestelse*. Oslo: BLD.
- Behrendt, A., & Moritz, S. (2005). Posttraumatic stress disorder and memory problems after female genital mutilation. *American Journal of Psychiatry*, *162*(5), 1000–1002.
- beredskapsdepartementet, J.-o. (2017). *Retten til å bestemme over eget liv. Handlingsplan mot negativ sosial kontroll, tvangsekteskap og kjønnslemlestelse*. Oslo: JD.
- Berg, R. C., & Denison, E. (2012a). Does female genital mutilation/cutting (FGM/C) affect women's sexual functioning? A systematic review of the sexual consequences of FGM/C. *Sexuality Research and Social Policy*, *9*(1), 41–56.
- Berg, R. C., & Denison, E. (2012b). Interventions to reduce the prevalence of female genital mutilation/cutting in African countries. *Campbell systematic reviews*, *8*(9).

- Berg, R. C., & Denison, E. (2013). A Tradition in Transition: Factors Perpetuating and Hindering the Continuance of Female Genital Mutilation/Cutting (FGM/C) Summarized in a Systematic Review. *Health care for women international*(ahead-of-print). doi:<http://dx.doi.org/10.1155/2013/496564>
- Berg, R. C., Denison, E., & Fretheim, A. (2010a). *Factors promoting and indering the practice of female genital mutilation/cutting (FGM/C)* (N. K. C. f. t. H. Services Ed. Vol. 9). Oslo: Norwegian Knowledge Centre for the Health Services.
- Berg, R. C., Denison, E., & Fretheim, A. (2010b). *Psychological, social and sexual consequences of female genital mutilation/cutting (FGM/C): A systematic review of quantitative studies*. Retrieved from Oslo:
- Berg, R. C., & Denison, E. M. (2013). A realist synthesis of controlled studies to determine the effectiveness of interventions to prevent genital cutting of girls. *Paediatrics and international child health*, 33(4), 322.
- Berg, R. C., Odgaard-Jensen, J., Fretheim, A., Underland, V., & Vist, G. (2014). An Updated Systematic Review and Meta-Analysis of the Obstetric Consequences of Female Genital Mutilation/Cutting. *Obstetrics and gynecology international*, 2014.
- Berg, R. C., & Underland, V. (2014). *Gynecological consequences of female genital mutilation/cutting (FGM/C)* (Vol. 11). Oslo: The Norwegian Knowledge Centre for the Health Services.
- Berg, R. C., & Underland, V. (2014). *Immediate health consequences of female genital mutilation/cutting (FGM/C)* (Kunnskapssenteret Ed. Vol. 8): Kunnskapssenteret.
- Berg, R. C., Underland, V., Odgaard-Jensen, J., Fretheim, A., & Vist, G. E. (2014). Effects of female genital cutting on physical health outcomes: A systematic review and meta-analysis. *BMJ open*, 4(11), e006316.
- Berggren, V., Gottvall, K., Isman, E., Bergström, S., & Ekéus, C. (2013). Infibulated women have an increased risk of anal sphincter tears at delivery: A population based Swedish register study of 250 000 births. *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica*, 92(1), 101–108.
- Bjälkander, O., Grant, D. S., Berggren, V., Bathija, H., & Almroth, L. (2013). Female Genital Mutilation in Sierra Leone: Forms, Reliability of Reported Status, and Accuracy of Related Demographic and Health Survey Questions. *Obstetrics and gynecology international*. doi:10.1155/2013/680926
- Boddy, J. (1998). Violence embodied? Circumcision, gender politics, and cultural aesthetics. In R. E. D. R. P. Dobash (Ed.), *Rethinking Violence Against Women*: Sage.
- Boddy, J. (2016). The normal and the aberrant in female genital cutting: Shifting paradigms. *HAU: Journal of Ethnographic Theory*, 6(2), 41–69.
- Bredal, A., & Lidén, H. (2015). *Hva med 2017? Første delrapport i følgeevalueringen av Handlingsplan mot tvangsekteskap, kjønnslemlestelse og alvorlige begrensninger av unges frihet 2013–2016*. Oslo: Institutt for samfunnsforskning.
- Brown, K., Beecham, D., & Barrett, H. (2013). The applicability of behaviour change in intervention programmes targeted at ending female genital mutilation in the EU: integrating social cognitive and community level approaches. *Obstetrics and gynecology international*. doi:10.1155/2013/324362
- Brown, K., & Kwah, K. (2015). *REPLACE2: A community-based behaviour change intervention framework to tackle female genital mutilation (FGM) in the EU*. Retrieved from https://www.researchgate.net/publication/279530709_REPLACE2_A_community-based_behaviour_change_intervention_framework_to_tackle_female_genital_mutilation_FGM_in_the_EU

- Bråten, B., & Elgvin, O. (2014). *Forskningsbasert politikk? En gjennomgang av forskningen på tvangsekteskap, kjønnslemlestelse og alvorlige begrensninger av unges frihet, og av de politiske tiltakene på feltet* (FAFO Ed. Vol. 16). Oslo: FAFO.
- Budiharsana, M., Amaliah, L., & Utomo, B. (2003). *Female circumcision in Indonesia: extent implications and possible interventions to uphold womens health rights. Research report*. Jakarta: Population Council, USA.
- Cloward, K. (2014). False Commitments: Local Misrepresentation and the International Norms Against Female Genital Mutilation and Early Marriage. *International Organization*, 1–32.
- Crawford, S., & Ali, S. (2014). *Situational analysis of FGM/C stakeholders and interventions in Somalia*: HEART UKAid.
- Dehghankhalili, M., Fallahi, S., Mahmudi, F., Ghaffarpassand, F., Shahrzad, M. E., Taghavi, M., & Fereydooni Asl, M. (2015). Epidemiology, regional characteristics, knowledge, and attitude toward female genital mutilation/cutting in Southern Iran. *The journal of sexual medicine*, 12(7), 1577–1583.
- Deparementene. (2008). *Handlingsplan mot kjønnslemlestelse. 2008–2011*. Oslo: Barne- og likestillingsdepartementet.
- Diop, N. J., Moreau, A., & Benga, H. (2008). *Evaluation of the Long-term Impact of the TOSTAN Programme on the Abandonment of FGM/C and Early Marriage: Results from a qualitative study in Senegal*.
- Diop, N. J., Moreau, A., & Benga, H. (2008). Evaluation of the Long-term Impact of the TOSTAN Programme on the Abandonment of FGM/C and Early Marriage: Results from a qualitative study in Senegal. *Dakar, Senegal: Population Council*.
- Draege, T.-L. (2007). *The role of men in the maintenance and change of female genital cutting in Eritrea*. (Master in international health), University of Bergen, Bergen.
- Dyb, G., & Flekke, K. (2014). *Barnemishandling* (Vol. 2017). Edited. (1986). *Encyclopaedia of Islam*: Brill Publisher.
- Efferson, C., Vogt, S., Elhadi, A., Ahmed, H. E. F., & Fehr, E. (2015). Female genital cutting is not a social coordination norm. *Science*, 349(6255), 1446–1447.
- El-Damanhoury, I. (2013). The Jewish and Christian view on female genital mutilation. *African Journal of Urology*, 19(3), 127–129. doi:10.1016/j.afju.2013.01.004
- ElMouelhya, M. T., Johansen, R. E. B., Ragabc, A. R., & Fahmya, A. (2013). Men's Perspectives on the Relationship Between Sexuality and Female Genital Mutilation in Egypt. *Sociology Study*, 3(2), 104–113.
- Elmusharaf, S., Abdelraheem, M. B., Abdelraham, I., Hassan, E. G., & Almroth, L. (2014). *A case control study on the association between chronic kidney disease and female genital mutilation* (PhD), Karolinska, Stockholm, Sweden.
- Elmusharaf, S., Elhadi, N., & Almroth, L. (2006). Reliability of self reported form of female genital mutilation and WHO classification: Cross sectional study. *MBMJ*, 333(7559), 124.
- Elmusharaf, S., Elkhidir, I., Hoffmann, S., & Almroth, L. (2006). A case–control study on the association between female genital mutilation and sexually transmitted infections in Sudan. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 113(4), 469–474.
- Fangen, K., & Thun, C. (2007). Unge somaliske kvinner snakker om omskjæring. *Sosiologi i dag*, 37(3–4).
- Frøland, J. W. (2016). Helse-ansatte anmelder ikke omskjæring av jenter. Retrieved from <http://www.vl.no/nyhet/helse-ansatte-anmelder-ikke-omskjering-av-jenter-1.697722?paywall=true>
- Gele, A. (2013). *Female Circumcision in Home and Away: Attitudes toward the practice among Somali immigrants in Oslo, Norway and their corresponding group in Hargeisa and Galka' ayo Somalia*. (Ph.D.), University of Oslo.

- Gele, A. A., Bø, B. P., & Sundby, J. (2013). Attitudes toward female circumcision among men and women in two districts in Somalia: is it time to rethink our eradication strategy in Somalia? *Obstetrics and gynecology international*, 2013.
- Gele, A. A., Johansen, R. E. B., & Sundby, J. (2012). When female circumcision comes to the West: Attitudes toward the practice among Somali Immigrants in Oslo. *BMC public health*, 12(1), 697.
- Gele Abdi A, Sagbakken M, & Kumar B. (2015). Is female circumcision evolving or dissolving in Norway? A qualitative study on attitudes toward the practice among young Somalis in the Oslo area. *International journal of women's health*, 7, 933–943.
- Gjellan, M., & Heljesen, V. (2014). *Barnelege: – Myndighetene stigmatiserer somaliske barn*. Retrieved from https://www.nrk.no/norge/_stigmatiserer-somaliske-barn-1.11525750
- Glazer, E. (2012). *Embodiment, Pain, and Circumcision in Somali-Canadian Women*. University of Toronto.
- Gruenbaum, E. (2006). Sexuality issues in the movement to abolish female genital cutting in Sudan. *Medical anthropology quarterly*, 20(1), 121–138.
- Harris, S. (2012). *Learning to inform action: Most Significant Change technique as a tool to build evaluative capacity at Tostan*. (MA in Intercultural Service, Leadership, and Management), Capstone Collection. 2548. Retrieved from <http://digitalcollections.sit.edu/capstones/2548/>
- Helsedirektoratet. (2014a). Forebygging av kjønnslemlestelse: Tilbud om samtale og frivillig underlivsundersøkelse. In V. f. h.-o. s. r. m. 2014 (Ed.). Oslo: Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet. (2014b). Helsekonsekvenser og helsehjelp etter kjønnslemlestelse.
- Helsedirektoratet. (2015). Veileder for helsetjenestetilbudet til asylsøkere, flyktninger og familiegjenforente -Helseundersøkelse ved tre måneder. Retrieved from <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/asylsokere-flyktninger-og-familiegjenforente/seksjon?Tittel=helseundersokelse-ved-tre-maneder-10779>
- Helsedirektoratet. (2016). Veileder for helsetjenestetilbudet til asylsøkere, flyktninger og familiegjenforente.
- Hernlund, Y., & Shell-Duncan, B. (2007). Transcultural positions. Negotiating rights and culture. *Transcultural bodies: Female genital cutting in global context*, 1–45.
- Hjelde, K., & Ghebremedhin, H. (2013). *Hvordan opplever og oppfatter berørte miljøer helsetjenestens tilbud mot kvinnelig kjønnslemlestelse? En brukerundersøkelse av helsetjenestens forebyggende arbeid* (Vol. NAKMI rapport 1/2013). Oslo: NAKMI – Nasjonal kompetanseenhet for minoritetshelse.
- Ibrahim, A., Rasch, V., Pukkala, E., & Aro, A. R. (2011). Cervical cancer risk factors and feasibility of visual inspection with acetic acid screening in Sudan. *International journal of women's health*, 3, 117.
- IMDi. Introduction program. Retrieved from <http://www.imdi.no/opplaring-og-utdanning/introduksjonsprogram/>
- International Child Development Program. (2017). *ICDP*. Retrieved from <http://www.icdp.no/om-icdp>
- Izett, S., & Toubia, N. (1999). Learning about social change. A research and evaluation guidebook using female circumcision as a case study.
- Jinnah, Z., & Lowe, L. (2015). Circumcising Circumcision: Renegotiating Beliefs and Practices among Somali Women in Johannesburg and Nairobi. *Medical Anthropology*, 34(4), 371–388. doi:10.1080/01459740.2015.1045140
- Johannessen, H. B., Skoglie, C., Skoglund, E., Tveitereid, M., & Vesthaug, T. (2004). *I dialog mot kvinnelig omskjæring – Evaluering av OK prosjektets informatørkurs og samtalegrupper*. Retrieved from Oslo:

- Johansen, R. E. B. (2001). Vi er OK. Kvinnelig omskjæring – det angår deg! In OK prosjektet (Ed.), (pp. 17).
- Johansen, R. E. B. (2002a). Hvorfor – Spørsmål og svar om vanlige problemer for jenter og kvinner som er omskåret. Oslo: OK prosjektet.
- Johansen, R. E. B. (2002b). *Omskjæring av jenter – det angår deg*. Oslo.
- Johansen, R. E. B. (2002c). Pain as a counterpoint to culture: toward an analysis of pain associated with infibulation among Somali immigrants in Norway. *Medical anthropology quarterly*, 16(3), 312–340.
- Prosjektbeskrivelse. Det nasjonale prosjektet for oppfølging av regjeringens handlingsplan mot kjønnslemlestelse, OK (2002d).
- Johansen, R. E. B. (2004). *Endring innenfra. Sluttrapport fra OK-prosjektet 2001–2004*.
- Johansen, R. E. B. (2005). *Fra kunnskap til handling. Håndbok om kvinnelig omskjæring for helse- og sosialarbeidere, pedagoger og ansatte i mottak*: OK prosjektet.
- Johansen, R. E. B. (2006a). Care for infibulated women giving birth in Norway: an anthropological analysis of health workers' management of a medically and culturally unfamiliar issue. *Medical anthropology quarterly*, 20(4), 516–544.
- Johansen, R. E. B. (2006b). *Experiences and perceptions of pain, sexuality and childbirth. A study of Female Genital Cutting among Somalis in Norwegian Exile, and their health care providers*. (Dr. Philos), University of Oslo.
- Johansen, R. E. B. (2006c). Smerte påført i kulturens navn: omskårede kvinners erfaringer i eksil. In H. o. I. Grimen, B (Ed.), *Kulturelle perspektiv på helse og sykdom*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Johansen, R. E. B. (2007). Experiencing sex in exile—can genitals change their gender? In Y. Hernlund & B. Shell-Duncan (Eds.), *Transcultural bodies: Female genital cutting in global context* (pp. 248–277). New Brunswick: Rutgers University Press.
- Johansen, R. E. B. (2011). Smertefulle møter mellom jordmødre og somaliske fødekvinner i Norge. In A. Leseth & K. Solbrække (Eds.), *Profesjon, kjønn og etnisitet* (pp. 165–186). Oslo: Cappelen Damm Akademiske.
- Johansen, R. E. B. (2015). Female Genital Mutilation: Controversies and Responses *The International Encyclopedia of Human Sexuality* (pp. 374–379): Wiley-Blackwell.
- Johansen, R. E. B. (2016a). Kvinnelig omskjæring. *Legeforeningen*. Retrieved from <https://legehandboka.no/handboken/kliniske-kapitler/gynekologi/tilstander-og-sykdommer/diverse/kvinnelig-omskjaring/>
- Johansen, R. E. B. (2016b). Undoing female genital cutting: Perceptions and experiences of infibulation, defibulation and virginity among Somali and Sudanese migrants in Norway *Culture, Health & Sexuality*, 19(4), 1–15. doi:10.1080/13691058.2016.1239838
- Johansen, R. E. B. (2016c). Undoing female genital cutting: perceptions and experiences of infibulation, defibulation and virginity among Somali and Sudanese migrants in Norway. *Culture, Health & Sexuality*, 1–15. doi:10.1080/13691058.2016.1239838
- Johansen, R. E. B. (2017). Virility, pleasure and female genital cutting. Perceptions and experiences of medicalized defibulation among Somali and Sudanese migrants in Norway. *Reproductive health*. doi:10.1186/s12978-017-0287-4
- Johansen, R. E. B., Diop, N. J., Laverack, G., & Leye, E. (2013). What works and what does not: a discussion of popular approaches for the abandonment of female genital mutilation. *Obstetrics and gynecology international*, 2013.
- Johansen, R. E. B., & RVTS Sør. (2014). Kvinners liv og helse i eksil. Retrieved from www.kvinneligomskjaring.no
- Johansen, R. E. B., Ziyada, M. M., Shell-Duncan, B., Kaplan, A., & Leye, E. (Submitted). Health sector involvement in the management of female genital mutilation/cutting in 30 countries. *BMC Health System Research*.

- Johnsdotter, S. (2002). *Created by God: how Somalis in Swedish exile reassess the practice of female circumcision*. (10 PhD), Lund University, Lund, Sweden.
- Johnsdotter, S., & Essén, B. (2015). *Culture and sexual scripts in and out of Africa: Understanding FGC in relation to sexuality*. Paper presented at the Management of Women with FGM/C: 1st International Consultation, University Paris-1 Pantheon Sorbonne & School for Advanced Studies in Social Sciences, France, 27–28 January, 2015.
- Jonassen, W., & Saur, R. (2011). *Arbeid med kjønnslemlestelse i Norge- En kartlegging* (Vol. 1). Oslo: NKVTS.
- Jordal, M. (2016). *Motives and expectations for requesting clitoral reconstructive surgery after female genital mutilation/cutting – the Swedish experience*. Paper presented at the EUPHA, Oslo, Norway.
- Kaplan, A., Hechavarría, S., Bernal, M., & Bonhoure, I. (2013). Knowledge, attitudes and practices of female genital mutilation/cutting among health care professionals in The Gambia: a multiethnic study. *BMC public health*, 13(1), 851.
- Kaplan, A., Hechavarría, S., Martín, M., & Bonhoure, I. (2011). Health consequences of female genital mutilation/cutting in the Gambia, evidence into action. *Reproductive health*, 8(1), 26.
- Koukoui, S., Hassan, G., & Guzder, J. (2017). The mothering experience of women with FGM/C raising 'uncut' daughters, in Ivory Coast and in Canada. *Reproductive health*, 14(1), 51.
- Kramer, U. O. (1983). *Omskjæring av kvinner*. Oslo.
- Legeforeningen. (2014). Veileder i fødselshjelp. Retrieved from <http://legeforeningen.no/Fagmed/Norsk-gynekologisk-forening/Veiledere/Veiledere-i-fodselskjelp-2014/Kvinnelig-omskjaring-kjonnsllestelse/>
- Legeforeningen. (2015). Veileder i generell gynekologi. Retrieved from <http://legeforeningen.no/Fagmed/Norsk-gynekologisk-forening/Veiledere/veiledere-i-generell-gynekologi-2009/omskjaring-kjonnsllestelse/Veiledere>
- Leye, E., Bauwens, S., & Bjalkander, O. (2005). *Behaviour change towards female genital mutilation: Lessons learned from Africa and Europe*. Brussels.
- Leye, E., Green, S. O. B., Arnaut, C., & Mergaert, L. (2014). Towards a better estimation of prevalence of female genital mutilation in the European Union: interpreting existing evidence in all EU Member States. *Genus*, 70(1).
- Lidén, H., & Berntzen, T. (2008). *Kjønnslemlestelse i Norge* (Vol. 8). Oslo: Institutt for samfunnsforskning.
- Lidén, H., & Bredal, A. (2017). *Fra særtiltak til ordinær innsats. Følgeevaluering av handlingsplanen mot tvangsekteskap, kjønnslemlestelse og alvorlige begrensninger av unges frihet* (Vol. 1). Oslo.
- Lidén, H., Bredal, A., & Reisel, L. (2014). *Transnasjonal oppvekst. Om lengre utenlandsoppholdt blant barn og unge med innvandrerbakgrunn* (Vol. 5). Oslo: Institutt for samfunnsforskning.
- Lien, I.-L. (2016). The perspectives of Gambian men on the sexuality of cut and uncut women. *Sexualities*, 20(5–6). doi:1363460716675142
- Lien, I.-L. (2017). Prosecution of the Offence of Female Genital Mutilation/Cutting in Norway. *International Journal of Law, Policy and the Family*. doi:10.1093/lawfam/ebx003
- Lien, I.-L., & Schultz, J.-H. (2013). Internalizing knowledge and changing attitudes to female genital cutting/mutilation. *Obstetrics and gynecology international*, 2013.
- Lien, I.-L., Schultz, J.-H., & Borgen, G. (2012). *Intervensjon mot kjønnslemlestelse. Erfaringer fra tilbudet – «Samtaler og frivillige underlivsundersøkelser»*. Retrieved from Oslo:

- Lien, I. L. (2005). *Tiltak mot kjønnslemlestelse. Evaluering av OK-prosjektet*. Oslo: NIBR.
- Lien, I. L. (2017). *Politiets arbeide med kjønnslemlestelse: En systemteoretisk analyse* (Vol. 6). Oslo: NKVTS.
- Lunde, I. B., & Sagbakken, M. (2014). Female genital cutting in Hargeisa, Somaliland: is there a move towards less severe forms? *Reproductive Health Matters*, 22(43), 169–177.
- Lunde, I. B., Sagbakken, M., & Johansen R Elise B. (innsendt). Negotiating female genital cutting in the diasporic imagination of Kurdish national identity *Nordic Journal of Migration Research*.
- Mackie, G. (2000). Female genital cutting: The beginning of the end. In B. Shell-Duncan & Y. Hernlund (Eds.), *Female "circumcision" in Africa: culture, controversy, and change* (pp. 253–282). Boulder, Colorado: Lynne Rienner.
- Malmström, M. F. (2013). The production of sexual mutilation among Muslim women in Cairo. *Global Discourse*, 306–321 doi:10.1080/23269995.2013.804752
- Martin Hilber, A., Hull, T. H., Preston-Whyte, E., Bagnol, B., Smit, J., Wacharasin, C., & Widyantoro, N. (2010). A cross cultural study of vaginal practices and sexuality: implications for sexual health. *Social science & medicine*, 70(3), 392–400.
- McNeely, S., McNeely, S., Jong, F. C.-d., & Jong, F. C.-d. (2016). Somali refugees' perspectives regarding FGM/C in the US. *International Journal of Migration, Health and Social Care*, 12(3), 157–169.
- Medisinernes Seksual Opplysning. Retrieved from <https://www.mso.oslo.no>
- Mohamud, A. A., & McAntony, A. (2004). *Female genital mutilation/cutting in Somalia*. USA: World Bank.
- Muthumbi, J., Svanemyr, J., Scolaro, E., Temmerman, M., & Say, L. (2015). Female Genital Mutilation: A Literature Review of the Current Status of Legislation and Policies in 27 African Countries and Yemen. *African Journal of Reproductive Health*, 19(3), 32–40.
- Nasjonalt Kunnskapssenter om Vold og Traumatisk Stress. (2011a). Er det lurt å omskjære døtrene sine? In NKVTS (Ed.), *Brosjyre*. Oslo: NKVTS.
- Nasjonalt Kunnskapssenter om Vold og Traumatisk Stress. (2011b). *Kroppen din er perfekt fra naturens side – og det er du som bestemmer over den*. Oslo: NKVTS.
- Nasjonalt Kunnskapssenter om Vold og Traumatisk Stress. (2011c). Omskjært? Alle landets helseregioner tilbyr åpne operasjoner. In NKVTS (Ed.), *Brosjyre*. Oslo: NKVTS.
- Nypan, A. (1991). Revival of female circumcision: A case of neo-traditionalism. In K. Stolen & M. Vaa (Eds.), *Gender and Change in Developing Countries* (pp. 39–65). Oslo: Norwegian University Press.
- Octavia, L. (2014). Circumcision and Muslim Women's Identity in Indonesia. *Studia Islamika*, 21(3), 419–457.
- Opaas, M., & Varvin, S. (2015). Relationships of Childhood Adverse Experiences With Mental Health and Quality of Life at Treatment Start for Adult Refugees Traumatized by Pre-Flight Experiences of War and Human Rights Violations. *The Journal of nervous and mental disease*, 203(9), 684–695. doi:10.1097/NMD.0000000000000330.
- Oxford Research. (2012). *Godt fundament. Evaluering av handlingsplanen mot kjønnslemlestelse 2008–2011. Sluttrapport*. .
- Pediatrics, A. A. o. (2010). Ritual genital cutting of female minors. *Pediatrics*, 125, 1088–1093.
- Plested, B. A., Edwards, R. W., & Jumper-Thurman, P. (2006). *Community readiness: A handbook for successful change*. Sage Hall: Colorado State University.
- Population Reference Bureau. (2001). *Abandoning female genital cutting. Prevalence, Attitudes, and Efforts to End the Practice*. Washington, D.C.

- Rahimi, A., Ardalán, A., Felah, A., Majlessi, F., & Pashaei, T. (2012). Related factors of female genital mutilation (FGM) in Ravansar (Iran). *Journal of Womens Health Care*, 1(2). doi:10.4172/2167-0420.1000108
- Robertensen, T., & Ersvik, T. (2014). *Kartlegging og oppdatering av NKVTS sitt informasjonsmaterieell om kjønnslemlestelse* (Vol. Unpublished report). Oslo: NKVTS.
- Rogers, E. M. (2010). *Diffusion of innovations*. New York: Simon and Schuster.
- Rouzi, A. A. (2013). Facts and controversies on female genital mutilation and Islam. *The European Journal of Contraception and Reproductive Health Care*, 18(1), 10–14.
- Sajjad, T. A. (2010a). *Evaluering av helsetjenestens informasjonsarbeid for å forebygge kjønnslemlestelse*. Oslo: NAKMI.
- Sajjad, T. A. (2010b). *Kartlegging av informasjonsrutiner mellom helsestasjoner og sykehus om kjønnslemlestelse. Rapport for tiltak 29 i Handlingsplan mot kjønnslemlestelse*. Oslo: NAKMI.
- Savosnick, C., & Johansen, R. E. B. (2004). Kvinners liv og helse i eksil. Veiledning for drift av samtalegrupper med kvinner fra land der kvinnelig omskjæring praktiseres. In O. prosjektet (Ed.).
- Serour, G. I. (2010). The issue of reinfibulation. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 109(2), 93–96.
- Shell-Duncan, B. (2001). The medicalization of female “circumcision”: Harm reduction or promotion of a dangerous practice? *Social science & medicine*, 52(7), 1013–1028.
- Shell-Duncan, B., & Hernlund, Y. (2000a). Female ‘circumcision’ in Africa: Dimensions of the practice and debates *Female “circumcision” in Africa: Culture, controversy, and change* (pp. 1–40). Boulder, London: Lynne Rienner Publisher.
- Shell-Duncan, B., & Hernlund, Y. (2000b). *Female “circumcision” in Africa: Culture, Controversy, and Change*: Lynne Rienner Publishers.
- Shell-Duncan, B., Wander, K., Hernlund, Y., & Moreau, A. (2011). Dynamics of change in the practice of female genital cutting in Senegambia: Testing predictions of social convention theory. *Social science & medicine*, 73(8), 1275–1283.
- Shell Duncan, B., Wander, K., Hernlund, Y., & Moreau, A. (2013). Legislating change? Responses to criminalizing female genital cutting in Senegal. *Law & society review*, 47(4), 803–835.
- Sigurjónsson, H. (2016). *Multidisciplinary approach to treat survivorsof FGM*. 23.09.2016. National Conference on female genital mutilation in Norway.
- Skramstad, H. (1990). *The fluid meanings of female circumcision in a multiethnic context in Gambia: distribution of knowlegde and linkages to sexuality* (Vol. 1990:12). Bergen.
- Sophia, K., Ghayda Hassan, & Jaswant Guzder. (2017). The mothering experience of women with FGC raising ‘uncut’ daughters, in Ivory Coast and in Canada. *Reproductive health*. doi:10.1186/s12978-017-0309-2
- Sosialdepartementet. (1980). *Spørsmålet om lovligheten av omskjæring av kvinner*. (Rundskriv 1-1030/80). Oslo: Sosialdepartementet.
- Spiro, M. E. (1997). *Gender ideology and psychological reality: An essay on cultural reproduction*: Yale University Press.
- Statens Helsetilsyn. (2000). *Veileder for helsepersonell i Norge om kvinnelig omskjæring*. Retrieved from https://www.helsetilsynet.no/upload/Publikasjoner/veiledningsserien/veileder_helsepersonell_omskjaering_ik-2723.pdf
- Svanemyr, J., Johansen, R., & Ersvik, T. Fagpersonells møte med kjønnslemlestelse – erfaringer fra hjelpeapparatets håndtering av forebygging, avverging og tilbud om helsehjelp i Norge

- Talle, A. (1993). Transforming Women Into Pure'Agnates: Aspects of Female Infibulation in Somalia. In I. Rudie, T. Bleie, & V. Broch-Due (Eds.), *Carved flesh/cast selves: gendered symbols and social practices*. Oxford, UK: Berg.
- Talle, A. (2007). Female circumcision in Africa and beyond: the anthropology of a difficult issue. In Y. Hernlund & B. Shell-Duncan (Eds.), *Transcultural bodies: Female genital cutting in global context* (pp. 91–106). New Brunswick, New Jersey, and London: Rutgers University Press
- Tonje Holt, Lisa Gvasli Nilsen, Moen, L. H., & Ingunn Rangul Askeland. (2016). *Behandlingsstilbudet til barn som er utsatt for og som utøver vold og seksuelle overgrep En nasjonal kartleggingsundersøkelse*: NKVTS.
- Tvenge, S., & Andersen, T. A. (2017). *Gynecological complaints and management of women subjected to female genital mutilation-A descriptive study among women attending a university hospital in Norway*. NTNU.
- Uebelhart, M., Boulvain, M., Dallenbäch, P., Irion, O., Petignat, P., & Abdulcadir, J. (2017). *A pilot study on pelvic floor symptoms in women living with female genital mutilation/cutting*. University Hospital Geneva. Conferene proceedings 14/3-17.
- UNICEF. (2005). *Changing a Harmful Social Convention: Female Genital Mutilation/Cutting*. Retrieved from
- UNICEF. (2013). *Female Genital Mutilation/Cutting: A statistical overview and exploration of the dynamics of change*. New York.
- UNICEF. (Running). MICS. https://www.unicef.org/statistics/index_24302.html
- United Nations Children's Fund. (2016). *Female genital mutilation/cutting: A global concern*. New York.
- USAID. (running). DHS – Demographic Health Surveys. <https://dhsprogram.com/Utlendingsdirektoratet>. Informasjon for barn og unge i mottak. Retrieved from <https://www.udi.no/asylmottak/jobber-i-mottak/informasjonsarbeid-i-mottaket/informasjonsarbeid-for-barn-og-unge/#link-9332>
- Utlendingsdirektoratet. Informasjonsarbeid for voksne i mottak. Retrieved from <https://www.udi.no/asylmottak/jobber-i-mottak/informasjonsarbeid-i-mottaket/informasjonsprogram-for-voksne/>
- Forbud mot kvinnelig kjønnslemlestelse – informasjonsskriv, (2014).
- Van Baelen, L., Ortensi, L., & Leye, E. (2016). Estimates of first-generation women and girls with female genital mutilation in the European Union, Norway and Switzerland. *The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care*, 21(6), 474–482.
- Vangen, S., Stoltenberg, C., Johansen, R. E. B., Sundby, J., & Stray Pedersen, B. (2002). Perinatal complications among ethnic Somalis in Norway. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 81(4), 317–322.
- Vloeberghs, E., van der Kwaak, A., Knipscheer, J., & van den Muijsenbergh, M. (2012). Coping and chronic psychosocial consequences of female genital mutilation in the Netherlands. *Ethnicity & health*, 17(6), 677–695.
- Von der Osten-Sacken, T., & Uwer, T. (2007). Is female genital mutilation an Islamic problem? *Middle East Quarterly*.
- VOX. Opplæringsplan introduksjonsprogrammet. Retrieved from <http://www.vox.no/Norsk-og-samfunnskunnskap/>
- Wahlberg, A., Johnsdotter, S., Selling, K. E., Källestål, C., & Essén, B. (2017). Factors associated with the support of pricking (female genital cutting type IV) among Somali immigrants—a cross-sectional study in Sweden. *Reproductive health*, 14(1), 92.
- WHO (Producer). (2016). International Classification of Diseases. Retrieved from <http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2016/en>

- WHO Study Group on Female Genital Mutilation and Obstetric Outcome. (2006). Female genital mutilation and obstetric outcome: WHO collaborative prospective study in six African countries. *Lancet*, 367, 1835–1841.
- World Health Organization. (2008). *Eliminating female genital mutilation: An interagency statement—OHCHR, UNAIDS, UNDP, UNECA: UNESCO, UNFPA, UNHCR, UNICEF, UNIFEM, WHO, WHO*, Geneva.
- World Health Organization. (2016). *WHO guidelines on the management of health complications from female genital mutilation*. Geneva: WHO.
- World Health Organization. (2017). International Classification of Diseases 11. Retrieved from <http://www.who.int/classifications/icd/revision/en/>
- Ziyada, M. M. (2016). *Faktorer som påvirker bruk av helsetjenester hos barn og unge med kjønnslemlestelse*. Retrieved from
- Ziyada, M. M., Norberg-Schulz, M., & Johansen, R. E. B. (2016). *Estimating the magnitude of female genital mutilation/cutting in Norway: an extrapolation model* (Vol. 16).

10 Noter

(Endnotes)

- 1 DHS gjennomføres gjennom støtte fra det amerikanske utviklingsfondet (USAID), mens MICS driftes UNICEF.
- 2 Ett element i dette er at man vet lite om i hvilken grad andre enn foresatte kan påvirke valg eller handlinger. For eksempel har politiet rapport om enkelt-saker der jenter skal ha blitt kjønnsleestet av besteforeldre eller andre slektninger under hjemreise, uten foresattes viten eller velsignelse.
- 3 Klitoris-rekonstruksjon er en type kirurgi der indre deler av klitoris «løsnes» og løftes frem, slik at den blir synlig Slike inngrep er ikke gjort allment tilgjengelig i Norge, men enkeltindivider har reist til utlandet for å få det utført.
- 4 <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/retningslinjer-om-handtering/id684016/>
- 5 <https://www.udiregelverk.no/no/rettskilder/sentrale/utlendingsforskriften/kap17/17-4/>
- 6 <https://www.vg.no/forbruker/helse/helse-og-medisin/fire-av-ti-helsearbeidere-utdannet-i-utlandet/a/10059520/>
- 7 https://udiregelverk.no/no/rettskilder/udi-interne-meldinger/im-2013-011/#_Toc368917605. Sist sjekket 17/10-2016.
- 8 <https://udiregelverk.no/no/rettskilder/udi-interne-meldinger/im-2014-015/im-2014-015v4/> . Sist sjekket 17/10-2016
- 9 <https://udiregelverk.no/PageFiles/12395/IM%202013-011V5%20Tiltakskort%20-%20Kj%c3%b8nnslelestelse.pdf>. Sist sjekket 17/10-2016.
- 10 <http://www.imdi.no/opplaring-og-utdanning/introduksjonsprogram/>
- 11 Sex og samfunn driver i tillegg til undervisning en klinikk der unge kan søke hjelp og råd omkring seksualitet. Tjenesteytere herfra fortalte at det var ytterst sjelden unge kom til dem med spørsmål knyttet til kjønnslelestelse.
- 12 Innlegget ble holdt på «Den internasjonale migrasjonsdagen: Fagdag om helse, seksualitet og kjønn i et migrasjonsperspektiv» som ble arrangert 18/12-14, A-hus, Oslo av Ressurssenter for migrasjonshelse, Helse-etaten, Oslo kommune.
- 13 Klitoris-rekonstruksjon er en type kirurgi der indre deler av klitoris «løsnes» og løftes frem, slik at den blir synlig Slike inngrep er ikke gjort allment tilgjengelig i Norge, men enkeltindivider har reist til utlandet for å få det utført.

I denne rapporten har vi undersøkt hvordan systemene som skal sikre at flyktninger og asylsøkere får nødvendig informasjon om kjønnslemlestelse, fungerer. Hensikten med slik informasjonsformidling er å forebygge at jenter bosatt i Norge blir kjønnslemlestet. Jenter og kvinner som er utsatt for dette inngrepet, skal også gis tilbud om helsehjelp.

Studien viste at kun 2/3 av helseutdanningsinstitusjonene underviste om kjønnslemlestelse, og at det var store variasjoner i omfang og innhold i undervisningen som ble gitt. Det betyr at helsepersonells kompetanse i å gjennomføre oppgaver knyttet til kjønnslemlestelse, varierer. Studien avdekket også at det er behov for et styrket, mer samordnet og likeverdig helsetilbud. Tilbudet må også gjøres mer kjent og akseptabelt for brukerne.

Studien avdekket også at tjenesteytere på mindre steder med få bosatte fra berørte grupper, ofte opplevde større utfordringer i arbeidet; mange hadde færre ressurser, dårligere muligheter til faglig påfyll og færre diskusjonspartnere. Mange følte at de sto alene med tidvis store og vanskelige oppgaver, og opplevde ofte taushetsplikten som en alvorlig begrensning for faglig utveksling og gode avgjørelser.

Videre fant vi noen svakheter ved nåværende rutiner for informasjonsformidling. Blant annet ble noen berørte overbelastet med informasjon om kjønnslemlestelse, mens andre kunne risikere aldri å få nødvendig informasjon. Form og innhold på eksisterende informasjonsopplegg er trolig for begrenset. Vi anbefaler derfor at dette styrkes, med økt fokus på samtalegrupper som går over tid, sterkere inkludering av ressurspersoner fra berørte grupper, og at informasjonen blir bredere. Det siste omfatter et økt fokus på diskusjon om begrunnelsene for kjønnslemlestelse.



Rapporter kan lastes ned fra www.nkvts.no

ISBN 978-82-8122-127-7 (Trykt)

ISBN 978-82-8122-128-4 (PDF)

ISSN 0809-9103

Rapport nr. 8 2017

NKVTS.NO