

Hvordan opplever og oppfatter berørte miljøer helsetjenestens tilbud mot kvinnelig kjønnslemlestelse?

En brukerundersøkelse av helsetjenestens
forebyggende arbeid

NAKMI – Nasjonal Kompetanseenhet for Minoritetshelse
NAKMI rapport 2013

Forfattere: Helen Ghebremedhin og Karin Harsløf Hjelde

Redaktør: Bernadette Nirmal Kumar

ISSN: 1503-1659

ISSB: 978-82-92564-12-7

Trykk: 07 Gruppen AS

Nasjonal Kompetanseenhet for Minoritetshelse (NAKMI)

Oslo Universitetssykehus HF, avd. Ullevål

Postboks 4956 Nydalen

N-0424 Oslo

Norge

post@nakmi.no

www.nakmi.no

INNHold

FORORD	2
SAMMENDRAG	3
INNLEDNING	5
Bakgrunn	5
Teoretisk perspektiv	6
MÅLSETTING OG PROBLEMSTILLINGER	7
Målsetting	7
Problemstillinger	7
METODE, MATERIALE OG ETIKK	8
Metodiske tilnærminger	8
Målgrupper	10
Rekruttering	11
Utvalg	11
Metodiske utfordringer og begrensninger	12
Etiske refleksjoner	13
RESULTATER	15
Funn fra undersøkelsen med voksne menn og kvinner fra berørte miljøer	15
Funn fra undersøkelsen med ungdom fra berørte miljøer	21
Sammenligning av helsepersonellundersøkelsen og brukerundersøkelsen	27
KONKLUSJON OG ANBEFALINGER	28
Konklusjon	28
Anbefalinger	31
REFERANSER	32
TABELLER	
Tabell 1 – Oversikt over antall deltagere etter type intervju og kjønn	10
Tabell 2 – Oversikt fordelt etter landgrupper, aldersgruppe og kjønn	33
VEDLEGG	
VEDLEGG 1A Informasjonsbrev /samtykkeskjema (norsk)	34
VEDLEGG 1B Informasjonsbrev /samtykkeskjema (somal)	35
VEDLEGG 1C Informasjonsbrev/samtykkeskjema(amharisk)	36
VEDLEGG 1D Informasjonsbrev /samtykkeskjema (tigrinja)	37
VEDLEGG 2 Intervjuguide	38
VEDLEGG 3 Rapportmal	40



FORORD

Takk til Helsedirektoratet for å ha gitt NAKMI muligheten til å gjennomføre denne brukerundersøkelsen. Prosjektet har gitt oss viktig og nyttig kunnskap om både voksne og unge brukeres opplevelse av helsetjenestens forebyggende og holdningsskapende arbeid mot kvinnelig kjønnslemlestelse, som vi ikke har hatt tidligere.

Prosjektbeskrivelsen ble utarbeidet av Karin Harsløf Hjelde, Sara Kahsay, Anne Sigfrid Grønseth og Helen Ghebremedhin. Sara Kahsay ble sykmeldt før oppstart av prosjektet og Ghebremedhin overtok rollen som Prosjektkoordinator. Grønseth fikk ny stilling ved Høgskolen i Lillehammer og kunne derfor ikke følge prosjektet videre. Hjelde overtok funksjonen som prosjektleder fra prosjektets begynnelse i samarbeid med Ghebremedhin.

Prosjektet knyttet til seg tre eksterne moderatorer: Henok Zeratsion, Demeke Tegbaru og Shirdon Mahmed Abdikarim. Dessuten deltok Warsame Ali som fokusgruppeleder.

Alle RVTS-kontorene ble invitert til å delta, men kun RVTS Sør har bidratt med innhenting av materiale fra informanter i Kristiansand-området.

Vi takker alle som bidro til dette arbeidet, inkludert helsesøster og kontaktlærere ved en videregående skole, samt en frivillig organisasjon, som alle hjalp oss med rekruttering og tilrettelegging i forbindelse med intervju av de unge deltagerne i undersøkelsen. En spesiell takk til alle informanter for deres engasjement og deltagelse. Deres uvurderlige kommentarer og tilbakemeldinger har gitt oss større innsikt gjennom gode formuleringer som vi har tillatt oss å gjengi i rapporten.

NAKMI, juli 2013



Bernadette N. Kumar
Direktør



SAMMENDRAG

Helsedirektoratet ba i 2012 NAKMI om å gjennomføre en undersøkelse av hvordan berørte miljøer opplever og håndterer helsetjenestens forebyggende og holdningsskapende arbeid og tilbud mot kjønnslemlestelse (KLL). I brukerundersøkelsen har vi tatt utgangspunkt i tre sentrale tiltak i helsetjenestens forebyggende og holdningsskapende arbeid mot KLL: tilbud om frivillige samtaler og om underlivsundersøkelser, samt behandlingstilbud til kvinner med skader etter KLL.

Målsetting

- Undersøke hvordan berørte populasjoner håndterer og opplever helsetjenestens tilbud og tjenester i forbindelse med forebyggende arbeid mot kjønnslemlestelse.
- Undersøke hvilke behov og forslag berørte miljøer har når det gjelder tilbud fra helsetjenesten som kan forebygge KLL.
- Undersøke om de berørte miljøene også ser andre steder og måter å utføre forebyggende helsearbeid på.
- Indikere om tiltakene som har blitt gjennomført i det forebyggende arbeidet har truffet målgruppen og vurdere eventuelle behov for fortsettelse eller innføring av andre tiltak.

Metodevalg ble gjort med utgangspunkt i at temaet vil kunne oppfattes som svært sensitivt og for mange vil kunne være vanskelig å snakke om, selv om fokus er på helsetjenestens tilbud. Kvalitativ datainnsamling ble gjennomført ved bruk av fokusgrupper (8) og semi-strukturerte intervjuer (14) med både voksne og ungdom. Utvalget bestod av kvinner og menn (foreldregenerasjon) og jenter og gutter >16 år bosatt i Oslo og Kristiansand, i alt 56 informanter, med opprinnelse fra de tre tallmessig største, berørte miljøene i Norge: Somalia, Etiopia og Eritrea. Prosjektet engasjerte eksterne moderatorer til å gjennomføre rekruttering og datainnsamling på deltagerens eget språk, for informanter fra foreldregenerasjonen. Unge informanter ble rekruttert og intervjuet på norsk av prosjektleder, -koordinator og prosjektmedarbeider.

Undersøkelsen viste at kunnskapsnivået om helsetjenestens tilbud er variert blant informantene, men alle informantene ga uttrykk for at de var godt informert om lovforbudet. Deltagere med lengst botid i Norge hadde mest kunnskap om helsetjenestens tilbud og helsekonsekvenser knyttet til KLL. Få hadde gjort seg erfaringer om helsetjenestens tilbud. De fleste hadde fått generell informasjon om KLL og om lovforbudet mot KLL enten ved ankomst til Norge, på asylmottak eller ved helsestasjon. De som hadde fått informasjon på

asylmottak sa at de også hadde fått informasjon om helsekonsekvensene. Svært få deltagere nevnte at de hadde mottatt informasjon om behandlingstilbud eller tilbud om samtaler/underlivsundersøkelser. De fleste deltagerne ga uttrykk for at de ønsket mer informasjon om helsekonsekvensene og ikke gjentatt informasjon om lovforbudet. Deltagerne ga uttrykk for at det bør satses mer på å spre kunnskap om den helsemessige siden ved KLL-problematikken og helsetjenestens forebyggende tilbud, og at dette bør være en del av helserutinene for eksempel ved helsestasjonene. Informantene la vekt på at fokus bør rettes mot nyankomne som har begrenset kunnskap om helsetjenestens tilbud og helsekonsekvenser knyttet til KLL, og gjerne ved oppsøkende virksomhet.

Konklusjon

- Deltagerne satte pris på å få muligheten til å snakke om dette temaet som de ellers ikke har hatt mulighet til. Både ungdommene og de voksne deltagerne mente det ville være nyttig med gruppemøter hvor en får mulighet til å lære om omskjæring og diskutere åpent, og slik bidra til at det blir mindre tabu rundt temaet.
- Informasjon om helsekonsekvenser ses som viktig for å oppnå en holdningsendring.
- Helsesøstre anses som en særlig viktig informasjonskilde.
- Helsepersonells tilnærmingssåte ses som avgjørende for om informantene opplever seg mistenkeliggjort.

Anbefalinger

- Helsepersonell må være trygge på å ta opp temaet og fokusere mer på å gi informasjon og opplæring om helsekonsekvenser og helseskader, ikke kun om lovforbudet.
- Informasjonsarbeidet om helsetjenestens tilbud, forebyggende arbeid og om helsekonsekvenser knyttet til KLL må tilpasses og rettes tydeligere mot målgruppen.
- Det bør lages kurs om kvinnehelse/barnehelse til grupper fra berørte miljøer, enten på eget språk eller med tolk. Det bør fortsatt være spesielt fokus på nyankomne.
- Det anbefales å skape arenaer, ikke minst for ungdom, i samarbeid med trossamfunn, innvandrersorganisasjoner, voksenopplæring, asylmottak og ressurspersoner fra berørte miljøer.



INNLEDNING

Bakgrunn

NAKMI gjennomførte i 2010 et oppdrag fra Helsedirektoratet om å designe og gjennomføre et prosjekt som viste hvordan helsetjenesten forvalter informasjonsarbeidet i forbindelse med kjønnslemlestelse (Handlingsplan mot kjønnslemlestelse 2008-2011: Tiltak 34). I tillegg fikk NAKMI i oppdrag å designe og gjennomføre en evaluering av samhandlingsrutinene angående kvinnelig kjønnslemlestelse mellom nivåene i helsetjenestene (Handlingsplan mot kjønnslemlestelse 2008-2011: Tiltak 29). Rapportene fra disse prosjekter ble levert Helsedirektoratet desember 2010.

Helsedirektoratet ba i 2012 NAKMI om å gjennomføre en undersøkelse av hvordan brukerne opplever og håndterer helsetjenestens forebyggende og holdningsskapende arbeid og tilbud mot kjønnslemlestelse (KLL).

I brukerundersøkelsen har vi tatt utgangspunkt i tre sentrale tiltak i helsetjenestens forebyggende og holdningsskapende arbeid mot KLL: tilbud om frivillige samtaler og om underlivsundersøkelser, samt behandlingstilbud til kvinner med skader etter KLL. Tilbudet om frivillige samtaler og kliniske underlivsundersøkelser gis til alle jenter og kvinner med bakgrunn fra områder der forekomsten av kjønnslemlestelse er 30 % eller mer. Alle skal få dette tilbudet innen ett år etter ankomst til landet. Allerede bosatte barn skal få tilbud om undersøkelse gjennom skolehelsetjenesten ved skolestart, i 5. klasse og på ungdomsskoletrinnet, jfr. Veileder om tilbud om samtale og frivillig underlivsundersøkelse (Helsedirektoratet, 2011). Skolehelsetjenesten skal ifølge veilederen invitere aktuelle foreldre og jenter til samtale og når det er aktuelt informere om tilbud om frivillig underlivsundersøkelse. Det er opprettet et behandlingstilbud ved spesialisthelsetjenesten i alle helseregioner for å hjelpe kvinner/jenter med skader/komplikasjoner etter KLL (BLD, 2008). Her gis det tilbud om samtale, undersøkelse og behandling.

Det foreligger så langt vi vet ingen tilsvarende brukerundersøkelser i Norge, og NAKMI måtte derfor selv utvikle metoder og fremgangsmåter for å innhente data om dette private og sensitive temaet.

Teoretisk perspektiv

Hovedperspektivet som er lagt til grunn i brukerundersøkelsen, som det også var i helsetjenesteundersøkelsene, er å se helsetjenestene som tjenester som gjennom sin virksomhet skal forebygge sykdom og skade og bidra til bedre helse hos berørte miljøer. I tillegg til kunnskap, forutsetter et slikt perspektiv at det er en del av helsearbeidet å skape tillit i forebyggings- og behandlingssituasjonen. Helsetjenesten har imidlertid ikke bare en forebyggende plikt, men også en opplysnings- og avvergelsesplikt i forhold til KLL. Dette medfører blant annet at helsepersonell registrerer i pasientenes journaler at de har tatt opp dette temaet. Brukerundersøkelsen erkjenner det dilemma som dette innebærer og har søkt å fristille seg fra slike motsetninger som kunne påvirke de data og funn som prosjektet har framskaffet fra de berørte personer. Ut fra dette har det vært av særlig interesse for prosjektet å undersøke måten berørte miljøer håndterer og måten de opplever helsetjenestens tilbud ut fra den forutsetning at helsepersonell skal skape tillit og tilby likeverdige helsetjenester og *samtidig* undersøke /avverge /forebygge mulig KLL hos barn. Dette helsearbeidet forventes gjennomført på en slik måte at barn og familie ikke opplever informasjonen og tilbud om helsehjelp som uttrykk for mistillit til og/eller straff av dem. Dertil skal slikt arbeid gjennomføres i samsvar med barns rett til å bli hørt etter regelverket.

I brukerundersøkelsen ses det som viktig å forstå opplevelsen av helsetilbudet som del av måten berørte miljøer håndterer fenomenet kjønnslemlestelse i en bredere sosial og kulturell kontekst. Dette er et teoretisk ståsted som anerkjenner at de aktuelle grupper og personer ikke kun forholder seg til de norske offentlige tjenester i vurdering og håndtering av KLL. Det er også et perspektiv som synliggjør både informantgruppens til dels felles, men også individuelle, ståsteder ut fra f. eks. tid i Norge, kjønn, alder, sosial posisjon og tilhørighet innad i respektive minoritetsgrupper og vis a vis storsamfunnet. I et slikt perspektiv åpnes det for en forståelse av helsetjenestens tilbud som ett av flere mulige og alternative håndteringsformer som forhandles om blant ulikt posisjonerte gruppe- og individuelle informanter. Videre er det en tilnærming som anerkjenner informantene som aktive og kreative i å forvalte egen helse innenfor sosiale strukturer som legger hemmende og fremmende føringer for god helsehåndtering. En erkjennelse av berørte miljøer som aktive og navigerende innenfor sosiale strukturer tenkes å bidra til innsikter i deres håndtering av KLL. Dette antas også å kunne være fruktbart og nyttig for Helsedirektoratets arbeid for forebyggende og behandlende tilbud.



MÅLSETTING OG PROBLEMSTILLINGER

Målsetting

Prosjektet har som mål å:

- Undersøke hvordan berørte miljøer håndterer og opplever helsetjenestens tilbud og tjenester i forbindelse med forebyggende arbeid mot kjønnslemlestelse.
- Undersøke hvilke behov og forslag berørte miljøer har når det gjelder tilbud fra helsetjenesten som kan forebygge KLL.
- Undersøke om de berørte miljøene også ser andre steder og måter å utføre forebyggende helsearbeid på.
- Indikere om tiltakene som har blitt gjennomført i det forebyggende arbeidet har truffet målgruppen og vurdere eventuelle behov for fortsettelse eller innføring av andre tiltak.

Problemstillinger

- Hvordan oppleves og håndteres helsetjenestens tilbud
 - av foreldre?
 - av de unge jentene/guttene?
 - av øvrige berørte?
- Hvilke (andre) forebyggende tilbud foreslår informantene at helsetjenesten kan yte?
 - ifølge foreldre og andre voksne i berørte miljøer
 - ifølge de unge jentene/guttene
- Finnes det andre arenaer der de berørte personene opplever og håndterer forebyggende og behandlende arbeid mot KLL?
 - ifølge foreldre
 - ifølge de unge jentene/guttene
 - ifølge de berørte miljøene

METODE, MATERIALE OG ETIKK

Metodiske tilnærminger

Metodevalg ble gjort med utgangspunkt i at temaet vil kunne oppfattes som svært personlig og sensitivt og for mange vil kunne være vanskelig å snakke om, selv om fokus i undersøkelsen er på helsetjenestens tilbud.

Prosjektet valgte derfor å bruke både fokusgruppe- og semi-strukturerte intervjuer for å kunne nå flest mulig. Vi antok at noen ville foretrekke å snakke om dette uten andre tilhørere, men samtidig ønsket vi også å oppnå den dynamikken som en fokusgruppediskusjon kan gi. Ved å stille de samme spørsmålene i begge metoder oppnådde vi å kunne sammenligne svarene fra metodene med tanke på både reliabilitet, validitet og datametthet.

Til både fokusgruppe- og individuelle intervjuer ble det laget og brukt en enkel intervjuguide, se vedlegg 2. Som det fremgår var spørsmålene så åpne som mulig, samtidig som de åpnet for å kunne fokusere i dybden ut fra svarene. Vi håpet på denne måten ikke å legge føringer, men oppnå oppriktige, utdypende svar.

Informasjonsbrev til informanter ble skrevet med tydelig og enkelt språk og oversatt til somali, tigrinja og amharisk (vedlegg 1). Alle informantene fikk dette brevet på sitt morsmål eller norsk, samtidig som det ble gitt grundig muntlig orientering på samme språk om prosjektet, blant annet ved at informasjonsbrevet ble lest opp, før intervjuene begynte. Spørsmål ble besvart og det ble sjekket ut at informasjonen var forstått av alle og at informantene fortsatt ønsket å delta. Skriftlig samtykke ble gitt ved at informantene krysset av på informasjonsbrevet om og hva de ville delta i. Vi ønsket ikke å ha skriftlige navn.

Fokusgruppene med de voksne ble gjennomført med informanter med samme landbakgrunn og med både kvinner og menn i samme gruppe, i alt fire grupper/29 informanter. For oversettelse av informasjonsbrev, rekruttering og gjennomføring av fokusgrupper og intervjuer med voksne informanter, rekrutterte vi eksterne, kvalifiserte moderatorer, som på oppdrag fra NAKMI skulle lede gruppene og gjennomføre datainnsamling på informantenes eget språk. Vi valgte denne metoden for å oppnå bedre flyt og forståelse i diskusjonene, som ellers kunne være vanskeligere å oppnå ved bruk av tolk. Dette sikret også en ytterligere ivaretagelse av informantenes anonymitet, da disse kun hadde kontakt med moderatorene. De eksterne moderatorene mottok opplæring i et oppstartsmøte som vi gjennomførte med alle moderatorene for å gå grundig gjennom planen, for lik gjennomføring av prosjektet og slik at



alle var inneforstått med prosjektets mål og målgruppe. De individuelle intervjuene foregikk på samme måte med i alt 13 voksne informanter. Fire av disse hadde ikke deltatt i fokusgruppediskusjonen.

Fokusgrupper med ungdommene ble gjennomført med gutter og jenter i atskilte grupper, i alt fire grupper/22 informanter. Både fokusgruppene og det ene individuelle intervjuet med ungdom foregikk på norsk og ble gjennomført av prosjektleder, prosjektkoordinator og prosjektmedarbeider. Rekruttering av disse ble også gjort gjennom andre kanaler og prosjektet hadde ingen kontakt med informantene ut over i intervjusammenhengen.

Det ble tatt lydopptak av fokusgruppene med de voksne etter å ha fått samtykke fra alle informanter. I fokusgruppene som ble gjennomført med ungdommene, ble det ikke brukt opptak fordi ungdommene ikke ønsket det. I stedet ble det åpent tatt notater for hånd underveis. Intervjuene varte i 1-2 ½ timer til datametning ble oppnådd.

De voksne informantene viste seg engasjerte og åpne og med høy deltagelse i alle gruppene. Dette til tross for vår usikkerhet om det ville være mulig å ha diskusjon med både kvinner og menn i samme gruppe siden det dreide seg om et slikt intimt og sensitivt tema. I fokusgruppene med voksne kvinner og menn var det et flertall av kvinner og kun 2 menn i hver gruppe. Dette kan ha bidratt til at kvinnene hadde lettere for å delta til tross for at menn var tilstede. Selv om kvinnene dominerte diskusjonene var de mannlige informantene også delaktige i diskusjonen og bidro med sine meninger og kommentarer på temaet.

Engasjement og deltagelse fra de unge informantene varierte. Omtrent halvparten var aktive og engasjerte deltagere i gruppene mens de andre virket brydd, vred seg på stolen og ga uttrykk for at det var vanskelig å snakke om. ”*Det er ekkelt å snakke om*” sa en ung jente, (17 år, gruppe 4). Samtidig var de tydelig interesserte i samtalen.

Som tabell 1 viser, ble det gjennomført i alt 8 fokusgrupper og 14 dybdeintervjuer med totalt 56 personer fra berørte miljøer. I foreldregenerasjonen gjennomførte vi i Oslo en fokusgruppe per landgruppe, hvor kvinner og menn deltok i samme gruppe. I tillegg gjennomførte RVTS Sør en fokusgruppe med kvinnelige informanter. Med ungdommene gjennomførte vi i alt fire fokusgrupper, tre med ungdom fra Somalia og en med ungdom fra Eritrea. Dybdeintervjuene ble hovedsakelig gjennomført med kvinner fra Somalia (5), Eritrea (3) og Etiopia (4). I tillegg ble 1 voksen mann og 1 ung mann intervjuet individuelt.

Tabell 1 – Oversikt over antall deltagere etter type intervju og kjønn

	Fokusgruppeintervju	Individuelt intervju***	Deltagere i alt
Antall	8	14	56
Kvinner/jenter*	43	12	
Menn/gutter**	8	2	

* inkl. Fokusgruppeintervju med 20 unge jenter

** inkl. 3 unge gutter (2 i fokusgruppeintervju og 1 i individuelt intervju)

*** 9 av deltagerne deltok både i fokusgruppe- og individuelt intervju. Dermed er det kun 5 nye deltagere.

For å sikre at resultatene fra datainnsamlingen kunne leveres på samme måte og i samme format, laget NAKMI en rapportmal (vedlegg 3) til bruk for alle intervjuere. Råmaterialet ble analysert med utgangspunkt i rapportmalen etter hver fokusgruppe og hvert individuelt intervju, og malen ble deretter fylt ut av intervjuer. Dataene brukt i rapporten stammer dermed fra i alt 22 rapportmaler. Denne fremgangsmåten muliggjorde en enklere sammenfatting og sammenligning av datamaterialet og funnene.

Informantene i Oslo mottok et gavekort til en verdi av 250kr som takk for deltagelse i undersøkelsen.

Prosjektet ble gjennomført i henhold til NAKMIs forskningsetiske retningslinjer. I tillegg ble Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK) konsultert angående prosjektet.

Målgrupper

Målgruppen for prosjektet var ”brukere” med opprinnelse fra de fire tallmessig største, berørte miljøene i Norge: Somalia, Etiopia, Eritrea og Sudan. Brukere defineres her som både faktiske og potensielle brukere, dvs. brukerbegrepet åpnes til også å omfatte personer som ikke selv har vært direkte i kontakt med helsetjenesten, men som tilhører de berørte miljøene.

Aktuelle informanter var foreldre, unge jenter og gutter > 16 år og andre aktuelle personer i målgruppene som ble kontaktet, forespurt og rekruttert gjennom ulike kanaler.



Rekruttering

Rekruttering av informanter fra foreldregenerasjonen ble gjennomført av de eksterne moderatorene som var blitt engasjert av prosjektet. Disse rekrutterte informantene gjennom sine egne nettverk og rapporterte at rekruttering av voksne informanter hadde vært problemløst.

Rekruttering av ungdom ble gjort ved hjelp av helsesøster og kontaktlærere ved en stor videregående skole i Oslo, samt gjennom samarbeid med en frivillig organisasjon. I tillegg rekrutterte vi unge informanter gjennom NAKMIs eget nettverk. På den videregående skolen, som har et høyt antall brukere fra målgruppen, hadde helsesøster igangsatt jente- og guttegrupper med elever fra berørte miljøer. Tilbudet går ut på å ha regelmessige møter hvor ulike temaer tas opp, inkludert omskjæring. Det tok lang tid og flere forsøk å rekruttere herfra på grunn av frafall av informanter som hadde meldt sin interesse. Rekruttering av ungdom viste seg derved å bli spesielt vanskelig. Til vår overraskelse viste det seg at ungdommen ikke virket interessert i å delta i undersøkelsen og vi opplevde det som svært utfordrende å få informanter fra denne målgruppen.

Utvalg

Informantene som samtykket i å delta i fokusgruppe- og/eller individuelle intervju var fra Somalia, Eritrea og Etiopia (se Tabell 2 for mer detaljert oversikt). Vi lyktes ikke i å få deltagelse fra sudanesiske brukere. Til tross for våre gjentatte forsøk på å rekruttere informanter var det ikke interesse for deltagelse fra denne befolkningsgruppen. Prosjektet har derfor ikke lyktes med å innhente kunnskap fra det sudanesiske miljøet om deres opplevelse av helsetjenestens forebyggende tilbud mot kvinnelig omskjæring. Dette er et beklagelig avvik fra prosjektets opprinnelige mål.

Utvalget bestod av voksne kvinner og menn (foreldregenerasjon) og ungdom bosatt i Oslo og Kristiansand, i alt 56 informanter, fra de ovennevnte tre berørte miljøene i Norge. Utvalget er fordelt på 47 kvinner/unge jenter og 9 menn/unge gutter, mens 32 informanter var fra Somalia, 14 fra Eritrea og 10 fra Etiopia.

Blant de voksne informantene var den gjennomsnittlige alder henholdsvis 40 år, 38 år og 35 år for Somaliere, Eritreere og Etiopiere. De somaliske informantene hadde lengst botid i Norge (mellom 4-24 år). De eritreiske og etiopiske informantene hadde en botid på henholdsvis 1-7 år og 3-10 år. Det var vanskelig å få frem informantenes utdanningsnivå i en

gruppesammenheng, og vi fikk kun innhentet informasjon ved individuelle intervjuer. Informantenes gjennomsnittlige utdanningsnivå var henholdsvis 13 år blant de eritreiske informantene, 12 år blant de etiopiske og 6 år blant de somaliske informantene. Gjennomsnitt for de intervjuede informantene var 10 års utdanning. Informantene hadde til sammen 87 barn, hvorav 43 var jenter.

Ungdommene som deltok i undersøkelsen var mellom 16-22 år (gjennomsnittlig 17 år) og hadde bakgrunn fra Somalia og Eritrea. Noen var født i Norge, andre var kommet som barn/i ung alder, og gikk enten både grunnskole og videregående i Norge, eller kun videregående.

Metodiske utfordringer og begrensninger

Denne undersøkelsen ble avgrenset til de 4 tallmessig største berørte miljøene i Norge som dermed ville være de største brukergruppene av helsetjenestens tilbud. Da det som nevnt ikke var mulig å rekruttere informanter fra Sudan, falt denne befolkningsgruppen ut. Dette anser vi som uheldig, særlig fordi denne minoriteten har bakgrunn i et land som ikke har et lovforbud mot KLL. På den andre siden er innvandrere født i Sudan den minste av de aktuelle brukergruppene med bare 1473 personer i Norge (SSB 2012).

Prosjektet fikk bare informanter fra Sørøst Norge og ikke hele landet. Resultatene i undersøkelsen må derfor ses i lys av dette begrensede utvalget.

Vi forsøkte å få større utvalg fra flere regioner i Norge ved å søke samarbeid med de andre RVTS regionkontorene i tillegg til helsetjenesten i Drammen. Av ulike årsaker ble dette ikke ansett som gjennomførbart av de institusjonene vi kontaktet. Unntak fra dette var RVTS Sør, som bidro til datainnsamling fra Kristiansand-området. RVTS Øst ble ikke kontaktet for å unngå overlapping, ettersom prosjektet allerede rekrutterte deltagere fra Østlandsregionen (hovedsakelig Oslo-området).

Når det gjelder rekruttering viste det seg å være en stor fordel å ha moderatorer med samme landbakgrunn. Rekruttering ble lettere fordi moderatorene kunne rekruttere informanter til undersøkelsen gjennom sine nettverk. Det er også grunn til å tro at intervjuene ble mer valide og reliable fordi informantene kunne snakke på eget språk med en person som man må anta at de hadde tillit til.



Gjennomføring av undersøkelsen med ungdom var overraskende utfordrende. Det er mulig at tilsynelatende mangel på engasjement fra ungdommene skyldes at intervjuerne var fremmede for dem og at ungdommene hadde vært mer engasjert dersom intervjuene var blitt gjennomført av personer de allerede hadde et forhold til. Det var dessverre ikke nok tid til å bygge relasjoner til alle ungdommene i forkant, noe som kanskje ville gjort det enklere å få deltagelse fra ungdom. Vi hadde positive erfaringer med de informantene som ble rekruttert gjennom en etablert jentegruppe/venninnegruppe, og hvor informantene allerede var i kjente og trygge omgivelser. I disse gruppene virket informantene mer engasjert og åpne for diskusjon rundt temaet. Dette tyder på at det er viktig å bruke tid og legge til rette før man tar opp et slikt tema, og at det gjøres under forhold hvor informantene kan føle seg trygge.

Etiske refleksjoner

Gjennom hele prosessen har det vært viktig å understreke at fokus for undersøkelsen er å få brukernes tilbakemeldinger på *helsetjenestens arbeid* og ikke informasjon om brukernes personlige historier eller KLL-status. Som det fremgår i intervjuguiden (vedlegg 2) var spørsmålene kun knyttet til brukernes erfaringer og opplevelse av helsetjenestens tilbud.



*”Selv om vi er i Norge
er det fortsatt et
vanskelig tema å
snakke om”
-kvinne (gruppe2)*

Likevel berører prosjektet et intimt og sensitivt tema som krever individuell hensyntaken til informantene. I tillegg til ivaretagelse av vanlige forskningsrutiner for anonymitet og konfidensialitet for informanter, innebærer dette en særlig grad av lydhør hensyntaken. Videre stiller det særskilte krav til framstilling av funn, slik at disse ikke blir framstilt på måter som kan øke stigmatisering og ekskludering av allerede utsatte minoriteter.

Vi forsøkte å ivareta etiske hensyn best mulig ved å sikre at informantene hadde tilstrekkelig informasjon til å kunne gi sitt samtykke på en informert måte. Informantene ble også opplyst om vår taushetsplikt og om fullstendig anonymisering ved all publisering, slik at ingen overhodet vil kunne gjenkjennes. Vi ba aldri om informasjon om personlige data som navn, fødselsdato eller adresse, eller for eksempel om de var omskåret, som det også fremgår av informasjonsbrevet/ samtykkeskjema og intervjuguide (vedlegg 1 og vedlegg 2).

Ved begynnelsen av gruppe-/individuelle intervju ble det opplyst at det innsamlede materialet ville bli beskyttet og utelukkende brukt innen rammen av dette prosjektet og uten tilgang for noen andre. Informantene ble opplyst om at de når som helst kunne trekke seg uten å gi forklaring og at de måtte føle seg fri til å svare/ikke svare på spørsmålene. Ingen av informantene avslo å delta eller valgte å trekke seg underveis. Det var imidlertid en krevende prosess å få endelig samtykke og deltagelse fra ungdommene, hvor vi ved et spesielt tilfelle følte at det var nødvendig for oss å forlate rommet slik at informantene kunne diskutere seg imellom hvorvidt de skulle delta. Det er viktig å merke seg at nesten alle ungdommene samtykket til kun å delta i fokusgruppe, og at det bare var en ungdom som kun deltok i individuelt intervju.

Blant ungdom viste det seg at undersøkelsen ble oppfattet som å omhandle et særdeles sensitivt og vanskelig tema og det ble spesielt utfordrende både å rekruttere og også få deltagelse. Det ble store frafall, hvor over halvparten av de påmeldte ikke møtte i noen ungdomsgrupper. Det kan være flere årsaker til dette. Det kan være mangel på interesse, muligens også en reservasjon eller usikkerhet mot å snakke om et slikt sensitivt tema. Det kan også generelt være en uforpliktende holdning blant ungdom til frivillige oppmøter. Eller det kan være fordi det ikke var blitt opprettet kontakt mellom ungdommene og intervjueren på forhånd og at informantene dermed ikke følte seg trygge nok eller forpliktet nok til å delta. Vår måte å forsøke å imøtekomme denne adferd og forholde oss til de unge som faktisk møtte, var ved selv å være tilbakeholdne, bruke tid og ikke på noen måte å presse de unge til å snakke. En annen måte vi forsøkte å vise hensyn på var ved å bruke begrepet omskjæring, som er berørte miljøers egen måte å betegne kjønnslemlestelse. Dette tok vi også hensyn til i intervjuer med de voksne.

Til tross for dette og for at temaet som ble tatt opp opplevdes som sensitivt og personlig, viste de unge informantene velvillighet i forhold til undersøkelsen. Flere uttrykte i etterkant at det hadde vært positivt å bli hørt og interessant å snakke om dette i en gruppe. Blant de unge var det til og med enkelte som sa at undersøkelsen vekket en interesse for å jobbe på dette feltet.

Vi var usikre på om det var riktig å dele ut gavekort til informantene i undersøkelsen. Vi anså det imidlertid for å være forsvarlig i forskningsetisk forstand, da gavekortene hadde lav verdi (250kr) og ble gitt som en takk for deltagelse i undersøkelsen.



RESULTATER

I det følgende vil resultatene fra intervjuene med de voksne og de unge bli presentert hver for seg med utgangspunkt i de to temaer og hver av problemstillingene. Ved presentasjon av funnene vil vi særlig vektlegge opplevelser, synspunkter og forslag som syntes å være felles blant henholdsvis de voksne og de unge informantene.

Funn fra undersøkelsen med voksne menn og kvinner fra berørte miljøer

Funnene fra fokusgrupper og individuelle intervjuer med de voksne menn og kvinner kan beskrives som følger:

TEMA: Brukernes opplevelse og håndtering av helsetjenestens tilbud

Hva informantene vet om helsetjenestens tilbud for å forebygge KLL

Kunnskapsnivået om helsetjenestens tilbud var noe variert blant informantene. Informanter med lengst botid i Norge sa selv at de var godt informert om ulike tiltak som hadde blitt innført i forbindelse med KLL. Dette fremgikk også av måten de snakket om temaet. Flere av disse hadde kjennskap til OK-prosjektet, og visste om at skolene, helsesøstre, sykehus og organisasjoner gir informasjon mot KLL. I en av fokusgruppene kunne flere informanter nevne historier om hva de eller andre hadde gjort for å overbevise familie i hjemlandet om å ikke omskjære døtre som ble igjen i hjemlandet i påvente av familieegjenforening, som følge av informasjonen de fikk om lovforbudet. De avverget omskjæringen ved å fortelle familien om lovforbudet i Norge, men også om at det ikke står i Koranen og altså ikke er religiøst påbudt.

Resten av informantene hadde ingen eller lite kjennskap til helsetjenestens tilbud om forebyggende arbeid mot KLL og disse sa også at de ikke hadde tatt opp temaet på eget initiativ i møte med helsetjenesten. Dette var informanter som hadde kortere botid i Norge. Dessuten hadde noen av disse informantene ikke lovlig opphold i Norge og dermed begrenset tilgang til helsetjenestens tilbud og informasjon.

Alle informantene ga uttrykk for at de var godt informert om lovforbudet knyttet til KLL. I en av gruppene med kortere botid beskrev flere at de forholdt seg til loven, men at de ikke forstod hvorfor denne tradisjonelle praksisen var ulovlig i Norge. Disse hadde hørt om KLL og lovforbudet gjennom UDI og på asylmottak.

I en av fokusgruppene var informantene enige om at de som er kommet nylig til Norge har fått bedre informasjon fra begynnelsen. Spesielt ble politiets informasjon ved asylintervju fremhevet, men også andre instanser som Flyktningkontoret og RVTS.

Informantenes erfaringer angående helsetjenestens tilbud

Av samtlige informanter var det få som sa at de hadde gjort seg erfaringer om helsetjenestens forebyggende tilbud og begrunnet dette med at de ikke visste om helsetjenestens arbeid mot KLL.

Noen kvinner fortalte at de hadde erfaring fra sykehus eller helsestasjon i forbindelse med svangerskap og barsel. De kvinnene som hadde vært innom helsetjenesten fortalte at helsesøster hadde tatt opp temaet, men da kun for å fortelle om at praksisen var ulovlig i Norge. Det var kun en kvinne som fortalte at hun hadde fått grundigere informasjon om KLL og behandlingstilbud hos spesialist ved tidligere helsestasjonsbesøk i Tromsø.

Det som ellers ble nevnt av de fleste var at de hadde fått generell informasjon om KLL enten ved ankomst til Norge, på asylmottak eller ved helsestasjon. De fleste fikk da kun informasjon om lovforbudet, mens de som hadde fått informasjon på asylmottak sa at de også hadde fått informasjon om helsekonsekvensene. En kvinne fortalte at hun hadde gått på kurs om omskjæring på asylmottak og blitt tildelt diplom i forbindelse med dette. Nesten ingen av informantene sa at de hadde fått informasjon om behandlingstilbud eller samtaler/underlivsundersøkelser. Kvinnene i en av fokusgruppene fortalte at de ikke forstod tilbudet om frivillige samtaler og forbandt dette med at de ble invitert til å snakke om egne problemer.



*Alle informantene
ga uttrykk for at de
var godt informert
om lovforbudet.*

Informantenes opplevelse og håndtering av helsetjenestens tilbud

Felles for informantene er at de opplever at helsetjenesten ikke gjør nok for å bevisstgjøre og gi informasjon om helsekonsekvenser og helsetilbud når det gjelder KLL. Informasjonen informantene hadde fått fra helsetjenesten ble opplevd mer som en advarsel enn som en orientering om helsetilbudene, siden de kun ble opplyst om lovforbudet i Norge. Likevel, mente flere kvinner i en av fokusgruppene at informasjonsarbeidet, inkludert informasjon i media, har resultert i at flere avstår fra å omskjære sine barn. Disse informantene mente at



dersom en ikke hadde hatt en slik innsats i Norge, så ville man ha fortsatt med omskjæring av jenter og kvinner.

Flere av informantene har fått barn i Norge, men hadde hatt ulike opplevelser i den forbindelse. Enkelte var fornøyde, mens andre mente det hadde vært svikt fra sykehuset fordi de ikke ble åpnet før fødsel selv om sykehuset hadde informasjon om at kvinnen var omskåret. Flere kvinner nevnte at de ikke var blitt åpnet før de ankom fødestua. En kvinne fortalte at hun trodde problemene med omskjæring bare var knyttet til fødsel siden hun kun ble spurt av helsesøster om hun var omskåret i forbindelse med fødsel. *”Sønnen ble handikappet, fordi jeg ble åpnet ved fødselen”*, sa en kvinne (52 år, gruppe 1).

Helsetjenesten ble ellers generelt godt omtalt og de fleste informantene hadde positive tilbakemeldinger om hjelpen de hadde fått spesielt av helsesøstre og på helsestasjoner. En kvinne mente at det var nesten perfekt helsetjeneste fordi helsesøstre tar hjemmebesøk, som hun var veldig fornøyd med. Generelt var også tilbakemeldingene særlig fra de med lang botid at helsetjenestens tilbud var bra for nyankomne, men de mente at for de aller fleste som har bodd lenge i Norge var det ikke behov for forebyggende tilbud, fordi de ikke lenger omskjærer sine døtre. I en av fokusgruppene ble det påpekt at selv om informantene var positive til helsetjenestens arbeid så opplevde de at det var individuelle forskjeller i tilnærmingen fra helsepersonell – *”noen spør, andre ikke”* sa kvinnene i en av fokusgruppene.

Kulturell bakgrunn og tradisjoner ble oppgitt som grunner til at informantene ikke ønsker selv å ta opp KLL-temaet med helsetjenesten, særlig blant de med kortere botid. Det ble vist til at dette er et tabubelagt tema i hjemlandene. I tillegg var det en kvinne som mente at særlig kvinner fra hennes land ikke liker å snakke om personlige saker, *”vi er sjenert og søker kun hjelp hvis vi er alvorlig syke”*, sa hun. *”Vi vil ikke snakke om slike sensitive saker fordi vi er redd andre skal vite om våre problemer”*, sa en annen informant.

Foruten kultur, nevnte informantene språkbarrierer som gjør det vanskelig for brukere av helsetjenesten å forklare sine helseproblemer knyttet til KLL, spesielt hvis tolk er tilstede og/eller legen ikke er av foretrukket kjønn. Informantene la derfor vekt på at de berørte miljøene må ha tilstrekkelig informasjon om helsekonsekvensene. Dette mente de vil bidra til at berørte personer ikke lenger har grunn til å føle seg ubekvem for å ta opp temaet. Alle var enige om at helseinformasjon rundt KLL ville bidra til å endre holdninger til problematikken og praksisen, samt berørte miljøers vilje til å ta opp temaet.

Flere, særlig blant de informantene med kortere botid, opplevde at informasjonsarbeidet på asylmottak, hvor UDI hadde gjennomført kurs og gitt informasjon om KLL og helsekonsekvenser, var nyttige og hadde en forebyggende effekt.

TEMA: Brukernes behov og forslag til tilbud

Informantenes behov når det gjelder forebyggende tilbud fra helsetjenesten

De fleste informanter ga uttrykk for at de ønsket mer informasjon om helsekonsekvensene og ikke gjentatt informasjon om lovforbudet. *”Vi trenger grundig informasjon og opplæring om temaet, ikke kun lover og regler”*, sa en mannlig informant (gruppe 1).

Flere informanter fra alle fokusgruppene mener at det bør satses mer på å spre kunnskap om KLL-problematikken og helsetjenestens forebyggende tilbud og at dette bør være en del av helserutinene, for eksempel ved helsestasjonene. En av gruppene mente at helsetjenesten nedprioriterer dette temaet og ønsket mer fokus og bedre oppfølging. *”Hvis vi har informasjon, kan vi bruke det til å verne vår helse og våre barns helse”*, sa en kvinne (gruppe 2).



Informantene la vekt på at berørte miljøer må ha tilstrekkelig informasjon om helsekonsekvensene.

En annen informant i samme gruppe sa at hun forventet at helsearbeidere gir detaljert informasjon om forebygging av kvinnelig kjønnslemlestelse. *”Målet bør være å endre holdning i målgruppen ved å gjøre dem oppmerksom på problematikken”*, sa hun. Videre sa samme kvinne at helsetjenesten må informere kvinner og unge jenter som har helseproblemer knyttet til kjønnslemlestelse om behandlingstilbud for dette. *”Kvinner med denne problematikken bør få informasjon om slike tjenester og oppfordres til å bruke dem”*, sa hun. Informasjonen bør gis når berørte personer besøker helsestasjonen eller legekontor, fordi personer fra et *”reservert samfunn”* som hennes, ikke nødvendigvis deltar i møteplasser hvor mange inviteres til å diskutere slike sensitive temaer.

Alle informantene var enige om at det bør gjøres mer for å endre holdninger gjennom informasjon om helsekonsekvenser og helseskader, slik at folk ikke forsøker å gå rundt loven, samtidig som alle sa at de respekterte lovforbudet i Norge. *”Det er viktig å informere foreldre slik at de gjør riktige valg for sine barn, og ikke velger å reise til land som Sudan og (hjemlandet) for å omskjære sine jenter”*, sa en av informantene (gruppe 3).



De fleste informanter var positivt innstilt til å motta behandlingstilbud fra helsetjenesten og det ble uttrykt et spesielt ønske om å fokusere mer på kvinner som er blitt omskåret med tettere oppfølging av disse.

En kvinne nevnte at det trengs mer kunnskap blant helsepersonell i Norge om andre tradisjonelle behandlinger i underlivet som kvinner fra berørte miljøer kan ha bli utsatt for. Denne kvinnen beskrev en praksis hvor kvinner får behandling ved bruk av en opphetet jernstang/pinne som føres inn i kvinners underliv som behandling av ulike underlivsplager. Dette er også et problem fordi kvinner blir rådet fra å gå til legen i hjemlandet.

Gruppen med lengre botid i Norge uttrykte ingen spesielle behov utover dette. De ønsket ikke fokus på forebyggende arbeid rettet mot den delen av befolkningen som har bodd her lenge, siden de betraktet KLL som en gammel tradisjon som de ikke lenger ønsket å praktisere. *”Vi er imot omskjæring. Forebyggende tiltak trenges i (hjemlandet), ikke her i Norge. Folk vil ikke gjøre noe som strider mot norsk lov”*, sa en mannlig informant.

Denne gruppen syntes at mer enn nok blir gjort for å stoppe KLL. Dette var informanter som hadde bodd i Norge i opptil 30 år og ikke lenger tilhengere av praksisen. Det var enighet om at berørte miljøer med lengre botid har sluttet med omskjæring av sine døtre, dels fordi praksisen er forbudt i Norge, og dels fordi de har fått mer kunnskap om hvor skadelig praksisen er.

Ovennevnte gruppe syntes ellers at det allerede er stor oppmerksomhet rettet mot kvinnelig omskjæring og flere aktører opererer på dette feltet. Informantene syntes at temaet ikke lenger angår dem og at det tas for sterkt i når det gjelder de med lang botid. Unødvendig stigmatisering, syntes de. Det tyder på at denne minoritetsgruppen, både unge og godt voksne, er blitt bevisst på at kvinnelig omskjæring er helseskadelig. Ingen av informantene sa at de vil utsette sine døtre for samme lidelser og negative konsekvenser som omskjæringen har påført dem. For denne gruppen er omskjæring noe som hører fortiden til. De la derfor vekt på at fokus bør skiftes fra tilbud mot KLL til å gi helsetilbud til de allerede omskårne kvinner og jenter i Norge, med spesiell fokus på helsetilbud rettet mot nyankomne.

Informantenes forslag til forebyggende tilbud fra helsetjenesten

De fleste kvinnene var opptatt av opplæring og oppfølging av mødre og jentebarn ved helsestasjonene. Informantene mente at helsestasjoner i kommunene er de viktigste steder å gi KLL-relatert helseinformasjon til foreldre, spesielt når disse besøker helsestasjonen for barnekontroller. Deltagerne mente at helsestasjonene bør ta initiativ for å ta opp dette under konsultasjon, da det er like viktig som annen helserelatert informasjon som gis på helsestasjonen. En av informantene foreslo at opplæringen bør være en del av rutinene ved helsestasjoner eller annen helsetjeneste i Norge fordi mødre regelmessig besøker helsestasjonen. Slik kan mødre få grundig helseinformasjon som kan forebygge omskjæring av jenter. En annen kvinne mente at det bør være en forpliktelse å delta i opplæringen, spesielt for de som kommer fra land som praktiserer kvinnelig omskjæring. I tillegg ønsket kvinnene i en av fokusgruppene mer informasjon til ungdom på asylmottak, som de mente gjerne kunne gis av kvinner fra samme land. Denne gruppen har et spesielt behov, i følge kvinnene, fordi de kan ha bekymringer i forbindelse med åpning hvis de tenker at de ikke vil være ønsket av menn dersom de er åpnet. Det trengs derfor bedre informasjon til denne målgruppen om fordelene ved behandling. Kvinnene ba også om at helsetjenesten gir informasjon om åpne behandlinger til unge kvinner i forbindelse med giftemål. De bør også informeres om at det er mulig å få attest fra legen om at inngrepet ble gjort 'av medisinske årsaker'. Dette mente kvinnene var veldig bra.

Informantene mener at helsestasjoner i kommunene er de viktigste steder å gi KLL-relatert helseinformasjon til foreldre.

I en av deltagergruppene ble det vist til en landsdekkende informasjonskampanje i Eritrea (HAMSET), som de mente var veldig nyttig i forhold til holdningsendring i befolkningen. Noen av informantene i denne gruppen hadde døtre som ble født før de kom til Norge og uttalte at de var imot praksisen. De begrunnet dette med at de hadde fått grundig informasjon og opplæring om helsekonsekvensene i hjemlandet gjennom denne nasjonale informasjonskampanjen. Informantene uttrykte et ønske om å få en slik kampanje i Norge rettet mot aktuelle målgrupper, som de mente ville være et nyttig virkemiddel for å forebygge KLL.

Bruk av audiovisuelle medier som film og dokumentarer ble også nevnt som effektive for å spre informasjon til flere til enhver tid, men også spesielt i forbindelse med besøk til helsestasjonen.



I tillegg foreslo informantene at man kunne arrangere informasjonsmøter med en ressursperson som også hadde personlig erfaring og som kunne reise rundt til ulike steder og gi informasjon om KLL-problematikk.

Informantenes forslag til andre steder og former for forebyggende helsearbeid

Opplæring i kirken/moskeen og gjennom presten/imamen ble ansett som et viktig virkemiddel av de fleste deltagerne. Dette fordi de mente at de fleste går i kirken/moskeen og har mer tillit til religion enn til lover og regler. I tillegg mente flere at berørte miljøers landsforeninger i Norge bør brukes som en plattform for å nå ut til brukerne med informasjon. Her kunne personer fra berørte miljøer fått kurs og opplæring på eget språk og slik ville de også ha mulighet til å snakke åpent om dette og om andre kvinnerelaterte temaer (for eksempel kvinnekroppen, kjønnsroller, kvinners rettigheter og lignende) uten språkbarrierer. Bruk av kirken eller egen forening ville være fordelaktig fordi berørte miljøer bruker disse stedene ofte som en sosial arena og ville derfor føler seg tryggere i slike kjente omgivelser.

Funn fra undersøkelsen med ungdom fra berørte miljøer

De unge informantene hadde et annet utgangspunkt og dermed også andre erfaringer, behov og forslag enn de voksne informantene. Funn fra intervjuene med ungdom kan beskrives på følgende måte:

TEMA: Brukernes opplevelse og håndtering av helsetjenestens tilbud

Hva informantene vet om helsetjenestens tilbud for å forebygge KLL

Ungdommene vi snakket med hadde variert kunnskap om helsetjenestens tilbud, men alle visste at KLL er ulovlig i Norge.

De som hadde gått på grunnskole i Norge sa at de ikke hadde fått informasjon om KLL på skolen. Noen av deltagerne hadde hatt fellesmøte med helsesøster om prevensjon og lignende, men KLL ble ikke tatt opp som tema. Flere sa at de hadde vært hos helsesøster uten at det ble tatt opp som tema. En av informantene nevnte at det hadde blitt tatt opp av læreren i klassen ved et enkelt tilfelle. Noen av informantene hadde hørt at det var mulig å få åpnende behandling og at man kan få råd, hjelp og informasjon fra helsetjenesten. En informant trodde at det var barnevernet som drev forebyggende tilbud i samarbeid med helsetjenesten. Enkelte informanter visste at helsesøster har taushetsplikt og at man kan oppsøke henne hvis man ikke ønsker at foreldrene skal vite, forutsatt at man er over 16 år.

Ikke alle informantene visste om tilbudet om frivillige samtaler, men flere av deltagerne hadde hørt om underlivsundersøkelser. Noen forstod det slik at en kunne oppsøke lege for hjelp dersom en er usikker på om en er omskåret eller ikke. Andre nevnte at disse ble gjennomført av skolen og barnehagen etter utenlandsreiser. Noen få mente at det var obligatorisk for alle som kom fra land som praktiserer omskjæring.

Erfaringen med de mannlige informantene var at de visste veldig lite og hadde derfor ikke så mye å snakke om. De visste mer om lovgivningen enn om tiltak fra helsetjenesten. Det var ikke lett å engasjere disse informantene, muligens fordi de følte at temaet ikke angikk dem.

Informantenes erfaringer angående helsetjenestens tilbud

Ingen av de unge informantene sa at de hadde fått tilbud om frivillig samtale eller underlivsundersøkelse fra helsetjenesten og de hadde dermed ingen personlige erfaringer. En av informantene sa at hun ville sagt ja til underlivsundersøkelse dersom hun var omskåret. To informanter sa at de ville ha tatt imot tilbud om frivillig samtale. De fleste sa at de ville ta i bruk tilbud fra helsetjenesten dersom de hadde behov for det. De sa at det trengs informasjon for å ta i bruk tilbud og for å vite hvor og hvem man kan oppsøke for hjelp. En jente nevnte spesielt et eksempel med en venninne som trengte hjelp i forhold til komplikasjoner knyttet til KLL, men som ikke hadde hatt nok kunnskap for å søke om hjelp.

De fleste sa at de ville ta i bruk tilbud fra helsetjenesten dersom de hadde behov for det.

Det trengs informasjon for å ta i bruk tilbud.

Informantenes opplevelse og håndtering av helsetjenestens tilbud

En av jentene nevnte at hun hadde kjennskap til helsetjenestens tilbud gjennom en bekjent som ble åpnet i forbindelse med fødsel. Vedkommende hadde da søkt om hjelp gjennom lærer og hadde sagt det var flaut å bli undersøkt av en mann, selv om hun synes tilbudet var hjelpsomt. En annen informant hadde en venninne som søkte hjelp til behandling, men som på grunn av lang ventetid endte opp med å få behandling i London. Vedkommende opplevde at det var vanskelig å komme i kontakt med spesialisttjenesten og mente at ventetiden på 3 måneder, selv med henvisning fra lege, var altfor lang. ”Det er dårlig gjort at man må vente så lenge når man trenger helsehjelp”, sa den unge kvinnen (21 år, gruppe 5).



TEMA: Brukernes behov og forslag til tilbud

Informantenes behov når det gjelder forebyggende tilbud fra helsetjenesten

Mange av informantene hadde ikke snakket om omskjæring tidligere verken hjemme, på skolen, blant venner eller i helsetjenesten. Det var første gang de hadde hatt mulighet til å snakke om temaet, og dette sa de at de satte pris på.

Det var delte meninger blant ungdommene på om dette var et vanskelig tema å snakke om. I en av gruppene sa en informant at hun ikke syntes det var vanskelig, men nevnte at noen jenter kan være sjenert eller flau for å snakke om temaet. De andre i samme gruppe var enige i dette og fortalte at de syntes det var et vanskelig tema. De begrunnet dette med at de var sjenerte. Det ble også nevnt som årsak til at flere av de påmeldte ikke dukket opp i en av gruppene. Informantene fortalte at disse syntes det var ekkelt å delta i en brukerundersøkelse om tematikken. I en annen fokusgruppe mente informantene at det ikke er vanskelig å snakke med helsetjenesten om KLL, men deltagerne mente tilnærmingen er avgjørende. Det er viktig å stille åpne spørsmål og ikke være så direkte – forslag fra en av jentene: *”Hva vet du om omskjæring?, ikke: Er du omskåret?”*.

I likhet med den voksne informantgruppen var det også noen ungdommer som mente at helsetjenesten overdriver litt i forhold til deres egen befolkningsgruppes behov for hjelp. *”Vi i Norge vet allerede”*, sa en av informantene. De vet at det er ulovlig med omskjæring i Norge og hva konsekvensene er. De så dermed ingen behov for å gjennomføre undersøkelser etter hver utlandsreise. En informant mente å vite om et tilfelle hvor et barn ble undersøkt på skolen uten foreldrenes samtykke i forbindelse med et utenlandsopphold. Dette reagerte de andre fokusgruppedeltagerne på og de mente slik praksis eller holdning fra helsetjenesten fører til at berørte miljøer føler seg mistenkeliggjort. *”De behandler oss som vi bare driver med omskjæring”*, sa en ung kvinne på 19 år.

De fleste var enige om at det er til god hjelp med et tilbud fra helsetjenesten. En av de unge guttene var skeptisk til tilbudet og lurte på hvorfor det skulle arbeides mot kvinnelig omskjæring, og mente at det burde være greit at kvinner også omskjæres siden gutter gjør det. Dette tyder på en mangel på kunnskap om KLL. De andre unge guttene var imot dette synspunkt og syntes også at det som gjøres i Norge for å hjelpe kvinner er bra.

Det var uenighet om hvorvidt helsetjenestens tilbud ville være mistenkeliggjørende. Noen av informantene syntes ikke det var relevant, mens en ung jente mente at det kunne virke

mistenkeligjørende. Enkelte informanter la vekt på at helsetjenesten ikke skal generalisere og tenke at alle gjør det samme. *”Det er ikke et vanskelig tema å snakke om med helsetjenesten, men gi oss respekten vi fortjener. Vi omskjærer ikke hver gang vi reiser til utlandet,”* sa en ung kvinne (19 år, gruppe 5). I en av fokusgruppene sa enkelte at de som bor i Norge og spesielt de som går på skole har nok tilgang til informasjon og hjelp gjennom skolehelsetjenesten/helsesøster. Enkelte jenter mente at helsevesenet trenger mer informasjon om berørte miljøer. To av de unge guttene som deltok mente også at det trengs flere leger med kunnskap om omskjæring og berørte miljøer.

Informantenes forslag til forebyggende tilbud fra helsetjenesten

Alle informantene, både jenter og gutter, var enige om at det bør gis mer informasjon om helseskadene rundt kvinnelig omskjæring. Alle ønsker at helsearbeidere skal drive informasjonsarbeid på skoler, særlig ungdomskoler og i videregående fordi de unge trenger mer informasjon i tidlig alder om omskjæring, hva det er, hvorfor det er skadelig, osv.

Flere jenter mente at alle bør lære om dette og at det bør tas opp på skolen som et generelt tema. *”Ikke bare gi informasjon til de det gjelder. Alle bør få vite om dette slik at det blir mindre tabu”*, sa en ung jente (17 år, gruppe 6).

Noen av jentene var opptatt av at temaet blir tatt opp på et generelt grunnlag uten for mye fokus på hvor det praktiseres for å unngå stigmatisering av enkeltgrupper. Jentene foreslo også at det kunne tas opp som tema i 8./9. klasse når helsesøster skal snakke om seksualitet, menstruasjon osv. I tillegg til generell informasjon om temaet var det et ønske om informasjon om hvor man søker hjelp.

Alle jentene mente det var lettere å snakke om temaet generelt når man er i gruppe, men at det er lettere å snakke om hvordan man har det på tomannshånd med helsesøster. De var positive til muligheten for individuelle samtaler eller gruppediskusjoner, og ville gjerne ha en kombinasjon av begge metodene. Å ha et slikt tilbud fra helsetjenesten ville være til hjelp ifølge jentene. *”Det er greit å snakke med folk som har kunnskap”*, sa en ung jente (17 år, gruppe 6).



Alle informantene, både jenter og gutter, var enige om at det bør gis mer informasjon om helseskadene.



I en av fokusgruppene ble det referert til et tiltak på skolen som helsesøster har satt i gang. Dette går ut på å danne en jentegruppe som møtes regelmessig hvor ulike temaer som kropp, kjærlighet, seksualitet og omskjæring blir tatt opp og diskutert. Dette gjennomføres i samarbeid med en somalisk jordmor som har undervisning om omskjæring. Det brukes også somalisk tolk for å tilrettelegge for deltagere som er fra mottaksklasse.

Tilbakemeldingene fra jentene var at det var lærerikt, man får mye informasjon og bedre forståelse både gjennom undervisningen og gjennom diskusjon i gruppen. Her har jentene fått lære om omskjæring, de kan stille ulike spørsmål og få svar fra helsesøster og jordmor. I tillegg er det mulighet for deltagerne å oppsøke helsesøster i kontortiden ved behov. Slik får jentene mulighet til oppfølging og videre hjelp ut ifra egne behov. Alle jentene mente at det var greit og til god hjelp å kunne oppsøke helsesøster for informasjon og samtale hvis de hadde spørsmål og ønsket å få vite hva slags helsekonsekvenser og skader KLL medfører.

Jentene la også vekt på at det var viktig å gi kunnskap og informasjon til brukerne og berørte miljøer. Informantene ga uttrykk for at helsesøster regnes som en viktig aktør i det forebyggende arbeidet. Alle var enige om at helsesøster/jordmor ville vært riktig person til å drive informasjonsarbeidet, siden de har mye kunnskap om kvinnehelse. Videre foreslo jentene at helsetjenesten og spesielt helsesøstre bør ha en rutine for å ta opp temaet med brukere fra berørte miljøer. Dette gir brukerne mulighet for å snakke om temaet og få informasjon og kunnskap, men viktig at det ikke bare gis informasjon om lovforbudet, men fokuseres på informasjon om skader og helsekonsekvenser slik at de får nødvendig kunnskap som kan påvirke meninger og holdninger til praksisen. ”(Berørte miljøer) har et stort behov for dette. De må skjønne at det er skadelig”, sa en ung kvinne på 18 år. Informasjonen bør gis av helsesøster ved at hun gjerne oppsøker familien hjemme, eller inviterer familier for å snakke om omskjæring. En av jentene mente at det ville bli best hvis helsesøster foretok hjemmebesøk. Jentene foreslo at tiltakene bør rettes mot familier som er fra land som er berørt av denne praksisen og som har jentebarn, mer spesifikt familier som har jenter mellom 6-14 år.

Jentene ønsket også bedre tilgang til åpnende operasjoner, kortere ventetid og bedre tilgang til spesialisthelsetjenesten. I tillegg ble det foreslått at det kan legges brosjyrer på skolen, hos helsesøster og på ungdomsklubber eller andre steder hvor ungdom befinner seg. Informantene foreslo også at helsesøster kan gi informasjon om temaet ved å sende e-post eller ved bruk av nettside som ungdom kan oppsøke ved behov.

Informantenes forslag til andre steder og former for forebyggende helsearbeid

I en av gruppene sa de unge informantene at mennene er imot omskjæring og at det er kvinnene som viderefører denne tradisjonen i den tro at de sikrer døtrenes mulighet til å gifte seg. ”Ingen far aksepterer det og det er alltid krangel mellom foreldre”, sa en ung kvinne på 22 år. Derfor var deltagerne i denne gruppen opptatt av at kvinner og mødre får mer informasjon, siden dette angår dem og siden det er de som praktiserer omskjæring på sine døtre.

Videre sa jentene at det bør arrangeres møter hvor en kan gi undervisning og informasjon om KLL. Informasjonsbrev kan sendes hjem til kvinnene med tilbud om gruppemøter, i likhet med møtene som holdes på ovennevnte skole, hvor kvinner kan få mulighet til å få undervisning på samme måte. Guttene foreslo også informasjonsmøter i lokalmiljøet, i moskeer, skoler og ungdomsklubber.



*Kvinner og mødre bør
få mer informasjon.*

Andre spesifikke tiltak som ble foreslått var å tilby undersøkelser til nyankomne. Nyankomne ble sett på som en viktig målgruppe fordi de kanskje ikke vet om omskjæring, de relaterte helsekonsekvenser eller at de kan få hjelp. Ifølge deltagerne, bør nyankomne få informasjon og tilbud om undersøkelser ved ankomst på asylmottak og/eller på skolen.

Bruk av film, bøker, nyheter eller aviser til å spre kunnskap og informasjon ble sett på som viktige virkemidler. I tillegg sa informantene at kvinneforeninger og andre organisasjoner som jobber på feltet ville være viktige aktører for å nå ut til kvinner fra berørte miljøer. Et annet forslag fra jentene var informasjonsvirksomhet gjennom stand hvor ulike organisasjoner kan gi informasjon om temaet. Både de unge jentene og guttene foreslo at bruk av ressurspersoner ville være nyttig til å drive informasjonsarbeid i lokalmiljøet.



Sammenligning av helsepersonellundersøkelsen og brukerundersøkelsen

Denne brukerundersøkelsen viser at brukere fra berørte miljøer trenger mer informasjon og kunnskap om KLL, spesielt informasjon relatert til helsekonsekvenser. Helsetjenesteundersøkelsen viste at det også er behov for mer kunnskap blant helsepersonell, særlig om hvordan de kan ta opp tematikken på en god måte overfor foreldrene, men også basiskunnskap om hvor KLL praktiseres og om ulike typer KLL. Mer kunnskap relatert til temaet KLL synes dermed å være et behov helsepersonell og brukere har felles. Begge undersøkelsene viser samtidig at både helsepersonell og brukere vet at KLL er ulovlig i Norge.

Tilbakemeldingene fra informantene i denne brukerundersøkelsen bekrefter funn fra helsetjenesteundersøkelsen. Helsetjenestene har ulike tilnærminger til forebyggende arbeid i forbindelse med KLL, spesielt i eksemplene fra kvinnene som har vært i kontakt med helsetjenesten enten på sykehus i forbindelse med fødsel, eller på helsestasjon. Begge undersøkelser viste også at helsepersonell har ulike rutiner for hvordan de gir informasjon og når de gir informasjon. Det ser imidlertid ut som helsetjenesten ved asylmottak har en klar rutine for informasjon.

Resultatene fra brukerundersøkelsen tyder på at helsetjenesten ikke har nådd frem til alle med informasjon om helsekonsekvensene knyttet til KLL. Konklusjonen må være at helsepersonell, særlig ved helsestasjonene, må være trygge på å ta opp temaet med fokus på helsekonsekvenser og ikke bare på lovforbudet.

Oppsøkende virksomhet og informasjonsmøter er ønskelig fra brukernes/informantenes perspektiv. Ungdom har sagt at det er lettere hvis helsepersonell, og da spesielt helsesøster, gir informasjon ved å foreta hjemmebesøk. Mødrene satte også pris på den oppsøkende virksomheten som helsesøstre driver i forbindelse med barsel. I et pilotprosjekt som evaluerte standardene for likeverdig helsetjeneste i norsk setting, oppgir de færreste helseinformanter oppsøkende virksomhet som relevant og anvendbart i forhold til utsatte grupper.

Ifølge 'Rapport om standarder for likeverdig helsetjeneste for innvandrere og andre sårbare grupper', som ble utarbeidet av NAKMI (Le, 2013), forekommer oppsøkende virksomhet sjeldent og er ikke forankret eller systematisk forvaltet blant de helseinstitusjonene som deltok i pilotprosjektet. Brukerundersøkelsen viser at oppsøkende virksomhet ses som en positiv faktor blant brukere fra berørte miljøer. Dette fremkommer også i rapporten "Veien blir til mens vi går" som tar utgangspunkt i arbeid ved Seksjon for internasjonal helse (Magelssen, 1999).

KONKLUSJON OG ANBEFALINGER

Konklusjon

Til tross for at kvinnelig kjønnslemlestelse blir ansett som et tabubelagt og personlig tema var det enkelt å snakke åpent med de voksne informantene selv i kjønnsblandede grupper. De fleste informantene satte pris på å få muligheten til å snakke om temaet som de ellers ikke har hatt mulighet til. Derimot var det utfordrende å snakke med noen av de unge informantene, spesielt unge jenter, da de opplevde dette som et vanskelig tema å snakke om. KLL er fortsatt et sensitivt tema blant ungdom og flere har sagt at de ikke snakker om temaet seg imellom. Noen av jentene som deltok i undersøkelsen beskrev det som et “ekkkelt” tema.

Både ungdommene og de voksne informantene mente det ville være nyttig å kunne delta i gruppemøter hvor en får mulighet til å lære om omskjæring og diskutere åpent, og slik bidra til at det blir mindre tabu rundt temaet.

Det var både fellestrekk og ulikheter i tilbakemeldingene fra deltagere i undersøkelsen. Felles for alle var behovet for informasjon, kunnskap og opplæring om KLL og relaterte helsekonsekvenser. Nesten ingen av deltagerne hadde fått opplæring eller grundig informasjon om KLL, utenom informasjon om lovgivning, fra helsetjenesten i Norge. Dette var noe alle deltagerne la vekt på. Alle visste om lovforbudet men de fleste hadde lite eller ingen kunnskap om skader i forbindelse med KLL og heller ikke kjennskap til helsetjenestens tilbud.

Informantene med kort botid i Norge hadde mindre kjennskap om helsetjenestens forebyggende arbeid, men hadde fått grundig informasjon om KLL-problematikk gjennom kurs og informasjonsmøter på asylmottak. Denne gruppen var helt overbevist om at de ikke ville praktisere omskjæring uavhengig av hvor de befant seg, verken Norge eller hjemlandet.

De informantene som hadde lang botid i Norge hadde imidlertid mer kunnskap om helsekonsekvenser og helsetjenestens tilbud i forbindelse med KLL. Disse hadde bedre kunnskap om helsekonsekvensene og understreket viktigheten av å nå ut til flere fra berørte miljøer med denne kunnskapen.

Enkelte informanter syntes å ta lett på temaet og knytter lovforbudet mot omskjæring i Norge til at det ikke er tradisjon for det her til lands. Enkelte sa derfor at de hadde fortsatt praksisen dersom de



Berørte miljøer trenger tilpasset og grundig kunnskap og forståelse om helsekonsekvenser og helsetilbud.



hadde bodd i hjemlandet. De mangler kunnskap om omskjæring og trenger derfor grundig opplæring, også slik at de kan endre holdning til omskjæring. ”Opplæring er nøkkelen”, sa en av informantene. Dette vil gi personer fra berørte miljøer kunnskap til å kunne endre holdninger og ta avstand fra praksisen samt kunne forsvare seg overfor tradisjonstilhengere i familien og hjemlandet.

Informantene la selv vekt på at det trengs mer fokus på forebygging via kunnskap og holdningsendring. De mente at informasjon om helsekonsekvenser var viktig for å oppnå en holdningsendring. Det ble spesielt vist til et prosjekt i Eritrea, HAMSET, som informantene foreslo at det norske helsevesenet kunne ta læring fra i det forebyggende arbeidet.

Informasjonsarbeidet syntes verken å ha nådd ut til informantene eller å ha vært tilstrekkelig for informantene eller andre som trenger kunnskap og helsetjenester. Informantene ønsket mer bruk av ressurspersoner fra berørte miljøer til å drive informasjonsarbeid og kunnskapsheving/opplæring på brukernes egne språk. Derfor bør det vurderes å ta i bruk alternative samarbeidspartnere for å drive informasjonsarbeid, som for eksempel kirker/moskeer, innvandrersorganisasjoner, kvinneorganisasjoner, ungdomsklubber eller andre interesseorganisasjoner.

De fleste både av de voksne og ungdommer som hadde fått informasjon om KLL sa, som forventet, at det hadde vært i forbindelse med besøk til helsesøster/ helsestasjon/ skolehelsetjenesten. Helsesøstre blir derfor ansett som en viktig informasjonskilde for de fleste brukerne. Det er viktig ytterligere å bevisstgjøre denne gruppen helsepersonell om deres viktige rolle i det forebyggende arbeidet og å gi dem villkår for å kunne ivareta dette arbeid. Samtidig er det behov for at annet helsepersonell, som fastleger, også kommer på banen og er mer bevisst på sin rolle i forhold til informasjonsarbeid, spesielt når de er i kontakt med berørte miljøer.

Personer fra berørte miljøer trenger tilpasset og grundig kunnskap og forståelse om helsekonsekvenser og helsetilbud, ikke kun om lovforbudet i Norge. Det var ingen av informantene i denne undersøkelsen som var imot at helsearbeiderne tok opp dette temaet. Tvert imot var de positivt innstilt og betraktet dette som en del av helsepersonellens plikt og ansvar i henhold til deres helsefremmende arbeid. Helsepersonells tilnærmingssåte ble oppgitt å være avgjørende for hvorvidt informantene mente de ville oppleve seg mistenkeliggjort. Det var også flere som ønsket bedre oppfølging fra helsetjenesten, i tillegg til økt/styrket informasjonsarbeid og kompetanseheving av helsepersonell og deres kunnskap om berørte miljøer.

Vi fikk inntrykk av at holdningen blant berørte miljøer har endret seg – flere av informantene sa uoppfordret at de ikke ønsket å omskjære døtrene sine. Spesielt etter at de hadde fått informasjon om skadene og konsekvensene av omskjæring. Det virker som berørte personer

som har bodd i Norge over lengre tid har endret holdning og er blitt motstandere av praksisen. Abdi Geles (2011) forskning i det somaliske miljøet i Norge viser også samme tendenser. Dette tyder på at forebyggende tiltak har virket, selv om informasjon om helsetjenestens tilbud og om helsekonsekvenser oppgis ikke å ha nådd alle i målgruppen.

Nesten alle ungdommene som deltok i undersøkelsen var imot omskjæring. Flere var enige om at barnet bør forbli naturlig/slik som det er født, altså uten å bli omskåret. Noen av de unge jentene vi snakket med hadde sterke meninger om at det var de selv som bestemte over barnet og ville ikke la seg påvirke av familie, men heller forklare familien hvorfor en ikke skal omskjære jentebarn.



Anbefalinger

- Informasjonsarbeidet om helsetjenestens tilbud, forebyggende arbeid og om helsekonsekvenser knyttet til KLL er ikke tilstrekkelig og må tilpasses og rettes tydeligere mot målgruppen.
- Helsepersonell må få kompetanseheving både i kunnskap om helsekonsekvenser og om kommunikasjon angående dette.
- Helsepersonell må imøtekomme informantenes ønske om mer informasjon og opplæring om de helsekonsekvensene og skadene KLL medfører, ikke kun om lovforbudet, og være trygge på å ta opp temaet.
- Det må fortsatt være spesielt fokus på nyankomne. Helsearbeid og informasjon på asylmottak må fortsette.
- Helsetjenesten bør skape arenaer hvor berørte miljøer kan snakke om temaet. Dette er spesielt viktig for ungdom
- Det anbefales et samarbeid med trossamfunn og innvandrersorganisasjoner, voksenopplæring, asylmottak, ressurspersoner fra berørte miljøer.
- Det bør lages informasjonsmøter for ungdom der temaet inngår som en del av et helse/kvinnehelse informasjonsprogram.
- Det bør i tillegg lages kurs om kvinnehelse/barnehelse til grupper fra berørte miljøer, enten på eget språk eller med tolk.
- Det anbefales å bruke audiovisuelle medier og websider for å informere om helsekonsekvenser og skader.
- Informasjonsformidling på internett, e-post er populært for ungdom. Dette kan de oppsøke privat og på egen tid.

REFERANSER

Departementene (2008) *Handlingsplan mot kjønnslemlestelse*. Handlingsplan 2008-2011. Oslo.

Gele, A.A., Kumar, B., Hjelde, K.H., Sundby, J. (2012) *Attitudes toward female circumcision among Somali immigrants in Oslo: A qualitative study*. International Journal of Women's Health, 4, 7-17

Helsedirektoratet (2011) *Forebygging av kjønnslemlestelse: Tilbud om samtale og frivillig underlivsundersøkelse*, Veileder for helsestasjons- og skolehelsetjenesten, revidert februar 2011. Oslo

Magelssen, R (1999) *Veien blir til mens vi går*, Rapport fra Seksjon for internasjonal helse, Senter for forebyggende medisin, Medisinsk Divisjon, Ullevål Sykehus. Oslo

Le, C (2013) *Rapport: Standarder for likeverdig helsetjeneste for innvandrere og andre sårbare grupper*. Rapport til Helsedirektoratet ifm tilskuddsordning, april 2013. Oslo

Sajjad, T.A. (2010) *Kartlegging av informasjonsrutiner mellom helsestasjoner og sykehus om kjønnslemlestelse. Rapport for tiltak 29 i Handlingsplan mot kjønnslemlestelse*. NAKMI Rapport. Oslo

Sajjad, T.A. (2010) *Evaluerings av helsetjenestens informasjonsarbeid for å forebygge kjønnslemlestelse. Rapport for tiltak 34 i Handlingsplan mot kjønnslemlestelse*. NAKMI Rapport. Oslo



Tabell 2 – Oversikt fordelt etter landgrupper, aldersgruppe og kjønn

Land		Fokusgruppeintervju	Individuelt Intervju*	Totalt
Somalia				
Voksne	Kvinner	13	5	18
	Menn	2	0	2
	Antall barn	61 (28 jenter)	22 (10jenter)	
	Botid i Norge	4-24år	Gj.sn.8år	
	Alder:	30-62år	Gj.sn.40år	
	Utdanning:	-	Gj.sn.6år	
Ungdom	Jenter	14	0	14
	Alder	16-22år	-	
	Botid	1-17år (gj. 10år)	-	
	Utdanning	10-12år	-	
	Gutter	2	1	3
	Alder	17år	17år	
	Botid	-	-	
	Utdanning	-	-	
Totalt		31	6	37
Eritrea				
Voksne	Kvinner	6	3	9
	Menn	2	1	3
	Antall barn	19 (10 jenter)	9(4 jenter)	
	Botid i Norge	1-7år	Gj.sn.4år	
	Alder:	27-46år	Gj.sn.38år	
	Utdanning:	-	Gj.sn.13år	
Ungdom	Jenter	6	0	6
	alder	17-18år	-	
	Botid	17-18år	-	
	utdanning	11-12år	-	
Totalt		14	4	18
Etiopia				
Voksne	Kvinner	4	4	8
	Menn	2	0	2
	Antall barn	7(5 jenter)	8(5 jenter)	
	Botid i Norge	3-10år	Gj.sn.8år	
	Alder:	27-37år	Gj.sn.35år	
	Utdanning:	-	Gj.sn.12år	
Totalt		6	4	10

*9 av deltagerne deltok både i fokusgruppe- og individuelt intervju. På grunn av overlapp mellom gruppene er det blitt en duplisering i beregningen av antall deltagere. Det totale antallet vil derfor være noe lavere i enkelte grupper enn det som fremgår i tabellen.

VEDLEGG 1A Informasjonsbrev /samtykkeskjema (norsk)



INVITASJON TIL DELTAKELSE I BRUKERUNDERSØKELSE I FORBINDELSE MED FOREBYGGENDE ARBEID MOT KVINNELIG OMSKJÆRING

Nasjonal kompetanseenhet for minoritets helse (NAKMI) skal gjennomføre et prosjekt på oppdrag fra Helsedirektoratet. NAKMI er et senter som forsker på innvandrerhelse. Prosjektet handler om brukernes erfaring og opplevelse av helsetjenestens tilbud i forbindelse med kvinnelig omskjæring. Metoden i prosjektet er fokusgruppeintervju (6-8 personer) og eventuelt individuelt intervju.

Ved å delta i prosjektet kan du hjelpe oss å forstå hvilke behov brukere fra ulike berørte land har for forebyggende tiltak, og gi oss innsikt i andre måter å forebygge kvinnelig omskjæring. Dine tilbakemeldinger er svært verdifulle for oss. De skal brukes til å gi råd og anbefalinger til Helsedirektoratet, slik at de kan tilpasse helsetilbudet på en god måte.

Deltakelse i undersøkelsen er frivillig og du kan trekke deg når som helst, uten å gi noen grunn og uten at det får noen konsekvenser for deg.

Føl deg fri til å svare åpent på våre spørsmål. Dine erfaringer og opplysninger vil bli behandlet konfidensielt og vi gir ikke videre noe informasjon til andre. NAKMI skal skrive en rapport hvor all informasjon vil bli anonymisert slik at ingen kan vite hvem som har svart på spørsmålene.

Hvis du har spørsmål om prosjektet er det hyggelig om du tar kontakt med undertegnede.

Vennlig hilsen

Helen Ghebremedhin,
Prosjektkoordinator
Tlf. 23016071
e-post: hgh@nakmi.no

ER DU VILLIG TIL Å DELTA I PROSJEKTET OG BLI INTERVJUET?

- JA, fokusgruppe
- JA, individuelt intervju
- JA, både individuelt intervju og fokusgruppe
- NEI, jeg vil ikke delta i prosjektet

Oslo universitetssykehus HF - Ullevål, Bygg 37A, P O Box 4956 Nydalen, 0424 Oslo, Norge.
Telefon: 23 01 60 60; Faks 23 01 60 61; E-post: post@nakmi.no; Hjemmeside: www.nakmi.no



VEDLEGG 1B Informasjonsbrev /samtykkeskjema (somali)



CASUUMAD KU WAJAHAN KAQEYB-GALKA BAATIRAANKA ISTICMAALKA HAWGALKA KA HORTAGA GUDNIINKA GABDHAA

Xarunta Cilmiabaarista dadka soogalootiga- Nasjonal kompetanseenhets for minoritetshelse (NAKMI) waxay fulinaysaa mashruuc ay ka heshay Wakaaladda Caafimaadka (Helsedirektoratet). NAKMI waa xarun baarta caafimaadka dadka soogalootiga. Mashruucan wuxuu ku saabsan yahay dadku waxay kala kulmaan iyo aragtidooda caafimaadka ee la xiriiira gudniinka gabdhaha. Habka mashruucan waa waraysi kulan koox kooban (6- 8 qof) iyo wareysi keli ahaaneed.

Ka qeybgalkaagu wuxuu nagu caawin fahanka baahida dadka wadamada ay saameeyeen ay u qabaan hawlgalka ka hortaga, waxayna kaloo na siinaysaa garasho habab kale oo looga hortagi karo gudniinka gabdhaha. Qiimoweyn bay noo leedahay warbixintaadu. Waxaana loo isticmaalayaa talo iyo tusaalooyinka la siinayo Wakaalada Caafimaadka si hawlgalka caafimaad loo hagaajiyo.

Ka qeyb-qaadashadu waa xor, oo markaad rabtid baad ka bixi kartaa,adigoo aan sheegin wax sabab ah., wax kaaga imanayaaana ma jiraan. Dareen inaad si furfuran oo xor ah u jawaabto, wabixinnada iyo aragtiyada aad noo soo gudbisay waa la xafidin, cid kale oo loo gudbina ma jirto. NAKMI waxay sameyn qoraal aan lagu sheegayn cida su'aalaha ka jawaabtay.

Haddii aad qabto wax su'aal ah ka qabto mashruucan , way wanaagsan tahay inaad la xiriiro qofka saxiixa hoose ku xusan

Mahadsanid

Helen Ghebremedhin,

Iskuduwaha mashruuca

Tlf.23016071

e-post: hgh@nakmi.no

**RAALI MA KA TAHAY IN AAD KA QEYB-GASHO MASHRUUCAN IYO IN LAGU
WAREYSTO?**

..... HAA, KULAN WAREYSI KOOX KOOBAN

..... HAA WAREYSI KALIYA

..... HAA, KULAN WAREYSI KOOX KOOBAN IYO WAREYSI LABBADABA

..... MAY , ma doonayo inaad ka qeyb qaato mashruucan



VEDLEGG 1C Informasjonsbrev/samtykkeskjema(amharisk)



የግርዛትን ተግባር ለማስቀረት ሴትዎች አንዲሳተፍበት ያተደረገ የቃለመልልስ ጥሪ።
የጤና ምርምር ተቃሙ (NAKMI) ለኖርዌይ የጤና ጥበቃ ደጋጊዎች ነው ተጠሪነቱ።ይህ ጥናትም በተለይ ያተኮረው በስደተኞች ጤና ላይ ሲሆን በተለይም የግርዛት ተግባረ ላይ ያነጣጠረ ነው።ምርምሩ ከ ፩ አስከ ፩ ሰዎች በጋራ የምንወያይበት ሲሆን ከዛም በሁላላ አንድ በአንድ ሆነን ደግሞ በግል አንነጋገር አለን።ስለዚህ የናንተ የምሰጡት አስተያየቶች በጣም ጠቃሚ ስለሆነ የጤና ምርምር መስሪያቤቱም ግርዛትን ለማስቀረት በሚሰጠው አገልግሎት በተሻለ መልኩ ውጤታማ እንዲሆን ያስችለዋል።

ጥያቄ እና መልሱ ፍጹም በፈቃደኝ ነት የሚካሄድ ሲሆን በፈለጉ ጊዜ መውታት ይችላሉ።

መልሱን ሰጠሁ ታማኝ ይሁኑ።የናንተ መልስ በሚሰጠው የሚያዝ ሲሆን ስማችሁንም መግለፅ አያስፈልጋችሁም።

ይልቁንም የናንተን ሃሳቦች ብቻ አንድ-ትኩሳትሁን ብቻ ነው የተጠራችሁ።

ተጨማሪ ጥያቄ ካላችሁ ከዚህ በታች በተገለፀው አድራሻ ይገናኙ፡

Helen Gebremedhin
Projektkoordinator
Tlf.23016071
e.post- hgh@nakmi.no

ፈቃደኛ ነዎት በቃለ መጠይቁ ለመሳተፍ?

.....አዎ በጋራ መጠይቁ
.....አዎ በግል መጠይቁ
.....አዎ በሁለቱም
.....አልሳተፍም



VEDLEGG 1D Informasjonsbrev /samtykkeskjema (tigrinja)



ብዛዕባ ኣብ ምክልኻል ምኽንሻብ ደቂ ኣንስትዮ ኣተኩሩ ዝግበር መጽናዕቲ ንኸትሓተፉ ብኸብሩ ንዕድም

ብዲረከተር ጥዕናዊ ኣገልግሎት ኖርወይ ዝተዋህቦ ዕማም መሰረት፡ ኖርወይኛ ሃገራዊ ማእከል መጽናዕቲ ጥዕና ስደተኛታት (NAKMI) ሓዲ ፕሮጀክት ከተግብር እዩ፡ እዚ ፕሮጀክት'ዚ መጽናዕቲ ብዛዕባ ተመኩሮን መልሰግብርን ተጠቀምቲ፡ ናይቲ ብትካላት ኣገልግሎት ጥዕና ዝወሃብ፡ ምስ ምኽንሻብ ደቂ ኣንስትዮ ዝተተሓሓዘ ኣገልግሎት ይኸውን፡ ነዚ መጽናዕቲ ንምክያድ እንተቐመሉ ኣገባብ ኣተኣኻኸባ ሓበሬታ ድማ፡ ሓባራዊ ዘተን (6-8 ተሳተፍቲ) ናይ ውልቂ ቃለ መጠቀም እዩ፡

ኣብዚ ፕሮጀክት ብምስታፍ ኣተኣፍሎና ሓበሬታ፡ ተገልገልቲ ምስ ምኽንሻብ ደቂ ኣንስትዮ ዝተተሓሓዘ ሕክምናዊ ኣገልግሎት ዘለዎም ድልየታትን ጠለባቶምን ንኸንፈልጥን፡ ምኽንሻብ ደቂ ኣንስትዮ ንምግታሕ ኣብ እንኳይዶ ስራሕን ኣዝዩ ሓጺ እዩ፡ ተወሳኺ መረዳኢታ ብዛዕባ ዝተፈላለዩ ኣገባባት ምክልኻል ምኽንሻብ ደቂ ኣንስትዮ ኣውን ከንረከብ ንክእል፡ ንትግባረ ስራሕና ሓበሬታኺ/ኻ ኣዝዩ ጠቓሚ እዩ፡ ኣብ ሓበሬታኺም ብምምርኣስ ኮለ፡ ምስ ምኽንሻብ ደቂ ኣንስትዮ ዝተተሓሓዘ ጥዕናዊ ኣገልግሎት፡ ንተጠቀምቲ ብዝሰማማዕ ኣገባብ ምምሕያሻት ንኸግበረሉ፡ ንዲረከተር ጥዕናዊ ኣገልግሎት ኖርወይ ምኽራ ከነቕርብ ይሕግዘና፡

ኣብዚ መጽናዕቲ'ዚ ምስታፍ ብወላንታኺ/ኻ ኮይኑ፡ ኣብ ዝደለኺ/ኻዮ እዋን ኮለ ዝኾነ ምኽንያት ከይሃብኪ/ኻ ካብዚ መጽናዕቲ ከትወጽእ ትክእል ኢኻ፡ ኣብዚ መጽናዕቲ ብምስታፍኪ/ኻ ኮነ፡ ካብ መጽናዕቲ ብምውጻእኪ/ኻ ድማ ዝኾነ ሳዕቤን ከም ዘይብሉ ከነረጋግጽልኪ/ኻ ንፈቱ፡

ነጻ ኩንኪ/ኻ ሕቶታትና ንኸትምልሲ/ስ ኾለ ንሓብ፡ ዝሃብኪ/ኻና ሓበሬታ ኮነ ዘካፈልኪ/ኻና ተመኩሮታት ድማ ብሉቲር ከምእንዕቅቦን ማንም ካልእ ኣካል ከተቐመሉ ከም ዘይኮነን ከነረጋግጽልኪ/ኻ ንፈቱ፡

ኖርወይኛ ሃገራዊ ማእከል መጽናዕቲ ጥዕና ስደተኛታት፡ ኩሉ ዘዋህሉሉ ሓበሬታ ተጠቐሙ ናይዚ መጽናዕት'ዚ ሪፖርት ኣብ ዘቕርቡሉ እዋን፡ ነፍሲ ወከፍ ተሳታፊ መጽናዕቲ ኣብቲ ሪፖርት ክልለ ከም ዘይክእልን፡ መን እንታይ ኢሉ ንሕቶታትና ከምዘመለስ ድማ ፈጹም ከም ዘይፍለጥን ደጊምና ከነረጋግጽልኪ/ኻ ንፈቱ፡

ነዚ ፕሮጀክት'ዚ ዝምልከት ሕቶታት እንተድኣ ኣለኪ/ኻ ኮለ፡ ነዚ ኣብ ታሕቲ ተጠቐሱ ዘሉ ዝምልከቱ ኣካል ከትወክሲ/ስ ንሕብር፡

ምስ ብዙሕ ሰላምታ

ሄሰን ንብረመድህን
አወሃሃዲት ፕሮጀክት
ተሌ. 23016071
e-post: hgh@nakmi.no

ኣብ ናይዚ መጽናዕቲ ሓባራዊ ዘተን ቃለ መጠቀም ምስታፍ ድሉው/ቲ ዲኻ/ኺ?

_____ እወ፡ ኣብ ሓባራዊ ዘተን፡

_____ እወ፡ ኣብ ውልቃዊ ቃለ መጠቀም፡

_____ እወ፡ ኣብ ሓባራዊ ዘተን ውልቃዊ ቃለ መጠቀም፡

_____ እይፋል፡ ኣብዚ ፕሮጀክት ንኸሓተፍ ወላንታዊ ኣይኮንኩን፡

VEDLEGG 2 Intervjuguide



INTERVIUGUIDE

Fokusgruppe og Individuelle intervju

TEMA: Brukernes opplevelse og håndtering av helsetjenestens tilbud i det forebyggende arbeid mot kvinnelig omskjæring

- 1. Hva vet dere om helsetjenestens tilbud for å forebygge kvinnelig omskjæring?**
 - frivillige samtaler
 - underlivsundersøkelser
 - behandling hos spesialist

- 2. Hvilke erfaringer har dere gjort om dette tilbudet?**
 - Fra hvem?
 - På hvilken måte?
 - I hvilken forbindelse?
 - Ville du brukt det (hvis de ikke har erfaringer)?

- 3. Hvordan opplever og håndterer dere dette tilbudet?**
 - Hjelpsomt?
 - Mistenkeliggjørende?
 - Vanskelig tema å snakke med helsetjenesten om?





TEMA: Brukernes behov og forslag til tilbud fra helsetjenesten og måter å utføre forebyggende helsearbeid på

1. Hvilke behov har dere når det gjelder forebyggende tilbud fra helsetjenesten?

- Hva slags
- Av hvem
- Hvor/når

2. Hvilke forslag har dere til forebyggende tilbud fra helsetjenesten?

- Hva
- Av hvem
- Hvor/når

3. Hvilke andre steder eller former for forebyggende helsearbeid kan dere tenke dere?

- Hvilke (andre) måter kan man forebygge kvinnelig omskjæring?
- Hvilke aktører?
- Hvilke steder?

VEDLEGG 3 Rapportmal

RAPPORT FRA Fokusgruppe

DATO/STED FOR FOKUSGRUPPEN:	
INFORMASJON OM DELTAGERE	
Antall deltagere: <i>Antall kvinner og menn?</i>	Alder: <i>Aldesgruppe?</i>
Botid i Norge: <i>Antall år (evt. mnd)?</i>	Nasjonalitet: <i>Landbakgrunn? Språk?</i>
Antall Barn: <i>Antall barn totalt og antall jenter?</i>	
RESULTATER (FYLL UT KORTFATTET PÅ HVERT PUNKT)	
TEMA: BRUKERNES OPPLEVELSE OG HÅNDTERING AV HELSETJENESTENS TILBUD I DET FOREBYGGENDE ARBEID MOT KVINNELIG OMSKJÆRING	
Spørsmål 1. Hva vet dere om helsetjenestens tilbud for å forebygge kvinnelig omskjæring	
• <i>Hva ble sagt/hva visste de?</i> • <i>Var det engasjement/enigheter/uenigheter i diskusjonen? Særlig om hva?</i> • <i>Viktige sitater/momenter/kommentarer fra diskusjonen?</i>	
Spørsmål 2. Hvilke erfaringer har dere gjort om dette tilbudet?	
• <i>Hva ble sagt/hva var tilbakemeldingene?</i> • <i>Var det engasjement/enigheter/uenigheter i diskusjonen? Særlig om hva?</i> • <i>Viktige sitater/momenter/kommentarer fra diskusjonen?</i>	
Spørsmål 3. Hvordan opplever og håndterer dere dette tilbudet?	
• <i>Hva ble sagt/hva var tilbakemeldingene?</i>	



- *Var det engasjement/enigheter/uenigheter i diskusjonen? Særlig om hva?*
- *Viktige sitater/momenter/kommentarer fra diskusjonen?*

TEMA: BRUKERNES BEHOV OG FORSLAGT TIL TILBUD FRA HELSETJENESTEN OG MÅTER Å UTFØRE FOREBYGGENDE HELSEARBEID PÅ

Spørsmål 4. Hvilke behov har dere når det gjelder forebyggende tilbud fra helsetjenesten?

- *Hva ble sagt – spesifikke behov?*
- *Var det enigheter/uenigheter i diskusjonen?*
- *Deltagelse fra gruppen/hvem dominerte?*
- *Viktige sitater/momenter/kommentarer fra diskusjonen?*

Spørsmål 5. Hvilke forslag har dere til forebyggende tilbud fra helsetjenesten?

- *Hva ble sagt – spesifikke forslag?*
- *Var det engasjement/enigheter/uenigheter i diskusjonen? Særlig om hva?*
- *Viktige sitater/momenter/kommentarer fra diskusjonen?*

Spørsmål 6. Hvilke andre steder eller former for forebyggende helsearbeid kan dere tenke dere?

- *Hva ble sagt – spesifikke forslag?*
- *Var det engasjement/enigheter/uenigheter i diskusjonen?*
- *Viktige sitater/momenter/kommentarer fra diskusjonen?*

ANNEN INFORMASJON

Generelt inntrykk av gruppediskusjonen:

- *Grad av deltagelse fra gruppen – dominerende/unnvikende personer*
- *Mener du at man nådde datametning (data saturation)?*
- *Var det lett å snakke om tema*
- *Hva la brukerne vekt på / hva var viktigst for dem*
- *Hadde brukerne personlig erfaring eller var det andres erfaringer som ble brukt i intervjuet*
- *Brukernes holdning til helsetjenesten: virket den positiv/negativ ift. tiltakene/forebyggende arbeid mot kvinnelig omskjæring*

HOVEDINNTRYKK AV BRUKERNES OPPLEVELSE OG FORSLAG

VEDLEGG: SAMTYKKESKJEMA FRA ALLE DELTAGERE



RAPPORT FRA individuelt INTERVJU

DATO/STED FOR INTERVJUET:	
INFORMASJON OM DELTAGEREN	
Kvinne /Mann:	Alder: Aldersgruppe?
Botid i Norge: Antall år?	Nasjonalitet: Landbakgrunn? Språk?
Antall Barn (jenter):	Antall skoleår:
RESULTATER (FYLL UT KORTFATTET PÅ HVERT PUNKT)	
TEMA: BRUKERNES OPPLEVELSE OG HÅNDTERING AV HELSETJENESTENS TILBUD I DET FOREBYGGENDE ARBEID MOT KVINNELIG OMSKJÆRING	
Spørsmål 1. Hva vet du om helsetjenestens tilbud for å forebygge kvinnelig omskjæring	
• Hva ble sagt? • Viktige sitater/momenter/kommentarer fra intervjuet?	
Spørsmål 2. Hvilke erfaringer har du gjort om dette tilbudet?	
• Hadde personen erfaringer fra tilbudet? • Hva ble sagt/hva var tilbakemeldingen? • Viktige sitater/momenter/kommentarer fra intervjuet?	
Spørsmål 3. Hvordan opplever og håndterer du dette tilbudet?	
• Hva ble sagt/hva var tilbakemeldingen? • Viktige sitater/momenter/kommentarer fra intervjuet?	
TEMA: BRUKERNES BEHOV OG FORSLAGT TIL TILBUD FRA HELSETJENESTEN OG MÅTER Å UTFØRE FOREBYGGENDE HELSEARBEID PÅ	



Spørsmål 4. Hvilke behov har du når det gjelder forebyggende tilbud fra helsetjenesten?

- *Hva ble sagt – spesifikke behov?*
- *Viktige sitater/momententer/kommentarer fra intervjuet?*

Spørsmål 5. Hvilke forslag har du til forebyggende tilbud fra helsetjenesten?

- *Hva ble sagt – spesifikke forslag?*
- *Viktige sitater/momententer/kommentarer fra intervjuet?*

Spørsmål 6. Hvilke andre steder eller former for forebyggende helsearbeid kan du tenke deg?

- *Hva ble sagt – spesifikke forslag?*
- *Viktige sitater/momententer/kommentarer fra intervjuet?*

ANNEN INFORMASJON

Generelt inntrykk av intervjusituasjonen:

- *Var det lettere for brukerne å snakke om tema på tomannshånd?*
- *Hva la brukeren vekt på / hva var viktigst for brukeren?*
- *Kom det frem ny/overraskende informasjon i intervjuet? Er det noe som skiller seg ut fra det som fremkom av fokusgruppen?*
- *Hadde brukeren personlig erfaring eller var det andres erfaringer som ble brukt i intervjuet*
- *Brukerens holdning til helsetjenesten: virket den positiv/negativ ift. tiltakene/forebyggende arbeid mot kvinnelig omskjæring*

HOVEDINNTRYKK AV BRUKERENS OPPLEVELSE OG FORSLAG

VEDLEGG: SAMTYKKESKJEMA FRA ALLE DELTAGERE



Nasjonal Kompetanseenhet for Minoritetsbelse
Oslo Universitetssykehus HF, avd. Ullevål
Postboks 4956 Nydalen
N-0424 Oslo
post@nakmi.no
www.nakmi.no

