



Tid for handling

Evaluering av handlingsplan mot kjønnslemlestelse. Andre delrapport.

Oxford Research er et skandinavisk analyseselskap som dokumenterer og utvikler kunnskap i analyser, evalueringer og utredninger slik at politiske og strategiske aktører kan få et bedre grunnlag for sine beslutninger. Oxford Research ble etablert i 1995 i København og har selskap også i Norge og Sverige samt kontor i Brussels.

Se www.oxford.no for mer informasjon om selskapet.

Oxford Research:

NORGE

Oxford Research AS
Kjøita 42
4630 Kristiansand
Norge
Telefon: (+47) 40 00 57 93
post@oxford.no

DANMARK

Oxford Research A/S
Falkoner Allé 20, 4. sal
2000 Frederiksberg C
Danmark
Telefon: (+45) 33 69 13 69
Fax: (+45) 33 69 13 33
office@oxfordresearch.dk

SVERIGE

Oxford Research AB
Box 7578
Norrländsgatan 12
103 93 Stockholm
Telefon: (+46) 702965449
www.oxfordresearch.se

BELGIA

Oxford Research
c/o ENSR
5, Rue Archimède, Box 4
1000 Brussels
Phone +32 2 5100884
Fax +32 2 5100885
secretariat@ensr.eu

Tittel: Tid for handling.
Undertittel: Evaluering av handlingsplan mot kjønnslemlestelse. Delrapport to.
Oppdragsgiver: Barne- og likestillingsdepartementet
Prosjektperiode: 2008-2011
Prosjektleder: Per Garmannslund
Forfattere: Tore Neset, Per Garmannslund, Tor Egil Viblemo, Inger-Johanne Danielsen
Kort sammendrag: Evaluering av fem tiltak i regjeringens handlingsplan mot kjønnslemlestelse, samt omtale av handlingsplanen som styringsverktøy

Forord

Oxford Research har arbeidet med evaluering av handlingsplanen mot kjønnslemlestelse over noe tid. Vi leverte første delrapport høsten 2009 og har nå fulgt planen og tiltakene videre. Handlingsplaner har en særstilling som verktøy i offentlig forvaltning ved at de er sektorovergrepene og involverer en rekke aktører. Det gjør dem til spennende studieobjekter. Det er vårt mål at denne rapporten og sluttrapporteringen skal gi økt innsikt, ikke bare om implementering av tiltakene i planen, men også om handlingsplanarbeid som sådan.

Vi takker alle de aktører som har bidratt gjennom intervjuer, dokumenter og spørreundersøkelser med informasjon og synspunkter knyttet til evalueringen. Vi håper at den kunnskap og de anbefalinger som gis vil komme til nytte i det videre arbeidet.

Kristiansand, 24. september 2010



Harald Furre
Adm. dir.
Oxford Research AS

Innhold

Kapittel 1.	Sammendrag	8
Kapittel 2.	Innledning.....	9
2.1	Oppdraget.....	9
2.1.1	Underveisrapportering.....	9
Kapittel 3.	Metode.....	11
3.1	Innsats, resultat og effekt.....	11
3.2	Metodisk opplegg for evalueringen	12
3.2.1	Kvalitativ undersøkelse	12
3.2.2	Kvantitativ undersøkelse	13
Kapittel 4.	Institusjonalisering, styring og koordinering.....	15
4.1	Institusjonalisering.....	15
4.2	Styring	16
4.3	Koordinering.....	16
4.4	Rapportering	17
4.5	Oppsummering og anbefalinger	17
Kapittel 5.	Nasjonal kompetansefunksjon	18
5.1	Om tiltaket.....	18
5.2	Status for tiltaket	18
5.2.1	Nærmere om tiltak 6.....	18
5.2.2	Nærmere om tiltak 25.....	19
5.3	Måloppnåelse og resultater.....	19
5.4	Oppsummering.....	19
Kapittel 6.	Ressursmaterieil for elever og lærere.....	20
6.1	Intensjon - Om tiltaket	20
6.1.1	Bakgrunn og formål.....	20
6.2	Status for tiltaket	20
6.3	Nytte, måloppnåelse og resultater	21
6.4	Oppsummering og anbefalinger	21
Kapittel 7.	Økonomisk støtte til frivillige organisasjoner	22
7.1	Problemstillinger.....	22
7.2	Bakgrunn for tiltaket	23
7.3	Implementering og utvikling av tilskuddsordningen	23
7.3.1	Delegering av tilskuddsforvaltning fra BLD til Bufdir	24

7.4	Tilskuddsforvaltning	24
7.4.1	Kommunikasjon	24
7.4.2	Saksbehandling og tildelinger	24
7.4.3	Kriterier	25
7.4.4	Rapportering og kontroll	27
7.5	Resultater	27
7.5.1	Prosjekt til somalisk kvinneforening i Bergen	27
7.5.2	African Cultural Awareness:	28
7.5.3	Funn fra de fem casene	29
7.6	Oppsummering og anbefalinger	29
Kapittel 8.	Informasjonsarbeid, helsestasjon og skolehelsetjeneste	31
8.1	Problemstillinger	31
8.2	Implementering	31
8.2.1	Tildeling av midler	31
8.2.2	Rapportering	32
8.2.3	Kommunikasjon mellom de ulike nivåene	33
8.3	Resultater	33
8.3.1	Opprettelse av grupper	33
8.3.2	Kvinnegrupper	33
8.3.3	Ungdomsgrupper	34
8.3.4	Mannsgrupper	34
8.3.5	Helseundersøkelser og informasjon	34
8.3.6	Andre tiltak	35
8.3.7	Virkning av tiltak	35
8.3.8	Faglig og økonomisk støtte	36
8.4	Oppsummering og anbefalinger	37
Kapittel 9.	Ressursgrupper i helseregionene	38
9.1	Problemstillinger	38
9.2	Etablering og skolering av ressursgrupper	39
9.3	Lokale tiltak	40
9.4	Aktører og samarbeid	41
9.5	Oppsummering og anbefalinger	41
9.5.1	Anbefalinger	42
Kapittel 10.	Til slutt	43

Tabelliste

Tabell 1: Tiltakenes evalueringsperiode	9
Tabell 2: Gjennomførte intervjuer	12
Tabell 3: Gjennomførte observasjoner	13
Tabell 4: Vurdering av BLD som koordinator	17
Tabell 5: Grupper opprettet i regi av helsestasjonen.....	33

Figurliste

Figur 1: Resultatkjeden	11
Figur 2: Eksempler på aktuelle tiltak hentet fra Bufdirs nettsider	25
Figur 3: Helsestasjonenes vurdering av virkning av tiltak	36
Figur 4: Prosessen i tiltak 23	38
Figur 5: Ressursgruppene og støttespillere	39
Figur 6: Støtte til ressursgrupper/nettverk	41
Figur 7: Effektkjede.....	42

Forkortelser

AD	Arbeidsdepartementet	JD	Justis- og politidepartementet
BLD	Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet	KD	Kunnskapsdepartementet
Bufdir	Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet	KRD	Kommunal- og regionaldepartementet
Bufetat	Barne-, ungdoms- og familieetaten	NAKMI	Nasjonal kompetanseenhet for minoritetshelse
FAD	Fornyings-, administrasjons og kirkedepartementet	NKVTS	Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress
H-dur	Helsedirektoratet	PMV	Primærmedisinsk verksted
HOD	Helse- og omsorgsdepartementet	RVTS	Regionalt ressurscenter om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging
		UD	Utenriksdepartementet

Kapittel 1. Sammendrag

Oxford Research utfører på oppdrag fra Barne- og likestillingsdepartementet (BLD) oppgaven med å evaluere arbeidet med handlingsplanen mot kjønnslemlestelse. I denne rapporten, som er andre delrapport, har vi satt fokus på forankring og samarbeid, implementering og gjennomføring av planen og til dels på resultater av arbeidet med handlingsplanen. Vi har spesielt evaluert tiltakene som berører etablering av en nasjonal kompetansefunksjon rettet mot kjønnslemlestelse, økonomisk støtte til frivillige organisasjoners forebyggende arbeid, arbeidet i ressursgruppene i de fem regionene, utvikling av ressursmateriell om kjønnslemlestelse til bruk for elever og lærere og informasjonsarbeid mot ungdom, kvinner, menn og foreldre i de berørte gruppene i regi av helsestasjons- og skolehelsetjenesten.

I tillegg gjør vi en vurdering av hvordan arbeidet med handlingsplanen har foregått så langt i lys av overordnede perspektiver på handlingsplan som offentlig styringsverktøy.

Vi har benyttet et bredt metodisk tilfang, med hovedvekt på en kvalitativ tilnærming.

BLD har koordineringsansvaret for arbeidet med handlingsplanen mot kjønnslemlestelse. BLD utfører denne rollen gjennom møter i den interdepartementale arbeidsgruppen, to årlige møter for underliggende etater og ved å påse at det rapporteres halvårlig fra ansvarlige departementer. BLD har en ren koordinerende funksjon uten instruksjonsmyndighet. Vi ser at mange aktører mener at det er god intern styring og nok ressurser i arbeidet med handlingsplanen. Samtidig finner vi indikasjoner på at BLD kunne være en mer aktiv koordinator. Vi foreslår at BLD vurderer om det er rom for å ta en mer tydelig koordinatorrolle.

Tiltaket som dreier seg om å opprette et nasjonalt kunnskapsmiljø/ kompetansefunksjon rettet mot kjønnslemlestelse dreier seg i praksis om nasjonalt kunnskapscenter om vold og traumatisk stress (NKVTS). Det er vår vurdering at den nasjonale kompetansefunksjonen, lagt til NKVTS, må anses å være godt etablert.

Tiltak 13 dreier seg om å utvikle ressursmateriell til bruk for elever og lærere. Ansvarlig utfører for tiltaket er Utdanningsdirektoratet. Vi finner at tiltaket er

bare delvis realisert. Den forklaringen som trer mest frem i våre intervjuer er at del tre og fire i tiltaket ikke er tilstrekkelig presisert i prosessen når tiltaket er blitt videreført fra handlingsplanen til gjennomføring hos utfører. Utfører har forholdt seg til formelle oppgavebeskrivelser slik disse fremkommer i tildelingsbrev fra departementet. Det er vanskelig å finne at tiltak 13 i handlingsplanen mot kjønnslemlestelse er tydelig presisert i slike styringsdokumenter. Dette representerer en generell utfordring som berører det styringsmessige forholdet mellom departement og underliggende etat.

Blant de forebyggende og holdningsskapende tiltakene inngår et tiltak som dreier seg om økonomisk støtte rettet mot frivillige organisasjoner. Vi finner at tiltak 20 er gjennomført etter tidsplanen og hovedinntrykket er at tiltaket er godt implementert. Vi anbefaler at BufDir forbedrer sin informasjon om tilskuddsordningen og vurderer prosjektstrategien og målgruppene.

Tiltak 22 er et informasjonstiltak som handler om å stimulere til at relevante kommuner i regi av helsestasjons- og skolehelsetjenesten oppretter ungdoms-, kvinne- og mannsgrupper. Her finner vi at tiltaket er relativt godt implementert, men man treffer primært kvinner. Ungdom og menn blir ikke godt fanget opp. Vi anbefaler at det gjøres endringer rundt tildeling av midler og rapportering med hensyn til tidspunkt. Kvinnegrupper bør baseres på eksisterende miljøer og drives på kvinnes premisser. Det bør vurderes om menn skal fokuseres sterkere og i så fall hvordan menn i større grad kan involveres.

Tiltak 23 er et av de tiltakene som fokuserer på forebygging og holdningsskapende arbeid i berørte miljøer. Tiltaket dreier seg om å videreføre og styrke arbeidet mot kjønnslemlestelse i ressursgruppene i de fem helseregionene. Vi peker på at det ikke er regionale ressursgrupper i alle fem regioner. Lokale tiltak er likevel iverksatt. Oxford Research anbefaler at det gjøres en vurdering av behovet for å få til velfungerende regionale ressursgrupper. Det bør vurderes tiltak for å få med flere representanter for de berørte miljøene og sikre kontinuitet blant disse. Fokuset på lokale tiltak bør økes.

Vi finner at handlingsplanen mot kjønnslemlestelse er på god vei.

Kapittel 2. Innledning

Kjønnslemlestelse representerer alvorlige overgrep med store helsemessige og sosiale konsekvenser for jentene som rammes. Kjønnslemlestelse er i strid med grunnleggende menneskerettigheter og har vært straffbart i Norge i lang tid. I 1995 ble det vedtatt en egen lov mot kjønnslemlestelse av kvinner.

Det er en bekymring for at unge jenter som oppholder seg eller er bosatt i Norge skal bli kjønnslemlestet. Regjeringens handlingsplan mot kjønnslemlestelse, som ble lansert den 5. februar 2008, har som mål å forhindre kjønnslemlestelse av kvinner. Gjennom handlingsplanen skal arbeidet mot kjønnslemlestelse tydelig forankres hos nasjonale, regionale og kommunale myndigheter. Barne- og likestillingsdepartementet har pådriver- og koordineringsansvaret for arbeidet med å iverksette og implementere handlingsplanen.

2.1 Oppdraget

På oppdrag fra Barne- og likestillingsdepartementet (BLD) utfører Oxford Research oppgaven med å evaluere arbeidet med handlingsplanen. Evalueringen følger arbeidet fortløpende gjennom planperioden. Det skal leveres årlige delrapporter. Det ønskes kunnskap på fire områder:

1. grad av forankring og samarbeid i det offentlige tjenesteapparatet,
2. implementeringen og gjennomføring av planen,
3. effekten av enkelttiltak og
4. effekten av planen som helhet

I første delrapport undersøkte vi disse problemstillingene på et overordnet nivå i forvaltningen. I andre delrapport er formålet i større grad å belyse gjennomføringen av enkelttiltak i handlingsplanen. Effekten av handlingsplanen som helhet vil vi komme tilbake til i senere rapport.

2.1.1 Underveisrapportering

Da første delrapport ble levert, var arbeidet med handlingsplanen kommet ca. 1 år og 9 måneder ut i en 4-årig planperiode. I første delrapport meldte vi at vårt hovedinntrykk var at implementeringen

syntes å være i god gjenge. Noen av handlingsplanens tiltak var gjennomført, mens andre fremdeles var i startfasen.

Vi oppsummerte med blant annet følgende:

- Det er generelt en god forankring av arbeidet med handlingsplanen i de ulike departementer og direktoratet. Arbeidet med handlingsplanen har økt graden av forankring når det gjelder arbeid mot kjønnslemlestelse.
- Hovedbildet når det gjelder implementering og gjennomføring er at arbeidet med handlingsplanen er på god vei. I betydelig grad gjennomføres arbeidet med handlingsplanen som en del av den normale forvaltningsutøvelse. Det synes som arbeidet med handlingsplanen har medført økt kompetanse, økt fokus og økt gjennomføringsevne.
- Når det gjelder BLDs rolle som koordinator og pådriver for arbeidet med handlingsplanen, er hovedbildet at koordineringen har vært god og nyttig både i forhold til pådriverrolle, oppfølging og koordinering av interdepartemental arbeidsgruppe og møter med underliggende etater. BLD beskrives som kompetente, aktive og lett tilgjengelige.

Oxford Research evaluerer årlig tiltakene 5, 20 og 23. Tiltakene 13, 15, 18, 22 og 30 evalueres i mer begrensede tidsvinduer. I denne delrapporten blir spesielt tiltak 13 og 22 undersøkt nærmere, sammen med de som evalueres årlig. De øvrige vil vi komme tilbake til i neste evalueringsfase.

Tabell 1: Tiltakenes evalueringsperiode

Nr.	Tiltak	Periode
5	Etablere en nasjonal kompetansefunksjon rettet mot kjønnslemlestelse	Årlig
20	Økonomisk støtte til frivillige organisasjoners forebyggende arbeid	Årlig
23	Videreføre og styrke arbeidet mot kjønnslemlestelse i ressursgruppene i de fem helseregionene	Årlig
13	Utvikle ressursmaterieell om kjønnslemlestelse til bruk for elever og lærere	2010
22	Helsestasjons- og skolehelsetjenesten skal rette sitt informasjonsarbeid mot ungdom, kvinner, menn og foreldre i de berørte gruppene	2010

Kilde: Oxford Research AS

Rapporten har tre hoveddeler. Kapittel en og to er innledning og metode. I kapittel tre til syv gjengir vi funn i forhold til enkelttiltak. Kapittel åtte til ti

inneholder avsluttende drøfting med konklusjoner og anbefalinger.

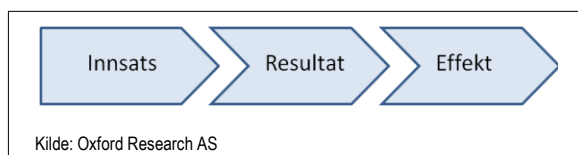
Kapittel 3. Metode

Følgeevaluering er en form for formativ evaluering hvor målsettingen er å rette blikket fremover og fokusere på hva som kan forbedres og videreutvikles når det gjelder prosesser og arbeidsmåter ved implementering av tiltak og planer. Dette er kjernen også i denne evalueringen; å kunne bidra til forbedring og justering i forhold til implementering og iverksetting av handlingsplanen mot kjønnslemlestelse. Både kvalitative og kvantitative metoder kan inngå i slike evalueringer. I andre delrapport er hovedfokusert å undersøke implementering av enkelttiltak. Analysene støtter seg på både en kvalitativ og en kvantitativ tilnærming. Det er gjennomført en rekke intervjuer og to spørreundersøkelser.

3.1 Innsats, resultat og effekt

I evalueringsdesignet benytter vi en effektmodell som tar utgangspunkt i en såkalt resultatkjede. Resultatkjeden er pedagogisk enkel og ulike varianter av modellen benyttes hyppig i evalueringer nasjonalt og internasjonalt.

Figur 1: Resultatkjeden



Det er et mål å evaluere resultater av handlingsplanen. Viktige resultatdimensjoner vil her være:

- Grad av forankring og samarbeid i det offentlige tjenesteapparatet
- Implementering og gjennomføring av planen

Videre ønskes det at en skal se på effekten av handlingsplanen:

- Effekten av planen som helhet
- Effekten av enkelttiltak

Problemstillingene som skal belyses i evalueringen indikerer da også det årsak-virkning-forholdet man forventer; at det er en sammenheng mellom tiltak og resultater og at igangsatte aktiviteter og tiltak skal bidra til visse effekter.

Vi legger til grunn at:

1. **Innsatsen** vil være de tiltakene som er listet opp i handlingsplanen (41 tiltak). Tiltakene skal organiseres av ulike departementer og innsatsen koordineres av Barne- og likestillingsdepartementet.
- **Resultat** av innsatsen oppfattes i denne sammenhengen som det som fremkommer som hovedoverskrifter i handlingsplanen: effektiv håndtering av lovverket, økt kompetanse- og kunnskapsformidling, forebygging og holdningsskapende arbeid i berørte miljøer, tilgjengelige helsetjenester, styrket innsats ved ferier og styrket internasjonal innsats.
- **Effekt** er langsiktige virkninger som vi måler på et høyere analysenivå enn resultater. Effekten vil i denne sammenhengen være knyttet til om andel kjønnslemlestelser endres og til holdningsendringer.

3.2 Metodisk opplegg for evalueringen

I evalueringen er det benyttet både en kvalitativ og kvantitativ tilnærming. Den kvalitative delen av undersøkelsen, som også gir den mest omfattende delen av datatilfanget, bygger på dokumentstudier, intervjuer og casestudier. Den kvantitative delen av undersøkelsen bygger på to avgrensede spørreundersøkelser hvorav den ene er rettet mot et overordnet forvaltningsnivå, mens den andre er rettet mot aktører innen primærhelsetjenesten.

Datainnsamlingen har blitt gjennomført i tidsrommet vår 2009 til sommer 2010.

3.2.1 Kvalitativ undersøkelse

Formålet med den kvalitative undersøkelsen har vært å få dybdeinnsikt i resultater og effekter av enkelttiltak. I stedet for generalisering, er hensikten med den kvantitative undersøkelsen meningsfortetning. Vi har antatt at en meningsfortetning av aktørers fortellinger vil bidra med innsikt både i forhold til det enkelte tiltak, men også til arbeidet med handlingsplanen som helhet. Svakheten i en slik tilnærming er representativitet. Derfor har vi valgt en metodisk triangulering, hvor vi undersøker evalueringens problemstillinger gjennom dokumentanalyse, intervjuer og casestudier. Styrken i en kvalitativ tilnærming er at vi får muligheten til et materiale som gir en større analytisk dybde og innsikt. For tre av de tiltakene (5, 13 og 20) vi evaluerer i denne delrapporten har vi vurdert det slik at en kvantitativ tilnærming ikke vil være hensiktsmessig. Årsaken er vanskeligheter det ville ha medført å isolere en potensiell populasjon, få tilstrekkelig representativitet i utvalg og muligheten til en høy nok svarprosent. I tillegg er det et essensielt poeng for oss at en kvalitativ tilnærming kan fange opp fenomener på resultat og effektsiden, som i en kvantitativ undersøkelse ikke kan forutse og derved heller ikke fange opp.

3.2.1.1 Intervjuer

Intervjuer er en betydelig del av den kvalitative datatilfanget i delrapporten. Det er gjennomført en rekke intervjuer, både individuelle intervjuer (21) og gruppeintervjuer (5). Ved de individuelle intervjuene ble det ikke foretatt lydopptak, men de er skrevet ut i ettertid, på grunnlag av notater. Ved gruppeintervjuene ble det gjort lydopptak, som i ettertid er transkribert. Alle lydopptak slettes umiddelbart etter transkribering av hensyn til in-

formantenes personvern og anonymitet. Alle intervjuer, både individuelle og gruppe, har vært gjennomført som semistrukturerte intervjuer ut fra en på forhånd fastlagt intervjuguide. Det semistrukturerte intervjuet vurderte vi som mest hensiktsmessig ut fra den antagelse at vi ville møte engasjerte og kunnskapsrike informanter. Det er da nødvendig med fastlagte tema og styring for å sikre seg at intervjuet belyser de problemstillinger som er utgangspunktet. Samtidig åpner det semistrukturerte intervjuet for at informantene kan delta med selvstendige innspill ut over intervjuguiden.

Tabell 2: Gjennomførte intervjuer

Tiltak	Individuelle intervjuer	Gruppeintervjuer
5	1	
13	3	
20	3	4
22	8	1
23	6	
Sum	21	5

Kilde: Oxford Research AS

Informanten fikk ikke tilbud om å få intervjuguide i forkant av intervjuet, med unntak av der hvor dette ble insistert på. Tanken var at informantens øyeblikksbilder og vurderinger ville gi oss mest innsikt i de kvalitative problemstillingene. Samtidig ble informantens mulighet til å være forbedret ivare tatt gjennom avtaleprosedyren. Denne ga kort informasjon om hensikten med og tema for intervjuene.

3.2.1.2 Dokumentanalyse

I delrapporten er analyser av dokumenter en viktig del av datatilfanget. Dette omfatter halvårsrapporter på framdrift i arbeidet med handlingsplanen, offentlige publikasjoner fra departementer og direktorater, informasjonsmaterieell utgitt i forbindelse med arbeidet mot kjønnslemlestelse, samt aktuelle nettsted. Dokumentanalyse har vært spesielt sentralt i forhold til tiltak 5, 13 og 20.

Vi har fulgt noen grunnleggende kriterier i vår vurdering av dokumenter. Det første er at dokumentene skal være autentiske i den forstand at de er et direkte ledd i arbeidet med det aktuelle tiltaket. Dette betyr at dokumenter og materieell som er utarbeidet i tidligere prosjekter og planregimer ikke blir benyttet i våre analyser¹. Det andre krite-

¹ I praksis betyr dette at for eksempel i forbindelse med tiltak 13 ressursmaterieell, så gir ikke tidligere utarbeidet ressursmaterieell grunnlag for våre analyser. Vi

riet er at dokumentene skal i den grad det er mulig være førstehåndskilder. I noen grad er også dokumenter og informasjon innhentet via internett. I disse tilfelle er det et kriterium at dokumentene skal være representative, dvs. være offisielle dokumenter og informasjon i digitalisert form. Dette betyr at et blogginnlegg derfor ikke ville blitt benyttet som analysegrunnlag, selv om det skulle komme fra en anerkjent kilde eller person.

3.2.1.3 Observasjon

Observasjon og deltakelse er også en del av datatilfanget i evalueringen, men utgjør mest en supplerende del av materialet. I sin helhet er dette deltakelse ved seminarer, konferanse- og informasjonssamlinger og møter med underliggende etater i regi av BLD.

Tabell 3: Gjennomførte observasjoner

Seminarer	Konferanse- og infosamlinger	Samling BLD
1	2	1

Kilde: Oxford Research AS

Notater fra slike samlinger, samt utdelt skriftlig dokumentasjon, er spesielt viktig i planlegging og forberedelse av andre deler av evalueringen.

3.2.1.4 Case studier

Noen av tiltakene i handlingsplanen er godt egnet for case studier. I denne delrapporten gjelder det spesielt tiltak 20 som dreier seg om økonomisk støtte til frivillige organisasjoners forebyggende arbeid mot kjønnslemlestelse. Vår antagelse er at det for dette tiltaket var mulig å følge tiltaket ved å betrakte innsats, resultat og effekt like fra tiltakets intensjon på overordnet nivå, til implementering og gjennomføring hos organisasjonene. Metodisk betyr dette at tiltaket evalueres ved å benytte alle de tre metodiske tilnærmingene nevnt ovenfor.

3.2.2 Kvantitativ undersøkelse

Den kvantitative delen av evalueringen er i hovedsak et supplement til de kvalitative undersøkelsene. Spesielt har dette vært aktuelt for evalueringen av tiltakene 22 og 23 i handlingsplanen mot kjønns-

lemlestelse. For disse tiltakene lå det til rette for å gjennomføre et "små-N-studie" i tillegg til de kvalitative undersøkelsene. Vi har antatt at det ville være overkommelig å isolere en populasjon for en webbasert spørreundersøkelse, men at denne populasjonen ville gi et begrenset antall mulige N i utvalget.

3.2.2.1 Spørreundersøkelse rettet mot helsestasjoner

I undersøkelsen rettet mot helsestasjoner har vi gjort et utvalg av disse som er lokalisert i de store byene. Vår antagelse er at helsestasjonene i de store byene i Norge er mer eksponert mot problematikken rundt kjønnslemlestelse og derfor mer interessante i forbindelse med evalueringen av tiltak 22 i handlingsplanen. Helsestasjoner i følgende byer/kommuner er valgt ut: Oslo, Asker, Trondheim, Bergen, Stavanger, Drammen, Fredrikstad og Kristiansand.

Totalt 53 helsestasjoner ble invitert til å besvare spørreundersøkelsen. 2 utsendelser feilet. Av de 51 som mottok undersøkelsen, har 17 besvart helt eller delvis. 15 har besvart hele spørreskjemaet.

Respondentene ved helsestasjonen var først og fremst helsesøstre. Av de som svarte var 9 helsesøstre, 5 respondenter i administrative stillinger, 1 lege og 1 respondent med annen stilling enn de nevnte.²

3 respondenter har svart enten "Nei" eller "Vet ikke" på spørsmål om det har vært arbeidet med kjønnslemlestelsesproblematikken ved helsestasjonen/skolehelsestjenesten de siste tre årene. Disse har blitt ført ut av undersøkelsen og har ikke svart på de resterende spørsmålene. De resterende 13 respondentene har svart ja. Dette betyr at vi har respons fra 25 % av utvalget.

Vi har også spurt om hvor ofte helsestasjonen opplever brukerkontakt som omhandler kjønnslemlestelse. Her svarer 7 at de opplever det 0 til 2 ganger pr. måned. Én oppgir at dette forekommer mer enn 5 ganger pr. måned.

forholder oss utelukkende til materiell utarbeidet som ledd i dette tiltaket under gjeldende handlingsplan.

² En uoppgitt

3.2.2.2 Spørreundersøkelse rettet mot aktører på overordnet nivå i arbeidet med handlingsplanen

Denne spørreundersøkelsen ble rettet mot representanter for involverte departementer og etater. Den er gått til dem som er oppført som kontaktpersoner fra involverte de involverte departementer i arbeidet med handlingsplanen mot kjønnslemlestelse. Dette gjelder følgende departementer: AD, HOD, JD, KD, KRD og UD.

Spørreundersøkelsen er også sendt til personer hos andre aktører: VOX, UNE, UDI, politiet, NORAD, NKVTS, HiO, UiO, IMDI, H-Dir, UNG, Bufdir og Bufetat. Respondentene i denne undersøkelsen er aktører som er tilknyttet arbeidet med handlingsplanen mot kjønnslemlestelse.

Totalt 50 personer ble invitert til å besvare spørreundersøkelsen. 8 utsendelser feilet. Av de 42 som mottok undersøkelsen, har 31 besvart helt eller delvis, noe som gir en svarprosent på 74. Men kun 22 har besvart hele spørreskjemaet og dette gir oss da en svarprosent på 52. Det er en lavere svarprosent enn vi skulle ønske. Til tross for dette ønsker vi å fremstille de tendenser vi finner i datamaterialet.

Av de 31 som svarte på undersøkelsen var 17 ansatt i direktorat, 8 var ansatt i underliggende etater, mens 5 var fra departementene.³ 20 av respondentene oppgir at de har arbeidet med handlingsplanen i 2 år eller mer.

³ En uoppgitt

Kapittel 4. Institusjonalisering, styring og koordinering

4.1 Institusjonalisering

Et viktig formål med handlingsplanen mot kjønnslemlestelse er at arbeidet mot kjønnslemlestelse skal få en tydeligere forankring i det offentlige tjenesteapparatet. Forankring betraktes som at et tiltak eller lignende blir en *integreert* og *institusjonalisert*⁴ del av forvaltningens organisasjon og virksomhet. Konkret betyr dette at forvaltningens arbeid (både overordnet og utøvende) mot kjønnslemlestelse skal være en normal del av tjenestene og arbeidet. Målet er at handlingsplanen medfører at spesifikke tiltak i forvaltningen er unødvendige etter 2011. Kompetansen, samarbeidsstrukturene og tjenestetilbudet skal med andre ord være der når handlingsplanen er slutt og skal fungere som en del av normal forvaltningsutøvelse, ikke som spesifikke ad-hoc tiltak eller sterkt personavhengig.

Verktøyet eller handlingsplanens programteori for å nå dette målet er beskrevet som en "sildremodell". Med dette menes at man gjennom konkrete oppdrag og tiltak, sikrer kompetanse, ansvarlighet og forankring i de aktuelle forvaltningsmyndigheter. Det er viktig å understreke at handlingsplanen bygger på *sektorprinsippet*. Det er de ulike forvaltningsmyndighetene som via normal tjenestevei skal gjennomføre tiltakene og sikre implementeringen og forankringen.

Sektorprinsippet er hovedprinsippet. Samtidig involverer Handlingsplanen mot kjønnslemlestelse aktører på alle forvaltningsnivå og i tillegg frivillige organisasjoner. Handlingsplanarbeidet baserer seg således også på en samarbeidsmodell, hvor samarbeidet i praksis av og til vil gå på tvers av tradisjonelle fag- og sektorgrenser. I dette ligger det at en går ut over de etablerte beslutnings- og instruksjonslinjene i det offentlige tjenesteapparatet, noe som stiller klare krav til samarbeid, koordinering og kommunikasjon.

Arbeidet ledes på politisk nivå gjennom et statssekretærutvalg (SSU) og administrativt gjennom en interdepartemental arbeidsgruppe hvor BLD er koordinator. Det er også etablert en gruppe for underliggende etater som møttes to ganger i året.

BLD har *koordineringsansvaret* for arbeidet med handlingsplanen mot kjønnslemlestelse. BLD utfører denne rollen gjennom å innkalle til jevnlig møter i den interdepartementale arbeidsgruppen, og to årlige møter for underliggende etater. Videre ved å påse at det rapporteres halvårlig fra ansvarlige departementer på alle tiltakene i planen. For øvrig er BLD representert i statssekretærutvalget (SSU) mot vold i nære relasjoner. Det er viktig å understreke at BLD i sin koordinatrorolle har en ren koordinerende funksjon uten *instruksjonsmyndighet*. Dette er en konsekvens av at handlingsplanen bygger på sektorprinsippet. BLDs koordinerende og samordnende funksjon i handlingsplanarbeidet baserer seg på samordning gjennom tversgående samarbeid, oppfølging og kommunikasjon. Dermed er den konkrete implementeringen og fremdriften formelt og reelt avhengig av eksisterende beslutningsstrukturer og organisasjonsformer innenfor de enkelte sektorer.

Graden av institusjonalisering kan analyseres i forhold til en vertikal og horisontal dimensjon.

- **Vertikal institusjonalisering/integrasjon:** Forankring, samarbeid, involvering og koordinering i den enkelte "forvaltningssektor"; det enkelte departement, direktorat eller annen forvaltningsinstans i egen "sektor" knyttet til forankret/integrert handlingsplanen mot KLL. Dimensjonen beskriver institusjonaliseringen i den enkelte sektoren, eksempelvis i helsetjenesten.
- **Horisontal institusjonalisering/integrasjon:** Forankring, samarbeid, involvering og koordinering mellom ulike forvaltningssektorer; departementer, direktorater og instanser. Avspeiler i hvilken grad er handlingsplanen mot KLL er integrert i den helhetlige politikktutforming for instanser involvert i arbeidet med handlingsplanen mot KLL. Dimensjonen beskriver institusjonaliseringen i mellom sektorer og forvaltningsmyndigheter, eksempelvis i helsetjenesten.

Mange aktører forholder seg til handlingsplanen gjennom de årlige tildelingsbrevene fra departementene. I statsbudsjettet for 2008 ble det satt av 18 millioner kroner til gjennomføring av planen. Fra tiltaksformuleringen i handlingsplanen og over til hvordan dette operasjonaliseres i praksis skjer det en omfortolkning og "forvitring" av tiltaket. Et ek-

⁴ I forhold til handlingsplanen mot kjønnslemlestelse er institusjonaliseringen først og fremst at arbeidet mot kjønnslemlestelse blir en del av sektoransvaret og en del av det normale linjeansvaret.

sempel på dette finner vi i tiltak 13. Tiltaket er relativt konkret slik det er formulert i handlingsplanen, med fire elementer for hva tiltaket skal inneholde. Slik tiltaket er beskrevet i rapportering og iverksatt i praksis, ser det annerledes ut enn slik det er beskrevet i handlingsplanen. Når det gjelder oppdatering av ressursmateriell om samliv og seksualitet, så er intensjonen at det skal gi bakgrunnsstoff og være veiledende og gi råd om hvordan man skal forholde seg ved mistanke om kjønnslemlestelse. Det er vår vurdering at tiltaket bare er delvis iverksatt og at tiltakets intensjon ikke er fullt ut ivaretatt.

Utfører har forholdt seg til formelle oppgavebeskrivelser slik disse fremkommer i tildelingsbrev fra departementet. Det er vanskelig å finne at tiltak 13 i handlingsplanen mot kjønnslemlestelse er tydelig presisert i slike styringsdokumenter. Dette illustrerer at en vertikal institusjonalisering ikke er noen garanti for oppfølging av tiltak.

4.2 Styring

Direktoratet for forvaltning og IKT opererer med følgende definisjon av intern styring på sine nettsider:

Man kan definere intern styring som systematiske aktiviteter for å sette mål, prioritere oppgaver, fordele ressurser og kompetanse, overvåke produksjonen og følge opp resultater, slik at virksomheten oppfyller sine mål og resultatkrav innenfor fastsatte rammer.

Vi har i spørreundersøkelse til aktørene stilt spørsmål om intern styring. Til påstanden: "I min organisasjon har vi hatt god intern styring av arbeidet med handlingsplanen" svarer 16 av 21 respondenter at de er enig (7 helt enig, 9 delvis enig). Ingen er uenig. Vi betrakter dette resultatet som en indikasjon på at etatene har en god styring med egne aktiviteter/tiltak.

God styring handler også om ressursallokering. Til påstanden "min organisasjon har tilstrekkelig ressurser til implementeringen av handlingsplanen" svarer 15 av 21 at de er enig (6 helt enig, 9 delvis enig). 4 er delvis uenig. Dette må betraktes som et positivt resultat. Det er isolert sett ikke overraskende at departementet og etater har ressurser, men handlingsplanen kommer på toppen av andre oppgaver, og dermed kunne man forvente at det ville være en knapphet på ressursene til handlingsplanformål. At

det ikke synes å være tilfelle, kan tyde på at etatene har klart å tildele ressurser til formålet.

Et annet viktig element i intern styring er evnen til å lære av erfaringer. I surveyen ber vi respondentene uttale seg om følgende: "Viktige erfaringer i arbeidet med handlingsplanen fører til at vi endrer arbeidsmåte". 11 av 19 er enig i dette (4 helt enig, 7 delvis enig). 5 svarer hverken enig eller uenig og 3 er uenig i dette. Det er stor spredning i svarmønsteret og det kan bety at erfaringene er delte med hensyn til læring og endring av arbeidsmåter. Det er i hvert fall noen involverte som mener at dette burde vært håndtert bedre. Hvorvidt man sikter til det å fange opp erfaringer eller til det å endre praksis, vet vi ikke. Det kan hende at erfaringene ikke blir distribuert på en måte som gjør at alle involverte opplever at deres kunnskap blir tatt vare på. Dette forholdet kan også ha sammenheng med koordinatortrollen som BLD utøver.

4.3 Koordinering

Barne- og likestillingsdepartementet har ansvaret for å koordinere arbeidet med implementering av handlingsplanen. Evalueringen av handlingsplanen skal årlig vurdere koordineringsfunksjonen. I spørreundersøkelsen til aktørene har vi stilt flere spørsmål som omhandler BLD sin koordinatortrolle.

Tabell 4 viser vurderinger av det arbeid BLD gjør med koordinering av handlingsplanen. 16 av 19 respondenter sier seg uenig (helt eller delvis) i at BLD har vært en aktiv pådriver i arbeidet med handlingsplanen. Bare to er enig. 12 av 19 er uenig (helt eller delvis) i at BLD har vært en effektiv koordinator for arbeidet med handlingsplanen. Fire er helt eller delvis enig i dette. Vi finner særlig negative vurderinger på spørsmål om å etterspørre framdrift og være en aktiv pådriver. Spørsmålet om BLD følger opp og etterspør framdrift i arbeidet med handlingsplanen er det som får lavest skåre. 14 av de 17 som svarer på dette spørsmålet er uenig i at BLD gjør dette. Dette resultatet er overraskende sett i lys av at BLD etterspør rapportering to ganger i året.

Dette gir et mønster om at BLD ikke oppleves som en aktiv koordinator og styrer av handlingsplanen. Vi har et begrenset utvalg og kan ikke vite sikkert om resultatet skyldes skjevheter i respondentgruppen. Likevel er svarmønstrene så vidt markerte at det virker rimelig å anta at det foreligger en oppfatning om at BLD ikke er en aktiv koordinator.

Dette er svakere resultater enn i fjor. I fjorårets måling hadde vi riktignok en litt annen skala (firepunktsskala, mot fempunkt i år). Tallene er derfor ikke direkte sammenlignbare. Likevel har vi en indikasjon på at aktørene opplever at BLD har blitt mindre aktive i koordinatorrollen enn de var for mindre enn et år siden.

Oxford Research har ikke data som kan forklare denne indikasjonen. Når vi ser dette resultatet i lys av indikasjonene på at den interne styringen fungerer godt, så reiser det et nytt spørsmål:

Er det, i arbeid med handlingsplaner, lettere å få til vertikal enn horisontal institusjonalisering?

Alternativt kan det være slik at medarbeidere lettere er tilfreds med forhold i egen organisasjon og egen sektor enn de er fornøyd på tvers.

Dette har vi som sagt ikke studert nærmere i denne omgang, men spørsmålet synes aktuelt for nærmere analyse. Vi planlegger å komme tilbake til dette forholdet i sluttrapporten.

Vi kan på denne bakgrunn ikke komme med noen klar anbefaling. Men vi foreslår at BLD vurderer om det i det videre arbeid med handlingsplanen er rom for å ivareta koordinatorrollen på en mer tydelig måte.

Tabell 4: Vurdering av BLD som koordinator

Påstand	Helt uenig	Delvis uenig	Verken enig eller uenig	Delvis enig	Helt enig	Sum
BLD har vært en aktiv pådriver for arbeidet med handlingsplanen	6	10	1		2	19
BLD har vært en effektiv koordinator for arbeidet med handlingsplanen	4	8	3	2	2	19
BLD sørger for god kompetansespredning blant de som arbeider med handlingsplanen	3	7	4	4	1	19
BLD følger opp og etterspør fremdrift i arbeidet med handlingsplanen	7	7	2		1	17
Det er hensiktsmessig at BLD koordinerer arbeidet med handlingsplanen	6	5	2	5	1	19

Kilde: Oxford Research AS

4.4 Rapportering

Som et ledd i oppfølgingen av arbeidet med gjennomføringen av de enkelte tiltakene i handlingsplanen mot kjønnslemlestelse skal det utarbeides halvårsrapporter. Rapportene skal være basert på egenrapportering fra organisasjonene som er ansvarlig for gjennomføringen av det enkelte tiltak. Formålet med rapportene er å gi en best mulig oversikt over status med planarbeidet. De ansvarlige rapporterer i henhold til en rapportmal gitt av BLD. BLD påser at de tiltaksansvarlige rapporterer halvårlig, og i all hovedsak er det vår opplevelse at dette fungerer godt.

Vi har imidlertid observert at informasjon i halvårsrapportene i enkelttilfeller handler om aktivitet på overordnet nivå, aktivitet som tematisk berører et konkret tiltak, men uten å være en del av tiltaket. Dersom det er slik at man ikke evner å fange opp

aktiviteten der hvor den i henhold til tiltaket skal foregå, blir styringsinformasjonen til BLD som koordinerende organ mangelfull. Det vil i så fall frata BLD muligheter for å korrigere kursen. BLD er avhengig av at etatene rapporterer presist.

4.5 Oppsummering og anbefalinger

Vi ser at mange aktører mener at det er god intern styring og nok ressurser i arbeidet med handlingsplanen. Samtidig finner vi indikasjoner på at BLD kan være en mer aktiv koordinator.

Oxford Research vil anbefale at BLD i sitt videre arbeid med handlingsplanen vurderer om det er rom for å ta en mer tydelig koordinatorrolle.

Kapittel 5. Nasjonal kompetansefunksjon

I dette og de følgende kapitler omtales ulike tiltak i handlingsplanen nærmere. Tiltak 5 "nasjonal kompetansefunksjon" handler om etablering av en nasjonal kompetansefunksjon rettet mot kjønnslemlestelse. Tiltaket skal legges til NKVTS. Tiltaket er formulert som følger:

Tiltak 5

Det skal sikres et kunnskapsmiljø med en nasjonal kompetansefunksjon rettet mot kjønnslemlestelse. Oppgavene vil være å formidle tilgjengelig kunnskap, drive kompetanseutvikling, bygge nettverk, utføre forsknings- og utviklingsarbeid og ha en generell rådgivnings- og veiledningsfunksjon overfor yrkesutøvere og ansatte som jobber på feltet. Tiltaket skal legges til Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress (NKVTS).

Ansvarlig: BLD, HOD, JD
Gjennomføring: 2008–2011

5.1 Om tiltaket

Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet, Helse- og omsorgsdepartementet og Justisdepartementet har ansvar for tiltak 5 i regjeringens handlingsplan mot kjønnslemlestelse. Tiltaket dreier seg om å sikre, dvs. opprette, et nasjonalt kunnskapsmiljø/ kompetansefunksjon rettet mot kjønnslemlestelse. Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress (NKVTS) er ansvarlig utfører for tiltaket.

Tiltaket, slik det er beskrevet i regjeringens handlingsplan, har følgende elementer:

- formidle tilgjengelig kunnskap,
- drive kompetanseutvikling,
- bygge nettverk,
- utføre forsknings- og utviklingsarbeid
- generell rådgivnings- og veiledningsfunksjon.

I Regjeringens handlingsplan mot kjønnslemlestelse er tiltakene 5, 6 og 25 spesielt lagt til NKVTS. I tillegg

er referansegruppen ved NKVTS oppjustert til nasjonal rådgivningsgruppe, jf. tiltak 19.

Vi har i vår evaluering tatt utgangspunkt i tiltak 5 og arbeidet ut fra følgende problemstilling: Opplever andre aktører innen arbeidet mot kjønnslemlestelse NKVTS som et viktig kompetansemiljø?

Vi har undersøkt status på dette tiltaket gjennom intervjuer med fagfolk i RVTS-ene. I tillegg har dokumentanalyse og tilstedeværelse på samlinger i regi av NKVTS vært en del av evalueringsgrunnlaget.

I denne evalueringsrunden gjør vi opp en kortfattet status for tiltaket nasjonal kompetansefunksjon. Tiltaket vil evalueres mer gjennomgripende våren 2011.

5.2 Status for tiltaket

Oppstartsfasen i 2008 for arbeidet mot kjønnslemlestelse ved NKVTS beskrives i intervju som noe uoversiktlig og vanskelig, men etter hvert har arbeidet gått seg til slik at en i løpet av 2009 og 2010 opplever at arbeidet er kommet i god gjenge. Ved NKVTS er arbeidet organisert i et eget prosjekt kalt KJØLL-programmet. Prosjektet har 6 ansatte medarbeidere og innehar høy kompetanse innen fagfeltet.

Tiltakene er 5 (Etablere en nasjonal kompetansefunksjon rettet mot kjønnslemlestelse), 6 (Kartlegge hvem som jobber med kjønnslemlestelse og deres kompetansebehov), samt 25 (Videreutvikle informasjonsmateriell om kjønnslemlestelse).

NKVTS skal være en nasjonal kompetanseenhet som skal arbeide for at kunnskap, kompetanse og informasjonsmateriell på temaområdet samles, utvikles og gjøres tilgjengelig for aktuelle målgrupper i regionene. Enheten skal også finne frem til samarbeidsformer som samler feltet og gjør at samfunnets innsats mot kjønnslemlestelse blir målrettet og hensiktsmessig.

5.2.1 Nærmere om tiltak 6

Tiltak 6 dreier seg om å kartlegge hvem som jobber med kjønnslemlestelse og deres kompetansebehov. Hensikten er å få til et bedre og mer effektivt samarbeid på tvers av yrkesgrupper og aktuelle miljøer. Kartleggingen skal føre frem til et dokument som viser hvem som jobber med hva innenfor feltet, med hvilke metoder og overfor hvilke målgrupper. Dokumentet skal gjøres tilgjengelig på internett.

Videre skal det gjennomføres kompetansekartlegginger av yrkesutøvere og andre som arbeider med tematikken for å tilrettelegge opplæringen best mulig.

5.2.2 Nærmere om tiltak 25

Dette tiltaket dreier seg om å videreutvikle informasjonsmateriell om kjønnslemlestelse. Informasjonsmateriell som finnes om kjønnslemlestelse skal tilpasses og oppdateres, det skal utgis en generell, tverrfaglig veileder og det skal vurderes om det er behov for å utarbeide nytt materiale i tillegg til det som blir foreslått i andre tiltak i denne planen. Det skal utarbeides gode rutiner for hvordan og til hvem informasjonsmaterialet skal distribueres. Det skal også opprettes en informasjonsside på internett.

5.3 Måloppnåelse og resultater

Alle tiltak som NKVTS har ansvar for rapporteres å være under gjennomføring⁵.

NKVTS skal være en nasjonal kompetansefunksjon rettet mot kjønnslemlestelse. Hovedinntrykket vårt, i møte med informantene, er at NKVTS har opplevd og betraktes som en viktig kompetanseinstitusjon i arbeidet mot kjønnslemlestelse.

Fra RVTS-hold hører vi at NKVTS opplevd som en nasjonal kompetansefunksjon. De utfører forskning og utviklingsarbeid og de driver kompetanseutvikling overfor RVTS-ene. En av våre informanter pekte på at RVTSene kan henvende seg til NKVTS for råd og veiledning. Hun oppfattet at NKVTS var mer velvillig overfor RVTS enn overfor yrkesutøvere for øvrig. For eksempel mente hun at det ikke ville være like greit for helsesøstre å henvende seg til NKVTS.

Det er litt utydelig i hvilken grad de vil ha henvendelser.

Informanten pekte også på at NKVTS har en hjemmeside med god informasjon om kjønnslemlestelse. NKVTS oppfattes også som aktive i nettverk sammen med NAKMI og RVTS.

En annen peker på at NKVTS bidrar på regional nettverkskonferanse, og at forskningen deres er interessant (eks. prosjekt fra Gambia). Det ble også framhevet at NKVTS gjør en god jobb i de årlige nasjonale referansegruppene.

Kompetansekartleggingen (tiltak 6) av yrkesutøvere og andre som arbeider med tematikken har til hensikt å kunne tilrettelegge opplæring best mulig. Resultatet av denne kartleggingen skal munne ut i et oversiktsdokument som skal gjøres tilgjengelig på internett. NKVTS favner bredt når det gjelder kompetansebegrepet i denne kartleggingen fra alt fra formell kompetanse til mer tematisk og erfaringsbasert kompetanse.

Vårt inntrykk er at dette tiltaket har tatt lenger tid enn planlagt og krevd mer ressurser enn beregnet.

Når det gjelder utvikling/videreutvikling av informasjonsmateriell (tiltak 25) så har NKVTS utviklet en brosjyre om kjønnslemlestelse (*"Kroppen din er perfekt fra naturen side"*) som er oversatt til en rekke språk. Brosjyren ser ut til å ha fått anerkjennelse da flere av våre informanter trekker den frem som et viktig bidrag i informasjonsarbeidet mot kjønnslemlestelse. På NKVTS hjemmesider finnes fyldig informasjon om kjønnslemlestelse. I tillegg finner en også en lenkesamling til diverse publikasjoner og publikasjoner.

5.4 Oppsummering

Det er vår vurdering at den nasjonale kompetansefunksjonen, lagt til NKVTS, må anses å være godt etablert.

5 Se Handlingsplan mot kjønnslemlestelse 2008 – 2011 Rapport på fremdrift av arbeidet med handlingsplanen per september 2009

Kapittel 6. Ressursmaterieell for elever og lærere

Tiltak 13 er et av tiltakene som handler å øke kompetanse- og kunnskapsformidlingen på området.

Tiltaket er formulert som følger:

Tiltak 13

Ressursmaterieell om samliv og seksualitet skal oppdateres. Materialet skal ha et positivt utgangspunkt, men likevel vil det være naturlig å ta opp tema som kan være problematiske. Hensikten er å bidra til at elevene får kunnskap om og forståelse for grunnleggende menneskerettigheter, retten til medbestemmelse og likestilling. Materialet vil omfatte bakgrunnsstoff og råd til lærere, rådgivningstjenesten ved skolen, skolens ledelse og eiere om hvordan de skal forholde seg til mistanke om kjønnslemlestelse, og hvordan de kan ta opp temaet i undervisning og i forbindelse med foreldresamtaler. Det skal også utvikles ny informasjon tilpasset elever og foreldre. Materialet skal oversettes til aktuelle språk. I forbindelse med materialet skal det utarbeides et kompetansehevingsopplegg for lærere, rådgivere ved skolen og skolehelsetjenesten. Informasjon og lenkesamling skal oppdateres kontinuerlig på www.skolenettet.no

Ansvarlig: KD, HOD
Gjennomføring: 2008–2011

ten ved skolen, skolens ledelse og eiere om hvordan de skal forholde seg ved mistanke om kjønnslemlestelse og hvordan temaet skal tas opp i undervisning og i samtaler.

- Ny informasjon tilpasset elever og foreldre. Dette skal oversettes til aktuelle språk.
- Med utgangspunkt i nytt informasjonsmaterieell skal det utvikles kompetansehevingsopplegg for lærere, rådgivere ved skolen og skolehelsetjenesten.
- Informasjon og lenkesamling skal kontinuerlig oppdateres på skolenettet.

I den videre fremstillingen omtales disse punktene som tiltakets del en til fire.

Problemstillingen i evalueringen for dette tiltaket er:

I hvilken grad er tiltak 13 (del en til fire) gjennomført?

6.2 Status for tiltaket

Høsten 2009 ga Utdanningsdirektoratet ut et ressurshefte om seksualitet og samliv (*Undervisning om seksualitet: et ressurshefte for lærere i grunnskoleopplæringen, 2009*).

Heftet skal være en faglig ressurs i opplæringen for lærere og helsepersonell i temaer som er knyttet til seksualitet. Ressursheftet inneholder også ideer til elevaktiviteter og viser til kilder og litteratur som kan brukes i opplæringen.

Heftet favner således svært bredt rundt aktuelle tema som er knyttet til seksualitet. I heftets del I og II tas kjønnslemlestelse opp i forbindelse med tema knyttet opp mot faget Religion, livssyn og etikk. Et av temaene er "det flerkulturelle samfunnet" og her vises det til kjønnslemlestelse som eksempel på seksuelle og kjønnsrelaterte normer og praksiser blant etniske og/eller religiøse minoriteter. Hovedbudskapet i avsnittet er at undervisningen må legge vekt på å forebygge stereotype forestillinger om "de andre". Kjønnslemlestelse som tema tas også opp i del III hvor en gjennomgår sentrale tema med forslag til elevaktiviteter. I denne delen redegjøres det for, gjennom et par sider, sentral informasjon knyttet til

6.1 Intensjon - Om tiltaket

6.1.1 Bakgrunn og formål

Kunnskapsdepartementet har ansvar for tiltak 13 i regjeringens handlingsplan mot kjønnslemlestelse. Tiltaket dreier seg om å utvikle ressursmaterieell til bruk for elever og lærere. Ansvarlig utfører for tiltaket er Utdanningsdirektoratet.

Tiltaket, slik det er beskrevet i regjeringens handlingsplan, har fire elementer:

- Ressursmaterieell om samliv og seksualitet skal oppdateres. Dette materiellet skal omfatte bakgrunnsstoff og råd til lærere, rådgivningstjenes-

kjønnslemlestelse, for eksempel utbredelse, opphav, norske regler og holdninger.

I tillegg henviser Utdanningsdirektoratet på sin webside⁶ til brosjyre utarbeidet av NKVTS om kjønnslemlestelse. Lenken er lagt på samme side som ressursheftet "Undervisning om seksualitet". Det kan se ut som dette da referer til det som i handlingsplanen omtales som "ny informasjon tilpasset elever og foreldre". NKVTS brosjyre er for øvrig oversatt til de mest relevante språkene.

Kompetansehevingsprogram for lærere, rådgivere og ansatte i skolehelsetjenesten er ikke igangsatt i regi av Utdanningsdirektoratet. Heller ikke egen lenkesamling på skolenettet er å finne ved søk. Derimot finner en på Utdanningsdirektoratets webside lenke til noe informasjonsmaterieell fra NKVTS.

6.3 Nytte, måloppnåelse og resultater

Heftet "Undervisning om seksualitet; Et ressurshefte for lærere i grunnskoleopplæringen" er forholdsvis nytt. Erfaringsmessig tar det en viss tid å gjøre skolen oppmerksom på ressurshefter og veiledninger. Ressursheftet er et tilbud som det er frivillig for lærerne og skolen å gjøre seg nytte av, da det er metodefrihet i skolen. Heftet som ressurs må således konkurrere om oppmerksomheten med en rekke andre veiledninger og lignende ressurser innenfor ulike tema. Kjønnslemlestelse som tema må på samme måte konkurrere om oppmerksomheten i selve heftet med en rekke andre tema innen seksualitet og samliv. Så langt vi kan vurdere, berører heller ikke noen av læreplanverkets⁷ kompetansemål kjønnslemlestelse direkte som tema. Kjønnslemlestelse som tema vil dermed også konkurrere mot emner som er forankret i skolens læreplaner.

Det er rimelig å anta at heftet i første omgang vil bli benyttet som et ressurshefte for lærere som ønsker ideer og innspill i forbindelse med undervisning i kompetansemål innenfor seksualitet og samliv.

Med denne bakgrunn vurderer vi det slik at det er vanskelig å evaluere måloppnåelse og resultater av det i ressursheftet som berører tiltak 13 i handlingsplanen. Vår vurdering er at heftet om "Undervisning i seksualitet" uansett ville blitt laget, men at når det først ble laget så var det naturlig at det også berørte temaet kjønnslemlestelse.

⁶ <http://utdanningsdirektoratet.no/Brosjyrer/Undervisning-om-seksualitet--Et-ressurshefte-for-larere-i-grunnskoleopplaringen/>

⁷ (Læreplanverket for Kunnskapsløftet: Prinsipper for opplæringen, 2006)

6.4 Oppsummering og anbefalinger

Tiltak 13 er, så langt vi kan vurdere, delvis realisert for del en og to. Ut i fra intensjonen med ressursheftet om "Undervisning i seksualitet", vurderer vi det slik at kjønnslemlestelse er godt nok behandlet som tema. Når det gjelder veiledningsfunksjonen for hvordan lærere, rådgivere og andre ansatte i skolen skal forholde seg ved mistanke om kjønnslemlestelse, så kan vi ikke se at ressursheftet ivaretar dette.

Imidlertid er det andre ressurser som er tilgjengelig, som opplyser om og presiserer ulike offentlige instansers ansvar og roller relatert til kjønnslemlestelse. Barne- og likestillingsdepartementet, sammen med Helse- og omsorgsdepartementet, ga i 2008 ut en veiledning i forhold til regelverk, roller og ansvar knyttet til kjønnslemlestelse⁸. Noe av intensjonen med veiledningen er, i tillegg til å presisere ansvaret til instanser som barnevern og politi har, å gi viktig informasjon til ansatte innen barnehage, skole, skolefritidsordning etc. I tillegg har det kommet ressursider på internett som for eksempel ung.no. Denne og tilsvarende ressurser vil med fordel kunne inkluderes i en lenkesamling på skolenettet.

Når det gjelder tiltakets del tre og fire kan vi ikke betrakte dette som utført. Det synes å være ulike årsaker til hvorfor disse elementene enda ikke er realisert. Den som trer mest frem i våre intervjuer er at del tre og fire i tiltak 13 ikke er tilstrekkelig presisert i prosessen når tiltaket er blitt videreført fra handlingsplanen til gjennomføring hos utfører. Utfører har forholdt seg til formelle oppgavebeskrivelser slik disse fremkommer i tildelingsbrev fra departementet. Det er vanskelig å finne at tiltak 13 i handlingsplanen mot kjønnslemlestelse er tydelig presisert i slike styringsdokumenter.

I våre intervjuer reises også spørsmålet om Utdanningsdirektoratet har ansvar for og kompetanse til å stå for et kompetansehevingsopplegg, overfor ansatte i skolen, om kjønnslemlestelse. Det antydes at dette i større grad naturlig hører hjemme hos en instans som NKVTS. Begrunnelsen for dette er at det er NKVTS som har de faglige ressursene til å forme et slikt tiltak. Deres kompetanse, erfaring og eksisterende ressurser vil uansett være nødvendig for å realisere et slikt tiltak. Men det presiseres at målgruppe, samt behov og innhold eventuelt bør defineres i samarbeid Utdanningsdirektoratet.

⁸ ((BLD), 2008)

Vi vil derfor anbefale at hvis en fremdeles mener at det er formålstjenlig å ha et eget kompetansehevingopplegg rettet mot ansatte i skolen, så må et slikt opplegg i større grad presiseres fra ansvarlig

instans. Det er også rimelig å anta at NKVTS på grunn av faglig spisskompetanse, må ha en vesentlig rolle i utføring og gjennomføring av et slikt tiltak.

Kapittel 7. Økonomisk støtte til frivillige organisasjoner

Blant de forebyggende og holdningsskapende tiltakene inngår et tiltak som dreier seg om økonomisk støtte rettet mot frivillige organisasjoner. Tiltak 20 er formulert som følger:

Tiltak 20

Det skal gis støtte til frivillige organisasjoners forebyggende og holdningsskapende arbeid mot kjønnslemlestelse. Det er definert noen konkrete satsningsområder som de frivillige organisasjonene kan søke om støtte til, i tillegg til generelt holdningsskapende arbeid.

- Dialog og samtalegrupper med kjønnslemlestelse som tema.
- Holdningsendringsarbeid blant menn og gutter
- Ung-til-ung informasjon og holdningsskapende arbeid blant ungdom
- Utvikling av alternative rituelle handlinger
- Arrangering av kulturarrangementer for målgruppene i Norge med bruk av ressurspersoner fra aktuelle opprinnelsesland
- Økt samarbeid mellom frivillige organisasjoner i den hensikt å nå isolerte grupper
- Tettere samarbeid med religiøse samfunn og ledere

Ansvarlig: BLD, AID, HOD

Gjennomføring: 2008–2011

Nedenfor er oppsummert noen sentrale kjennetegn på denne tilskuddsordningen.

Tilskuddsordningen: Det er opprettet en 4-årig tilskuddsordning til frivillige organisasjoners forebyggende og holdningsskapende arbeid. Det er avsatt 3 millioner kroner til dette formålet pr. år i 4 år fom. 2008.

Formålet og resultatmål: Å gi støtte til konkrete prosjekter og aktiviteter som har som mål å endre holdninger og å hindre at kjønnslemlestelse blir gjennomført på barn som har opphold i Norge.

Direktoratets interne resultatmål: Tilskuddsordningen skal kunngjøres slik at interesserte får anledning til å søke, og at søknader skal behandles og tilskudds-/avslagsbrev sendes ut tidligst mulig.

Målgruppe: Målgruppen er grupper med opprinnelse fra land der kjønnslemlestelse fortsatt praktiseres. Tiltaket må kunne inngå som et ledd i arbeidet med å nå målene i Regjeringens handlingsplan mot kjønnslemlestelse 2008-2011.

I følge handlingsplanen og informasjonen på nettsidene skal tilskuddsordningen bl.a. bevisstgjøre, øke kompetansen og endre holdningene til kjønnslemlestelse blant grupper i befolkningen med opprinnelse fra land der kjønnslemlestelse fortsatt praktiseres. Tiltak 20 skiller seg fra handlingsplanens øvrige tiltak siden det er et spesifikt *prosjekttiltak*, jfr. utlysningsteksten "resultater til konkrete prosjekter og aktiviteter".

BLD er ansvarlig departement for tiltaket. Fra 2009 er det Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet (Bufdir) som er utfører. I 2008 var det BLD selv som stod for forvaltningen og saksbehandlingen av tilskuddsordningen. Bakgrunnen for dette var rent praktisk. For å få satt i gang saksbehandlingen og tilskuddsordningen var det ikke hensiktsmessig å delegere til Bufdir. I 2009 ble utføreransvaret overført til Bufdir. Dette var en naturlig følge av at forvaltning av tilskuddsordningen etter sin art er en oppgave for direktoratet, ikke departementet.

7.1 Problemstillinger

Vi vil innledningsvis se på hva som er ideene, bakgrunnen og intensjonen for tilskuddsordningen. De overordnede spørsmål vi ønsker å belyse er for det første utviklingen og implementeringen av tilskuddsordningen. Herunder vil vi kort vurdere delegeringen av tilskuddsforvaltningen fra BLD til Bufdir.

En sentral problemstilling er videre hvordan tilskuddsforvaltningen har vært praktisert. I forhold til tilskuddsforvaltning vil følgende punkter bli vurdert:

- Kommunikasjon
- Saksbehandling, herunder kriterier og utforming
- Oppfølging og kontroll

Punktene sammenfaller i betydelig grad med hvordan SSØs veileder⁹ tilnærmer seg evaluering av tilskuddsforvaltning. Ifølge SSØs veileder for evaluering av statlige tilskuddsordninger, vil overordnede spørsmål i forhold til å evaluere tilskuddsforvaltning generelt være (SSØ 2007):

- Om tilskuddet faktisk når frem til de riktige brukere/tilskuddsmottakere (hensynet til korrekt målgruppe).
- Om tilskuddsmottakerne faktisk tildeles/mottar tilskuddsbeløp i samsvar med intensjoner og tildelingskriterier (hensynet til korrekt tildelingsbeløp).
- Om tilskuddsmottaker anvender midlene slik de er ment og i samsvar med formålet (hensynet til korrekt ressursanvendelse).

Vi vil også forsøke å vurdere resultater og måloppnåelse med eksempler på prosjekter både i 2008 og 2009. Endelig vil vi drøfte tilskuddsutfordringen samlet og peke på forvaltningsmessige utfordringer.

Dette gir tre hovedproblemstillinger for evaluering av tiltak 20:

1. Hvordan blir tilskuddsordningen implementert?
5. Hvordan forvaltes ordningen?
6. Hvilke resultater har ordningen gitt?

7.2 Bakgrunn for tiltaket

Den konkrete bakgrunnen og ideene bak tilskuddsordningen som en del av handlingsplanen mot kjønnslemlestelse er ikke direkte beskrevet i handlingsplanen eller andre dokumenter som er tilgjengelig for Oxford Research. Bak tiltakene i handlingsplanen ligger det involvering av mange departementer. Mange tiltak ble luftet og diskutert før en konkluderte med handlingsplanens 41 tiltak. Oxford Research har ikke avdekket en helhetlig ide bak tilskuddsordningen. Bakgrunnen og ideen bak tilskuddsordningen synes mer å være en blanding av flere momenter og hensyn. Tiltaket synes delvis å være et resultat av at informasjon og holdningsendring generelt er et viktig mål i handlingsplanen. Tilskuddet til frivillige organisasjoner er dessuten et vanlig offentlig tiltak. Til sist kan det være en tanke om at en tilskuddsordning over 4 år, med ulike pro-

sjekter, overfor målgruppen vil ha informasjons- og holdningsresultater når disse gjentas. Tilskuddsordningene synes heller ikke å bli sett på isolert, men som et spesifikt tiltak som bygger på og blir en del av det arbeidet som frivillige organisasjoner allerede gjorde i forhold til holdningsarbeid mot kjønnslemlestelse. En grunnleggende tanke synes å være at holdningsendring krever tid og gjentakende informasjons- og påvirkningsarbeid. Den implisitte antakelsen om at tilskuddet til frivillige organisasjoner over en 4-årsperiode vil kunne bidra til å endre holdninger i forhold til kjønnslemlestelse i målgruppen, er såvidt Oxford Research kjenner til ikke nærmere begrunnet, drøftet eller problematisert i handlingsplanen eller i rapporteringsdokumenter. På den ene siden er dette forståelig. Det er svært vanskelig å si noe konkret om forventninger til en slik endring i holdninger. Etter Oxford Researchs vurdering er det likevel en svakhet at en slik grunnleggende antakelse i liten grad eksplisitt er redegjort for og problematisert. Når denne antakelsen ikke i større grad presiseres og drøftes, er det vanskelig å vurdere resultatene av tilskuddsordningen. Det blir også vanskelig å vurdere om den konkrete tilskuddsforvaltningen og de kriterier som legges til grunn i praksis, er i tråd med den opprinnelige idé og intensjon. Når idé og intensjon er så vidt formulert og begrunnelser og konkretiseringer ikke finnes skriftliggjort, vil endringer og praksis bestemme nesten hele innholdet. Det er klare fordeler med en slik tilnærming: Det gir fleksibilitet til og konkret utforme tilskuddsordningen i møte med virkeligheten. På den annen side blir det mye vanskeligere å vurdere om tilskuddsordningen praktiseres etter intensjonen og om resultatmålene oppnås. For å vurdere dette kreves en presis og operasjonalisert intensjon og resultatmål. I betydelig grad blir det her forvaltningspraksis selv som definerer tiltakets innhold. Spissformulert: Det er ikke mulig å etterprøve og evaluere skjønn og konkretiseringer i praksis uten en presis målestANDARD.

7.3 Implementering og utvikling av tilskuddsordningen

Det var som nevnt BLD selv som implementerte og stod som utfører det første året (2008). BLD implementerte da tilskuddsordningen og utformet retningslinjer, søknadsskjemaer og praktiske kriterier for saksbehandling. Det er blitt utarbeidet en egen utlysningstekst der det har vært en rimelig klar beskrivelse av hva det kan søkes om, vilkår for tildeling av tilskudd og rapportering for tilskuddsåret 2008 og også informasjon om kontaktpersoner. Det ble også

⁹ Senter for statlig økonomistyring (2007): Evaluering av statlige tilskuddsordninger. Veilederen inneholder en bred drøfting av hvordan man sikrer at tilskuddsordninger bidrar til måloppnåelse. Senter for statlig økonomistyring (SSØ) er ansvarlig for veilederen

listet opp hva som måtte være med av dokumentasjon i prosjektsøknaden. Det ble videre utarbeidet et eget søknadsskjema.

Oxford Research vurdering er at implementeringen av tilskuddsordningen i 2008 gjennomgående var god. Søknadsskjemaet, kunngjøring og informasjonen i disse synes å være tilfredsstillende klar. Implementeringen ble videre utført etter tidsplanen i handlingsplanen. Oxford Research gjorde våren 2009 noen kvalitative intervjuer med mottakere av støtte. Intervjuene med representanter for to utvalgte organisasjoner/mottakere indikerer at saksbehandlingen og kommunikasjonen med tilskuddsforvalter ble opplevd som meget tilfredsstillende. Det ble bl.a. pekt på at det var lett å komme i kontakt med tilskuddsforvalter (BLD) og at det var god kommunikasjon om saksbehandlingsprosessen. Det synes som kommunikasjonen av tilskuddordningen har vært egnet til å nå størst mulig del av målgruppen. Det er likevel et metodisk problem siden vi ikke har kunnskap om eventuelle potensielle søkere i målgruppen som ikke er nådd.

7.3.1 Delegering av tilskuddsforvaltning fra BLD til Bufdir

I 2009 ble ansvaret for tilskuddsforvaltningen delegert fra BLD til Bufdir. Dette har blitt gjort via ordinær etatsstyring. Dokumentanalysen og intervjuer tyder på at denne delegeringen har vært vellykket. Bufdir beskriver at de har fått tilgang til dokumenter fra BLD og at det har vært en god kommunikasjon med BLD. Det er blitt arrangert fagmøter og Bufdir har rapportert til BLD. Også BLD vurderer delegeringen som vellykket.

Oxford Research vurderer delegeringen av tilskuddsforvaltningen fra BLD til Bufdir som god når man ser på etatenes vurdering og videre vurderer kommunikasjon, samarbeid og felles forståelse av tilskuddsforvaltningen mellom BLD og Bufdir.

7.4 Tilskuddsforvaltning

Bufdir har i stor grad bygget videre på retningslinjer, søknadsskjemaer og praktiske kriterier for saksbehandlingen som ble utarbeidet av BLD. Bufdir har videre utformet et nytt søknadsskjema. Fra 2008 til 2009 er det gjort en vesentlig endring i kriteriene ved at det er åpnet opp for at søkere kan være frivil-

lige organisasjoner i samarbeid med offentlige aktører med særlig kompetanse på området¹⁰. Bakgrunnen for denne endringen var et ønske om bedre kvalitet på søknader.

7.4.1 Kommunikasjon

Hvordan har kommunikasjonen av tilskuddsordningen vært? Bufdir har som sagt utformet et nytt søknadsskjema. Tilbakemeldingene på dette er gode blant de mottakerne vi har intervjuet. En utfordring i forhold til kommunikasjon og å nå målgruppen, kan være at tilskuddsordningen er noe vanskelig tilgjengelig på Bufdirs nettsider. Dette påpekes av tilskuddsforvalter selv og har også blitt pekt på av en av mottakerne. Videre ble det gjennom intervjuene våren 2009 avdekket at noen opplevde det som noe mer vanskelig å forholde seg til Bufdir enn BLD. Dette har også blitt påpekt i intervjuer i 2010. Det synes imidlertid som dette i betydelig grad har sammenheng med at noen organisasjoner har hatt tett og godt nettverk med BLD og at det slik sett i hovedsak handler om nettverk og kjennskap, mer enn en kvalitativ forskjell i kommunikasjon. En av informantene i 2010 etterlyser bedre informasjon og foreslår eksempelvis et informasjonshefte om tilskuddsordningene som kunne sendes ut til aktuelle frivillige organisasjoner. Oxford Research' vurdering er at kommunikasjonen i hovedsak er god. Bufdir bør vurdere om tilskuddsordningen i stor nok grad er tilgjengelig på deres nettsider. I forhold til kostnader og nytte fremstår ytterligere involvering og kommunikasjonsmedier som ressurskrevende. Samtidig bør en ta med seg at det fremkommer et ønske om mer samlet informasjon om tilskuddsordningen.

7.4.2 Saksbehandling og tildelinger

I 2008 redegjorde BLD for saksbehandlingen og kriterier i et eget notat. Spørsmålet er hvem som har vært involvert i saksbehandlingen og hvordan saksbehandlingen som prosess har foregått. Søknadene for 2008 har vært behandlet av to ansatte i BLD i fellesskap hvor begge har lest alle søknadene. Ifølge saksbehandlingsnotatene har de to saksbehandlerne i all hovedsak vært enige om hovedlinjene. Saksbehandlerne har i tillegg hatt ett møte med NKVTS, Helseledelse, HOD og AID. I dette møtet var man også enig om hovedlinjene i forhold retningslin-

¹⁰ "Frivillige organisasjoner kan søke om tilskudd. Offentlige aktører med særlig kompetanse på området kan søke i samarbeid med frivillige organisasjoner", jfr. <http://www.bufetat.no/tilskudd/kjonnslemlestelse/>

jer og kriterier. I forhold til kunnskap om kjønnslemlestelse og Tanzania, Uganda, Kenya, Burundi og Rwanda tok saksbehandlerne kontakt med tidligere prosjektleder i OK-prosjektet, Dr. Elise Johansen som nå jobber i WHO. Saksbehandlerne tok hensyn til innspill fra faglig ekspert i saksbehandlingen, bl.a. forsiktighet med å støtte kulturarrangementer.

Det foreligger ikke nærmere beskrivelse i handlingsplanen av hvordan saksbehandlingen skal foregå. Den tilgjengelige informasjonen indikerer at saksbehandlingen har vært kvalitetssikret ved to saksbehandlere, at det har vært en diskusjon på forhånd om retningslinjene og at faglig ekspertise er trukket inn. Dokumentene og intervjuer med BLD tyder på at dette har vært en fruktbar prosess. Oxford Research' vurdering er at saksbehandlingen og prosess i 2008 har vært god gjennom at alle søknader har blitt vurdert av to saksbehandlere. Overordnede retningslinjer og kriterier har videre vært diskutert med andre departementer, direktorater og fagmiljøer. En slik grundighet i saksbehandlingen og involvering synes viktig i og med at handlingsplanen ikke definerer nærmere kriterier.

I 2009 har Bufdir utført saksbehandlingen. Bufdir har i stor grad lagt til grunn føringene som BLD la i 2008. I motsetning til i 2008, har søknadene i Bufdir blitt behandlet av én saksbehandler før gjennomgang sammen med seksjonssjef. Saksbehandleren har i noen grad involvert andre ressurspersoner i Bufdir og også hatt kontakt med BLD ved behov.

Oxford Research vurderer saksbehandlingen som *prosessmessig god*.

7.4.3 Kriterier

Hva har kriteriene vært? Har tilskuddene blitt tildelt i samsvar med intensjoner og tildelingskriterier (hensynet til korrekt tildelingsbeløp).

Utgangspunktet er at det kan søkes om støtte til konkrete prosjekter og aktiviteter som har som mål å endre holdninger og å hindre at kjønnslemlestelse blir gjennomført på barn som har opphold i Norge. Målgruppen er grupper med opprinnelse fra land der kjønnslemlestelse fortsatt praktiseres. Tiltaket må kunne inngå som et ledd i arbeidet med å nå målene i Regjeringens handlingsplan mot kjønnslemlestelse 2008-2011.

Det har vært noen mindre endringer i eksemplene som gis på tiltak fra 2008 til 2009 og 2010. På Buf-

tats nettsider presiseres det at "Bufdir vil prioritere tiltak som planlegges og gjennomføres som samarbeidsprosjekter, herunder prosjekter i samarbeid med offentlige aktører som har kompetanse på området, eller andre relevante fag- og kunnskapsmiljøer. Direktoratet vil også vektlegge søknadens helhetlige inntrykk, for eksempel hvor gjennomarbeidet den er i forhold til tiltaket som det søkes om tilskudd til". Det første er nytt sammenliknet med 2008 og er delvis en konsekvens av endringen der man åpnet også opp for samarbeidsprosjekter med offentlige aktører. Oxford Research vurderer dette som en fornuftig endring. Vi vurderer også at det er informativt og positivt å angi offentlig noen viktige kriterier for søknadsbehandlingen. Slik kan det sikres god kommunikasjon og en forståelse også i målgruppen av hva tilskuddsforvalter legger vekt på.

Figur 2 Eksempler på aktuelle tiltak hentet fra Bufdirs nettsider

- Informasjons- og debattooplegg hvor kjønnslemlestelse er et vesentlig tema, for eksempel i kombinasjon med informasjon om rettigheter og plikter i det norske samfunnet, eller hvor helse er innfallsvinkel. Det må legges ved program for aktiviteten
- Tiltak rettet mot grupper som av språklige eller andre grunner er vanskelige å nå gjennom tradisjonelle kanaler
- Ung-til-ung informasjon og holdningsskapende arbeid blant ungdom
- Holdningsendringsarbeid rettet mot menn /gutter
- Dialog og samarbeid med religiøse samfunn og ledere for å etablere holdninger mot kjønnslemlestelse
- Tiltak for å påvirke holdninger gjennom media
- Utvikling av alternative rituelle handlinger

Sammenliknet med eksemplifiseringen i 2008 og 2009, understrekes det nå noe større vekt på Informasjons- og debattooplegg hvor kjønnslemlestelse er et vesentlig tema, for eksempel i kombinasjon med informasjon om rettigheter og plikter i det norske samfunnet, eller hvor helse er innfallsvinkel. Det må legges ved program for aktiviteten. Tiltak rettet mot grupper som av språklige eller andre grunner er vanskelige å nå gjennom tradisjonelle kanaler.

Gjennom intervjuer i 2009 og 2010 med fem frivillige organisasjoner har det fremkommet at en av utfordringene nettopp er og nå frem til *isolerte* grupper innenfor målgruppen og at det fortsatt er et vesentlig behov for informasjon i visse grupper.

Spørsmålet her er om tilskuddet ble gitt til de riktige målgrupper/prosjekt og hva som kjennetegner prosjektene som fikk støtte/ikke fikk støtte. Hva kjennetegner målgruppene/hvem er tiltaket rettet inn mot?

Det er i innstillingsnotatene fra BLD i 2009 (tilskuddsforvalter) pekt på noen kriterier for støtte, blant annet at det skal være konkrete søknader som viser at det skal gjennomføres relevante aktiviteter i forhold til holdningsskapende arbeid mot kjønnslemlestelse.

I oversikten med beskrivelse av prosjekt er det angitt en spesifikk begrunnelse for hvorfor søknadene for 2008 hvor BLD var saksbehandler ikke er innvilget. Det var 7 søknader som ikke ble innvilget. Det følgende er momenter som er angitt som begrunnelse for avslag:

- Likhet/prosjekter som overlapper med andre.
- "Tynne" lite konkrete søknader.
- Prosjekter med lite fokus på problematikken rundt kjønnslemlestelse.
- Prosjektet faller i stor grad utenfor rammene av prosjektmidlene, hovedfokuset er på sosialt arbeid/rehabilitering i forhold til somaliere.
- Ny organisasjon – usikkerhet om den er operativ.

Likhet/overlapp med andre prosjekter fremstår som et viktig kriterium. Videre hvorvidt de i forhold til de mer generelle føringer som tilskuddsforvalter har angitt i beskrivelsen av saksbehandlingen og prosess, synes det som tilskuddene er gitt til korrekt målgruppe/prosjekt og basert på de relevante tildelingskriterier.

I 2009 og 2010 er det blitt konkretisert i kriteriene at det legges vekt på grundighet og kvalitet i søknadene. Gjennomgang av søknadene, tildelingskriteriene og særlig intervjuer med tilskuddsforvalter Bufdir, indikerer at kriteriene for tildeling av støtte i praksis i stor grad har vært de samme i 2009 som i 2008 da BLD var tilskuddsforvalter. I 2009 er det ikke blitt tilgjengeliggjort notat til Oxford Research om hva som er blitt vektlagt slik BLD gjorde for søknadene i 2008. I 2009 er det blant annet blitt vektlagt:

- Det viktigste hensynet har vært at søknadene faller innenfor målet om at de skal bidra til holdningsarbeid mot kjønnslemlestelse. Prosjekter med lite fokus på problematikken rundt kjønnslemlestelse har talt imot støtte.
- "Tynne" lite konkrete søknader med dårlig gjennomarbeiding har talt imot støtte.
- En viss geografisk spredning. Det har vært et ønske om ikke bare prosjekter i Oslo.
- Et hensyn har også vært en viss spredning i prosjekter når det gjelder nasjonalitet/etnisitet. Det har både i 2008 og 2009 vært mange søknader med somaliere som målgruppe.
- I 2009 har det også vært noe fokus på å få en viss spredning i arten av prosjekter. Det har tidligere vært mange informatørprosjekter. Det har vært et ønske om også å få samarbeidsprosjekter mellom offentlige aktører og frivillige organisasjoner.
- I 2009 har det videre vært et hensyn å gi støtte til både større og mindre prosjekter.

Oxford Research vurderer at kriteriene som er utformet og i praksis vektlagt i utgangspunktet er fornuftige og i tråd med den generelle beskrivelsen og formålet i handlingsplanen. Som vi tidligere har pekt på er imidlertid beskrivelsen og retningslinjene i handlingsplanen og andre offentlige tilgjengelige "forarbeider" meget generelle. Dette gjør at det skal mye til for at ikke kriteriene vil være i tråd med beskrivelsen og det generelle målet i handlingsplanen.

Det er imidlertid lettere og konkret å vurdere om søknadstildelingen er i tråd med de kriterier som i praksis oppgis som avgjørende. Hovedinntrykket er at tildelingene er gitt i tråd med de tildelingskriterier og praksis som er blitt utformet. Oxford Research vurderer videre at det i hovedsak er blitt vektlagt de samme momenter i 2008 og 2009. Det har som nevnt vært noe tilsiktede endringer. Det er positivt at det er blitt etablert en felles forståelse og kontinuitet i hva som bør legges vekt på.

På den annen side kan det stilles spørsmål ved om de kriterier som er blitt vektlagt er de mest fornuftige og hensiktsmessige i forhold til å nå målgruppen og endre holdninger mot kjønnslemlestelse. Oxford Researchs inntrykk er at idégrunnet rundt forvaltningen av tilskuddsordningen er preget av kvalitativ erfaringskunnskap og "common sense" argumenter. Dette er i utgangspunktet fornuftig og bra. Som vi imidlertid også poengterer nedenfor i diskusjonen av resultater og måloppnåelse er det både metodisk utfordrende og praktisk vanskelig å vurdere resultater og dermed også å vite hvilken type tiltak som er

mest hensiktsmessige for å nå målet om å endre holdninger om kjønnslemlestelse.

Oxford Research anbefaling både på kort og lang sikt, er at det tenkes mer systematisk rundt hva behovet er, hvilke tiltak antar man virker (med begrunnelse for hvorfor man antar en slik virkning) og man bør også systematisere den erfaringskunnskapen man har. Arbeidet mot kjønnslemlestelse bygger på en antakelse om behov for informasjon og holdningsendring. Det er imidlertid relativt begrenset med kunnskap om både kunnskapsnivå og holdninger til kjønnslemlestelse i målgruppen i Norge. Ideelt burde man gjøre en kartlegging av den potensielle målgruppen for å avdekke behovet for informasjon og holdningsendring i forhold til kjønnslemlestelse. Dette er imidlertid forholdsvis omfattende og svært metodisk utfordrende.

7.4.4 Rapportering og kontroll

Tilskuddsmottakerne skal rapportere til tilskuddsforvalter. Hva de skal rapportere er presist beskrevet i utlysningstekst for 2008. Ikke alle organisasjonene har rapportert innen tidsfristen 30. mars. 2009. Disse rapporteringene blir lagt ut på nett på www.regjeringen.no. Fremdriften på tiltaket med støtte til frivillige organisasjoner er beskrevet i halvårsrapporten fra BLD.

Rapporteringene blir brukt til å kontrollere om midlene er brukt etter intensjonen. For øvrig har tilskuddsforvalter foretatt noen stikkprøver og også foretatt uanmeldt observasjon/deltakelse på noen arrangementer. Tilskuddsforvalter baserer seg imidlertid primært på rapporteringene og gjør en vurdering av om midlene er brukt slik som forutsatt i søknadene. Det er altså en aktivitetskontroll. Tilskuddsforvalter gjør også en viss pragmatisk, men ikke systematisk forhåndskontroll gjennom å forhøre seg blant eksperter om organisasjonene som søker.

Vi vil ikke anbefale å bruke mer ressurser på kontroll, gitt at tilskuddsmidlene er forholdsvis begrensete (3 millioner). Det som kan vurderes er å foreta en noe bedre forhåndskontroll av organisasjoner og prosjekter. Dette kan gjøres gjennom mer systematisk vurdering av organisasjonenes operative status, dens kvalitet og dens erfaringer med feltet. Dette gjøres i stor grad i dag på ad hoc basis, men man kan innføre en systematisk rutine for dette. Ved tvil om søker er profesjonell og kvalifisert for dette prosjektet, bør tvilen undersøkes ved verifisering av eksterne eks-

perter/ fagpersoner i miljøet og/eller kontakt med søker.

Oxford Research vurderer rapporteringen og kontrollrutinene som tilfredsstillende ut fra en kost-nytte betraktning.

7.5 Resultater

Her vil vi belyse følgende spørsmål: Hva er resultatene sett i forhold til målsettingene for tiltaket med økonomisk støtte til frivillige organisasjoner?

Vi har undersøkt fem tilskuddsmottakere/søkere nærmere (de to første i 2008, de øvrige i 2009):

1. Somalisk kvinneforening i Bergen som arrangerer kulturarangement og Id- feiring.
2. Et prosjekt i regi av African Cultural Awareness.
3. Primærmedisinsk verksted (PMW). Prosjektet gjaldt arbeidsgrupper, workshop, og informasjonsspredning for bl.a. å nå flere med informasjon om kjønnslemlestelse.
7. Kirkens Bymisjon i Bergen. De søkte om midler til prosjektet "Minoritetskvinner mot kjønnslemlestelse". Prosjektet fokuserte på å utdanne informatører blant minoritetskvinner som kan spre kunnskap om kjønnslemlestelse blant målgruppen.
8. Barne- og familietjenesten Heimdal. I tildelingen ble det forutsatt at Trondheim kommune skulle samarbeide med tre frivillige organisasjoner. Prosjektet gjaldt utarbeidelse av informasjonsmateriell.

I det følgende beskriver vi de to prosjektene fra 2008 som case med fokus på erfaringer med resultater.

7.5.1 Prosjekt til somalisk kvinneforening i Bergen

Somalisk kvinneforening i Bergen fikk støtte på til sammen 67 500 til to prosjekter: et kulturarangement og en Id- feiring. Somalisk Kvinneforening i Bergen og Hordaland søkte og fikk støtte til å arrangere nasjonaldag 1. juli i Bergen, for somaliere i Bergen og omegn. Kirkens Bymisjon i Bergen v/Empo tverrkulturell kvinnegruppe stilte som medarrangør.

For å nå de delene av somalisk befolkning som Somalisk Kvinneforening ikke kjente personlig, ville de bruke 1. juli- arrangement til å rekruttere til disse gruppene. 1. juli er somalisk nasjonaldag.

Målsetningen for begge prosjektene var:

- Stor oppslutning om arrangementet blant somaliere i Bergen og omegn
- Informere kvinnene om kjønnslemlesting og rekruttere kvinner til kvinnegruppene

Altså var målsetningen primært knyttet til rekruttering og å komme i kontakt med flere innenfor målgruppen. Det var også et mål å gi informasjon og få til diskusjon på kulturarrangementet vedrørende problematikken rundt kjønnslemlestelse.

Når det gjelder resultater, har vi ikke grunnlag for å si at Id – feiringen førte til mer rekruttering eller tilførte mer fokus på kjønnslemlestelse enn det som var gjort tidligere. På den annen side synes det som kulturarrangementet hadde resultater på kort sikt i forhold til:

- Økt oppslutning om selve arrangementet. Nesten 200 somaliere i alle aldre deltok på festen.
- Opplysende virkning – mange hadde liten kunnskap om lover, holdning og ikke minst helsevirkninger. 80 kvinner fikk informasjon om kjønnslemlestelse. Ifølge organisasjonene var kunnskapen om regelverk, kultur og medisinske konsekvenser lavt.
- Økt rekruttering til kvinnegruppene.
- Skapte et rom for debatt. Skapte sosial struktur for debatt og et rom for tillit der slike problemstillinger kunne diskuteres.

Det synes dermed som kulturarrangementet har hatt virkninger i forhold til målsetningene og tilført resultater i form av økt rekruttering, opplysning og debatt som man ikke i samme grad ville hatt uten arrangementet og prosjektstøtten. Det er imidlertid ikke grunnlag for å si noe om langsiktige virkninger.

7.5.2 African Cultural Awareness:

Det andre prosjektet vi undersøkte nærmere gjaldt film og digitale medier som verktøy for å bevisstgjøre og mobilisere unge menn fra Somalia og andre afrikanske land. Her var formålet å forebygge kjønnslemlestelse gjennom bevisstgjøring og mobilisering av unge menn. Målgruppen var unge menn fra Somalia og andre afrikanske land.

Man så blant annet at det er vanskelig å nå ut til målgruppen og vanskelig å rekruttere unge menn. Dette var en del vanskeligere enn organisasjonen på forhånd hadde trodd. På den annen side viser det seg at kjønnslemlestelse er et tema som også engasjerer unge menn. Ifølge informanten i organisasjon-

nen er det et stort behov for mer informasjon og debatt om kjønnslemlestelse blant unge menn fra aktuelle afrikanske land. Organisasjonen har produsert et par småfilmer og også drevet med vedlikehold av youtube og facebook sine sider mot kjønnslemlestelse. De har opprettet en mannsgruppe som møttes hver uke. På denne deltar mellom 8-13 personer. Organisasjonen har fått mange reaksjoner på filmer, snuter og internettinnlegg. Organisasjonen er i ferd med å lage en større film. Ifølge organisasjonen er det fremdeles vanskelig å få menn til å snakke om kjønnslemlestelse i et større offentlig forum. Man er avhengig å få til mindre grupper der en kan snakke ansikt til ansikt.

Ifølge organisasjonen er det svært krevende å etablere en involvering av ungdom. Dette krever tid.

Ett av hovedformålene med prosjektet til African Culture Awareness var involvering gjennom prosess. Det er vanskelig å evaluere resultatene av en prosess gjennom dokumentanalyse og intervju, men det synes som man på kort sikt i alle fall har fått til en viss involvering av en mindre gruppe menn. Utfordringen er å komme ut til en større målgruppe gjennom direkte kontakt, filmkvelder og lignende. Gjennom nettet kan de komme til og nå en stor målgruppe. I et lærende perspektiv synes det likevel viktig at søknadene har en godt gjennomtenkt og ikke minst konkret strategi for hvordan de skal nå målgruppen.

Opplysningene i rapporten fra organisasjonen og informasjon fra intervjuer indikerer at prosjektet har hatt en viss virkning i forhold til opplysning og debatt som man sannsynligvis ikke i samme grad ville hatt uten mannsgruppene, produksjonen av filmene og de andre digitale mediene og prosjektstøtten. Men det er samtidig klart at det er et mindre antall unge menn som har blitt aktivt involvert. Et viktig funn er imidlertid at unge menn er en målgruppe som lar seg involvere i arbeidet mot kjønnslemlestelse og i følge erfaringene i dette prosjektet også har stort behov for kunnskap og bevisstgjøring. Ifølge informanten har støtten vært helt avgjørende for gjennomføringen av prosjektet siden det er svært tidkrevende å følge opp en slik prosess med involvering av unge menn. Resultatene må veies opp mot innsatsen på 250 000 kroner.

Det er ikke grunnlag for å si noe om langsiktige virkninger.

Disse to eksemplene viser at det er vanskelig å vurdere resultater og effekter i forhold til holdningsarbeid mot kjønnslemlestelse. En kan si noe om delta-

kelsen og aktivitetene og i hvilken grad aktivitetene har blitt opplevd som nyttige. Det er utfordrende å si noe sikkert om økt kunnskap og endrete holdninger i målgruppen.

7.5.3 Funn fra de fem casene

Gjennomgangen av søknader og resultatrapportering, samt intervjuer med tilskuddsforvaltere og mottakere både i 2008 og 2009, gir noen indikasjoner om hvilke tiltak og strategier som er mest hensiktsmessige.

Flere peker på at en slik tilskuddsordning bør bygge på det omfattende arbeidet som allerede er blitt gjort og gjøres av frivillige organisasjoner

Et annet poeng er at tilskuddstildelingen ikke bør spres utover for vidt med for små beløper. Begrunnelsen er at erfaringen viser at informasjons- og holdningsarbeid tar tid. En må bevisst over mange år arbeide med bestemte tiltak overfor bestemte målgrupper.

Flere informanter i blant mottakerne av prosjektstøtte, mener at tilskuddsordningen i enda større grad bør fokusere på tiltak som vektlegger *kunnskap* om de *helsemessige* konsekvensene av kjønnslemlestelse. Bakgrunnen er at informantene erfarer og har inntrykk av at det både er stort behov for kunnskap som helsemessige konsekvenser og at kunnskapen blir tilegnet. Dette pekes på særlig av PMW, men også andre. Eksempelvis forteller en informant i Kirkens Bymisjon i Bergen om behovet for kunnskap blant målgruppen:

Mange aktuelle kvinner, som deltar på våre kurs, blir overrasket når de får saklig informasjon av helsepersonell om skadevirkninger av kjønnslemlestelse. Det er ofte fortiet i den kulturen de kommer fra. De samme kvinnene blir også ofte overrasket når vi har en imam inne som i klar tekst forteller at dette ikke handler om religion, men at det er kulturelt bestemt.

Når det gjelder type tiltak, er hovedinntrykket at informantene mener det er en stor utfordring og nå isolerte grupper i relasjon til kjønnslemlestelse. Dette understrekes både av PMW, Kirkens Bymisjon og av Bufdir. Det synes som man har flere aktører og engasjement i det somaliske miljøet, særlig blant kvinner. Resultatene i flere prosjekter tyder imidlertid på at det er betydelig vanskeligere å nå ut til andre nasjonaliteter og også menn.

I prosjektet til Kirkens Bymisjon i Bergen skulle man drive gruppelederkurs overfor kvinner fra risikoland,

også fra andre land enn Somalia. Dette visste seg i praksis meget vanskelig og informant i Kirkens Bymisjon forteller:

I det Somaliske miljøet har vi svært gode kontakter, men ikke tilsvarende i andre grupper.

Vi spurte mange fra Eritrea og Etiopia. De var i utgangspunktet positive, men når det kommer til stykket uteblir de.

Flere prosjekter indikerer også at det er vanskelig å nå menn. Et eksempel er prosjektet til African Cultural Awareness.

Flere av tilskuddsmottakerne uttrykker også at det avsettes alt for lite penger til de enkelte prosjekter og at man ikke opprettholder og støtter langvarig arbeid mot kjønnslemlestelse i stor nok grad. Begrunnelsen er at det er den stadige innsatsen i form av informasjonsspredning som er effektiv og at effektive, målrettede tiltak er ressurskrevende.

Samlet kan det være grunn til å vurdere strategien i forhold til om en skal ha en bevisst langvarig satsing på visse prosjekter og aktører, eller en blanding av små og store prosjekter. En bør videre vurdere nærmere om dagens praktisering er fornuftig i forhold til type tiltak. Det hevdes at det særlig er tiltak som fokuserer på opplysning og helsemessige konsekvenser som er effektive. Man bør videre vurdere om tilskuddsordningen i stor nok grad fokuserer på isolerte grupper i forhold til kunnskap og debatt om kjønnslemlestelse. Det er imidlertid en utfordring at man har lite systematisk kunnskap om kunnskaper og holdninger relatert til kjønnslemlestelse i isolerte grupper.

7.6 Oppsummering og anbefalinger

Vår vurdering er at implementeringen av tilskuddsordningen i 2008 gjennomgående var god. Søknadskjemaet, kunngjøring og informasjonen i disse synes å være tilfredsstillende klar. Implementeringen ble videre utført etter tidsplanen i handlingsplanen. Det synes som kommunikasjonen av tilskuddsordningen har vært egnet til å nå størst mulig del av målgruppen. I 2009 ble ansvaret for tilskuddsforvaltningen delegert fra BLD til Bufdir. Oxford Research vurderer delegeringen som vellykket.

Vi mener at saksbehandlingen og prosess i 2008 har vært god ved at alle søknader har blitt vurdert av to saksbehandlere. Overordnede retningslinjer og krite-

rier har videre vært diskutert med andre departementer, direktorater og fagmiljøer. En slik grundighet i saksbehandlingen og involvering synes viktig i og med at handlingsplanen ikke definerer nærmere kriterier. Bufdir har i stor grad lagt til grunn føringerne som BLD la i 2008.

Vi vurderer saksbehandlingen som prosessmessig god. Vi vurderer også at det er informativt og positivt å angi offentlig noen viktige kriterier for søknadsbehandlingen. Slik kan det sikres god kommunikasjon og en forståelse også i målgruppen av hva tilskuddsforvalter legger vekt på. Sammenliknet med eksemplifiseringen i 2008 og 2009, understrekes det nå noe større vekt på informasjons- og debattopplegg hvor kjønnslemlestelse er et vesentlig tema, for eksempel i kombinasjon med informasjon om rettigheter og plikter i det norske samfunnet, eller hvor helse er innfallsvinkel.

I 2009 og 2010 er det blitt konkretisert i kriteriene at det legges vekt på grundighet og kvalitet i søknadene. Gjennomgang av søknadene, tildelingskriteriene og særlig intervjuer med tilskuddsforvalter Bufdir, indikerer at kriteriene for tildeling av støtte i praksis i stor grad har vært de samme i 2009 som i 2008 da BLD var tilskuddsforvalter.

Oxford Research vurderer at kriteriene i utgangspunktet er fornuftige og i tråd med den generelle beskrivelsen og formålet i handlingsplanen. Hovedinntrykket er at tildelingene er gitt i tråd med de tildelingskriterier og praksis som er blitt utformet.

Oxford Research vurderer videre at det i hovedsak er blitt vektlagt de samme momenter i 2008 og 2009.

Det er positivt at det er blitt etablert en felles forståelse og kontinuitet av hva som bør legges vekt på.

På den annen side kan det stilles spørsmål til om de kriterier som er blitt vektlagt er de mest fornuftige og hensiktsmessige i forhold til å nå målgruppen og endre holdninger mot kjønnslemlestelse. De vektlagte kriteriene er saklige og innenfor formålet og den generelle intensjonen med tilskuddsordningen.

Oxford Research vurderer rapporteringen og kontrollrutinene som tilfredsstillende.

Tiltak 20 er gjennomført etter tidsplanen og hovedinntrykket er at tiltaket er godt implementert. Det er imidlertid svært utfordrende å vurdere oppnådde resultater.

Vi har følgende anbefalinger rundt tilskudd til frivillige organisasjoner:

1. **Informere om tilskudd.** Bufdir bør vurdere om tilskuddsordningen i stor nok grad er tilgjengelig på deres nettsider.
2. **Vurdere prosjektstrategien.** Man bør ta stilling til om en skal ha en langvarig satsing på visse prosjekter og aktører, eller en blanding av små og store prosjekter. En bør også vurdere om det er rett tematisk type tiltak som tilgodeses. Tiltak som fokuserer på opplysning og helsemessige konsekvenser bør prioriteres.
3. **Vurdere målgruppene for støtte.** Man bør vurdere om tilskuddsordningen i stor nok grad fokuserer på isolerte grupper i forhold til kunnskap og debatt om kjønnslemlestelse.

Kapittel 8. Informasjonsarbeid, helsestasjon og skolehelsetjeneste

Tiltak 22 er et forebyggende og holdningsskapende tiltak. Det er formulert som følger:

Tiltak 22

Sosial- og helsedirektoratet skal i samarbeid med fylkesmennene stimulere til at relevante kommuner i regi av helsestasjons- og skolehelsetjenesten oppretter ungdoms-, kvinne- og mannsgupper. Helsestasjons og skolehelsetjenesten skal drive informasjonsarbeid for å få grupper og enkeltpersoner til å ta avstand fra kjønnslemlestelse, samt bidra til at kjønnslemlestedede jenter og kvinner får den helsehjelp de trenger. Informasjonsarbeidet kan knyttes til den virksomhet som helsestasjons- og skolehelsetjenesten driver vedrørende veiledning i samliv, seksualitet og prevensjon.

Ansvarlig: HOD
Gjennomføring: 2008–2011

Sosial- og helsedirektoratet skal i samarbeid med fylkesmennene stimulere helsestasjoner og skolehelsetjenesten til å opprette ungdoms-, kvinne- og mannsgupper. I tillegg skal det ved de samme institusjonene drives informasjonsarbeid for å påvirke holdninger til kjønnslemlestelse ved at det tas avstand til slik praksis. Jenter og kvinner skal i tillegg få den helsehjelp de trenger. Informasjonsarbeidet kan knyttes til den veiledningen som nevnte institusjoner driver fra før, knyttet eksempelvis til samliv, seksualitet og prevensjon.

Målgruppen for tiltaket anses å være personer som kommer fra land hvor kjønnslemlestelse praktiseres, henholdsvis kvinner, ungdom og fedre. Målgruppen og sammensetningen i denne varierer imidlertid etter ulike fylker.

Det vurderes videre at et formål med tiltaket er å opparbeide en dialog mellom helsepersonell og berørte grupper. Gjennom en slik dialog tilstreber man å oppnå en holdningsendring.

8.1 Problemstillinger

Slik tiltaket er formulert finner vi det naturlig i denne omgang å undersøke hvordan Sosial- og helsedirektoratet sammen med fylkesmennene implementerer tiltaket og hvordan de har bygget opp saksbehandling/forvaltning av sine virkemidler. Og så vil vi undersøke hvor godt de aktuelle gruppene etableres og eventuelle andre resultater av tiltaket. Dette gir følgende problemstillinger for evalueringen av tiltak 22:

1. Hvordan er tiltaket implementert og hvordan forvaltes ordningen?
2. Hvilke resultater har ordningen gitt?

8.2 Implementering

Flere kommuner og bydeler arbeidet med liknende aktiviteter før tiltaket ble implementert. Tiltaket stimulerer til at det skal fortsettes å arbeide med slike aktiviteter, og at denne typen aktiviteter kan implementeres andre steder enn i de mest urbane områdene der tettheten av målgruppen er størst. Videre kan tiltaket bidra til at slikt arbeid kan gjennomføres mer systematisk i de ulike helsestasjonene og skolehelsetjenestene på landsbasis.

8.2.1 Tildeling av midler

Sammen med tiltak 16, er tiltak 22 forankret hos fylkesmennene. Tiltak 22 er nært knyttet til tiltak 16 og til sammen bevilges det to millioner kroner i 2008 og 2009.

I 2008 foretok Helse- og omsorgsdepartementet i samråd med Helsedirektoratet en skjønnsmessig fordeling til de fylkesembetene som har mange berørte grupper i sitt område og i forhold til direktoratets kjennskap til pågående arbeid i fylker og kommuner. Årsaken til dette var at midlene kom så sent på året i 2008. På grunnlag av dette ble det en skjevfordeling på den måten at de fylkene som var mest aktuelle, fikk mest midler.

I 2009 ble midlene fordelt på alle landets fylker, avhengig av planlagt aktivitet og befolkningssammensetning. I tillegg ble midlene fordelt slik at de fylkene som ikke hadde fått midler året før, fikk mer midler dette året enn de som også fikk midler i 2008.

Som nevnt så skilte 2008 seg fra 2009 ved at midlene kom så sent på året og det ble gjort en utvelgelse av fylker for tildeling av midler ut i fra en skjønnsmessig vurdering fra Helsedirektoratet og Helse- og omsorgsdepartementet sin side. I 2009 ble det imidlertid fulgt andre prosedyrer i forhold til tildeling av midler. Tildelingen av midler skjer i første omgang ved at Helsedirektoratet sender ut et informasjonsbrev om bevilgning av midler knyttet til tiltak 22 (og 16) som også innebærer en forespørsel til Fylkesmannen i forkant av tildelingen der Fylkesmannen får anledning til å gi tilbakemelding om hvor mye midler de antar å ha behov for. Dette skal begrunnes med planlagte aktiviteter. Det rapporteres videre om at selv om Fylkesmannen gir tilbakemelding om at de ikke trenger midler til planlagte aktiviteter, kan det uansett bevilges midler til dem fra Helsedirektoratet. Begrunnelsen for dette er å opprettholde et fokus på dette temaområdet i de ulike fylkene.

Det benyttes ikke et standardisert søknadsskjema for Fylkesmannen i forhold til søknad om midler. Tilbakemeldingen fra Fylkesmannen skal omfatte en prosjektbeskrivelse som danner grunnlaget for summen av midler som bevilges til de enkelte fylkene.

Når Fylkesmannen har fått tilbakemelding fra Helsedirektoratet om eventuell tildeling av midler og hvor mye midler man har fått tildelt, sender de en henvendelse til helsestasjonene/skolehelsetjenestene i fylkets kommuner/bydeler der de informerer om muligheten til å søke om midler knyttet til tiltak 22. Heller ikke når det gjelder søknad om midler fra Helsestasjonene/skolehelsetjenestene til Fylkesmannen benyttes et standardisert søknadsskjema. Helsestasjonen/skolehelsetjenesten søker dernest om midler til Fylkesmannen der de beskriver aktuelle aktiviteter for bevilgning av midler knyttet til dette tiltaket. På dette grunnlaget vurderes bevilgningen av midler til kommuner/bydeler. Hvorvidt en kommune/bydel får tilsagn, avhenger av om aktivitetene kan knyttes opp til det definerte innhold og målsetting for tiltaket. Fordi det kun er en begrenset mengde søknader som skal behandles, så anses det ikke som et problem at det ikke foreligger standardiserte søknadsskjemaer. Fylkesmannen i et av Norges største fylker fikk eksempelvis fem søknader i 2008 og ni i 2009.

8.2.2 Rapportering

Det rapporteres om aktiviteter og resultater knyttet til blant annet tiltak 22. Når det gjelder fylkesmennene, så rapporterer disse til Helsedirektoratet en gang i året. Rapporteringen skjer ved at det benyttes en mal for rapportering som Helsedirektoratet har utformet. Det rapporteres ikke på enkelttiltak, men det utarbeides en generell årsrapport der enkelttiltakene er inkludert. Videre rapporteres det kun i forhold til resultater og ikke om prosessen. Årsaken til dette er at det er lite midler knyttet til tiltaket og at Helsedirektoratet derfor ikke vil forvente at fylkesmennene skal bruke betydelig med tid på rapportering.

En slik problemstilling er også aktuell når det gjelder rapportering fra helsestasjonene/skolehelsetjenestene til fylkesmennene. Helsestasjonene/skolehelsetjenestene forventes å rapportere om aktiviteter/prosess og resultater til fylkesmennene en gang i året. Det fremkommer imidlertid i intervjuene at tidspunkt for rapportering oppleves som dårlig tilpasset i forhold til tidspunkt for tildelingen av midler. Det fremmes fra representanter ved helsestasjoner at med søknadsfrist i november og frist for rapportering i juni året etter, blir det for liten tid å rapportere på.

Det fremkommer videre i intervjuene fra fylkesnivå at det især i 2008 var et kort tidsintervall mellom tildeling av midler fra Fylkesmannen og årsrapportering. Nærmere bestemt oppgis det at det var tildeling av midler i desember 2008, og at rapporteringen skulle skje på ettersommeren 2009.

Når det gjelder 2009, oppgis det imidlertid fra fylkesnivå at tildelingen av midler fant sted i august 2009 og at rapporteringen fant sted i juni 2010.

Tidsintervallet mellom tildeling av midler og rapportering er således større i 2009 enn i 2008.

Det antydes videre fra fylkesnivå at det kan være noe ulik praksis i forhold til tidspunkt for rapportering fra helsestasjonene/skolehelsetjenestene. Muligens vil det også kunne forekomme ulik praksis på dette området i ulike fylker.

Ut i fra tilbakemeldingene kan det se ut til at respondentene på fylkesnivå og i helsestasjoner/skolehelsetjenester har noe ulik oppfatning av tidspunkt for tildeling av midler og rapportering. Uansett hvilke tidspunkt som gjelder, så indikerer

tilbakemeldingene at det å ha tilstrekkelig tid til å rapportere på etter at tildelingen har funnet sted, er en vesentlig faktor for at tiltaket skal kunne implementeres på en hensiktsmessig måte.

Når det gjelder innhold i årsrapportering, så fremkom det at Helsedirektoratet ikke forventer at fylkesmennene skal bruke betydelig med tid på rapportering. Når det gjelder rapportering fra helsestasjonene/skolehelsetjenestene til Fylkesmannen, påpekes det i intervjuene at på bakgrunn av at det er lite midler som tildeles, så er det svært viktig at det ikke forventes et omfattende innhold i rapporteringen, samt at det er et realistisk tidsperspektiv fra midlene tildeles til det skal leveres inn årsrapport.

Når det gjelder tidspunkt for tildeling av midler, så fremkommer det også i intervjuene at det å kunne planlegge og tenke langsiktig er en vesentlig faktor, slik at aktiviteter innenfor dette området kan igangsettes uten at det trengs å forskuttere midler til tiltakene. Tildeling av midler i november for inneværende år som en respondent henviser til, oppleves som for sent til at det er mulig å planlegge aktiviteter på en hensiktsmessig måte.

8.2.3 Kommunikasjon mellom de ulike nivåene

Kontakten mellom Helsedirektoratet og Fylkesmannen begrenser seg i hovedsak til kommunikasjon i form av søknader/rapporteringer knyttet til tiltaket. Det rapporteres også om at det har vært arrangert samlinger ved Helsedirektoratet for fylkesmennene der de fikk generell informasjon om blant annet tiltak 22 og hvordan tiltaket implementeres på best mulig måte.

Når det gjelder mengden og typen kommunikasjon fra Fylkesmannen til Helsedirektoratet oppleves denne som god og tilfredsstillende, både i omfang og innhold. Fra Helsedirektoratet sin side, rapporteres det imidlertid om et behov for ytterligere kommunikasjon med Fylkesmannen, for på denne måten å kunne holde bedre oversikt over de aktivitetene som finner sted i regi av tiltak 22. Dette ville imidlertid innebære bruk av mer ressurser og behov for økt kapasitet, slik at det vil være utfordrende å få til i praksis.

Det fremkom også i intervjuene at det finner sted unntak i forhold til den organiseringen og forankringen mellom de ulike nivåene som er definert i tiltak 22. Som nevnt ovenfor skal tiltaket forankres hos fylkesmennene. Det innebærer at fylkesmenne-

ne langt på vei skal forvalte tiltaket på vegne av Helsedirektoratet. For en av helsestasjonene/skolehelsetjenestene som utgjorde en del av respondentgruppen i evalueringen av tiltak 22, ble det opplyst at de hadde mottatt midler for å implementere tiltak 22, men at all kommunikasjon relatert til implementeringen av dette tiltaket hadde skjedd direkte med Helsedirektoratet. Videre ble det opplyst om at de ikke har noe kontakt med Fylkesmannen i forhold til implementeringen av dette tiltaket.

Hvorvidt det er særskilte omstendigheter, tilfældigheter eller svikt i den ordinære organiseringen av implementeringen av tiltaket som er årsaken til at det finner sted unntak, er usikkert. En mulig årsak til dette kan være at den helsestasjonen/skolehelsetjenesten det gjelder er valgt ut som forsøkskommune/-bydel fra Helsedirektoratet sin side. For øvrige helsestasjoner/skolehelsetjenester som også er forsøkskommune/-bydel fremkommer imidlertid ikke samme typen informasjon. Informasjonen understreker at det forekommer unntak fra den ordinære organiseringen, hvilket er verdifull informasjon i seg selv, til tross for at årsaken til dette er usikker.

8.3 Resultater

Det fremkommer i intervjuene at midlene i tiltak 22 har bidratt til opprettholdelsen av ulike former for gruppeaktivitet og informasjonsarbeid for målgruppen.

8.3.1 Opprettelse av grupper

Vi har i spørreundersøkelsen sommeren 2010 spurt helsestasjonene om det er opprettet ungdoms-, kvinne- eller mannsgrupper.

Tabell 5: Grupper opprettet i regi av helsestasjonen

	Ungdomsgrupper	Kvinnegrupper	Mannsgrupper
Ja	4	4	0
Nei	7	7	11
Vet ikke	2	2	2
Total	13	13	13

Kilde: Oxford Research AS

Tabellen viser at 4 av respondentene har svart at det er opprettet ungdomsgrupper. 4 av respondentene har også svart ja på spørsmålet om det er opprettet kvinnegrupper, mens ingen av respondentene har svart ja på spørsmålet om det er opprettet mannsgrupper. Vi må igjen ta forbehold om begrenset

representativitet. Likevel; når 11 av 13 respondenter melder at det ikke er opprettet mannsgrupper, så synes det rimelig å anta at mannsgrupper gjennomgående ikke opprettes hos helsestasjonene. Ungdomsgrupper og grupper for kvinner forekommer.

8.3.2 Kvinnegrupper

Når det gjelder gruppeaktiviteter begrenser denne seg til kvinnegrupper blant kommunene/bydelene som er inkludert i intervjumaterialet. For de av helsestasjonene/skolehelsetjenestene som arbeider med gruppeaktiviteter, så omfatter disse kun kvinner. Når det gjelder kvinnegrupper, så vurderes disse som et viktig forum for kvinner i den aktuelle målgruppen i forhold til å diskutere og innhente informasjon om relevante tema. Videre anses slike grupper som en viktig arena i forhold til å stimulere til endringer i holdninger. Det fokuseres i disse gruppene på at det er kvinnene selv som bidrar med innspill til aktuelle tema, og gruppen er etablert og driftes på kvinnes premisser. For en kvinnegruppe fremkommer det at det finner sted møter hver uke i regi av helsestasjonen/skolehelsetjenesten, men det er også flere uformelle møter i disse gruppene. Ofte inviteres fagpersoner til gruppemøtene for å bidra med informasjon om ønskede tema i kvinnegruppen. Gruppen eksisterte også før helsestasjonen/skolehelsetjenesten fikk tilsagn om midler knyttet til tiltak 22, men midlene oppleves å ha vært verdifulle i forhold til opprettholdelsen av gruppen og for å kunne betale eventuell husleie i egnede lokaler. Det som blir trukket frem som et suksesskriterium i forhold til å benytte midlene fra tiltak 22 på en hensiktsmessig måte, er at gruppeaktiviteter knyttes til allerede etablerte miljøer. I tillegg understrekes viktigheten av at lederstaben for kvinnegruppen ikke bare består av representanter fra helsestasjonen/skolehelsetjenesten, men at den også er representert ved person(er) i målgruppen. Dette vil også ofte kunne løse utfordringen med tolk i slike kvinnegrupper. En kvinnegruppe det refereres til, har en representant i ledergruppen med somalisk bakgrunn som er tospråklig og således kan fungere som tolk.

8.3.3 Ungdomsgrupper

Som nevnt ovenfor har vi i intervjuene kun fått kjennskap til at det eksisterer grupper av kvinner i tilknytning til tiltak 22. Når det gjelder ungdomsgrupper som det refereres til i handlingsplanen, så er

det ingen av de inkluderte helsestasjonene/skolehelsetjenestene i intervjuene som opplyser at midlene knyttet til tiltak 22 omfatter ungdomsgrupper. Men helsedirektoratet vet at det finnes slike, og i spørreskjemaundersøkelsen ser vi at det rapporteres om ungdomsgrupper.

8.3.4 Mannsgrupper

Heller ikke når det gjelder mannsgrupper, kan noen av de inkluderte helsestasjonene/skolehelsetjenestene i analysen vise til at det er opprettet og drives slike grupper i regi av tiltak 22. Likevel trekkes det frem at det er planer om opprettelsen av mannsgrupper, og viktigheten av at menn trekkes med i gruppeaktiviteter understrekes.

8.3.5 Helseundersøkelser og informasjon

Mer utbredt enn gruppeaktiviteter som en del av tiltak 22, er informasjonsarbeid rettet mot målgruppen. Samtlige av helsestasjonene/skolehelsetjenestene som er inkludert i analysen oppgir at de gjennomfører informasjonsarbeid relatert til implementeringen av tiltak 22.

Når det gjelder informasjonsarbeid som aktivitet knyttet til tiltak 22, så oppgis det videre at dette som oftest er aktiviteter som er igangsatt i forkant av tildeling av midler via dette tiltaket, men at midlene bidrar til at de har muligheten til å videreføre aktivitetene, og eventuelt at enkelte i personalet blir frikjøpt arbeidstid til å fokusere på dette temaområdet. I tillegg finner vi at det ser ut til at informasjonsarbeid rettet mot målgruppen gjennom individuelle samtaler ser ut til å være en mer utbredt aktivitet enn gruppeaktivitet. Samtlige av helsestasjonene/skolehelsetjenestene som er inkludert i intervjuanalysen gjennomfører informasjonsarbeid gjennom individuelle samtaler med personer i målgruppen. Samtalen er som oftest knyttet til ordinære kontroller ved helsestasjonen, som svangerskapskontroll og helsekontroller for barn og elever i skolen. Informasjon om at det er ulovlig å praktisere kjønnslemlestelse i Norge og hvilke helseplager kjønnslemlestelse kan bidra til, er eksempler på tema som tas opp.

Helseundersøkelser ved helsestasjoner er oftest rettet mot kvinner da undersøkelsene ofte gjennomføres ved graviditet og fordi kvinner oftest er hjemme med barn i barselpermisjon. Dette innebærer at det er enklere å treffe målgruppen av kvinner enn målgruppen av menn. På denne måten understrekes

et ytterligere behov for å finne arenaer der man treffer menn som målgruppe, eksempelvis gjennom mannsgrupper.

Kjønnslemlestelse tas opp som ett blant flere tema på helsekontrollene. Samtalene ved kontrollene er basert på tillit til helsepersonellet ved helsestasjonene/skolehelsetjenestene. Det påpekes i intervjuene at disse samtalene oppleves som verdifulle i forhold til å kunne spre informasjon og kunnskap om kjønnslemlestelse. I tillegg understrekes det at helsepersonell ved helsestasjonene har en nærhet til målgruppen ved at de også gjennomfører de ordinære helsekontrollene. I tillegg understrekes det at helsepersonellet har den nødvendige tilliten innad i målgruppen som er svært sentralt for å komme i dialog. Dialog er videre viktig for å oppnå endringer i holdninger. Dette understreker betydningen av at informasjonsarbeidet gjennomføres av personer som har tillit innad i målgruppen.

Et utvalg av helsestasjonene/skolehelsetjenestene påpeker også at de som en del av implementeringen av tiltak 22 har tilbudt underlivsundersøkelse til den aktuelle målgruppen. Det har vist seg å være liten oppslutning om tilbudet, og dette vurderes som en lite vellykket aktivitet i arbeidet med endrede holdninger til kjønnslemlestelse.

Det foregår arbeid som ikke er direkte relatert til tiltak 22, men som likevel ikke kan løsrives helt fra dette arbeidet.

Overordnet tyder tilbakemeldingene i intervjuene på at det er mer utbredt å benytte midlene til informasjonsarbeid enn gruppeaktiviteter i tiltak 22, men at begge aktivitetene vurderes som verdifulle i forhold til å bidra til holdningsendringer. Samtidig er det verdt å nevne at siden tiltak 22 kun er relatert til et lite utvalg aktiviteter med fokus på kjønnslemlestelse, slik at det er problematisk å vite den konkrete effekten av disse tiltakene. Uansett vurderes aktivitetene i de ulike helsestasjonene som relevante i forhold til å bidra til endrede holdninger i målgruppen. I den sammenheng understrekes det også av et utvalg informanter at siden holdninger er tidkrevende

de å endre, så ville det kunne være mer hensiktsmessig dersom handlingsplanen la opp til et større tidsintervall enn 3 år. På grunnlag av dette vurderes det dit hen at tiltaket bør videreføres i årene fremover. I tillegg fremheves det at kjønnslemlestelse er et område som inngår i mye av det generelle arbeidet ved helsestasjonen som omhandler forhold og holdninger til kropp. I den sammenheng blir det trukket frem at aktivitetene som er relatert til tiltak 22 kunne vært innlemmet i andre type tiltak og aktiviteter ved helsestasjonene. På denne måten vil man kunne arbeide mer helhetlig innenfor dette temaområdet.

8.3.6 Andre tiltak

Vi spurte helsestasjonene om hvilke andre tiltak eller aktiviteter som er igangsatt. Her fikk vi fritekstsvar fra mange respondenter. Mange nevner aktiviteter som vi vet er i gang, eller varianter av ungdomsgrupper/kvinnegrupper:

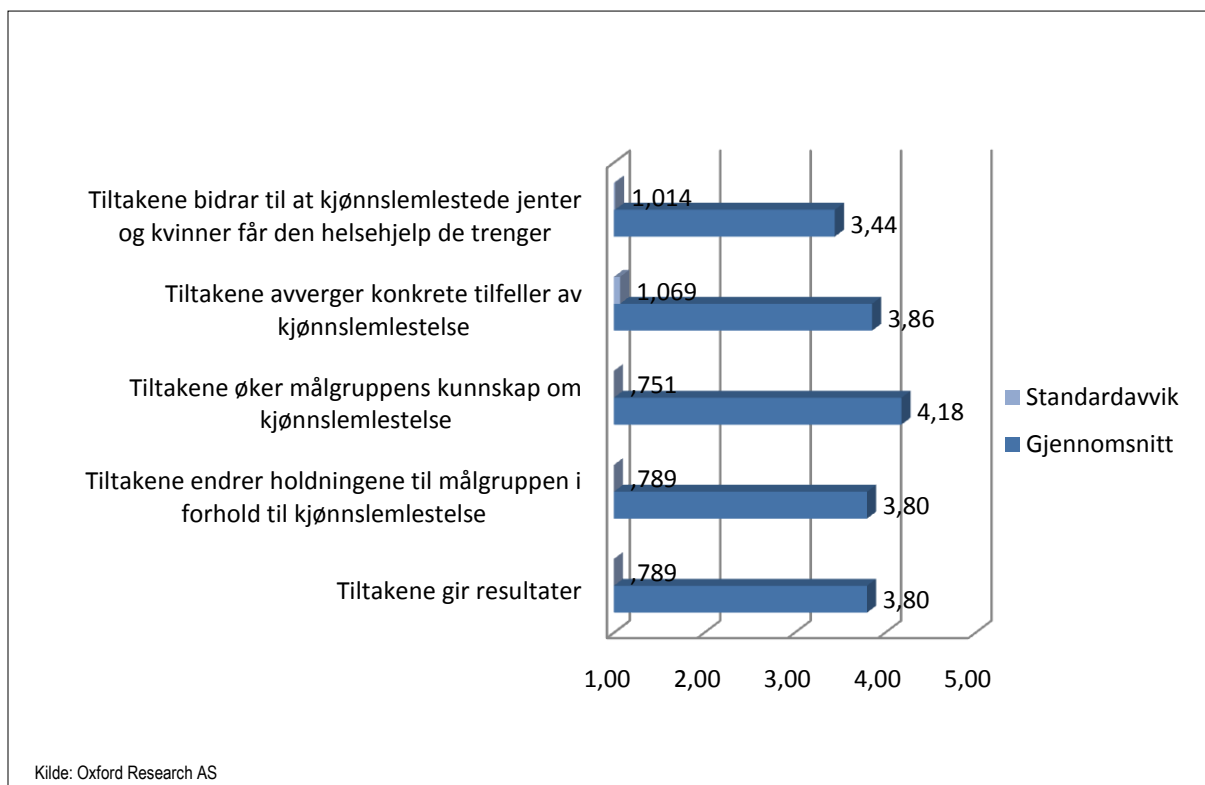
- Ungdomsgruppe videregående skole
- Rutinesamtale ved helsestasjonskontroller
- Tema på konsultasjoner
- Obligatoriske spørsmål for visse aldersgrupper, helsestasjon og skolehelsetjeneste
- Jentegrupper, om å sette grenser
- Frivillig underlivsundersøkelse

En del av de momentene som kom fram er spesielle lokale aktiviteter:

- Prosedyre til bruk ved hjemmebesøk
- Kvinnemøte for nye aktuelle brukere 1 gang pr. semester
- Svømmetilbud
- Brosjyrer på venterommene
- Prosedyre for oppfølging av egenerklæring
- Egenerklæring oversatt til mange språk

8.3.7 Virkning av tiltak

Figur 3: Helsestasjonenes vurdering av virkning av tiltak



I spørreskjemaundersøkelsen stilte vi helsepersonellet spørsmål om hvor godt tiltakene som settes i verk av helsestasjonene virker. Respondentene svarer på en skala fra 1 til 5, hvor 1 er "helt uenig" og 5 er "helt enig". Figuren viser gjennomsnittet blant respondentene. Skårer på i underkant av fire på en fempunkts-skala er i utgangspunktet bra. Disse resultatene tyder på at helsestasjonspersonellet vurderer tiltakene som virkningsfulle.

Det er ganske stor spredning på de to første spørsmålene. Det kan tyde på ulike vurderinger av tiltakenes evne til å gi konkret hjelp til berørte jenter og kvinner. Det er noen som svarer at de er uenige i at tiltakene kan avverge tilfeller og uenige i at berørte får helsehjelp som de trenger.

Spørreskjemaets påstand om at tiltakene øker målgruppens kunnskap oppnår en skåre over fire. Forskjellen til de øvrige påstandene er ikke signifikant. Likevel virker den gode skåren plausibel, ettersom mye av handlingsplanen har fokus på kunnskaps- og holdningsutvikling. Dessuten kan det være vanskelig å få en høy skåre på et spørsmål som dreier seg om avverging av konkrete tilfeller, da volumet på dette er så vidt lite at mange i

helsesektoren ikke vil være i inngrep med konkrete tilfeller.

8.3.8 Faglig og økonomisk støtte

Helsestasjonene fikk også spørsmål om hvorvidt man opplever å ha tilstrekkelig støtte i arbeidet, enten faglig støtte fra RVTS eller fylkesmannen eller økonomisk støtte fra fylkesmannen. Respondentene svarer på en skala fra 1 til 5, hvor 1 er "helt uenig" og 5 er "helt enig". Gjennomsnittsskårene ligger i underkant av 3 for spørsmålene om faglig støtte, mens den ligger rett over 2 på spørsmålet om økonomisk støtte. På alle tre spørsmål er det stor spredning i svarmønstrene. Noen er helt uenig i at man mottar nok støtte, mens andre er mer fornøyd, dog ikke helt. Det er ikke grunnlag for å gjøre vurderinger rundt forskjellene mellom RVTS og fylkesmannens bidrag. Men vi kan kanskje anta respondentene er mindre fornøyd med den økonomiske støtten enn de er med den faglige. Vi kan uansett si at de som har svart har ulik opplevelse av mottatt støtte(faglig og økonomisk).

8.4 Oppsummering og anbefalinger

Det er viktig at det gis tilstrekkelig med tid til å rapportere på aktiviteter etter at tildelingen av midler har funnet sted. På denne måten vil man kunne inkludere flest mulig aktiviteter i årsrapporteringen, og det vil bli mindre belastning for de som gjennomfører rapporteringen. Tidsintervallet mellom tildeling av midler og årsrapportering bør vurderes.

Fordi man har å gjøre med en begrenset mengde midler knyttet til tiltak 22 og implementeringen av dette, er det viktig å fokusere på belastningen ved å få tilsagn på midler, slik at ikke det blir for mye arbeid i forhold til gevinst for dem som skal implementere tiltaket. Dersom "det koster mer enn det smaker" å få tildelt midler til å implementere tiltak 22, vil resultatet kunne bli at interessen for å søke midler er svært begrenset.

Tidspunkt for tildeling av midler kan justeres. Tildelingen bør finne sted tidlig på året slik at det er mulig å planlegge aktiviteter ved helsestasjonene/skolehelsetjenestene, og at man ikke må forskutitere midler til aktiviteter som omfattes av tiltak 22.

Tiltak knyttet til holdningsendringer relatert til kjønnslemlestelse bør ha et langsiktig perspektiv. På denne måten vil det være mer sannsynlig at man oppnår holdningsendringer, siden det er en lang prosess å oppnå slike endringer.

Innholdet i tiltak 22 ligger tett opp til øvrig arbeid knyttet til arbeid mot kjønnslemlestelse i mange kommuner/fylker. Det kan vurderes at aktivitetene i dette tiltaket innlemmes i andre tiltak/prosjekter innenfor temaområdet for å oppnå en mer helhetlig satsing.

Flere av aktivitetene som finansieres av midler i tiltak 22, eksisterer også i forkant av at det gis tilsagn knyttet til dette tiltaket. Midlene er verdifulle fordi de også bidrar til muligheter for å videreføre allerede eksisterende aktiviteter som omfatter formålene i tiltak 22.

Opprettelse og opprettholdelse av kvinnegrupper er en aktivitet som oppleves som svært gunstig i forhold til å bidra til informasjon og på sikt holdningsendringer mot kjønnslemlestelse innad i målgruppen. Kvinnegruppene bør imidlertid opprettes med utgangspunkt i et allerede eksisterende miljø. Videre ser det ut til å være viktig at gruppene drives på kvinnes premisser, i tillegg til at det kan være

gunstig at en person med samme nasjonale bakgrunn som kvinnene i gruppen, er representert i ledergruppen.

Det å få innpass blant menn i målgruppen er en utfordring, blant annet fordi de ikke har de samme helseundersøkelsene ved helsestasjonene/skolehelsetjenestene i tilknytning til eksempelvis graviditet. Utfordringen kan muligens møtes ved å opprette mannsgrupper. De samme betingelsene som gjelder for kvinnegrupper, vil også sannsynligvis gjelde for mannsgrupper.

Informasjonsarbeid ved helsestasjonene/skolehelsetjenestene ved ordinære helsekontroller vurderes å være gunstig i forhold til arbeidet med informasjon og på sikt forhåpentligvis holdningsendringer knyttet til kjønnslemlestelse. At det er jordmødre og helsesøstre ved helsestasjonene/skolehelsetjenestene som gjennomfører informasjonsarbeidet som en del av de ordinære helseundersøkelsene, anses som en nøkkelfaktor for implementeringen av tiltak 22. Årsaken til dette er at tillit og nærhet til målgruppen er nøkkelford for å oppnå dialog med målgruppen, hvilket kan anses som sentralt i holdningsrelatert arbeid.

Når det gjelder tilbud om underlivsundersøkelse ved helsestasjonene/skolehelsetjenestene er det lite oppslutning i målgruppen. Det er for tidlig å si om det tyder på at dette er et tilbud som ikke trengs å prioriteres ved helsestasjonene/skolehelsetjenestene.

Økt kontroll og oversikt fra Helsedirektoratet sin side i forhold til aktiviteter som foregår som følge av implementeringen av tiltak 22, kan være hensiktsmessig, for på denne måten å kunne arbeide mer målrettet og videreutvikle tiltaket.

Oxford Research oppfatter at tiltak 22 er relativt godt implementert og at det er oppnådd en del resultater.

Vi har følgende anbefalinger i forhold til tiltak 22:

3. Tidspunkt for tildeling av midler bør flyttes til tidligere på året og tidsintervallet mellom tildeling av midler og årsrapportering må vurderes.
4. Kvinnegrupper bør baseres på eksisterende miljøer og drives på kvinnes premisser.
5. Det bør vurderes om menn skal fokuseres sterkere og i så fall hvordan menn i større grad kan involveres.

Kapittel 9. Ressursgrupper i helseregionene

Tiltak 23 er et av de tiltakene som fokuserer på forebygging og holdningsskapende arbeid i berørte miljøer. Tiltaket dreier seg om å videreføre og styrke arbeidet mot kjønnslemlestelse i ressursgruppene i de fem helseregionene. Disse ressursgruppene skal bestå av representanter fra helsetjenestene og berørte grupper med etnisk minoritetsbakgrunn. De skal arbeide med å spre kunnskap om kjønnslemlestelse. Tiltaket er formulert som følger:

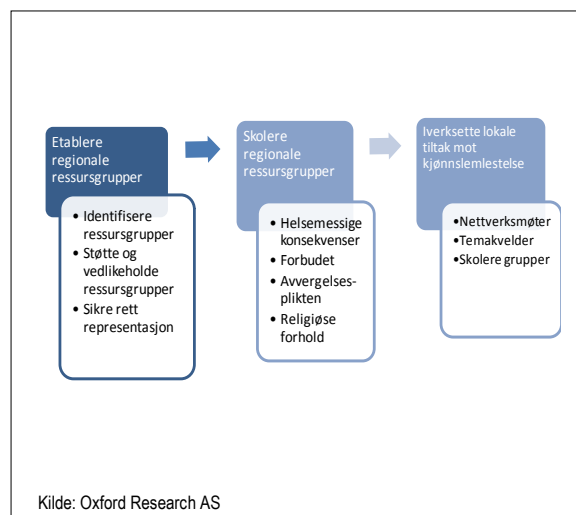
Tiltak 23

Sosial- og helsedirektoratet skal i samarbeid med Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress (NKVTS), Regionale ressurs-senter om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging (RVTS) og Nasjonal kompetanseenhet for minoritetshelse (NAKMI) skolere de regionale ressursgruppene. De sistnevnte har representanter fra berørte miljøer. Skoleringen skal omfatte blant annet opplæring i helsemessige konsekvenser av kjønnslemlestelse, forbudet mot kjønnslemlestelse, avvergelsesplikten, religiøse forhold mv. Hensikten er å gjøre ressursgruppene i stand til å iverksette egne lokale tiltak mot kjønnslemlestelse, for eksempel nettverksmøter, temakvelder, idédugnader, skolere ansatte i asylmottak, ungdoms-, mødre-, foreldre- og mannsgrupper med videre.

Ansvarlig: HOD

Gjennomføring: 2008–2011

Figur 4: Prosessen i tiltak 23



Rasjonalen i tiltaket er at regionale ressursgrupper skal settes i stand til å iverksette lokale tiltak og at kunnskap og holdninger på den måten spres ut i de aktuelle lokalmiljøene. For at tiltak 23 skal kunne virke etter hensikten, må det først finnes eller etableres regionale ressursgrupper. For å kunne virke må disse gruppene ha fagfolk og representanter fra berørte miljøer. Deretter må gruppene skoleres slik at de kan bli i stand til på selvstendig grunnlag å iverksette gode lokale tiltak.

9.1 Problemstillinger

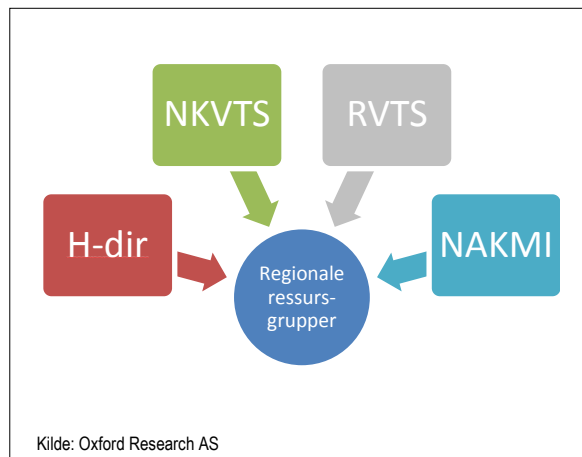
På bakgrunn av tiltaksformuleringene har Oxford Research etablert følgende problemstillinger for vår evaluering av tiltak 23:

1. Hvor godt etablert er ressursgruppene?
2. Blir de skolert?
3. I hvilken grad iverksetter ressursgruppene egne lokale tiltak mot kjønnslemlestelse?

Slik tiltaket er formulert i handlingsplanen, må vi kunne legge til grunn at de regionale ressursgruppene har en relasjon til de nevnte aktørene (NKVTS, RVTS, NAKMI, H-dir) som er slik at gruppene mottar støtte og skolering, med Helsedirektoratet som fø-

rende og ansvarlig. Ressursgruppene relasjon til sine sponsorer kan uttrykkes i følgende figur:

Figur 5: Ressursgruppene og støttespillere



For å undersøke status på tiltaket har vi basert oss mye på intervjuer med RVTSene. De har i egenskap av regional enhet, hatt et fortrinn som støttespiller for regionale ressursgrupper. Vi har benyttet RVTS som vår hovedinformasjonskilde ut fra antagelsen om at en regional aktør vil ha bedre forutsetninger for å vurdere arbeidet i de regionale ressursgruppene.

Det er etablert fem regionale ressursentre om vold og traumatisk stress og selvmordsforebygging (RVTS). RVTS er et tilbud til fagpersoner og virksomheter som i sitt arbeid møter mennesker berørt av vold og seksuelle overgrep, traumatisk stress, tvungen migrasjon eller selvmordsproblematikk. RVTSene er organisatorisk forankret i helseforetakene.

RVTS bidrar, i følge egne nettsider, til kompetanseheving gjennom undervisning, veiledning, konsultasjon og nettverksarbeid på tvers av etater og forvaltningsnivåer. Målet er å bidra til kunnskapsbasert praksis og samhandling som fremmer helse og livskvalitet i de berørte gruppene.

9.2 Etablering og skolering av ressursgrupper

Hovedgrepet i tiltak 23 er skolering av de regionale ressursgruppene. Skoleringen skal omfatte blant annet opplæring i helsemessige konsekvenser av kjønnslemlestelse, forbudet mot kjønnslemlestelse, avvergelsesplikten, religiøse forhold mv. Hensikten er å gjøre ressursgruppene i stand til å iverksette egne lokale tiltak mot kjønnslemlestelse.

For at det skal kunne oppnås resultater av tiltaket synes det rimelig å legge til grunn at opplæringen må ha en viss kvantitet og kvalitet. Med kvantitet sikter vi til at flere personer gjennomfører skolering med tilstrekkelig omfang. Kvalitet sikter til opplevd læringsutbytte som gjør at man tør gå ut i de berørte miljøene med styrke til å informere og undervise om kjønnslemlestelse.

RVTS Sør viser til at det har vært arbeidet aktivt med temaet tilbake til det tidligere OK-prosjektet, hvor man underviste 150 kvinner ved hjelp av egen undervisningspakke. I 2007 satte RVTS Sør med støtte fra Bufdir og i et samarbeid med Redd Barna, i gang å trene undervisere i de fem fylkene i regionen. RVTS Sør opplyser at det finnes ressursgrupper med kvinner i hovedsak, men også en tolk og en lege. Disse har gjennomgått en opplæring. Man vil nå engasjere en person i 20 % stilling. Målet er å lære opp 10-15 kvinner som skal få en utdanning av Sara Kahsay ved NAKMI.

RVTS Øst har skolert tre ressurspersoner, som var med i OK-prosjektet. I 2008 ble to ressurspersoner fra Somalia skolert. De hadde allerede jobbet mye med kjønnslemlestelsesproblematikk. RVTS Øst har også engasjert en somalisk mann. Han har etablert mannsgrupper. I region øst opplyses det at det er krevende å finne de rette personene. Man må være egnet til en slik oppgave. Det er tøft å gå inn i egen etnisk gruppe og snakke om kjønnslemlestelse. Ressurspersoner som mottar lønn kan komme i en spesielt vanskelig posisjon. Vi kan ikke se at det i region øst finnes en egen ressursgruppe.

Vi har fått opplyst at det i Midt-Norge finnes en ressursgruppe i Trondheim. Den samles 4 ganger i året. Gruppen består av gynekolog, jordmor, helseøster fra Trondheim kommune, minoritetsrådgiver, representant fra Bufetat, to fra RVTS og en fra Høgskolen i Sør-Trøndelag (jordmor fra Ghana). Det har tidligere vært med folk fra berørte miljøer, men for tiden er det ingen. Respondenten uttrykker, som i øst, at det er vanskelig å få tak i personer fra berørte grupper. I asylmottakene, som kan være et egnet sted å finne aktuelle personer, er folk ikke stabilt til stede. Dermed blir det utfordrende å få til kontinuitet overfor mottakene.

I 2009 utførte RVTS Midt-Norge kurs for somaliske kvinner i et asylmottak, kurs for ansatte i asylmottak, samt 2 samlinger med asylsøkere. Samlingene hadde til sammen 100 deltakere. Man har bygget på kurset "Kvinnens liv og helse i Eksil" og ellers informert om lovforbudet mot kjønnslemlestelse. RVTSen har også

etablert et nettverk av gruppeledere, og holdt diverse foredrag om temaet. På de større samlingene er det et problem at helsepersonell er så vidt godt representert at de blir i overtall. For å få til god kommunikasjon må det være med mange nok fra berørte grupper.

RVTS Midt-Norge leverer undervisning overfor berørte kvinner, ansatte på mottak og helsepersonell. Det arrangeres årlige nettverksamlinger og det finnes nettverksgrupper. Slik vi oppfatter det, ønsker RVTS Midt-Norge å stimulere til at det blir flere grupper.

RVTS Midt-Norge har en relativt høy aktivitet på området, men regional ressursgruppe har ikke representant fra berørte miljøer, slik det er forutsatt i Handlingsplanen.

Vår informant i RVTS Nord opplyser at man tidligere hadde en regional ressursgruppe. Her deltok representant fra fylkesmannen, en jordmor, en gynekolog, en fra UiTø, en helsesøster og to ressurspersoner, en fra Kamerun og en fra Somalia. Den var lokalisert i Tromsø. Denne gruppen er ikke operativ lenger. Den hadde ikke noe mandat, noe som ble opplevd som vanskelig. I regionen oppleves geografien som en utfordring. En ressursgruppe i Tromsø kan vanskelig bli relevant for hele regionen, blir det påpekt. Det var tidligere en somalisk kvinnegruppe. En ressursperson flyttet, og dermed sluttet somalisk kvinnegruppe å fungere. Informanten viser til at somaliske kvinner flytter og at personavhengighet er et tydelig problem, kanskje mer framtrædende i Nord-Norge, der mange i berørte grupper bor en kort periode, før de flytter sørover. Det finnes en mannsguppe i regionen, en fylkesgruppe. RVTS har kontakt med lederen. Informanten mener det har vært utydelig hvordan man lokalt skulle jobbe med berørte grupper. Handlingsplanen ga beskjed om å lage en ny ressursgruppe. Informanten forteller at man ikke har gjort det, men at man har planer om å gjøre det.

I region Nord eksisterer det ikke lenger en ressursgruppe. Aktiviteten rundt opplæring synes å være rettet primært mot hjelpeapparatet.

I region Vest eksisterer det ikke formelle ressursgrupper, sier vår informant. Derimot finnes det organiserte kvinner. De berørte kvinnene organiserer seg selv. De har møter med egne fagtema. RVTS stiller på en del av disse møtene. RVTS støtter initiativ fra Bergen kommune, som jobber med ressursgruppe av berørte kvinner.

Oppsummert finner vi at regionale ressursgrupper er operative i noen regioner, og ikke etablert eller ikke aktive i andre. Det kan stilles spørsmål om hva som menes med ressursgrupper, slik noen av våre informanter gjør.

Det er varierende praksis rundt skoling av aktuelle personer. De oppgitte tall for hvor mange som skoles i de ulike regionene varierer fra 3 til 150 personer.

9.3 Lokale tiltak

Det egentlige formålet med tiltak 23 er at ressursgruppene skal settes i stand til å arrangere sine egne lokale tiltak mot kjønnslemlestelse. Handlingsplanen nevner noen eksempler på slike tiltak: nettverksmøter, temakvelder, idédugnader, skolere ansatte i asylmottak, ungdoms-, mødre-, foreldre- og mannsgupper.

I region øst har to somaliere, som har gjennomført skoling, arrangert kvinnegrupper. Det er etablert mannsguppe og andre lokale tiltak. I Midt-Norge arrangeres det årlige nettverksamlinger og det finnes nettverksgrupper. RVTS Midt-Norge ønsker å stimulere til at det blir flere grupper. I region nord er det en mannsguppe på fylkesnivå. I sør arrangerer RVTS et månedlig veiledningsmøte for de som underviser.

Vi registrerer at det foregår en hel del informasjonstiltak i regionene. Mye er tiltak hvor ressursgruppene ikke nødvendigvis er aktører. Eksempelvis har RVTS Øst ansatt en jordmorutdannet kvinne i deltidsstilling for å jobbe med informasjon til målgruppene. I vest arrangerer Bufetat en erfaringskonferanse. RVTS og fylkesmannen er medarrangører. RVTS Midt-Norge leverer undervisning overfor berørte kvinner, ansatte på mottak og helsepersonell.

Dette er viktige aktiviteter, som er rettet mot berørte grupper. Dette kommer i tillegg til det ressursgruppene får i stand.

Vi finner altså at lokale tiltak er iverksatt i flere regioner. Kvinnegrupper og mannsgupper er eksempler på aktivitet som ressursgruppene får i stand. I tillegg kommer de mer offisielt initierte tiltakene, som undervisning og erfaringskonferanser.

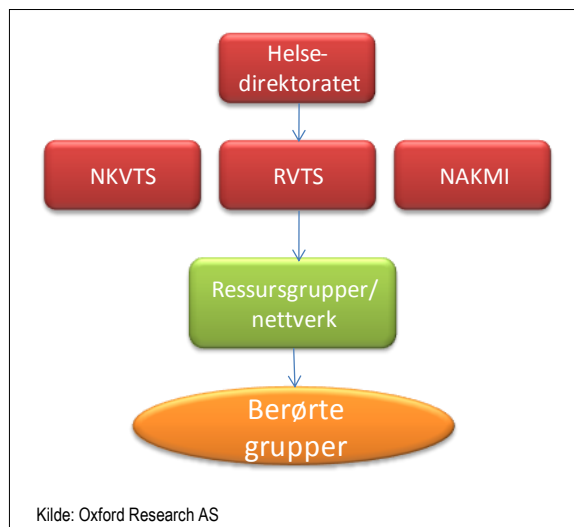
9.4 Aktører og samarbeid

Helsedirektoratet har gjennom mange år vært involvert i forebyggende aktiviteter. I 2007 ble det på initiativ fra direktoratet arrangert en større konferanse om temaet i Trondheim. Dette ble en viktig konferanse som inspirerte til videre arbeid i mange nettverk og ressursgrupper. Etter dette kom mange aktører i gang med arbeid mot kjønnslemlestelse, ikke minst somaliske kvinner og menn. Arbeidet i regi av Primærmedisinsk verksted (PMV) under Kirkens Bymisjon er sentralt her og har involvert mange fra det somaliske miljøet.

Helsedirektoratet forteller at det har vært gjennomført mye skoloring. Utfordringen er å få oversikt over aktørene og få ting koordinert, sies det. Direktoratet forteller at man nå har tenkt å ta fatt i dette. Det er etablert kontakt med mannsnettverkene. Noen av dem samarbeider med RVTS. Man ønsker at mannsnettverkene og evt. kvinnenettverkene skal tilgodeses med tanke på skoloring slik at de kan lære opp sine egne. Dette har vært gjort i noen regioner.

Handlingsplanen sier at Helsedirektoratet skal samarbeide med NKVTS, RVTS og NAKMI om å skolere de regionale ressursgruppene. Det er ikke spesifisert hvordan samarbeidet skal arte seg. Samarbeidet kunne kanskje vært håndtert gjennom en egen gruppe med representasjon fra de nevnte aktørene. Man kunne også se for seg et grensesnitt der hver av de nevnte aktørene kunne ha en direkte relasjon til ressursgruppene. I praksis har det ikke foregått på noen av disse måtene. For det første viser det seg at regionale ressursgrupper ikke finnes i alle regioner. For det andre finner vi at de ressursgruppene som finnes har en relasjon til RVTS, men ikke til NAKMI, NKVTS eller Helsedirektoratet. Det er i praksis RVTS-ene som støtter og styrer nettverk og grupper. Helsedirektoratet støtter opp med bevilgninger. Det faktiske samarbeidet kan illustreres slik:

Figur 6: Støtte til ressursgrupper/nettverk



Ettersom RVTS-ene er regionale organer, kan det være naturlig at de har en tettere relasjon til ressursgruppene og det lokale arbeidet enn de øvrige. Dessuten er det god kompetanse i RVTS-ene til å støtte ressursgruppene.

9.5 Oppsummering og anbefalinger

Vi har gjort følgende funn for de tre problemstillingene som ble definert for tiltak 23:

1. Det er ikke regionale ressursgrupper i alle fem regioner.
2. Det er gjennomført skoloring av de ressursgruppene som er etablert.
3. Lokale tiltak er iverksatt, med og uten involvering av regionale ressursgrupper.

Vi har sett at lokale tiltak blir iverksatt. Innhold og gjennomføring av tiltakene er nok tema på de ulike konferansene som arrangeres. Likevel tror vi at det kunne gjøres grep for i større grad å systematisere erfaringer rundt beste praksis innen lokale tiltak. Mange vet mye om dette, men kunnskapen er spredt. Miljøene kan lære av hverandre for å finne frem til tiltak som treffer målgruppene og som gjør det mulig å kommunisere tydelig om kjønnslemlestelse.

Rekruttering av ressurspersoner er identifisert som en utfordring. Det er lettere å få med fagfolk enn representanter for de berørte miljøene. Det er også identifisert problemer med å få til kontinuitet blant berørt-representantene. Dette bør vies spesiell oppmerksomhet. Det har en økonomisk side; det investeres i de som får opplæring. Dessuten vil er-

farne formidlere sannsynligvis ha bedre muligheter for å formidle og påvirke effektivt.

Verken RVTS-ene eller andre regionale instanser har blitt tildelt oppdraget med å etablere, vedlikeholde og skolere ressursgruppene. Oxford Research mener at dette reiser spørsmål om det er behov for mer tydelig å plassere ansvaret for at ressursgruppene skal kunne fungere. Vi ser ikke noen mer aktuell kandidat enn RVTSene. På den annen side er det ikke gitt at RVTSene opplever et slikt oppdrag som forenlig med sin rolle. Man peker på at RVTS vil jobbe med tjenesteapparatet, og støtte det til å jobbe lokalt.

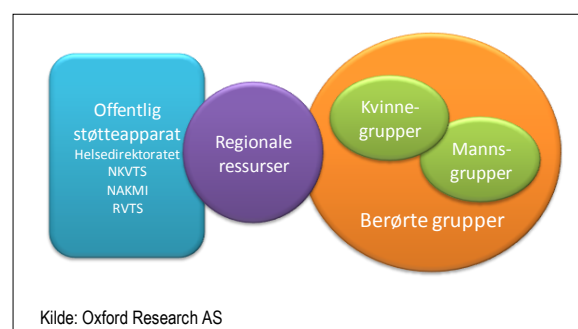
Dermed blir det, slik vi ser det, et spørsmål om tiltak 23 er hensiktsmessig formulert. Det er ikke nødvendigvis slik at regionale ressursgrupper er nødvendigvis for å oppnå lokale forebyggende og holdningsskapende aktiviteter i berørte grupper. Det kan synes viktigere å ha strukturer som kan stimulere ressurspersoner fra de berørte miljøene til å ta en aktørrolle ut i berørt-miljøene. Helsedirektoratet peker selv på dette og sier at tiltak 23 er formulert med et premiss om at det er etablert regionale ressursgrupper i alle regioner, noe som ikke er tilfelle. Det ble tatt initiativ til etablering av slike grupper, men de ble ikke etablert slik tiltaksformuleringen kan gi inntrykk av, sier direktoratet. Intensjonene bak tiltak 23 er altså ikke nødvendigvis avhengig av regionale ressursgrupper. I stedet for å fokusere på regionale ressursgrupper med en bestemt sammensetning, kan det hende at det er mer målrettet å rette innsatsen mot ulike grupper og nettverk. Ettersom det nå er etablert en del grupper, som kvinnegrupper og manngrupper, er det kanskje tid for å se nærmere på hvordan disse arbeider.

Det viktigste er at det finnes ressurser i regionene. Det bør gjøres en vurdering av realismen og behovet i å få til velfungerende ressursgrupper (slik de er beskrevet i tiltaket) i hver region. Dersom man fastholder at det er riktig virkemiddel, bør det gjøres en innsats for å etablere og deretter vedlikeholde vel-

fungerende regionale ressursgrupper i alle regioner. Men det kan være viktigere at de regionale og lokale nettverk og initiativ som er etablert blir fulgt opp og forsterket.

Dermed ser vi konturene av en alternativ effektkjede der ulike regionale ressurser initierer og støtter opp under lokale tiltak, som kvinnegrupper og lignende. Denne kjeden kan illustreres påfølgende måte:

Figur 7: Effektkjede



Oxford Research mener at en slik forståelse kan medføre at tiltak 23 presiseres, da det ikke er helt i samsvar med tiltakets formulering.

9.5.1 Anbefalinger

Oxford Research anbefaler følgende:

1. Det bør gjøres en vurdering av realismen i og behovet for å få til velfungerende regionale ressursgrupper.
2. Det bør vurderes tiltak for å få med flere representanter for de berørte miljøene og sikre kontinuitet blant disse.
3. Fokuset på lokale tiltak bør økes. Det bør etableres erfaringer rundt beste praksis innen lokale tiltak.

Kapittel 10. Til slutt

Handlingsplanen mot kjønnslemlestelse er integrert i regjeringens satsing mot vold i nære relasjoner. Kjønnslemlestelse har en nødvendig plass i dette arbeidet og er berørt i handlingsplanen "Vendepunkt", som, med sine 50 tiltak, er regjeringens handlingsplan mot vold i nære relasjoner. For eksempel er forebyggende arbeid mot nyankomne innvandrere berørt i tiltak 15 i Vendepunkt, tiltak 11 i handlingsplan mot tvangsekteskap og tiltak 18 i handlingsplan mot kjønnslemlestelse.

For skoler, helsetjeneste, politi og andre instanser som skal gjennomføre de mange tiltakene, kan det kanskje fortone seg som om det er mange initiativ og mange handlingsplaner å følge opp. Og det kan hende at tiltakene glir over i hverandre, ettersom det er innholdsmessig likhetstrekk og overlapp. For regjeringen og de enkelte departementer er det likevel

behov for å sjekke ut om et tiltak er realisert og om målene med tiltaket er oppnådd. For oss som skal evaluere, blir det viktig å finne balansen mellom en evaluering hvor man undersøker om et tiltak er gjennomført, og på den annen side en reflekterende evaluering der det større bildet får mer plass enn enkelttiltak. Oxford Research har så langt hatt hovedfokus på tiltak og resultater av tiltak. Vi ser for oss å vie mer oppmerksomhet mot handlingsplanen som helhet i tiden som kommer og beskrive dette i vår sluttrapport.

Til denne delrapporten har vi hentet inn data om gjennomføring av fem tiltak. Vi har også data om institusjonalisering og styring.

Våre funn og anbefalinger kan framstilles i en oversiktstabell som nedenfor:

Tabell 6: Funn og anbefalinger

Område	Tema/tiltak	Funn / vurdering	Anbefalinger
	Styring og koordinering	God intern styring og nok ressurser i arbeidet med handlingsplanen. Indikasjoner på at BLD kan bli en mer aktiv koordinator.	Oxford Research vil anbefale at BLD i sitt videre arbeid med handlingsplanen vurderer om det er rom for å ta en mer tydelig koordinatrorolle.
Kompetanse- og kunnsapsformidling	5. Nasjonal kompetansefunksjon	Nasjonal kompetansefunksjon, lagt til NKVTS, må anses å være godt etablert.	
	13. Ressursmaterieell for lærere og elever	Spørsmål om Utdanningsdirektoratet har ansvar for og kompetanse til å stå for et kompetansehevingssopplegg. Hører naturlig hjemme hos NKVTS?	Vi vil anbefale at hvis en fremdeles mener at det er formålstjenlig å ha et eget kompetansehevingssopplegg rettet mot ansatte i skolen, så må et slikt opplegg i større grad presiseres fra ansvarlig instans. Det er også rimelig å anta at NKVTS på grunn av faglig spisskompetanse, må ha en vesentlig rolle i utføring og gjennomføring av et slikt tiltak.
Forebygging og holdningsskapende arbeid	20. Økonomisk støtte til frivillige organisasjoner	Tiltaket er godt implementert.	<ul style="list-style-type: none"> Informere om tilskudd. Bufdir bør vurdere om tilskuddsordningen i stor nok grad er tilgjengelig på deres nettsider. Vurdere prosjektstrategien. Man bør ta stilling til om en skal ha en langvarig satsing på visse prosjekter og aktører, eller en blanding av små og store prosjekter. En bør også vurdere om det er rett tematisk type tiltak som tilgodeses. Tiltak som fokuserer på opplysning og helsemessige konsekvenser bør prioriteres. Vurdere målgruppene for støtte. Man bør vurdere om tilskuddsordningen i stor nok grad fokuserer på isolerte grupper i forhold til kunnskap og debatt om kjønnslemlestelse.
	22. Informasjonsarbeid	Tiltaket er relativt godt implementert.	<ul style="list-style-type: none"> Tidspunkt for tildeling av midler bør flyttes til tidligere på året og tidsintervallet mellom tildeling av midler og årsrapportering må vurderes. Kvinnegrupper bør baseres på eksisterende miljøer og drives på kvinnenes premisser. Det bør vurderes om menn skal fokuseres sterkere og i så fall hvordan menn i større grad kan involveres.
	23. Ressursgrupper i helseregionene	Lokale tiltak blir iverksatt.	<ul style="list-style-type: none"> Det bør gjøres en vurdering av realismen i og behovet for å få til velfungerende regionale ressursgrupper. Det bør vurderes tiltak for å få med flere representanter for de berørte miljøene og sikre kontinuitet blant disse. Fokuset på lokale tiltak bør økes. Det bør etableres erfaringer rundt beste praksis innen lokale tiltak.

Kilde: Oxford Research

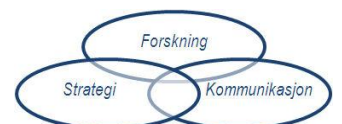
Litteratur:

Veileder om regelverk, roller og ansvar knyttet til kjønnslemlestelse. [Oslo]: Barne- og likestillingsdepartementet (BLD). (2008).

Handlingsplan mot kjønnslemlestelse: handlingsplan 2008-2011. Departementene.

Læreplanverket for Kunnskapsløftet: Prinsipper for opplæringen. (2006). Oslo: Utdanningsdirektoratet.

Undervisning om seksualitet: et ressurshefte for lærere i grunnskoleopplæringen. (2009). Oslo: Utdanningsdirektoratet.



Oxford Research AS, Kjølita 42, 4630 Kristiansand, Norge, Tlf. 40 00 57 93, www.oxford.no