



Refleksjon og strategi



Evaluering av handlingsplan mot kjønnslemlestelse. Tredje 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:	Refleksjon og strategi
Undertittel:	Evaluering av handlingsplan mot kjønnslemlestelse. Delrapport tre.
Oppdragsgiver:	Barne- og likestillingsdepartementet
Prosjektperiode:	2008-2011
Prosjektleder:	Tore Neset
Forfattere:	Tore Neset, Tor Egil Viblemo og Dag Ellingsen
Kort sammendrag:	Evaluering av seks tiltak i regjeringens handlingsplan mot kjønnslemlestelse. I denne rapporten, som er tredje delrapport, har vi satt fokus på gjennomføring av planen og på resultater.

Forord

Oxford Research har arbeidet med evaluering av handlingsplanen mot kjønnslemlestelse over noe tid. Vi leverte første delrapport høsten 2009, andre delrapport i 2010 og vi har nå fulgt planen og tiltakene videre. Handlingsplaner har en særstilling som verktøy i offentlig forvaltning ved at de er sektorovergripende 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 og resultater av tiltakene i planen, men også om handlingsplanarbeid som sådan.

Vi takker alle de aktører som har bidratt gjennom intervjuer, dokumenter 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, 30. juni 2011



Harald Furre

Adm. dir.

Oxford Research AS

Innhold

Kapittel 1.	Sammendrag	9
Kapittel 2.	Innledning.....	11
2.1	Oppdraget	11
2.1.1	Underveisrapportering.....	11
2.2	Struktur i rapporten	13
Kapittel 3.	Metode.....	14
3.1	Dokumentstudier	14
3.2	Intervju	14
3.3	Casestudier	15
3.4	Kartlegging.....	15
Kapittel 4.	Konklusjoner	16
4.1	Resultater og effekter.....	16
4.2	Prinsipielle spørsmål og utfordringer.....	17
4.3	Tid for refleksjon og strategi med blikket fremover	20
Kapittel 5.	Nasjonal kompetansefunksjon	22
5.1	Om tiltaket.....	22
5.2	Mål for NKVTS	22
5.3	Gjennomføring av planen.....	22
5.4	Problemstillinger.....	23
5.4.1	Disposisjon.....	23
5.5	Innledende analyse av NKVTS og kontekst.....	23
5.5.1	Det politiserte feltet	23
5.5.2	Den vanskelige diskusjonen om omfanget.....	25
5.5.3	Levekårsproblemene.....	26
5.6	Analyse av kompetansefunksjonene.....	27
5.6.1	Grunnleggende perspektiver og strategier.....	27
5.6.2	Tematikk.....	29
5.6.3	Kunne man fått bedre kunnskap om omfanget?	29
5.7	Oppsummering og konklusjoner	30
Kapittel 6.	Bruke foreldrenettverk i skolen	31
6.1	Spørsmål.....	31
6.2	Status for tiltaket	31
6.2.1	De sentrale aktørenes tilnærming og aktiviteter.....	31
6.3	Eksempel fra kommune	32

6.4	Konklusjoner	32
6.5	Vurderinger/Anbefalinger	33
Kapittel 7.	Bevisstgjøring av nyankomne innvandrere om kjønnslemlestelse og konsekvensene	34
7.1	Problemstillinger	34
7.1.1	Disposisjon	34
7.2	Kontekst – opplæringssystemet	34
7.2.1	Opplæring i norsk og samfunnskunnskap	34
7.2.2	Målgruppe - Deltakere i opplæring i norsk og samfunnskunnskap	35
7.2.3	Undervisningspersonell i norsk og samfunnskunnskap	36
7.2.4	Undervisningen i praksis – deltakelse etter spor	36
7.3	VOXs implementering av tiltak 18	36
7.4	Vurdering av etterutdanningstilbudet	37
7.5	Kunnskapsbasert dialog i praksis – hva gjøres ved skolene?	37
7.5.1	Caseskole A	37
7.5.2	Caseskole B	39
7.6	Caseskole C	40
7.6.1	Resultater fra stikkprøve-kartlegging	42
7.7	Oppsummering og konklusjoner	45
7.8	Anbefalinger	47
Kapittel 8.	Økonomisk støtte til frivillige organisasjoner	49
8.1	Funn i andre delrapport 2010	49
8.2	Problemstillinger 2011	50
8.3	Tilskuddsforvaltning	50
8.4	Resultater	50
8.4.1	Eksisterende kunnskap	50
8.4.2	Erfaringer og vurderinger	51
8.5	Oppsummering og anbefalinger	52
Kapittel 9.	Videreføre og styrke arbeidet mot kjønnslemlestelse i ressursgruppene i de fem helseregionene	54
9.1	Tiltak 23	54
9.2	Nettverk	54
9.3	Målgruppedebatt	55
9.4	Metodevalg	55
9.5	Aktørmangfold	56
9.6	Kompetansestrid	56
9.7	Finansiering	57
9.7.1	Finansiering og institusjonalisering	57
9.8	Oppsummering	57

Kapittel 10.	Styrke informasjon om kjønnslemlestelse i forbindelse med svangerskapskontroll	59
10.1	Tiltaket.....	59
10.1.1	Aktører	59
10.1.2	Aktiviteter: Hjelp og informasjon.....	59
10.2	Funn	59
10.2.1	Høyt kunnskapsnivå ved helsestasjonene	59
10.2.2	Særlig høyt kunnskapsnivå der hvor de aktuelle kvinnene bor	59
10.2.3	Lite kunnskap om privatpraktiserende jordmødre og fastleger	59
10.2.4	Kvinnene får den helsehjelpen de skal ha	59
10.2.5	Men får de kunnskap om forbud?	59
10.2.6	For mye kunnskap?.....	60
Kapittel 11.	Litteraturliste/referanser.....	61

Tabelliste

Tabell 1: Tiltakenes evalueringsperiode.....	11
Tabell 2: Tiltak som evalueres i tredje delrapport.....	12
Tabell 3: Intervjuer 2011.....	15
Tabell 4: Deltakere i norsk og samfunnskunnskap 2008-2009 etter fylke.....	35
Tabell 5: Hva gjøres i praksis?	42
Tabell 6: Erfaringer fra skoler, ledere og lærere.....	43

Figurliste

Figur 1: Resultatkjeden.....	Feil! Bokmerke er ikke definert.
Figur 2: Endringsmodell.....	17
Figur 3: Deltakere i opplæring i norsk og samfunnskunnskap fra 2002-2003 til 2008-2009 etter kjønn.....	35
Figur 4: Endringsmodell.....	46
Figur 5: Endringsmodell og tiltak 18	47

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 ressursenter 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 tredje delrapport, har vi satt fokus på gjennomføring av planen og på resultater.

Vi har spesielt evaluert tiltakene som berører etablering av en nasjonal kompetansefunksjon rettet mot kjønnslemlestelse, bruke foreldrenettverk i skolen, bevisstgjøring av nyankomne innvandrere om kjønnslemlestelse og konsekvensene, økonomisk støtte til frivillige organisasjoners forebyggende arbeid, arbeidet i nettverk (ressursgruppene) i de fem regionene og styrke informasjon om kjønnslemlestelse i forbindelse med svangerskapskontroll.

Vi har primært benyttet kvalitativ metode i arbeidet med denne delrapporten. Formålet med den kvalitative undersøkelsen har primært vært å få innsikt i resultater og effekter av enkelttiltak

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. KJØLL -prosjektet leverer etter planen, dog med noen forsinkelser. Vi påpeker mange utfordringer og dilemmaer som KJØLL -prosjektet må forholde seg til.

Tiltak 15 dreier seg om å bruke foreldrenettverk i skolen. Vi finner at det trolig i liten grad skjer aktiviteter som et resultat av tiltak 15. Vi spør om det er behov for mer oversikt og statusrapportering. Vi stiller videre spørsmål ved om foreldrenettverk og foreldreutvalg er egnede arenaer for informasjonsarbeid og dialog slik de fungerer i dag.

Tiltak 18 gjelder bevisstgjøring av nyankomne innvandrere om kjønnslemlestelse og konsekvensene. Oxford Research konkluderer med at VOX har utført og implementert tiltak 18 i tråd med slik tiltakets resultatmål er beskrevet. De har utført og gjennomført tiltak 18 i henhold til forutsatt tidsplan. Vi finner imidlertid at implementeringen på den enkelte skolen i praksis er utfordrende. Det synes å være betydelige variasjoner mellom ulike skoler. Vi anbefaler fortsatt fokus på kompetanseoppbygging av skolele-

dere og lærere. Vi peker videre på at man bør vurdere og bygge sterkere infrastruktur og samarbeid mellom skolene og helsetjenesten/RVTSene. Det kan også være fornuftig å etablere erfaringsdatabase med "best practice".

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. Det er imidlertid meget utfordrende å få kunnskap om resultatene og om tilskuddsordningen bidrar i retning av kunnskapsendring og holdningsendringer i målgruppen. Vi peker på noen mulige resultater og hypoteser når det gjelder kunnskaps- og holdningsendringer. Vi anbefaler at BufDir vurderer prosjektstrategien og målgruppene.

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 nettverk i de fem helseregionene. Helsemyndighetene presiserer at T23 handler om å etablere nettverk. Det er etablert god fagkompetanse i det offentlige. Feltet preges av mange aktører, som til dels ikke vet om hverandre. Det kan være behov for noe mer koordinering i det operative feltet. Forholdet mellom eksperter og likemenn bør vies oppmerksomhet. Likemenn har i mange sammenhenger bedre gjennomslag og legitimitet. Arbeidet til grasrotaktivister som PMV og PAWA bør sannsynligvis styrkes. Det er ulike syn på hvilken metode som virker best. Vi mener spørsmålet om hva som virker best bør drøftes, med tanke på etablering av en beste praksis.

Tiltak 30 omhandler styrket informasjon om kjønnslemlestelse i forbindelse med svangerskapskontroll. Vi finner at det er høyt kunnskapsnivå ved helsestasjonene. Kvinnene får i hovedsak den helsehjelpen de skal. Samtidig er det en del utfordringer, særlig i forholdet mellom behandling og kontroll. Det synes også å være utfordringer knyttet til journalføring.

Handlingsplanen mot kjønnslemlestelse er kommet i en fase der det for noen tiltak og tjenesteområder er etablert solide kompetansestrukturer og forankring, mens andre er kommet kortere. Hovedinntrykket er at arbeidet har modnet og det er skapt mye aktivitet.

Resultatene når det gjelder kunnskapsendringer og holdningsendringer er usikre.

Man begynner å kunne få erfaringer på gode måter å arbeide på og hva som er barrierer. Det er en del grunnleggende utfordringer og prinsipielle spørsmål som berører handlingsplanen som helhet og mange enkelttiltak. Det er mangel på evidensbasert kun-

skap både om omfang og hvilke virkemidler og verktøy som gir kunnskaps- og holdningsendringer. Dette gjør det utfordrende å utarbeide målrette tiltak og også evaluere virkninger.

Kort sagt: Det er tid for refleksjon og bevisst strategi med blikket rettet fremover

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 var 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

Første delrapport

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.

Andre delrapport

Oxford Research evaluerer årlig tiltakene 5, 20 og 23. Tiltakene 13, 15, 18, 22 og 30 evalueres i mer begrensede tidsvinduer. I den andre delrapporten ble spesielt tiltak 13 og 22 undersøkt nærmere, sammen med de som evalueres årlig.

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

I andre delrapport pekte vi bl.a. på følgende funn:

Overordnet fant vi at arbeidet med handlingsplanen var på god vei, men med variasjoner mellom ulike tiltak. Det var i hovedsak god intern styring og nok ressurser i arbeidet med handlingsplanen. Vi pekte videre på en del konkrete utfordringer i implementeringen av de enkelte tiltakene.

Tredje delrapport

Tilnærmingen vil bygge på seks enkelttiltak som er valgt ut for evaluering. Tabellen nedenfor viser at vi i tredje delrapport vil foreslå å undersøke tiltak, 5, 15, 18, 20, 23 og 30.

Tabell 2: Tiltak som evalueres i tredje delrapport

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
15	Bruke foreldrenettverket i skolen	2011
18	Bevisstgjøring av nyankomne innvandrere om kjønnslemlestelse og konsekvensene	2011
30	Styrke informasjon om kjønnslemlestelse i forbindelse med svangerskapskontroll	2011

Kilde: Oxford Research AS

Evalueringstilnærming

Det finnes mange ulike typer av evalueringer. Et viktig skille er mellom prosessevalueringer og effektevalueringer. Effektevalueringer dreier seg primært om å sannsynliggjøre statistisk målbare sammenhenger mellom tiltak og effekt. Prosessevalueringer er av mer kvalitativ karakter der vekten bl.a. legges på å forstå hvorfor ting skjer eller ikke skjer og hvordan utviklingen er.

Evalueringen av handlingsplanen mot kjønnslemlestelse er i liten grad en evaluering som bygger på statistisk målbare sammenhenger. Hovedfokuset er en kvalitativ tilnærming for å få dypere innsikt.

Vi har likevel brukt begrepene resultater og effekt, for å tydeliggjøre at fokuset i tredje delrapport er på hvordan handlingsplanen virker i praksis.

Evalueringskriterier

I evalueringer er det svært viktig å klargjøre evalueringskriteriene. Hva er utgangspunktet for å vurdere resultater og effekter *i denne evalueringen?*

Handlingsplanens formål og resultatmål.

Det generelle utgangspunktet for å vurdere resultatene og effektene er handlingsplanens formål og resultatmål. Dette er et viktig utgangspunkt for å vurdere utviklingen og arbeidet med handlingsplanen.

Aktørenes operasjonalisering av formål og resultatmål

En del av tiltakenes resultatmål er forholdsvis generelt beskrevet i handlingsplanen. Det vil følgelig kunne være interessant også å vurdere resultater ut fra hvordan ansvarlig myndighet har operasjonalisert formål og resultatmål.

Resultater og effekter

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

Effekt er langsiktige virkninger som vi måler på et høyere analysenivå enn resultater. Effekten vil i denne sammenhengen være knyttet til kunnskap om kjønnslemlestelse, kjennskap til lovverk og holdningsendringer.

I evalueringen av tiltakene vil vi i liten grad kunne måle effekt direkte blant de berørte grupper. Det er meget utfordrende å måle denne typen effekter. Det finnes begrenset forskning om kunnskapen og holdningene til kjønnslemlestelse. I hovedsak vil vi basere effektdiskusjonene knyttet til kunnskap om kjønnslemlestelse og holdningsendring på synspunkter og refleksjoner blant myndigheter og utøvere i feltet og eksisterende kunnskap innen forskningen. En slik diskusjon kan belyse tiltakenes egnethet og sannsynlige resultater for forebygging og holdningsendring.

Det er i størst grad mulig å diskutere effektene av planen i forhold til myndighetenes arbeid og tjenestetilbud.

Det er metodisk utfordrende å diskutere langsiktige virkninger av en handlingsplan. Det vil derfor være betydelig usikkerhet og begrensninger i tolkninger og konklusjoner.

Måler ikke omfanget av kjønnslemlestelse

I tillegg til økt kompetanse og holdningsendring er målsetningen med handlingsplan mot kjønnslemlestelse at denne praksisen avvikles, og at ingen norske jenter/kvinner eller ingen som bor i Norge utsettes for dette.

Det er gjort forsøk på å kartlegge omfanget. Det viser seg å være vanskelig å få verifisert et antall og en antar at det er et mørketall i tillegg til de tilfellene som har blitt verifisert de siste årene.

Metodisk er det svært komplisert å få frem informasjon og klare å få verifisert om jenter/kvinner har blitt kjønnslemlestet. Dette blant annet fordi det er straffbart, og få er villige til å fortelle om straffbare handlinger som er foretatt.

Evalueringen av kjønnslemlestelse vil *ikke* forsøke å vurdere handlingsplanens effekt på omfanget av kjønnslemlestelse i Norge, men vi diskuterer denne problematikken mer inngående i kapittel 5.

2.2 Struktur i rapporten

I kapittel 3 presenteres den metodiske tilnærmingen. Kapittel 4 inneholder generelle overordnede konklusjoner og refleksjoner. For de enkelte tiltakene er resultatene og effektene mest detaljert beskrevet i de enkeltvise kapiteler. Vi redegjør videre for det vi vurderer som noen viktige prinsipielle spørsmål og utfordringer.

Kapittel 5 til 10 inneholder en gjennomgang og evaluering av utvalgte enkelttiltak.

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.

Vi har primært benyttet kvalitativ metode i arbeidet med denne delrapporten. Formålet med den kvalitative undersøkelsen har primært vært å få innsikt i resultater og effekter av enkelttiltak.

Vi har valgt en metodisk bred tilnærming, hvor vi i stor grad undersøker evalueringens problemstillinger gjennom dokumentanalyse, intervjuer og casestudier. I tillegg har vi gjennomført en mindre spørreskjemaundersøkelse.

Styrken i en kvalitativ tilnærming er at vi får et materiale som gir en større analytisk dybde og innsikt. I tillegg er det et poeng for oss at en kvalitativ tilnærming kan fange opp fenomener på resultat og effektsiden, som man i en kvantitativ undersøkelse ikke kan forutse og derved heller ikke fange opp.

Datainnsamlingen har blitt gjennomført i 2011.

3.1 Dokumentstudier

Som grunnlag for denne evalueringen har Oxford Research hatt tilgang til kartlegginger utført av ansatte ved NKVTS/KJØLL (Jonassen og Saur 2011) og Nakmi (Sajjad 2010). Det er foretatt dokumentstudier av produkter levert av KJØLL-programmet, det være seg på papir, nett eller begge deler. For å kjenne noe av historikken på feltet er også evalueringen av OK-programmet studert (Lien 2005). Dette er forløperen til KJØLL, og evalueringen ble foretatt av Inger Lise Lien som nå er faglig leder for KJØLL.

For å bli kjent med annen kunnskapsproduksjon på feltet, samt særlig å bli kjent med den faglige debatten, har vi gjennomgått to nylig utgitte bøker: "Omskjæring. Stopp" (Foss (red.) 2010) og "Kulturens makt. Kvinnelig omskjæring som tradisjon og

tabu." (Talle 2010). Videre har vi sett på rapporter fra Nakmi og INN.

I dokumentanalysen har vi dessuten sett på resultatrapporteringer og vurderinger.

Dokumentanalyse har vært spesielt sentralt i forhold til tiltak 5, 18, 20 og 30. Dokumentene har også vært viktige for den helhetlige forståelsen av feltet.

3.2 Intervju

Intervjuer er en betydelig del av det kvalitative datatilfanget i delrapporten. Vi har benyttet intervju som underlag til alle tiltakene vi har sett på i denne evalueringen.

Intervjuene har i all hovedsak 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.

En av medarbeiderne fra Oxford Research Intervjuet i februar 2011 samtliges ansatte i KJØLL-programmet. Intervjuene var relativt løst strukturerte basert på svært forskjellig tematikk og faglig bakgrunn hos de enkelte medarbeidere. Hvert intervju varte fra 1-1,5 timer. Intervjuene hadde grovt sett to mål: Det ene var å diskutere KJØLLs rolle i et politisert meningsfelt. Det andre var å få en oversikt over hva programmet hadde levert og skulle levere i nærmeste framtid, samt diskusjon om eventuelle tilnærminger som ikke var benyttet. Noen av intervjuene er fulgt opp med tilleggs-spørsmål per epost i etterkant.

I forhold til tiltak 15 har vi hatt samtaler med Utdanningsdirektoratet, Minoritetsspråklig ressursnettverk (MiR), Foreldreutvalget for grunnskolen (FUG) sentralt og intervjuer med Kommunalt foreldreutvalg i en større by.

På tiltak 18 er det gjort intervjuer med VOX (flere intervjuer) og skoleaktører i voksenopplæringen.

Tiltak 20 er belyst gjennom intervju med Bufdir som tilskuddsforvalter. Det er også gjennomført intervjuer med to tilskuddsmottakere.

I arbeidet med tiltak 23 har vi hatt behov for å samle data på myndighetsnivå (Sosial- og helsedirektoratet) og hos offentlige aktører (RVTS og NKVTS) samt ikke minst hos frivillige organisasjoner som opererer i feltet. Vi har intervjuet representanter fra Røde Kors, Primærmedisinsk verksted (PMV) og Pan African Womens Association (PAWA).

Tiltak 30 er søkt belyst gjennom intervjuer med to leger, hvorav en med særlig bred kunnskap om feltet.

Tabell 3 gir en oversikt over intervjuene som er foretatt i denne fasen:

Tabell 3: Intervjuer 2011

Tiltak	Kilde	Antall
5	NKVTS	6
15	U-dir, FUG, MIR, KOM-FUG	4
18	VOX, skoleledere/lærere i voksenopplæring	8
20	Bufdir og tilskuddsmottaker	2
23	SH-Dir, RVTS, NKVTS, Røde Kors, PMV, PAWA	7
30	Leger	2

Kilde: Oxford Research AS

3.3 Casestudier

For noen av tiltakene har vi anvendt en casetilnærming

Dette gjelder tiltak 18 og 20.

I tiltak 18 har vi gjennomført caseundersøkelse av 3 skoler med voksenopplæring i norsk og samfunnskunnskap for innvandrere.

Caseskolene er plukket ut blant de 20 største skolene med opplæring i norsk og samfunnsfag for innvandrere. Utvalget er gjort tilfeldig fra de 20

største skolene. Grunnlaget for utvalg er en liste sendt fra VOX der antallet som tar norskprøver er brukt som indikator som størrelse på skole. VOX hadde ikke direkte tilgjengelig antall deltakere pr. skole. Oppmeldte til norskprøver gir etter VOX vurdering et rimelig godt uttrykk for antall elever ved skolen.

I tiltak 20 har vi i 2011 undersøkt en tilskuddsmottaker gjennom intervjuer og dokumentanalyse. Vi har tidligere 2008-2010 gjort casestudier av 5 fem tilskuddsmottakere/søkere I den tredje delrapporten har vi gjennomgått de dokumenter vi har hatt tilgjengelig av søknader, rapporteringer og tidligere funn. Vi har således også analysert de casestudiene som vi undersøkte i 2008-2010. Vi har videre gjennomgått søknader og rapporteringer for andre tilskuddsmottakere i årene 2008-2010. Vi har også sett på tilbakemeldinger fra en undersøkelse Bufdir har gjort blant tilskuddsmottakerne om vurderinger av tilskuddsordningen og resultater av denne. Denne undersøkelsen ble sendt ut til 33 frivillige organisasjoner. 12 organisasjoner svarte

3.4 Kartlegging

I forbindelse med evalueringen av tiltak 18. har vi også gjort en mindre kartlegging pr. e-post til voksenopplæringsskoler. Skoler til kartleggingen er plukket ut fra samme liste fra VOX der vi har plukket ut 10 skoler blant de 30 største skolene (vi har ikke tatt med de tre caseskolene). Ved utvalget av de 10 skolene har vi forsøkt å ta hensyn til lokalisering og geografi. Vi har forsøkt å få med skoler i alle landsdeler og flest mulig fylker blant de 30 største voksenopplæringsskolene.

Kapittel 4. Konklusjoner

I dette kapittelet redegjør vi først for refleksjoner rundt resultater og effekter av planene som helhet og enkelttiltak. Vi forsøker å løfte frem noen hovedkonklusjoner her. For de enkelte tiltakene er resultatene og effektene mest detaljert beskrevet i de enkeltvise kapiteler. Vi redegjør videre for det vi vurderer som noen viktige prinsipielle spørsmål og utfordringer.

4.1 Resultater og effekter

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

Med forankring menes blant annet at det er etablert betydelig bevissthet og kompetanse om KLL i relevante tjenester.

Det er også et mål å diskutere handlingsplanens resultater og effekter når det gjelder kunnskaps- og holdningsendringer.

I denne tredje delrapporten er fokus på arbeidet i det utøvende forvaltningsnivået.

Kompetanseinfrastruktur er skapt, men ulikheter i implementering og resultater

Oxford Researchs hovedinntrykk er at det er etablert solide kompetansestrukturer i den utøvende helse-tjenesten. Handlingsplanen er i stor grad implementert og gjennomført når det gjelder helseapparatet. Et gjennomgående funn er at kunnskap om KLL og hvordan man skal forholde seg til kvinner som har vært utsatt for dette, er godt *forankret* i norsk helsevesen (Nakmi 2010, Jonassen og Saur 2011). Dette synes å være i betydelig grad et resultat av handlingsplanen, selv om man har bygget videre på eksisterende kompetanse.

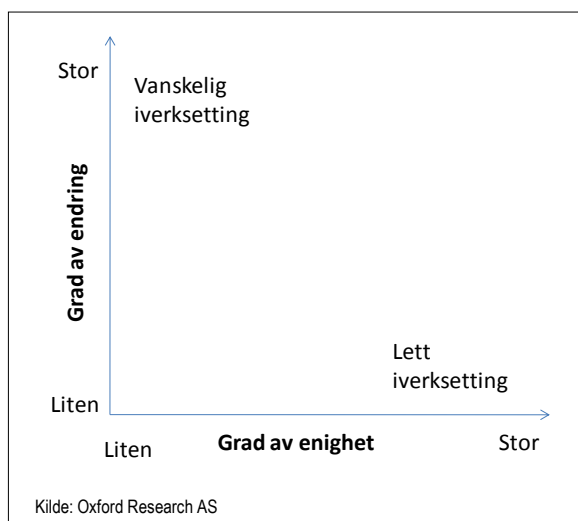
Det betyr ikke at helsesiden ikke også har dilemmaer og utfordringer når det gjelder handlingsplanen, se nærmere bl.a. tiltak 30. og diskusjonen under tiltak 5.

NKVTS har en viktig rolle i handlingsplanen. NKVTS har produsert og bidratt med viktige kunnskap og kompetanse. Vi finner at NKVTS og KJØLL-programmet leverer etter planen, med noen forsinkelser. Vi finner imidlertid at de må forholde seg til en komplisert kontekst, der det er mange dilemmaer i hvordan man fremstiller og vektlegger informasjon og formidling.

På den andre siden synes det å være betydelig mer utfordringer i resultatene og implementeringen for tiltakene som gjelder skole og utdanning. For tiltak 15 og 18 som gjelder kompetanse, ser vi betydelige utfordringer når det gjelder forankring og implementering og gjennomføring av planen. For tiltak 18 gjelder det når opplæringen skal gjennomføres i praksis, mens selve implementeringen og kursingen fra VOXs side har vært vellykket, se nærmere tiltak 18.

Oxford Research gir en mulig fortolkning av den ulike graden av forankring og implementering mellom ulike tiltak og tjenestoområder. Det synes som to organisatoriske variabler fanger opp en del av forklaringene.

Figur 1: Endringsmodell



Poenget er at graden av endring i handlinger og det man skal gjøre er mye mindre for de fleste tiltakene på helsesiden. De oppgaver man skal gjøre er innbygget i profesjonen og handler om helse. Det er ikke en revolusjonær endring i nye oppgaver. Det kan være man blir tillagt flere plikt oppgaver og administrativt registrering, samt at man kan oppleve konflikt mellom rollene som behandler og kontrollør. For opplæring ved voksenopplæringskolene er det derimot en stor grad av endring. De fleste skolene og lærerne har forholdsvis liten kompetanse i tematikken og den oppfattes ikke som en del av "lærerrollen".

Mye aktiviteter og økt kompetanse innen forebyggende arbeid, men usikre resultater.

Vi finner at det er skapt mange aktiviteter og gitt mye informasjon til mange i den aktuelle målgruppen. Det er også klare indikasjoner på at bl.a. handlingsplanens tiltak 20 og 23 har økt fokus og økt kompetanse blant de frivillige organisasjoner og nettverk når det gjelder kjønnslemlestelse.

Det er samtidig sannsynlig at det er en del i målgruppen som ikke er nådd.

Hvorvidt informasjon og bevisstgjøring faktisk har endret kunnskaper og holdninger i målgruppen, vet vi ikke sikkert.

På grunnlag av den samlede informasjonen vi har gjennomgått, vil vi peke på følgende *hypoteser*:

- Det synes rimelig sannsynlig at det har skjedd endringer i kunnskaper om helsekonsekvenser og forståelse for fenomenet kjønnslemlestelse som konsekvens av fore-

byggende og opplysende arbeid. Noen egne evalueringer der deltakeren selv vurderer utbyttet av kurs og informasjon og tilbagemeldinger fra frivillige organisasjoner og andre aktører i handlingsplanene støtter en slik hypotese.

- Om det skjer endringer i holdninger er meget usikkert. En del tiltakemeldinger tyder på at mange uttaler avstand til grovere former for kjønnslemlestelse, men på den annen side i større eller mindre grad uttaler seg mer positivt om mildere former (sunna).

Som vi kommer tilbake til er det uansett meget utfordrende å måle resultater og effekter når det gjelder kunnskapsendringer og holdningsendringer til kjønnslemlestelse.

4.2 Prinsipielle spørsmål og utfordringer

I arbeidet med handlingsplanen mot kjønnslemlestelse, er det flere prinsipielle spørsmål og utfordringer som berører flere tiltak og handlingsplanene som helhet. Flere av disse spørsmålene og utfordringene er viktige for å forstå funnene i de enkelte tiltakene. Etter vår vurdering er det også viktig å peke på en del slik spørsmål og utfordringer for å kunne bidra til forbedring og justering i forhold til implementering og iverksetting av handlingsplanen mot kjønnslemlestelse.

Hvem er og bør være målgruppen?

I flere tilfeller gjennom evalueringen av handlingsplanen mot kjønnslemlestelse, dukker det opp spørsmål om hvem som er og bør være målgruppen.

Gjennom evalueringen har spørsmål om hvem målgruppen er og bør være dukket opp med jevne mellomrom. Særlig har problemstillingene vært fremme i diskusjonen av tiltak 20 og tiltak 23.

Noen hevder at det i for stor grad har vært fokus på visse landgrupper, særlig somaliere, eritreere, etiopiere og kurdere. I tiltak 23 fremhever vi at det er ulike meninger om hvor begrunnet denne fokuseringen har vært. I evalueringen av tiltak 20 er liknende påstander kommet frem. Der indikeres det imidlertid at det kan være vanskelig å nå ut til andre grupper.

Oxford Research mener det er grunn til å reflektere over hvilke grupper man har nådd og om det er grupper som i mindre grad er nådd. Påstander om at det offisielle virkemiddelapparatet når fram til de somaliske miljøene, men ikke til de øvrige etniske

gruppene som er berørt av KLL- problematikken, bør man også vurdere. Om det skulle være slik at KLL- problematikken og det offisielle virkemiddelapparatet praksis har konsentrert seg om visse grupper, kan det *ha vært* en fornuftig strategi. En plass må man begynne. Det er nå tid for refleksjon og strategisk fokus på udekkete behov.

Virkemiddeldebatt

En gjennomgående problemstilling er uenighet og usikkerhet om virkemidlene og strategien for å endre kunnskaper og holdninger til kjønnslemlestelse.

Det grunnleggende spørsmålet er i stor grad: Gjør man de riktige tingene for å nå målene? Bruker man de riktige strategiene og virkemidlene i arbeidet med gjennomføringen av handlingsplanen? Hva virker og hva virker ikke?

Vi finner gjennomgående at det er betydelig uenighet om virkemidler og strategier. Et hovedskille går mellom dialogbaserte tilnærminger på den ene siden og avskrekkingsstrategier på den andre siden (se særlig tiltak 5 og 23 for en diskusjon). Dette er en problemstilling som vi omtaler i så godt som alle tiltakene.

Denne uenigheten og virkemiddel-mangfoldet får etter vår vurdering konkrete konsekvenser:

I det *direkte arbeidet* med de berørte som frivillige organisasjoner utfører, kan det medføre at "everything goes". Det kan føre til "ulike skoler" i det forebyggende arbeidet. På den ene siden kan et slikt mangfold i tilnærminger være fruktbart. Det kan skape ulike aktiviteter og få tilgang til miljøer som man ikke ville ha fått med bare én metodikk og tilnærming. Det er også i utgangspunktet naturlig at det nettopp er ulike tilnærminger og synspunkter i et felt der man ikke har sikker kunnskap og som samtidig er politisert.

Det er imidlertid også noen risikoer. Ulike måter å arbeide på og ulik informasjon og vektlegging av problematik og konsekvenser, kan *svekke budskapet* til målgruppen.

Vi finner også at en slik kontekstsituasjon er særlig krevende landskap å orientere seg i for NKVTS. Virkemiddeldebatten blir en viktig *faktisk kontekst* for alle aktørene i handlingsplanen.

Omfangsdiskusjonen og konsekvenser for handlingsplanen

De to foregående punktene har nær sammenheng med et grunnleggende problem. Det er ingen sikker kunnskap om omfanget av kjønnslemlestelse.

Av hensyn til arbeidet med forebygging og avverging, av hensyn til potensielle ofre, av hensyn til deres foreldre, er det nødvendig å vite det reelle omfanget av det problemet som skal bekjempes. Vi vil anbefale å bruke de etiske forskningskomiteer til å vurdere og utvikle et undersøkelsesdesign som er etisk begrunnet og forsvarlig, og som kan gi oss svar på disse spørsmål om omfang. (Lien 2005:129)

Slik vi vurderer det er dette det mest grunnleggende problemet, som får konsekvenser i alle faser av handlingsplanen.

Kommunikasjon og levekårsproblemer

Uavhengig av tilnærminger bygger mange av tiltakene på økt kunnskap og kompetanse gjennom ulike former for informasjon. En tverrgående utfordring i hvordan og hva man kommuniserer, er å være bevisst levekårsutfordringene og de kommunikasjonsutfordringer disse medfører. Fra en del av risikolandene vil mange ha særlige utfordringer, slik som analfabetisme og lav utdanning. For eksempel vil mange analfabeter være vanskelig å nå, og man kan anta at mange av dem vil få kunnskapen formidlet gjennom andre. I en del sammenhenger vil barna være familiens inntak til informasjon fra det norske samfunnet, siden de kan lese, går på skole, behersker internett osv.

Denne problemstillingen ser vi i arbeidet med flere av tiltakene. I tiltak 18 ser vi at det særlig er utfordringer i forhold til hvordan en kan nå og kommunisere informasjon til de som er analfabeter. Samtidig er voksenopplæringen en viktig arena der mange med levekårsproblemer og analfabetisme deltar. Det gir en mulighet til å nå denne målgruppen, noe som ellers er utfordrende. I tiltak 20 (som gjelder tilskuddsordningen til frivillige organisasjoner), er hovedinntrykket hittil at man ikke systematisk har oversikt og bevissthet om hvilken del av målgruppen man har bevisstgjort og nådd med kunnskap og holdningsskapende arbeid. Det kan godt være at noen grupper av målgruppen er "overinformert" (muligens somaliere), mens man i liten grad har nådd andre deler av målgruppen. Det vet vi ikke sikkert.

Får man brukt kompetansen? For mye beredskap i noen deler av det offentlige apparatet?

Vi har påpekt at det er etablert solide kompetansestrukturer i helsetjenesten. Det er mange som har fått kurs og økt sin kompetanse.

En utfordring som er påpekt, er at denne kompetansen i liten grad blir praktisert. Er det slik at (for?) mange har gått på mange kurs og lest seg opp på feltet, mens bare et fåtall for bruk for kunnskapen i praksis, utover i spredte tilfeller? Dette kan bety på den ene siden at man bruker mye ressurser på noe som relativt få trenger, samtidig som mange vil sitte på kunnskap de ikke vil få vedlikeholdt i praksis.

Dette er selvsagt ikke et rent kunnskapsspørsmål. Det er i sin natur politisk. Man kan mene at det er behov for og legitimt å bruke mye ressurser for å kunne ha en grunnleggende beredskap, selv om kompetansen i liten grad blir brukt i praksis.

Aktørmangfold og samarbeid i det frivillige arbeidet

Vi finner at det til dels er mange aktører som er engasjert i det forebyggende og holdningsskapende arbeidet mot kjønnslemlestelse.

Dette er tydelig i både tiltak 20 og 23. I tiltak 23 som gjelder forebyggende- og holdningsskapende nettverksarbeid, er det etablert god fagkompetanse i det offentlige. Vi finner imidlertid at feltet preges av mange aktører, som til dels ikke vet om hverandre. Det kan på denne bakgrunn være behov for noe mer koordinering i det operative feltet.

Noe av den samme problematikken finner vi i de frivillige organisasjonenes som mottar støtte i henhold til tiltak. Her er også et mangfold av aktører og det synes å være forholdsvis lite samarbeid i arbeidet mellom organisasjonene.

Det kan imidlertid være urealistisk å forvente at noen skal kunne holde oversikt og koordinere de frivillige aktører.

Er noen tiltak i praksis ikke egnet til å oppnå formålet?

Handlingsplanen involverer mange aktører. Vi ser at det er betydelig ulikhet i gjennomføring og implementering. For noen av tiltakene spørres det også om det egentlig er fornuftige tiltak eller om tiltakene burde plasseres andre steder.

Ett eksempel er tiltak 15 som gjelder å bruke foreldrenettverk i skolen til forebyggende arbeid. Vi finner at det trolig er skapt lite aktivitet som følge av dette tiltaket. Flere av aktørene stiller også spørsmål ved egnetheten til foreldreutvalg og foreldrenettverk som verktøy for å diskutere og ta opp problemstillinger rundt kjønnslemlestelse. Det kommer opp liknende synspunkter i fra voksenopplæringskolene når det gjelder tiltak 18. Her er imidlertid utfordringen i større grad at skolene og lærerne ikke opplever å ha kompetanse, enn at man overhodet vurderer tiltaket som lite egnet.

Oxford Researchs vurdering er at tiltak 15 ikke fungerer etter hensikten, selv om vi ikke sikkert kan si noe om aktivitetene. Gitt slik foreldreutvalget og slik samarbeid mellom hjem og skole synes å fungere i dag, virker det ikke som en realistisk arena for dialog og kunnskapsutvikling om kjønnslemlestelse. På den andre siden er Oxford Researchs vurdering at tiltak 18 er en egnet arena for kunnskapsutvikling. Utfordringen her vil være å bygge kompetansestrukturer og få forankret tiltaket skikkelig i voksenopplæringskolene. Det er også potensial i forhold til å etablere samarbeidsstrukturer med helsetjenesten og RVTSe-ne.

Det generelle poenget er at tiden er inne for å begynne å vurdere hvilke tiltak og verktøy som bør videreføres med eventuelle justeringer og de som etter en nærmere vurdering ikke synes egnet til å oppnå målsetningene med tiltaket og handlingsplanen.

Samorganisering av handlingsplaner?

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. Vi erfarer at det på enkelte områder er grunn til å reflektere og legge en strategi på om spesifikke tiltak i ulike handlingsplaner er det mest hensiktsmessige eller om det

er så store berøringspunkter at man heller må samle tiltakene i en felles handlingsplan. Problemstillingen er bl.a. reist i evalueringen av tiltak som gjelder frivillige organisasjoner og tilskuddsordningen (tiltak 20). På den ene siden vurderes det som en fordel å ha spesifikke tiltak siden det gir mer fokus. På den annen side ser vi at det kan være noe av de samme aktørene og i noen grad samme målgruppe. Spesielt temaet kjønnslemlestelse kan "forsvinne" noe fra fokuset hos de frivillige organisasjonene uten spesifikke tiltak. I det forebyggende arbeidet mot nyankomne innvandrere i tiltak 18 er læremateriellet integrert i tematikken vold i nære relasjoner. I praksis synes det som om det særlig er temaet kjønnslemlestelse som nedprioriteres og/eller oppleves som vanskelig, selv med et eget tiltak i handlingsplanen mot kjønnslemlestelse.

Savn av juridisk, kriminologisk, retts sosiologisk eller retts antropologisk ekspertise?

I handlingsplanen er effektiv håndheving av lovverk et viktig hovedområde. Det er 4 tiltak som gjelder effektiv håndheving av lovverk.

I gjennomføringen av de øvrige tiltakene er det juridiske og retts sosiologiske fokuset i praksis mindre tilstede.

Vi peker blant annet på at NKVTS og KJØLL-programmets ansatte i hovedsak har bakgrunn fra antropologi, medisin, pedagogikk og samfunnsvitenskap ellers. Dette er selvfølgelig en rimelig sammensetning av staben. Det som imidlertid savnes er ekspertise fra fagene nevnt i overskriften over. I Regjeringens handlingsplan er de strenge straffebudene et sentralt virkemiddel i kampen mot kll. I den sammenheng er det rimelig å peke på en rekke sentrale problemstillinger som kunne vært analysert som ledd i å være en nasjonal kompetansefunksjon:

- Hvordan *kommuniserer* man best straffebud til en mottakergruppe der flere vil være analfabeter? Kreves det at straffen tydeliggjøres gjennom aktiv bruk av strafferettsapparatet?
- Hva betyr det at straffebudene skal kommuniseres gjennom personale som også og først og fremst har en behandlingsoppgave?
- Hvor tjenlig er dagens lovgivning mot kll? Retts sosiologen og juristen Anne Hellum har reist

spørsmålet om hvor gjennomtenkt straffebudene mot kll er. Hun mener de kom til uten tilstrekkelig utredning og diskusjon om effektene. http://www.culcom.uio.no/forskning/artikler/docs/anne_hellum-Fleischer.pdf

I de tiltak som gjelder kompetanse- og kunnskapsformidling, ser vi at det juridiske og forbudet er noe som i læremidlene kommuniseres. Slik sett er lovverket og det juridiske ivaretatt. Vi vil stille spørsmål ved om det ikke også er et visst spenningsforhold når man i praksis skal drive kompetanse- og kunnskapsformidling mellom lovverket som tekst og hva som er faktisk virkelighet. Kjønnslemlestelse er i lovverket meget strengt regulert. Men på den annen side er ikke loven blitt praktisert. Man kan spørre seg om lovverket får en preventiv effekt når det er få eller ingen "eksempler" som viser realiteten i straffbarheten. Kontrollintensiteten og den reelle oppdagelsesrisikoen er viktig for en preventiv effekt.

Noe av denne problematikken forteller informanter i voksenopplæringen. De gjennomgår lovverk, men vektlegger mest helsekonsekvenser. Det oppleves noe utfordrende å kommunisere om et forbud som ikke er blitt prøvd og praktisert. Hvor tydelig og troverdig blir da budskapet om at dette er strengt forbudt?

4.3 Tid for refleksjon og strategi med blikket fremover

Vi har forsøkt å formidle at handlingsplanen mot kjønnslemlestelse er kommet i en *fase* der det for noen tiltak og tjenesteområder er etablert solide kompetansestrukturer og forankring, mens andre er kommet kortere. Hovedinntrykket er at arbeidet har modnet og det er skapt mye aktivitet. Resultatene når det gjelder kunnskapsendringer og holdningsendringer er usikre.

Man begynner å kunne få erfaringer på gode måter å arbeide på og hva som er barrierer. Vi vil derfor overordnet anbefale at aktørene fokuserer på å systematisere erfaringer. For en del av tiltakene går en mer over i en fase preget av "drift" og ikke etablering og implementering av tiltakene. For noen av tiltakene kan dette forde en ny strategi og tilrettelegging fra det offentliges side.

Som vi har påpekt er det en del grunnleggende utfordringer og prinsipielle spørsmål som berører handlingsplanen som helhet og mange enkelttiltak. Det er mangel på evidensbasert kunnskap både om omfang og hvilke virkemidler og verktøy som gir kunnskaps- og holdningsendringer. Dette gjør det utfordrende å utarbeide målrette tiltak og også evaluere virkninger. Vi vil likevel betone at det finnes en del erfaringer og "best practice" som er verd å nyttiggjøre seg og systematisere. Man bør ikke kapitule-

re med *ikke* å ha en strategi basert på den kunnskapen som finnes, selv om denne kunnskapen ikke er av høy evidensbasert karakter.

Kort sagt: Det er tid for refleksjon og bevisst strategi med blikket rettet fremover.

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.

5.2 Mål for NKVTS

Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress har i Regjeringens handlingsplan mot kjønnslemlestelse blitt tildelt rollen med å øke kompetanse- og kunnskapsformidlingen. Man skal etablere en nasjonal kompetansefunksjon rettet mot kjønnslemlestelse (tiltak 5). Oppgavene er å:

- Formidle tilgjengelig kunnskap
- Drive kompetanseutvikling
- Bygge nettverk
- Utføre forsknings- og utviklingsarbeid
- Ha en generell rådgivnings- og veiledningsfunksjon overfor yrkesutøvere og ansatte som jobber på feltet.

NKVTS utfører sitt arbeid på dette feltet gjennom det såkalte Kjøll-programmet, ledet av dr. polit Inger Lise Lien med en stab på fire forskere og én kommunikasjonsrådgiver. I tillegg til tiltak 5 beskrevet over, skal KJØLL-programmet også utføre tiltak 6: Kartlegge hvem som jobber med kjønnslemlestelse og deres kompetansebehov, samt 25: Videreutvikle informasjonsmateriell om kjønnslemlestelse.

5.3 Gjennomføring av planen

Tidligere har vi konstatert at alle tiltak som NKVTS har ansvar for rapporteres å være under gjennomføring. For tiltak 6 konstaterte vi at arbeidet var i gang, men lå noe etter avtalt skjema. Her er det nå publisert en meget omfattende oversikt (Jonassen og Saur 2011), som også vil være en viktig del av vår evaluering av tiltak 30. Som en del av tiltak 25 konstaterte vi forrige gang at brosjyren "Kroppen din er perfekt fra naturens side" forelå og ble godt mottatt. Vi vil se litt på denne brosjyren også denne gang. Videre har man publisert en "veiviser" for fagfeltet. Tittelen veiviser erstatter veileder, i det kravene til

autoritet som stilles til en veileder i medisinsk sammenheng ikke er fullt oppfylt her. Det skal etter planen publiseres et antall artikler i meriterende vitenskaplige tidsskrifter med KJØLL-medarbeidere som forfattere. Disse er imidlertid ikke tilgjengelige per juni 2011. En av artiklene vil omhandle formidling til ungjenter gjennom skolen, noe som er et viktig perspektiv.

Enkelt oppsummert leverer KJØLL-programmet det man ønsker og kan levere, dog tidvis noe etter planen. Forsinkete artikler til tidsskrifter er imidlertid noe man må påregne i dagens tidstidsskriftsituasjon.

5.4 Problemstillinger

Hovedfokuset er på å vurdere kompetansefunksjonen til NKVTS. I hvilken grad er denne hensiktsmessig? Er tilnærmingen egnet til å nå målgruppen?

Vi vil legge vekt på å søke å analysere KJØLL som en aktør innenfor og overfor et politisert felt der det finnes polariserte posisjoner og aktører, og der også handlingsplanen inneholder tiltak og budskap som kan være vanskelige å forene. Komplikasjonene blir forsterket ved betydelige levekårsproblemer for store grupper blant dem som til syvende og sist skal gjennomføre atferdsendringer ved å oppgi praksisen med kjønnslemlestelse. Disse levekårsproblemene gjør at risikoen for ytterligere stigmatisering hele tiden kan være et hinder for effektive tiltak, samtidig som det er vanskelig å finne god metodikk for å måle gruppens holdnings- og atferdsendringer. Vi velger denne tilnærmingen fordi den:

- Tydeliggjør de problemer som KJØLL-programmet står overfor i sitt arbeid, og som blir avgjørende for å forstå forskjellige vektlegginger i implementering av de oppgaver som man er tillagt i handlingsplanen
- Tydeliggjør hvor vanskelig det er å sette opp effektmål for tiltakene og planen som helhet.

5.4.1 Disposisjon

Innledende analyse av NKVTS og kontekst

Gangen i denne evalueringen av KJØLL vil være først å presentere det politiserte saksfeltet som omgir virksomhetens arbeid. Dette vil særlig bli belyst

gjennom den vanskelige diskusjonen om omfanget av kjønnslemlestelse (kll) av jenter bosatt i Norge med foreldre fra land der kll er utbredt. Vi argumenterer med at usikkerheten rundt omfanget er et betydelig problem for dem som forsker og formidler på feltet. Dernest vil vi kort påpeke noen av de levekårsproblemene som kjennetegner særlig den somaliske innvandrerguppen. Også dette er en problematikk som legger klare premisser for kunnskapsproduksjon og formidling på feltet. Denne situasjonen betyr også at man har betydelige måleproblemer mht effekten av det som formidles av kunnskap fra NKVTS/KJØLL.

Analyse av kompetansefunksjon

Etter denne innledende presentasjonen av feltet vil vi gjennomgå og analysere KJØLL-programmets formidling og analyse basert på:

- Grunnleggende perspektiver: Hvilke forståelser av kll som fenomen ligger til grunn for KJØLLs arbeid? Hvilke andre perspektiver kunne vært benyttet?
- Målgruppetenkning: Hvilke grupper tar KJØLL sikte på å nå? Kunne man valgt andre grupper? Når man de gruppene man har satt seg som mål å nå?
- Tematisk tenkning: Hvilke temaer tas opp? Hvilke andre temaer kunne vært vektlagt? Prioriteres det riktig?

I

5.5 Innledende analyse av NKVTS og kontekst

5.5.1 Det politiserte feltet

Diskusjonen om kjønnslemlestelse, og særlig hvordan den skal motarbeides, ligger i skjæringsfeltet mellom det faglige og politiske. Dette ble også påpekt i Liens evaluering av OK-prosjektet for seks år siden (Lien 2005), og dikotomien nedenfor har mye tilfelles med hennes inndeling i "De utålmodige og glødende" som ønsker en avskrekkings-strategi og "De hensynsfulle – demperne" som ønsker en dialog-kunnskap- og forståelses-strategi.

Grovt sett handler tilnærmingene om en posisjon som på den ene siden vektlegger kriminalisering og forbud. Man legger vekt på de sterke helseskadene som kll innebærer, og understreker at dette er sterkt forkastelig og forbudt etter norsk lov, og at det er betydelig straff forbundet med både å utføre omskjæringer, medvirke til dem, samt la være å forhindre omskjæringer man må ha skjønt skulle finne sted. Strafferammen for kjønnslemlestelse er i groveste fall på 8 år. Dette plasserer lovbruddet på linje med for eksempel voldtekt eller grov legemsbeskadigelse (maksimum strafferamme 10 år). I praksis har deltakere med denne posisjonen argumentert med at det foregår lemlestelse i et betydelig omfang, og at vi har gjort for lite for å begrense dette gjennom kontrolltiltak og tydelig normutsending. Noe må gjøres tydelig og fort, ellers pågår overgrepene mens vi tester "softe" tilnærming. Kort og noe karikert kan dette karakteriseres som en konfrontasjonstilnærming.

Den andre posisjonen vil ikke benekte de alvorlige skadene ved kjønnslemlestelse, men vil påpeke at dette er en type handlinger som er sterkt forankret i den kulturen som de aktuelle innvandrergруппene kommer fra. Omskjæring utføres tradisjonelt og enkelt sagt for å gjøre kvinner til attraktive ekteskapspartnere, uten inngrepet risikerer hun å forbli enslig livet ut. Skal man komme disse handlingene til livs, må man gå inn i en dialog med de som selv er lemlestet, de som kan komme til å få sine barn lemlestet og de som står i fare for å bli utsatt for inngrepene. Dialogen skal sikre at man oppnår respekt og tillit hos de innvandrerne man skal søke å påvirke til å slutte med dette. Den skal også forhindre at svake innvandrergруппer blir ytterligere stigmatisert. Tilhengerne av denne tilnærmingen legger også vekt på at denne praksisen viser seg å opphøre ikke lenge etter at innvandrerne har bosatt seg i et nytt land. Møtt med de nye landenes vekt på kvinners rettigheter til sin egen kropp og seksualitet, og med ny kunnskap om skadevirkningene, vil praksisen nærmest opphøre av seg selv. Debattdeltakere med denne posisjonen har i flere sammenhenger argumentert med at det foregår svært få inngrep mot kvinner og jenter innvandret til Norge. Kort kan denne tilnærmingen sies å preges av dialog.

I noen sammenhenger kan det virke som om standpunktene vil være influert av generelle holdninger i forhold til innvandringen, dens omfang og konsekvenser. Noen tilhengere av konfrontasjon vil være assosiert med generell skepsis mot innvandrere og innvandring. Videre er dialog ofte framhevet som viktig i det man her har å gjøre med en stigmatisert og utsatt gruppe. På den annen side opplever Oxford Research gjennom sine informanter at det også reises krav om en større grad av konfrontasjon fra personer med dyp innsikt i kll-problematikken, og med svært nyanserte oppfatninger om innvandring i sin alminnelighet og dialogperspektivet spesielt.

Dilemmaer

I en situasjon med slike forskjellige standpunkter skal KJØLL utføre sine oppgaver. Medarbeidere står i fare for å tillegges en posisjon i landskapet nesten uansett hva man vektlegger, eller om man som nå synes å vektlegge å ikke kunne knyttes for tydelig til noen av de to posisjonene. Debatten har i perioder blusset kraftig opp, og det er rimelig å anta at dette kan skje igjen. KJØLLs dilemmapregete situasjon vil måtte prege deres arbeid i forhold til mange problemstillinger i deres formidling og kunnskapsproduksjon:

1. Hvilken informasjon skal presenteres og produseres? Skal man bare presentere det man er helt sikker på? Eller skal man kunne presentere materiale av mer hypotesebyggende karakter?
2. Hvilken informasjon skal prioriteres? Den som omhandler helse og helseskader? Den som går på det strafferettslige innholdet?
3. Hvordan skal innholdet presenteres? Hva slags stil skal man ha?
4. Hvilke mellomledd skal NKVTS benytte seg av for å få informasjonen fram? Hvordan og i hvilken grad skal man søke å få kontroll over hvilket budskap mellomleddene bringer videre til den endelige målgruppen: De som er eller står i fare for å bli kjønnslemlestet, eller kan finne på å få sine barn eller barnebarn omskåret.
5. Den dialogorienterte tilnærmingen vil i mange sammenhenger være svært vanskelig å kombinere med en konfronterende tilnærming. En god

dialog krever tillit, og det vil av mange bli oppfattet som lite tillitsskapende om man samtidig inntar en konfronterende, strafferettslig holdning.

Politiseringen av feltet påvirker altså kunnskapsproduksjonen og formidlingen. Det delmålet som vi først og fremst skal evaluere i denne rapporten, er altså preget av å bli presentert i et politisk følsomt felt, noe som er med på å påvirke hvilken kunnskap som kommer ut og til hvem den når, og om den blir tilegnet av dem som trenger den.

5.5.2 Den vanskelige diskusjonen om omfanget

Det endelige målet med regjeringens handlingsplan er imidlertid at denne kunnskapen skal bidra til at praksisen skal reduseres og endelig til sist opphøre. Et sentralt spørsmål er selvfølgelig hva som skjer i praksis. Vi vet at praksisen med omskjæring er meget omfattende (nær 100 prosent av jentene blir omskåret) i flere av de land som Norge mottar innvandrere fra. Derfor vil det til enhver tid være mange kvinner som er omskåret som befinner seg i Norge, og som er avhengige av blant annet et helse-system som kjenner til deres særegne helseproblemer. Det langt mer kompliserte og betente spørsmålet er om det fremdeles skjer omskjæring av jenter og unge kvinner som har fått opphold i Norge før omskjæringen har funnet sted, eller som er født her.

I evalueringen av OK-programmet, det vil si forløperen til KJØLL-programmet, blir det tydelig påpekt at det er viktig å ha estimater om omfanget av slike inngrep og utviklingen på feltet:

Forebyggingseffekten av alle slags strategier vil være vanskelig å måle ettersom vi mangler evidensbasert kunnskap om omfanget av omskjæring i Norge. (...) Vi mangler rett og slett data, registreringer, som sier noe om dette, og vi mangler data som kan si noe om utviklingen over tid. Kunnskaper er nødvendig, ellers blir det til at vi skyter i mørket med våre antakelser og våre valg av strategier (Lien 2005: 128)

Lien påpeker videre at mer eksakt kunnskap om omfanget vil redusere eventuell mistillit mellom norske myndigheter, behandlere og innvandrere, hvis altså mer solide empiriske målinger hadde vist en ubegrunnet frykt. Motsatt sett kan tilliten være for stor, og overgrepene for mange hvis pålitelige

målinger angir et mer betydelig omfang av inngrep. Lien avrunder med en klar anbefaling:

Av hensyn til arbeidet med forebygging og avverging, av hensyn til potensielle ofre, av hensyn til deres foreldre, er det nødvendig å vite det reelle omfanget av det problemet som skal bekjempes. Vi vil anbefale å bruke de etiske forskningskomiteer til å vurdere og utvikle et undersøkelsesdesign som er etisk begrunnet og forsvarlig, og som kan gi oss svar på disse spørsmål om omfang. (Lien 2005:129)

Det har vært gjort flere forsøk på å måle om denne aktiviteten faktisk finner sted overfor unge jenter bosatt i Norge (Talle 2010: 85-117, Lidén og Bentzen 2008). Resultatene har ikke vært tilfredsstillende metodologisk. Det har også vært foreslått forskjellige kontrollpregete helsetiltak som ville gitt et betydelig informasjonstilfang i forhold til diskusjonen om omfang. Disse tiltakene er imidlertid forkastet, eller har ikke vært brukt i praksis.

Talle vs Strand

Det finnes flere typer metodikk for å anslå omfanget. To personer i svært forskjellige posisjoner har brukt relativt like tilnærminger for å si noe mer om antallet norske jenter omskåret i Somalia. På den ene siden har sosialantropologen Aud Talle (Talle 2010 gir en oppsummering) fått intervjuet 38 omskjærere i en provins i Somalia som mange norske innvandrere kommer fra. Hun har blant annet spurt dem om i hvilket omfang de har omskåret norske jenter. På basis av dette anslår Talle at knapt noen jenter fra Norge kan ha blitt omskåret på dette stedet, men noen jenter fra våre nordiske naboland blir nevnt. I tillegg har Talle intervjuet om lag 30 kvinner og to menn fra Somalia som er bosatt i Norge. Ingen av dem kjenner til tilfeller av omskjæring innenfor det norsk-somaliske miljøet. Talles konklusjon er at det knapt finnes tilfeller av omskjæring innenfor dette miljøet.

På den annen side har NRK-journalisten Tormod Strand i en reportasjereise for sommeren 2007 spurt 10 omskjærere fra samme provins om deres befanning med jenter fra Norge. Her svarer de på en måte som kan tyde på at hele 185 jenter har blitt omskåret av disse omskjærerne i løpet av de to-tre siste

årene. Strand og hans reportasjeteam har vært i kontakt med langt flere omskjærere enn disse ti, men de ti er valgt ut fordi de sa at de hadde omskåret norske jenter.

Diskrepansen mellom disse to anslagene, basert på nokså lik metodikk og kildeutfang, skapte selvfølgelig oppmerksomhet. Et utslag av debatten var at professor i statsvitenskap og metode-ekspert Ottar Hellevik fikk i oppdrag å se på de to tilnærmingene. Uttalelsen følger vedlagt da den ikke lar seg gjenfinne elektronisk. Helleviks uttalelse kan vanskelig tolkes klart i favør av verken Strand eller Talle. Hellevik diskuterer først og fremst om de to har oppsøkt så forskjellige utvalg av kilder for informasjon at de nærmest ved en tilfeldighet har truffet to grupper med så forskjellig erfaring med norsk-bosatte jenter. Denne muligheten anser Hellevik som lite sannsynlig. Han legger større vekt på det man vet om hvordan både allmenne forventninger om sosialt akseptable svar, samt de forventninger man tillegger intervjueren, kan påvirke respondentene. For somaliere bosatt i Norge kan man tenke seg at de rapporterer kunnskap om lite omskjæring, siden de vil vite at dette er forbudt etter norsk lov. Mer komplisert blir situasjonen ved intervjuer i Somalia:

Når det gjelder informantene i Somalia, er det vanskeligere å vite hva slags påvirkninger i intervjusituasjonen det kan være snakk om. Spørsmålet er om de som gjennomførte intervjuene hadde ønsker/forventninger til svarene, og om dette er blitt oppfattet av informantene. Har omskjærerne intervjuet av NRK hatt inntrykk av at en ønsket seg høye anslag for norske jenter, og/eller det motsatte har vært tilfelle i Talles undersøkelse, kan vi her ha noe av forklaringen på det store spriket i resultater. (Hellevik s 3 i vedlagte notat)

For ytterligere å komplisere bildet: Uavhengig av hverandre, og til dels uten å ha blitt spurt om det av oss (Oxford Research) på forhånd, har flere kilder antydning at omskjæringen av jenter er noe som ikke bare finner sted i Somalia eller andre opphavsländer, men også i Norge. Det er ingen som vet noe om det eventuelle omfanget av disse inngrepene, og om de er av samme karakter som dem man finner i for eksempel Somalia (type III).

Dette uavklarte bildet av omfanget er selvfølgelig problematisk fordi man gjerne skulle visst noe sikrere om omfanget av et overgrep som medfører alvorlige helsekonsekvenser og som mye derfor har fått en høy strafferamme i norsk straffelov. Problemene rammer også forsøkene på å evaluere effektene av handlingsplanen mot kjønnslemlestelse. Siden denne effekten har vist seg så vanskelig å måle, og siden det etter det vi vet ikke arbeides med å finne nye målemetoder, blir evalueringen i det følgende konsentrert om andre mål.

Vi vil dog avslutningsvis i evalueringen tillate oss å foreslå noen andre og antakelig lettere tilgjengelige indikatorer for omfanget av kjønnslemlestedede og kjønnslemlestelser i Norge. Heller ikke dette forslaget er immunt mot innvendinger, men vi tror det kan gi en robust indikasjon over tid.

5.5.3 Levekårsproblemene

Den største gruppen av norske innvandrere som kommer fra land der kjønnslemlestelse er utbredt er somaliene. Denne gruppen er stor nok til å analyseres grundig i Statistisk sentralbyrås analyser av levekårsproblematikk fordelt på innvandrere med forskjellig landbakgrunn. Innvandrere fra Somalia er en gruppe med særlig store levekårsproblemer (Henriksen 2010, Blom 2008):

- Mange analfabeter
- Dårligst progresjon i introduksjonsordningen, særlig kvinnene (Djuve mfl 2011)
- Minst grad av selvberging økonomisk
- En gruppe som er særlig vanskelig for det norske byråkratiet å forholde seg til (Djuve mfl 2011)
- Dette er innvandrerguppen som SSB har størst problemer med å oppspore i forbindelse med intervjuundersøkelser: Dette forklares antakelig av mye uregistrert flytting og utvandring. Denne mobiliteten må være viktig i forhold til kll. Mange er også usikre på om de vil forbli i Norge
- Samtidig er de gruppen som sjeldnest besøker hjemlandet.
- Svært mange av kvinnene er enslige mødre, noe som ellers er meget uvanlig i land med

høy andel muslimer. Det har vært spekulasjoner om trygdemisbruk

- De kommer fra et land med en fraværende eller vilkårlig/korrupt stat. Vil de ha et instrumentelt forhold til den norske staten uansett?
- Paradoks: Dette er den norske innvandrergruppen som rapporterer best helse, og særlig kvinnene (Blom 2008 og 2010). Noe av forklaringen, men langt fra hele, er at somalierne er en ung befolkningsgruppe, men samtidig vil så godt som alle kvinnelige respondenter være omskåret. I denne gruppen skal over 80 prosent ha kroniske fysiske plager som en følge av inngrepet.
- Samtidig den gruppen som oftest opplever diskriminering og psykiske belastninger i arbeidslivet
- Somalia blir av mange beskrevet som et klanstyrt samfunn (se for eksempel landinfo.no). Hvis dette mønsteret mer eller mindre opprettholdes blant somaliske innvandrere i Norge, skaper dette problemer for kommunikasjonen. OK-prosjektet ble beskyldt for å kommunisere skjevt på dette feltet (Lien 2005)

I sum betyr dette mange kommunikasjonsmessige utfordringer. For eksempel vil mange analfabeter være vanskelig å nå, og man kan anta at mange av dem vil få kunnskapen formidlet gjennom andre. I en del sammenhenger vil barna være familiens inntak til informasjon fra det norske samfunnet, siden de kan lese, går på skole, behersker internett osv.

5.6 Analyse av kompetansefunksjonene

5.6.1 Grunnleggende perspektiver og strategier

Kan man se at informasjonen fra Kjøll inneholder noen grunnleggende oppfatninger av Kll? Kan man se at man tilkjenner noen posisjon i dialog/konfrontasjonsdilemmaet? Kan man se noen grunnleggende strategier i kommunikasjonen av kunnskap?

Dialog, konfrontasjon og målgrupper

KJØLL har i praksis valgt innslag fra både konfrontasjons- og dialoglinjen, men med en klar overvekt på

dialoglinjen. Man kommuniserer gjennom helsevesen og skole at dette er et alvorlig problem som må løses ved innvandrergruppens hjelp. Det blir også presentert et hjelpeperspektiv, særlig overfor de kvinnene som allerede er omskåret. Samtidig understrekes hele tiden det straffbare elementet, men det er langt mer usikkert om straff- og forbudsperspektivet når gjennom til "brukerne" av helsetjenestene, dvs innvandrerne dette angår.

Kjøll kommuniserer først og fremst med aktører innenfor det norske helsesystemet, skolen og andre arenaer. Svært mye kommunikasjon vil dermed være gitt gjennom minst to ledd før den når de primære brukerne: Kvinner/jenter som er omskåret, står i fare for å bli det, eller som kan komme til å få sine barn omskåret. Denne toleddete kommunikasjonen gjør at vi vet mindre om hvilket perspektiv som kommer tydeligst fram til brukerne. Som tidligere antydte er det rimelig å tro at en komplisert og tillitsavhengig kommunikasjon vil ha lett for å nedtone dette med straff og forbud.

Noe av problemet er imidlertid at det overhodet ikke har vært ført noen sak om kjønnslemlestelse med fellende dom. Fra enkelte medarbeidere på KJØLL antydes det at en eller flere slike saker antakelig hadde formidlet et tydelig budskap inn til målgruppen av innvandrere. En slik kommunikasjon fra strafferettssystemet hadde gjort at helsepersonell og skoleansatte hadde kunnet konsentrere seg om en dialog om helse.

KJØLL kommuniserer også direkte med innvandrergrupper, og støtter virksomheten til blant andre PAWA (Panafrican Women's Association). Denne støtten blir av flere KJØLL-medarbeidere framhevet som noe nytt og fruktbart, og som en følge av en langsiktig og god strategi fra deres side. Samtidig sies det klart at kommunikasjonen fra PAWA er konfronterende og utvetydig med vekt på skrekkpresentasjoner av følgene av Kll, samt tydelig understrekning av forbudet. På en måte er dette demokratisk: De det angår velger selv sin kommunikasjonsform. På den annen side er det alltid et problem med det som kan oppfattes som "skremselspropaganda": Blir den så brutal at den a) støter mange bort og b) gjør at mange ikke kjenner seg igjen i det som formidles.

Noen vil vel også føle seg krenket og/eller stigmatisert over at noe som de selv har opplevd skal være så ille.

Det er også et uavklart spørsmål hvor mange PAWA når, blant annet ser de ut til å ha lav oppslutning blant somaliere (mer om dette under evalueringen av tiltak 20)

Barneperspektivet/rett til kontroll over egen kropp og seksualitet

I samtalene med KJØLL-ansatte legger man stor vekt på det man kaller "barneperspektivet". Det innebærer at lemlestelsen er noe som voksne påfører barn, uten barnas samtykke, og at inngrepene må kalles omfattende og er uten noen helsemessig begrunnelse. Snarere er helseskadene svært godt dokumentert. Dette virker som et godt kommunikasjonsgrep.

Et annet godt grep må være å understreke normen om at kvinner skal ha råderett over egen kropp og seksualitet. Dette kommer svært godt fram i brosjyren "Kroppen din er perfekt fra naturens side" (del av tiltak 25). Her går man på en måte til kjernen av problematikken: Dette er noe den enkelte skal bestemme over selv når man er voksen nok. I det norske samfunnet legger vi vekt på at kvinner selv skal ha kontroll over egen kropp og seksualitet

Denne kommunikasjonen er offensiv. Den skjærer unna det kompliserte spørsmålet om graden av inngrep. Den går også utenom den enda mer kompliserte diskusjonen om omskjæring er religiøst begrunnet eller ei. I flere sammenhenger ser det ut som tilhengerne av dialoglinjen regner det som en viktig strategi å få formidlet fra religiøse autoriteter at kll er unødvendig i forhold til islam (Foss (red.) 2010). Denne strategien har flere mulige bieffekter: For det første kan man ikke se bort fra at det finnes religiøse autoriteter som vil se det annerledes. For det andre kan man risikere at det ikke blir slutt på omskjæringen, men at den skifter karakter til mindre inngrep. For det tredje opplever man at den kontrollen av kvinners seksualitet som omskjæringen innebærer, kan bli erstattet av en kontroll som går på klesdrakt og kontroll av atferd ellers.

Forsiktig og nyansert

Flere av informantene er nøye med at NKVTS og KJØLL skal være en pålitelig informasjonskilde – rimeligvis. På KJØLLs hjemmesider er for eksempel spørsmålet om hvor mange som omskjæres i eksil i Norge blitt stående åpent, etter en gjennomgang av undersøkelsene til særlig ISF, Talle og Strand.

På oppdrag fra KJØLL har Nasjonalt Kunnskapssenter for Helsetjenesten (NOKC) utført en systematisk oppsummering av kunnskap om konsekvensene av kjønnslemlestelse, dette er oppsummert slik på hjemmesidene:

NOKC konkluderte med at det fins lite forskning om de psykiske, sosiale og seksuelle konsekvensene av kjønnslemlestelse. Kunnskapsgrunnlaget er utilstrekkelig for å dra sikre konklusjoner angående psykiske og sosiale konsekvenser, men resultatene fra studien viser at kvinner som har vært utsatt for kjønnslemlestelse er mer utsatt for seksuelle problemer, slik som smerte under samleie, og redusert seksuell tilfredshet og lystfølelse. Kunnskapsgrunnlaget er utilstrekkelig og av for lav kvalitet til å dra kausale slutninger. For å få mer sikker kunnskap er det behov for ytterligere studier.

En like åpen og usikker konklusjon får den som går til KJØLLs hjemmesider for å se hvilke typer intervensjon som kan redusere/stoppe forekomsten av kjønnslemlestelse. Også her er det NOKC som har gjennomgått kunnskapsstatusen:

NOKC oppsummerte slik: 1) trening av helsepersonell muligens ikke gav noen forbedringer av kunnskaper om eller holdninger til kjønnslemlestelse; 2) undervisning av kvinnelige studenter kan muligens ha ført til litt økt kunnskap om kjønnslemlestelse; 3) sammensatte samfunnsaktiviteter kan muligens ha økt andelen deltakere som hadde holdninger og intensjoner om å oppgi kjønnslemlestelse; 4) samfunn 'empowerment' gjennom undervisning kan muligens ha minsket andelen mødre som rapporterte omskjæring av datter og økt andelen deltakere som hadde kunnskaper om følger av kjønnslemlestelse, og som følte anger over å ha omskåret datter.

NOKC konkluderte med at det mangler dokumentasjon av høy kvalitet når det gjelder effekten av tiltak

for å redusere forekomsten av kjønnslemllestelse, at kunnskapsgrunnlaget er utilstrekkelig for å dra sikre konklusjoner og at det er et presserende behov for ytterligere studier

Den vitebegjærlige kunnskapssøker vil altså lett få en følelse av at man knapt vet noe med sikkerhet om inngrepenes psykiske, sosiale og seksuelle effekt og hvordan man skal forhindre at de skjer. Under overskriften "Komplikasjoner av seksuelle overgrep" kommer det imidlertid fram at 86 prosent av de som har opplevd kll av kategori III (som er vanligst blant omskjærte innvandrere i Norge) vil ha kroniske fysiske plager.

Her kunne nok KJØLL ha gjort noe for å rydde opp i noen av uklarhetene. Det ser ut som det går et viktig skille mellom det som oppdages gjennom kliniske medisinske undersøkelser, og det som omskårne informanter rapporterer gjennom spørreundersøkelser. Dette sier igjen noe om verdien av å bruke spørreundersøkelser på dette feltet.

5.6.2 Tematikk

Suksessen med helseperspektivet og helsefeltet

Et gjennomgående funn er at kunnskap om kll og hvordan man skal forholde seg til kvinner som har vært utsatt for dette, er godt forankret i norsk helsevesen (Nakmi 2010, Jonassen og Saur 2011). Dette er selvfølgelig viktig og positivt. Et helsevesen som ikke kjenner til kll står både i fare for feilbehandling og for å stigmatisere kvinnene som har vært gjenstand for inngrepene.

Helsevesenet er i noen situasjoner nødt til å forholde seg til temaet kll, mest uttalt for eksempel ved fødsler. En lærer eller annen ansatt ved skole kan i større grad velge å forholde seg eller ikke til temaet, selv om mange av elevene vil komme fra land der kll er utbredt. Politiet har også frihetsgrader i det man sjelden vil forholde seg til for eksempel et pågående inngrep, men heller må forholde seg til usikre rykter og påstander.

Helsevesenet er også preget av frie valg. Skole er noe man må forholde seg til, og der lærer, elev og til dels foreldre vil ha mer eller mindre hyppig omgang.

Går man til en helsestasjon der personalet står med pekefingeren høyt hevet og snakker om kll, kan man lett bytte til en annen helsestasjon eller fastlege. Eller man kan unngå kontakt med helsevesenet i det lengste.

Savnet av juridisk, kriminologisk, rettsosialogisk eller rettsantropologisk ekspertise

KJØLL-programmets ansatte har i hovedsak bakgrunn fra antropologi, medisin, pedagogikk og samfunnsvitenskap ellers. Dette er selvfølgelig en rimelig sammensetning av staben. Det som imidlertid savnes er ekspertise fra fagene nevnt i overskriften over. I Regjeringens handlingsplan er de strenge straffebudene et sentralt virkemiddel i kampen mot kll. I den sammenheng er det rimelig å peke på en rekke sentrale problemstillinger som kunne vært analysert:

- Hvordan kommuniserer man best straffebud til en mottakergruppe der flere vil være analfabeter? Kreves det at straffen tydeliggjøres gjennom aktiv bruk av strafferettsapparatet?
- Hva betyr det at straffebudene skal kommuniseres gjennom personale som også og først og fremst har en behandlingsoppgave?
- Hvor tjenlig er dagens lovgivning mot kll? Rettsosialogen og juristen Anne Hellum har reist spørsmålet om hvor gjennomtenkt straffebudene mot kll er. Hun mener de kom til uten tilstrekkelig utredning og diskusjon om effektene. http://www.culcom.uio.no/forskning/artikler/docs/anne_hellum-Fleischer.pdf

5.6.3 Kunne man fått bedre kunnskap om omfanget?

Det er altså etter vår og andres oppfatning et betydelig behov for økt kunnskap om omfanget av slike inngrep på jenter/kvinner som er bosatt i Norge. Det synes klart at noen målemetoder ikke fører fram.

For det første synes det ikke politisk mulig å innføre noen form for obligatoriske helseundersøkelser av barn og ungdom med sikte på å avdekke forekomsten.

For det andre synes det som om former for intervjuundersøkelser er lite nyttige. Respondentene er vanskelige å få tak i, man er avhengig av tolk, og først og fremst: Det er vanskelig å feste lit til svarene. Og det er ikke overraskende: Her må man spørre folk om de kjenner til forekomsten av et overgrep som rammes av inntil åtte års fengsel. De vil også vite at dette vil stigmatisere dem ytterligere som sosial gruppe. Med utgangspunkt i SSBs undersøkelse om levekår og helse, er det også grunn til å diskutere om det er forskjeller i helseforståelse som gjør rapportering vanskelig.

For oss virker det som en form for registerbasert undersøkelse vil ha størst verdi. Vi ser for oss – rent skissemessig – en løsning av denne typen: Man går gjennom alle medisinske inngrep/konsultasjoner der det samtidig er konstatert kjønnslemlestelse. Det vil være fødsler der dette rutinemessig skal noteres. Det samme gjelder komplikasjoner knyttet til kll. I hver sak vil det være et personnummer. Ved å koble dette til befolkningsregistre vil man lett få vite i hvilken alder pasienten kom til Norge eller om vedkommende er født her.

Så vidt vi forstår kilder innen helsevesenet, er dette informasjon som allerede eksisterer elektronisk. Det gir derfor muligheter til å gå bakover i tid, og dermed få en tidshorisonnt umiddelbart.

Det er viktig å måle både omfanget av kvinner med kjønnslemlestelse som har skjedd før de kom til Norge, samt hva som har skjedd i Norge. Det er også viktig å få riktig "nevner" på brøken, det vil si at vi må vite hvor mange kvinner (innvandrere eller norskfødte barn av innvandrere) fra de aktuelle landene som er i Norge. Dette er tilgjengelig gjennom befolkningsregistre. Antakelig vil hele eller deler av dette arbeidet kunne gjøres av SSB som et utredningsoppdrag.

En innvending mot denne metoden er at den ikke vil kunne avdekke omskjæringer av "mildere" karakter, der mange inngrep vil være vanskelige å observere selv for trent medisinsk personell.

Dette er selvfølgelig bare ment som et innspill. Vi er også kjent med at en liknende tilnærming ble vurdert og ikke funnet aktuell da ISF (Lidén og Bentsen 2008) gjorde sin tilnærming. Vi mener at en del av deres vurderinger i forhold til anonymisering og etikk fortjener en ny drøfting. En drøfting av etikk må også ta opp i seg barneperspektivet: Innsamling av kunnskap som kan fortone seg etisk diskutabelt for foreldrene, kan være til klar fordel for de barna som kan oppleve at de ikke blir omskåret.

5.7 Oppsummering og konklusjoner

KJØLL-prosjektet leverer etter planen, dog med noen forsinkelser. Et vanskelig faglig-politisk klima innebærer mye uenighet om metoder og tempoet i arbeidet mot målet, og gjør det vanskelig å formidle tydelig kunnskap. Formidlingen vil også gå gjennom ledd der man kan miste kontroll over om det formidles kunnskap om både helseskader og det faktum at inngrepet er forbudt og strengt straffbelagt i Norge. Vi tenker her på helseinstanser som er i en ubehagelig situasjon der de skal formidle et kontrollperspektiv til personer de primært skal hjelpe. De viktige sluttbrukerne av informasjonen er vanskelige å nå gjennom tradisjonelle brukerundersøkelser eller for å samle informasjon om omfanget. Av samme grunner er det uhyre vanskelig å formidle eller produsere valid kunnskap om effektene av tiltakene i handlingsplanen.

Dette kan skape problemer for handlingsplanen. Politisk utålmodighet kan sette prosjektet i fare. Vi antar det er grupper med betydelig gjennomslag i media som ser fram til å kunne avfeie dialogen som en nytteløs kommunikasjon der man bedriver snillisme mens grove overgrep får foregå upåaktet og uforstyrret. Dialogen kan kritiseres for å bli en lukket tilnærming der fagfolk og brukere får føre en stille og hensynsfull samtale uten at storsamfunnet er orientert om hva som foregår.

Kapittel 6. Bruke foreldrenettverk i skolen

Tiltak 15 er et av tiltakene som handler å øke kompetanse- og kunnskapsformidlingen på området.

Tiltaket er formulert som følger:

Tiltak 15

Med utgangspunkt i prosjektet "Minoritets-språklige foreldre – en ressurs for elevens opplæring i skole"²¹ etableres det foreldrenettverk (minoritetsspråklig²¹ se www.fug.no/cgi-bin/fug/imaker?id=3920520 Økt kompetanse- og kunnskapsformidlingsressursnettverk, MIR) i flere kommuner. I samarbeid med Nasjonalt senter for flerkulturell opplæring (NAFO) skal Foreldreutvalget for grunnskolen (FUG) drive informasjonsarbeid. Materiell om foreldresamarbeid i den flerkulturelle skolen, for eksempel veiledninger og brosjyrer fra FUG, oversatt til mange språk, vil bli benyttet i samarbeidet mellom hjem og skole. I slik kvalitetsutviklingsarbeid kan tema som kjønnslemlestelse og æresrelatert vold tas opp der det er relevant.

Den sentrale aktiviteten er altså *informasjonsarbeid*. Tema som kjønnslemlestelse og æresrelatert vold kan tas opp der det er relevant.

Slik tiltaket er formulert, gir det etter vår vurdering betydelig valgmuligheter i fortolkning, strategi og gjennomføring.

6.1 Spørsmål

Gjennom evalueringen ble det klart at det i liten grad har gått ut aktiv informasjon fra de sentrale aktørene.

Hovedspørsmålene i evalueringen har vært fokusert rundt:

- Hvordan har de sentrale aktørene fortolket oppgaven med å drive informasjonsarbeid?
- Hvilken tilnærming til informasjonsarbeid har de valgt?

- Hvordan har de sentrale aktørene eventuelt samarbeidet?
- Hva er erfaringene/vurderingene av informasjonsarbeidet

Vi har videre forsøkt å få kunnskap om hvorvidt tematikken belyses i foreldreutvalg i kommunene/skolene. Hvilket materiell er utarbeidet og brukes?

6.2 Status for tiltaket

En del av bakgrunnen for dette tiltaket er at MIR jobbet med prosjekter for å bedre samarbeidet mellom hjem og skole. Dette passet inn i tiltak 15 og handlingsplanen mot kjønnslemlestelse.

På denne bakgrunn er det ikke utarbeidet noen søknad eller konkret plan for gjennomføring av informasjon om kjønnslemlestelse.

6.2.1 De sentrale aktørenes tilnærming og aktiviteter

MIRs tilnærming er i hovedsak å få en dialog i forhold til hvordan en behandler og snakker med barn.

MIR har ikke gjort noe spesifikke tiltak i forhold til kjønnslemlestelse. I samlinger i regi av MiR har kjønnslemlestelse ikke vært et tema dirkete.

Kjønnslemlestelse har i enkelte tilfeller kommet opp som et tema i en uformell sosial setting.

Det fortelles også at det oppleves som vanskelig å ta opp. Det er en av grunnene til at MIR ikke systematisk har tatt opp kjønnslemlestelse.

Det fortelles at de har hørt om negative erfaringer med å ta opp et slikt tema spesifikt med en eksplisitt tilnærming at nå skal det snakkes om kjønnslemlestelse.

MiR peker også på at de har inntrykk av at kjønnslemlestelse er lite utbredt. De har aldri hørt at det skjer i Norge. De har også inntrykk av at de fleste folk fra risikolandene har fått informasjon og kunnskap.

Vi har videre vært i kontakt med FUG sentralt. Sentralt er bevisstheten om kjønnslemlestelse som en del av vold i nære relasjoner høyt oppe. Kjønnslem-

lestelse har i diverse sammenhenger vært et tema som har vært presentert, for eksempel i forhold til mobbemanifestet. Det har også ved enkelte tilfeller vært eksterne foredragsholdere som har tatt opp tematikken.

FUG har imidlertid ikke brukt eller distribuert noe eget undervisningsmaterieell vedrørende kjønnslemlestelse. FUG har heller ikke iverksatt noen spesifikke tiltak i forhold til kjønnslemlestelse. Hovedinntrykket til FUG er at kjønnslemlestelse i liten grad er tema i foreldreutvalg. I alle fall er det få henvendelser sentralt til FUG om denne problematikken. I 2010 fikk FUG mellom 400-500 henvendelser fra foreldre og foreldreutvalg. De fleste gjaldt mobbeproblematikk og spesialundervisning. Det var ingen i 2010 som spesifikt gjaldt kjønnslemlestelse. FUG forteller videre at de har noe overordnet samarbeid med MiR, men at de ikke har gjort felles aktiviteter eller kurs på tematikken kjønnslemlestelse.

6.3 Eksempel fra kommune

Vi har intervjuet Kommunalt foreldreutvalg i en større norsk by, med høy innvandrandel. I denne kommunen har kjønnslemlestelse aldri vært tema på foreldremøter de siste 3-4 årene og det er heller ikke kommet noen forespørslers fra foreldreutvalg/foreldre.

Kommunalt foreldreutvalg i denne byen mener kjønnslemlestelse nok er et for vanskelig og sensitivt tema ti lat det blir tatt opp i foreldreutvalg. Det pekes også på at foreldreutvalgene ved de enkelte skolene spiller en forholdsvis liten rolle og at det i praksis ofte er liten fokus på det forebyggende arbeidet (informasjonsarbeid). Det er mest aktivt når det er kriser og konkrete saker. Foreldregruppen er generelt lite brukt og det kommunale foreldreutvalget i denne kommunen peker på at kjønnslemlestelse gjelder noen få utvalgte land. Det er også mange andre temaer som i praksis får størst oppmerksomhet, slik som mobbing, trivsel og spesialpedagogikk. Det kommunale foreldreutvalget i denne kommunen vurderer det som lite realistisk, gitt dagens funksjon til foreldreutvalgene, at disse skal aktivt drive informasjonsarbeid og forebyggende arbeid om kjønnslemlestelse.

6.4 Konklusjoner

Liten oversikt over tiltakets aktiviteter og status

Utdanningsdirektoratet har lite kunnskap om hva som er status for tiltaket. Dette har bl.a. bakgrunn i at MiR, FUG eller NAFO ikke rapporterer aktiviteter og resultater for dette tiltaket. Det er heller ikke utarbeidet noen søknader. I halvårsrapportene fra BLD, som skal gi en oversikt og status, står det heller ikke noe substansielt om tiltakets aktiviteter og status.

Trolig i liten grad brukt som aktiv informasjonsarena

Det synes videre som foreldrenettverk i skolen i liten grad er brukt som arena for å informasjon og dialog om kjønnslemlestelse. Fra MiR og FUG er det ikke utarbeidet eller brukt noe spesifikt undervisningsmaterieell. Det har ikke vært noe eget tema i samlinger og temamøter sentralt. Begge disse organisasjonene forteller om få, om noen, henvendelser om kjønnslemlestelse fra kommuner, skoler og foreldreutvalg.

Vi kan ikke med sikkerhet si noe om aktivitetene i foreldregrupper ved de enkelte skoler og kommuner når det gjelder informasjon og kvalitetsutviklingsarbeid om kjønnslemlestelse. Det er likevel indikasjoner på at kjønnslemlestelse i liten grad blir tatt opp. FUG har for eksempel ikke mottatt en eneste henvendelse om temaet i 2010. Samtaler med kommunalt foreldreutvalg i noen større byer, gir samme inntrykk.

Det synes å være flere grunner til at foreldrenettverk i liten grad er blitt brukt som *aktiv* arena for informasjon og dialog om kjønnslemlestelse blant MiR, FUG og NAFO:

- Vanskelig tematikk/ redd for å provosere, og virke støtende. Derfor velger man en "soft" tilnærming.
- En antakelse om at behovet for informasjon er relativt lite.

Ved de enkelte skolene/kommunene pekes det på følgende grunner for at det trolig i liten grad drives aktivt informasjonsarbeid når det gjelder kjønnslemlestelse:

- Vanskelig tematikk/ redd for å provosere, og virke støtende

- Foreldregrupper ved de enkelte skolene har liten rolle generelt og særlig liten rolle i det forebyggende arbeid
- Det er gjerne kriser som har mest fokus
- De "store" mer generelle sakene tar fokus, slik som mobbing, trivsel og spesialpedagogikk.

6.5 Vurderinger/Anbefalinger

Dette er et tiltak som gir betydelig valgmuligheter i fortolkning, strategi og gjennomføring. På den bakgrunn vil trekke frem noen *problemstillinger* som det er grunn til å vurdere. På bakgrunn av tilgjengelig kunnskap, er det ikke grunnlag for sikkert å konkludere. I betydelig grad vil en måtte basere vurderingene på et politisk-faglig skjønn.

Behov for statusrapportering?

Det er noe lite oversikt og rapportering om de sentrale aktørers innsats og aktiviteter. Det står ikke noe substansielt i halvårsrapporteringene. Det kunne vurderes om ansvarlig for dette tiltaket burde rapportere mer utførlig.

Hensiktsmessig strategi?

Det viktigste vil imidlertid være å vurdere om den strategi for informasjonsarbeid og bruk av foreldrenettverk som er valgt, er hensiktsmessig. De sentrale aktører har valgt en strategi der en i liten grad driver *aktivt, oppsøkende* informasjonsarbeid, i form av regulære kurs og samlinger. Aktørene har stort sett valgt å være åpne og klare for å ta opp problematikken hvis den blir tatt opp gjennom innspill og i konkrete samlinger. Det er vanskelig å vurdere denne strategien opp mot en mer aktiv, oppsøkende informasjonsstrategi. Det kan stilles spørsmål ved om man i tilstrekkelig grad i dag når ut til den aktuelle målgruppen. Det er som sagt indikasjoner på at kjønnslemlestelse i liten grad er et tema i foreldreutvalg og foreldrenettverk. Dette kan på den ene siden tolkes som et uttrykk for at det er lite behov. På den annen side er ikke det sikkert, siden dette er et vans-

kelig tema og det synes som det ikke er noen tradisjon for å drøfte slike tema i foreldreutvalg og foreldrenettverk. MiR forteller også at kjønnslemlestelse problematikken av og til kommer opp i uformelle, sosiale settinger.

Et grunnleggende problem for å vurdere strategi, er at vi ikke sikkert vet noe om omfanget av kjønnslemlestelse som blir gjort i Norge, heller ikke kunnskapen til målgruppen og holdninger. Det er også videre begrenset med kunnskap om hvilke strategier og tiltak som faktisk virker opplysende og adferdsendrende.

Vi kan derfor ikke annet enn å peke på spørsmålet og dilemmaene.

Er foreldrenettverk og foreldreutvalg egnede arenaer for informasjonsarbeid og dialog?

Det er videre grunn til å spørre om foreldreutvalg og foreldrenettverk (overhodet) er egnet til å diskutere og ta opp problemstillinger rundt kjønnslemlestelse.

Det er pekt på noen utfordringer, bl.a. at :

- Foreldregrupper ved de enkelte skolene har liten rolle generelt og særlig liten rolle i det *forebyggende* arbeid
- Det er gjerne kriser som har mest fokus
- De "store" mer generelle sakene tar fokus, slik som mobbing, trivsel og spesialpedagogikk.
- Dette er "ubehagelig".

Vi mener det er grunn til å reflektere over aktørens funksjon og deres tiltenkte oppgave i å drive informasjon og kvalitetsutviklingsarbeid om kjønnslemlestelse.

Kapittel 7. Bevisstgjøring av nyankomne innvandrere om kjønnslemlestelse og konsekvensene

Tiltak 18 er også et av tiltakene som handler om å øke kompetanse- og kunnskapsformidlingen på området.

Tiltaket er formulert som følger:

Tiltak 18 Bevisstgjøring av nyankomne innvandrere om kjønnslemlestelse og konsekvensene

Det skal legges til rette for et opplegg med kunnskapsbasert dialog om kjønnslemlestelse til deltakerne i opplæringen i norsk og samfunnskunnskap for voksne innvandrere, og det skal utvikles bakgrunnsstoff med råd og veiledning om hvordan lærere kan ta opp dette temaet i opplæringen. Tiltaket skal ses i sammenheng med tiltak 11 i handlingsplan mot tvangsekteskap og tiltak 45 i handlingsplan mot vold i nære relasjoner.

Ansvarlig: AID
Gjennomføring: 2008–2011

7.1 Problemstillinger

I evalueringen av tiltak 18 har vi fokusert på følgende problemstillinger:

- En vurdering av det utarbeidete kursmateriellet (innsatsen og implementeringen)
- En vurdering av etterutdanningstilbudet
- En vurdering av hvordan den kunnskapsbaserte dialogen og opplæringen fungerer i praksis.

De to første problemstillingene gjennomgås relativt kort. Her er en del tilgjengelig informasjon i halvårsrapporter fra BLD.

Gjennom evalueringen har vi fått indikasjoner på at at læremidlene oppfattes som gode, men at utfordringene knytter seg til å gjennomføre opplæringen i praksis. Det synes som mange vegrer seg mot temaet og det er usikkerhet med hensyn til *hvordan* og *når* man skal ta opp temaet.

På denne bakgrunn har vi undersøkt hvordan det arbeides i praksis med opplæringen innenfor kjønnslemlestelse i voksenopplæringen norsk og samfunnsfag for innvandrere. Vi har blant annet fokusert på å få kunnskap om:

- Hvordan er det organisert?
- Hva kommuniseres (innhold)
- Hvordan og hvem underviser (interne lærere eller eksterne kursholdere)?
- Hva er hindringene
- Hva fungerer?

Vi undersøker ikke hvordan opplæringen eventuelt skjer i asylmottak.

7.1.1 Disposisjon

Først redegjør vi kort for opplæringen i norsk og samfunnskunnskap og antall deltakere. Dette er viktig kontekstkunnskap.

Deretter redegjør vi for implementeringen og statusen til tiltak 18. Videre vurderer vi kort etterutdanningstilbudet som VOX har tilbudt.

Vi har videre lagt vekt på å få kunnskap om hvordan opplegget med kunnskapsbasert dialog om kjønnslemlestelse virker i praksis gjennom tre casestudier og en mindre kartlegging av skoler.

Endelig konkluderer vi og gir noen anbefalinger.

7.2 Kontekst – opplæringssystemet

Tiltaket må ses i sammenheng med opplæringssystemet for norsk og samfunnskunnskap for innvandrere. Det forutsettes i tiltak 18 at spørsmål relatert til kjønnslemlestelse kan tas opp i opplæringen i norsk eller samfunnsfag.

7.2.1 Opplæring i norsk og samfunnskunnskap

Retten og plikten til opplæring i norsk og samfunnskunnskap for innvandrere ble lovfestet 1. september 2005. Hovedregelen er at de som får opphold med mulighet for bosettingstillatelse, har både rett og plikt til 300 timer opplæring, fordelt på 250 timer

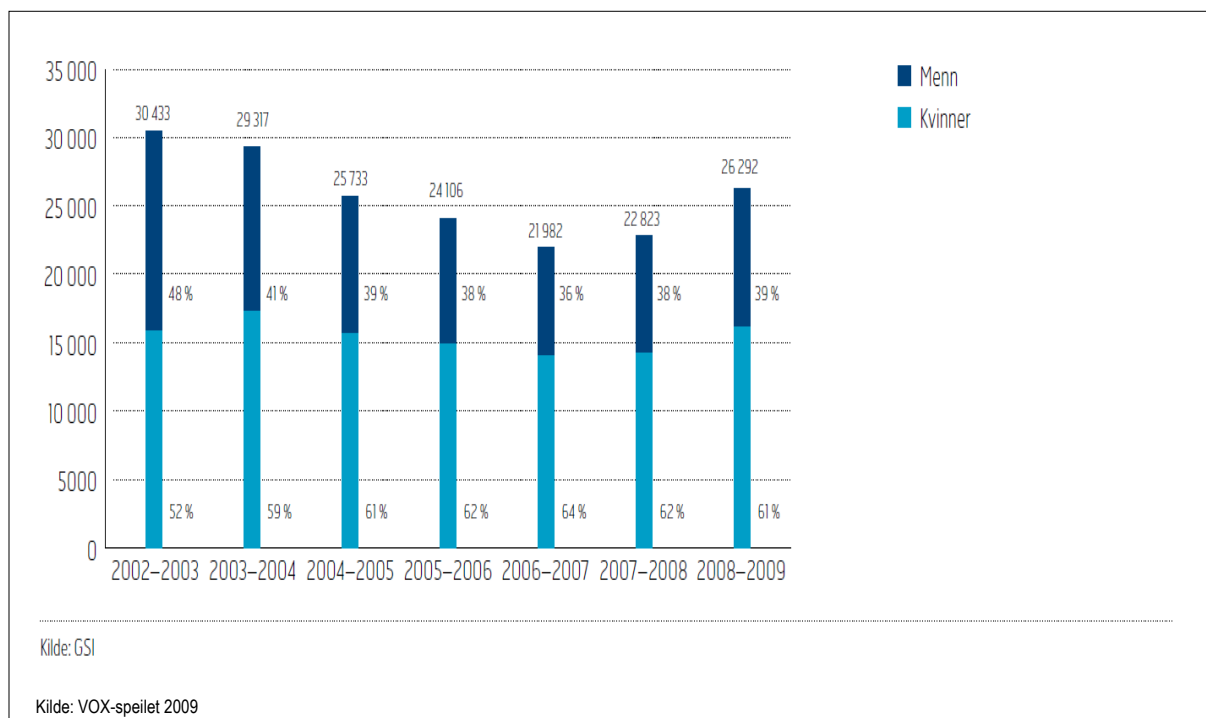
norsk og 50 timer samfunnskunnskap. Det er verd å merke seg at opplæringen i 50 timer samfunnskunnskap skal skje på et språk som deltakeren forstår godt.

7.2.2 Målgruppe - Deltakere i opplæring i norsk og samfunnskunnskap

Som kontekstkunnskap vil vi kort se på antall deltakere og kjennetegn ved deltakerne.

Bare en mindre del av disse er fra høyriskolane.

Figur 2: Deltakere i opplæring i norsk og samfunnskunnskap fra 2002-2003 til 2008-2009 etter kjønn



I følge VOX-speilet 2009 deltok totalt 26 292 innvandrere i opplæring i norsk og samfunnskunnskap. Vi ser av figuren at det er flere kvinner enn menn som har deltatt i opplæringen. Kvinneandelen for 2008-2009 var på 61 prosent.

I 2008 var hver tredje innvandrere som deltok i norsk-opplæring bosatt i Oslo og Akershus. I følge Vox-speilet er det også relativt mange innvandrere i opplæring i Hordaland og Rogaland.

Tabell 4: Deltakere i norsk og samfunnskunnskap 2008-2009 etter fylke

Fylke	Deltakere 2008-2009	
	Antall	Prosent
Oslo	5964	23
Akershus	2702	10
Hordaland	2313	9
Rogaland	2160	8
Møre og Romsdal	1422	5
Vest Agder	1267	5
Buskerud	1256	5
Sør-Trøndelag	1163	4
Østfold	1154	4
Nordland	1007	4
Vestfold	974	4
Oppland	899	3
Telemark	871	3
Aust-Agder	698	3
Hedmark	695	3
Troms	573	2
Nord-Trøndelag	514	2
Finmark	444	2
Sogn og Fjordane	216	1

Kilde: VOX-speilet 2009

7.2.3 Undervisningspersonell i norsk og samfunnskunnskap

Det er av interesse å vite om hvem som er undervisningspersonellet i norsk og samfunnskunnskap for innvandrere.

Det fremgår at de fleste som underviser i norsk og samfunnskunnskap, har godkjent pedagogisk utdanning. Kvinnene er i flertall blant undervisningspersonalet.

7.2.4 Undervisningen i praksis – deltakelse etter spor

For at alle skal få best mulig utbytte av opplæringen, organiseres opplæringen i tre ulike spor. På den måten skal deltakerne få en mest mulig tilpasset opplæring, i og med at sporinndelingen tar utgangspunkt i den enkeltes forutsetninger og mål for opplæringen.

I følge Vox-speilet 2009 er innholdet i de ulike sporene:

Spor 1 er for deltakere med svært liten eller manglende skolebakgrunn. Her går personer som i sine opprinnelsesland i liten grad har fått lese- og skriveopplæring.

Spor 2 er for deltakere som har en del skolegang, og som er vant til å bruke skriftspråk.

Spor 3 er for deltakere med god allmennutdanning.

År	Spor 1		Spor 2		Spor 3		Totalt	
	Deltakere	Kvinner i prosent	Deltakere	Kvinner i prosent	Deltakere	Kvinner i prosent	Deltakere	Kvinner i prosent
2002-2003	16710	51	13723	53	0	0	30433	52
2003-2004	15059	59	14258	59	0	0	29317	59
2004-2005	10381	61	15352	60	0	0	25317	61
2005-2006	6454	66	12534	58	5118	65	24106	62
2006-2007	5941	70	11062	61	4979	63	21982	64
2007-2008	5451	66	13153	60	4219	66	22823	62
2008-2009	5645	66	15413	60	5234	62	26292	61

Vi ser at flesteparten (59 %) deltok på spor 2 i 2008-2009. 21 % av deltakerne deltok på spor 1 og 20 % på spor 3. Vi ser også at det er en viss overvekt av kvinner blant deltakerne.

Det er også verd å merke seg at deltakerne i 2008-2009 var fordelt på 2330 grupper med et snitt på 11 deltakere pr. klasse. Det er av interesse at det er færrest deltakere pr. klasse på spor 1 (i snitt 8 deltakere).

Det er altså årlig mellom 20000 og 30000 innvandrere som deltar i norsk og samfunnsopplæringen for

innvandrere. Langt fra alle disse kommer fra risikoland for kjønnslemlestelse.

tikler om temaene og veiledning til deltakerhefte. Dette materiellet er ferdig og ble sendt ut fortløpende til skolene etter hvert som lærerne hadde deltatt på etterutdanningskurs.

Det er videre utarbeidet et hefte med undervisningsopplegg for nyankomne innvandrere i tematikken "Vold i nære relasjoner, tvangsekteskap og kjønnslemlestelse".

VOX har opplyst til Oxford Research at Lærernes bok og undervisningsopplegg for vold i nære relasjoner ble sendt ut til alle skoler som driver norskopplæring i kommunene. Også skoler hvor ingen lærere deltok på etterutdanningstilbud.

Oxford Research konkluderer med at VOX har utført og implementert tiltak 18 i tråd med slik tiltakets resultatmål er beskrevet. De har utført og gjennomført tiltak 18 i henhold til forutsatt tidsplan.

Hvordan læremidlene vurderes, redegjøres kort for i casestudiene, samt i kartleggingen av 6 undervisningsskoler.

7.3 VOXs implementering av tiltak 18

VOX har utført tiltaket med produksjon av materiell i henhold til tiltaket. I halvårsrapporteringen er det produksjonen av materiell nærmere beskrevet.

Det er utviklet et deltakerhefte på norsk og et hefte for lærerne - "Lærernes bok", som inneholder fagar-

7.4 Vurdering av etterutdanningstilbudet

Etterutdanningstilbudet kan også ses på som en del av tiltak 18 og det å legge til rette for et kunnskapsbasert opplegg.

Halvårsrapporteringen for høsten 2010 og våren 2011 gjør kort rede for etterutdanningstilbudet. De første etterutdanningskursene ble holdt i 2009. Det ble da holdt kurs i vold i nære relasjoner hvor tematikken kjønnslemlestelse inngikk. Kursene ble gitt i alle fylker og tilbudet ble sendt ut til alle skoler som har norsk og samfunnsopplæring for innvandrere. Det var i følge VOX ca. 2000 lærere som deltok av ca. 3000 totalt.

VOX forteller at tilbakemeldinger og inntrykk tyder på at kursene ble godt mottatt. Særlig ble opplysningene om helsekonsekvenser vurdert som informativt og nyttig, men samtidig sterkt.

Det er videre gjennomført ulike etterutdanningskurs, se halvårsrapporteringen høsten 2010 og våren 2011.

Det videre arbeidet med etterutdanningstilbud og kompetanseutvikling i 2010, ble ifølge VOX preget av økt fokus generelt på vold mot barn og vold i hjemmet.

I oktober 2010 ble det arrangert en ledersamling for ledere og koordinatører i voksenopplæringen. Hovedfokus i denne ledersamlingen var hvordan skolen og lærere kan ta opp temaet i undervisningen.

Noe av bakgrunnen var et inntrykk av at mange vegrer seg for å ta opp problemstillingen i praksis. VOX har også mottatt enkelte henvendelser fra lederne på Voksenopplæringsstedene som forteller at det i praksis er vanskelig å ta opp problematikken kjønnslemlestelse. På tross av økt kunnskap og godt læremateriell, blir tematikken i enkelte tilfeller ikke tatt opp.

Av dette kurset ble det foretatt en evaluering via Questback. Det var 28 deltakere på kurset som besvarte spørreskjemaet. De ble bedt om å besvare 6 spørsmål og gi en vurdering på en skala fra 1 til 5, der 1 betyr "svært uinteressant" og 5 betyr "svært interessant".

Resultatene tyder på at etterutdanningstilbudet ble oppfattet som relevant og nyttig.

I 2011 har det som rapporteringen

I de intervjuene Oxford Research har utført med skoleledere og lærere, vurderes etterutdanningstilbudet som bra og relevant. Vi kan ikke si noe representativt om opplevelsen av etterutdanningstilbudet. Egenevaluering og de intervjuer Oxford Research har utført, indikerer en positiv vurdering av etterutdanningstilbudet.

Etterutdanningstilbudet ser også til å ha nådd ut til de fleste av den aktuelle målgruppen. Innholdet i etterutdanningstilbudene synes videre relevante.

Våren 2011 (6. og 7. juni, se <http://www.vox.no/no/Kurs-og-konferanser/Lederkonferanse-67-juni/>, for nærmere beskrivelse), ble det arrangert en ledersamling for leder i norskopplæring og fylkesmennene. I denne ledersamlingen ble temaet vold i nære relasjoner, herunder kjønnslemlestelse tatt opp. Det planlegges at alle landets RVTSer (unntatt RVTS ØST) til høsten skal gi informasjon om kjønnslemlestelse til skoleledere/skolene.

Oxford Research vurderer etterutdanningstilbudet som gjennomgående relevant og nyttig. Samtidig er det indikasjoner på at det er meget vanskelig å få til en kunnskapsbasert dialog i praksis. Dette gjelder på tross av at lærere og skoler forteller om økt kunnskap og kompetanse om tematikken kjønnslemlestelse og godt læremateriell.

Hvordan foregår dem kunnskapsbaserte dialogen i praksis? Hva gjøres ved skolene for voksenopplæring når det gjelder tematikken kjønnslemlestelse?

7.5 Kunnskapsbasert dialog i praksis – hva gjøres ved skolene?

I det følgende redegjør vi for hvordan tre ulike skoler har jobbet og tilnærmet seg temaet kjønnslemlestelse.

7.5.1 Caseskole A

Dette er en større skole for voksenopplæring med over 700 aktive elever. For tiden er det rundt 150 deltakere på SPOR 1, ca. 350 på SPOR 2 og noe over 60 på SPOR 3. Skolen har mellom 80-85 lærere.

Om undervisning om kjønnslemlestelse og vold i nær

Ved denne skolen har lærerne ikke brukt undervisningsmateriellet som VOX har laget. Informantene som ble intervjuet ble fremvist undervisningsmateri-

ellet, men kjente ikke til dette og hadde ikke sett det.

Avdelingslederen på SPOR 1 så gjennom heftet og bemerket at det kan være problematisk å bruke for analfabetene på SPOR 1. Det pekes på at tekst er problematisk. Det må være bilder og konkreter i størst mulig grad.

Hvordan tas temaet kjønnslemlestelse opp ved denne skolen?

Det følgende gjelder undervisningen på SPOR 1 og tilhørende samfunnsfagopplæring.

Organisering

Ved denne skolen har kjønnslemlestelse blitt tatt opp som tema i mange år. Handlingsplanen mot kjønnslemlestelse har ikke i det vesentlige endret fokus på arbeidet mot kjønnslemlestelse ved denne skolen.

Temaet kjønnslemlestelse er blitt tatt opp på noen ulike måter.

For det første er temaet tatt opp gjennom temasamlinger/fellesinformasjonsmøter der tolker er tilstede.

Dette må ses i sammenheng med utfordringene med å gi undervisning på et språk deltakeren forstår. Ved denne skolen har man løst denne utfordringen, ved å ha *temasamlinger* 7 ganger i året. 3 om høsten og 4 om våren. Da er det med tolker og deltakerne sitter sammen med sine tolker. Kjønnslemlestelse og vold i nære relasjoner er ett av teamene som tas opp og gjennom mange år har blitt tatt opp. Våren 2011 er ikke kjønnslemlestelse ett av temaene.

I disse temasamlingene om kjønnslemlestelse har man delt inn i menn og kvinnegrupper. Begrunnelsen er at teamet kjønnslemlestelse oppleves for sensitivt til at menn og kvinner kan være sammen

Informasjonen gis til *alle* på SPOR 1, uavhengig av land.

Noen av lærerne har ment at dette er et tema som bare burde tas opp med kvinner. Men lederen på SPOR 1 har ment at dette også er svært relevant for menn. Ledernes tilnærming har vært preget av at menn bør vite om kjønnslemlestelse og om helsekonsekvensene og problemene for kvinnene.

Innholdet i informasjonen og opplæringen for kvinne- og mannsgruppene kan være noe annerledes.

Disse temasamlingene/felles informasjonsmøter har altså vært obligatoriske for alle på SPOR 1, uavhengig av land. Skolen har gjennomført disse temasamlingene flere ganger de siste årene. Disse kursene har gått inn i det skolen registrerer som 50 timer samfunnsfag.

Det er også tilbudt et frivillig kurs på åtte ganger.

Innholdet i opplæringen

I temasamlingene er det lagt mest vekt på helse og en del på forbud og lovverk. Ved denne skolen har de samarbeidet med helsepersonell som har stått for kursene.

I denne undervisningen gitt av helsepersonell har man ikke brukt lærematerialet fra VOX. Helsepersonellet har selv utviklet et kurs med vekt på bilder.

Erfaringer og vurderinger.

Det har vært noen protester og tilbakemeldinger fra folk som sier at det gjelder ikke meg og min kultur og at det ikke skjer i min kultur.

Hovedinntrykket er at det i liten grad har vært tilbakemeldinger fra menn. Avdelingslederen på SPOR 1, spør om dette kan ha bakgrunn i at det er for ømtålelig tema å ta opp. Fra kvinner har det kommet flere spørsmål og tilbakemeldinger under og i etterkant av kursene. Avdelingslederen erfarer at mange av kvinnene kjenner godt til kjønnslemlestelse og har helseproblemer eller traumatiske minner.

Erfaringene indikerer at temaet kjønnslemlestelse oppleves svært påkjennende for lærerne. På ett av de første kursene, deltok store deler av personalet også lærere fra SPOR 2 og 3. Når lærerne så bilder og deltok på informasjonsbiten, ble det for tøft for enkelte. En av lærerne så seg nødt til å gå ut av kurset.

Erfaringen er videre at tematikken kjønnslemlestelse også er kompleks og påkjennende at læreren ikke har nok kompetanse til å undervise/ta opp dette temaet. Denne skolen har gode erfaringer med å bruke eksterne til å gjennomføre kurs i kjønnslemlestelse.

Avdelingslederen fra SPOR 1 forteller at på bakgrunn av kurset som ble gitt for SPOR 1 deltakere, besluttet lærerne på SPOR 2 og 3 at dette ville de ikke ha. Det var for voldsomt.

Det pekes også på at det er en forskjell i tidsvinduet for opplæring mellom SPOR 1 på den ene siden og

SPOR 2 og 3 på den andre siden. Man har bedre tid til å planlegge og legge inn slik opplæring i SPOR 1, mens det kan være utfordrende å få det til på SPOR 2 og 3.

Det er altså ikke gitt systematisk opplæring på SPOR 2 og 3.

Oppsummering caseskole A

- Ved denne skolen har kjønnslemlestelse blitt tatt opp som tema i mange år. Handlingsplanen mot kjønnslemlestelse har ikke i det vesentlige endret fokus på arbeidet mot kjønnslemlestelse ved denne skolen. Ved denne skolen har lærerne ikke brukt undervisningsmateriellet som VOX har laget.
- Det er først og fremst på SPOR 1 at det har vært *systematisk* opplæring gjennom temasamlinger/kurs. Informasjonen gis til *alle* på SPOR 1 gjennom temasamlinger/kurs, uavhengig av land. I disse temasamlingene om kjønnslemlestelse har man delt inn i manns- og kvinnegrupper.
- I temasamlingene er det lagt mest vekt på helse og en del på forbud og lovverk. Ved denne skolen har de samarbeidet med helsepersonell som har stått for kursene.
- Man har gode erfaringer med å bruke helsepersonell/eksterne til å undervise om kjønnslemlestelse og anbefaler dette generelt. Erfaringen er at tematikken kjønnslemlestelse også er så kompleks og påkjennende at læreren ikke har nok kompetanse til å undervise/ta opp dette temaet.
- Når det gjelder tilbakemeldinger fra elever, er Hovedinntrykket at det i liten grad har vært tilbakemeldinger fra menn. Fra kvinner har det kommet flere spørsmål og tilbakemeldinger under og i etterkant av kursene.

7.5.2 Caseskole B

Denne skolen er også en av de større opplæringskoler for voksenopplæring. Skolen har mer enn 200 ansatte, ved SPOR 1 er det rundt 200 elever og noe mer for SPOR 2.

Hvordan tas temaet kjønnslemlestelse opp ved denne skolen?

Ved denne skolen har de siste 3 årene *ikke* hatt noen spesifikk opplæring og kursing om tematikken kjønnslemlestelse i norskopplæringen.

Selv om man ikke på SPOR 1 har hatt spesifikk opplæring i temaet kjønnslemlestelse, har man diskutert temaet. Våren 2010 så man filmen "The cut" som gjelder kjønnslemlestelse. Da var ansatte på både SPOR 1, 2 og 3 tilstede. I etterkant har man diskutert hva man bør gjøre.

Avdelingsleder for SPOR 1 forteller imidlertid at de er kjent med tematikken og læremidlene (hefter fra VOX).

Skolen har også en del arenaer der tematikken mer generelt kan bli tatt opp. De har mannsgrupper som arrangeres en gang i uken. De har også kvinnegrupper. Videre har de ulike tiltak for de som er med i introduksjonsordningen. Dette gjelder bl.a. tema som foreldrerollen og hva som forventes i Norge. Dette er også grupper som møttes en gang i uka. Dette er en del av opplæringen om familie, der deltakerne kan få veiledning og råd.

Det er ved skolen forholdsvis stor bevissthet om tematikken kjønnslemlestelse, men personalet og skolen er i en modningsfase i forhold til hvordan de konkret eventuelt skal utforme undervisningen.

Erfaringer

Ved denne skolen har man som sagt ikke hatt spesifikk undervisning. Man har dermed heller ikke konkrete erfaringer med undervisningen. Man har likevel diskutert hvordan man best kan organisere og gjennomføre opplæring i kjønnslemlestelse.

Det pekes på et grunnleggende dilemma. Ved denne skolen er det elever fra svært mange ulike land. Det er en blanding av landbakgrunner og noen fra risikoland for kjønnslemlestelse og andre ikke. Personalet opplever det som et dilemma. Skal man ha opplæring for alle uavhengig av landbakgrunn, eller skal man ha opplæring bare for de fra høyrisikoland?

Det pekes på at mange fra risikolandene også er med i introduksjonsprogrammet slik at man kanskje kan ta opp tematikken på best måte der hvor en har tolker.

En annen utfordring er kjønn. Skal menn og kvinner ha ulike grupper? Man antar at det vil være vanskelig å ha felles opplæring og dialog om et så sensitivt og tabubelagt tema.

Ved denne skolen er opplæringen litt på vent for å ta stilling til slike spørsmål. Man har vurdert det som viktig å tenke grundig gjennom hvordan eventuell undervisning organiseres og gjennomføres.

På denne bakgrunn etterspør skolen mer erfaringsutveksling i hvordan en best kan gjennomføre slik undervisning. Det ville være ønskelig om VOX kunne systematisere og eventuelt arrangere kurs/arenaer for erfaringsutveksling.

Resultater og vurdering

Hvilke tilbakemeldinger får dere fra deltakerne (innvandrerne)?

Informantene i norskopplæringen kjenner ikke til at det har vært spørsmål og/eller henvendelser om kjønnslemlestelse fra elever.

Informanten fra samfunnsfagopplæringen opplever basert på inntrykk og erfaringer at informasjon om kjønnslemlestelse fortsatt er nødvendig. Det finnes i følge informanten fortsatt folk som benekter forekomsten av fenomenet. Når temaet blir tatt opp, har det vært høylytte diskusjoner om bakgrunnen i religion og kultur.

Samfunnsfagopplæringen ved denne skolen går parallelt med norskopplæringen, over 0.5 år en gang i uken.

Det pekes på at en del i norskopplæringen og samfunnsfagopplæringen neppe vil finne opplæring i kjønnslemlestelse relevant og at særlig de grupper som betaler selv ikke vil finne i så bruke tid på det (men her vil få, om noen være fra risikoland).

Oppsummering casestudie B

- Ved denne skolen har de siste 3 årene *ikke* hatt noen spesifikk opplæring og kursing om tematikken kjønnslemlestelse i norsk undervisningen.
- Man er inne i en fase hvor man vurderer hvordan en best kan ta opp tematikken.
- Man har imidlertid forholdsvis stor bevissthet om temaet og man har diskutert temaet blant personalet både på SPOR 1, 2 og 3.
- Skolen har også en del arenaer der tematikken mer generelt kan bli tatt opp.
- Skolen peker på flere utfordringer med å ta opp tematikken:
 - Konkret gjennomføring og organisering av slik undervisning. Man er usikker på hvordan en best kan gjennomføre det.
 - Lærerne føler seg usikre på helse-delen.
 - Det oppleves som vanskelig å ta opp tematikken

På denne bakgrunn etterlyses mer erfaringsutveksling om gode erfaringer med undervisning i tematikken kjønnslemlestelse.

7.6 Caseskole C

Skolen er en av de større opplæringsinstitusjoner for voksenopplæring og har mange elever fra risikoland.

Skolen var allerede borte i problemstillingen for 5 år siden gjennom et informasjonsmøte. De har også selv tatt kontakt med RVTS vedrørende temaet kjønnslemlestelse og har også hatt kontakt med NKVTS. Det er imidlertid dette skoleåret en har jobbet mest aktivt med tematikken kjønnslemlestelse.

Morsmålslærere tilknyttet skolen har vært på etterutdanningskurs i regi av VOX vedrørende kjønnslemlestelse.

Ved denne skolen har de brukt heftet fra VOX, mest i forbindelse med tvangsekteskap og vold i nære relasjoner.

Tilbakemeldingene på heftene fra VOX er gode. Det som kan være utfordrende er å diskutere dette blant de som er analfabeter på SPOR 1.

Ved SPOR 1 har det vært diskusjoner i teamene om hvordan en best kan ta opp problemstillingen. Diskusjonene har vært på team og tatt opp bl.a. om en skal gi undervisningen gruppebasert, om en skal dele inn etter kjønn og hva innholdet i opplæringen skal være.

Organisering av undervisning

Skolen har gjennomført et kurs med en ekstern foredragsholder. Både morsmålslærere og tolk deltok.

Blir tilbudet gitt til alle på SPOR 1?

Skolen innkalte alle med somalisk bakgrunn/somali språk til dialog kurs. Den eksterne foredragsholderen/kursansvarlige mente at man kunne ha kvinner og menn sammen. På den bakgrunn planla man grupper med kvinner og menn sammen. Det ble klart at menn og kvinner ikke kunne være i samme gruppe. Det var store protester både fra menn og kvinner. Resultatet ble opplæring i egne Kvinne- og mannsg grupper.

Kurset eller opplæringen tok ca. 2-3 timer. Det tar en del tid når man har med tolk. Skolens fokus var å ta opp kjønnslemlestelse med risikogrupper. Endte med de store språkgrupper. Det kurset som ble

gjennomført deltok ca. 30-40 elever totalt. På SPOR 1 er det over 110 elever totalt.

Hva har innholdet i undervisningen vært?

Skolen har fokusert på helsekonsekvenser. De har bevisst ikke lagt vekt på holdninger og moralisme. For øvrig er det også tatt opp fakta om kjønnslemlestelse når det gjelder hvilke land det er utbredt i og hva kjønnslemlestelse er. Forbudet og straffbarheten av kjønnslemlestelse er også redegjort for. Skolen oppfatter det som viktig å informere om regelverket. Samtidig blir dette i praksis ikke så viktig. Skolen peker på at det ikke er noen som er dømt. Derfor vanskelig å fokusere på å informere om at det er forbudt når man ikke kan si at noen er dømt for det.

Erfaringer

En erfaring er at det er viktig å ha med lærere som kjenner elevene. Det gjør settingen tryggere.

Videre synes det nødvendig å dele inn i manns- og kvinnegrupper. Selv om den eksterne foredragsholderen mente og hadde erfart at det fungerte med fellesgrupper, fikk skolen mye protester og reaksjoner på det.

Skolen peker videre på at man er avhengig av tolker for å kunne diskutere dette temaet skikkelig. Det er veldig vanskelig å diskutere uten tolk.

Det som har vært en barriere, er å komme i gang med undervisningen. En del lærere opplevde temaet som vanskelig. Når en først fikk satt i gang med opplæring, viste det seg å ikke være så vanskelig som en hadde trodd. Nå er inntrykket at det er et mer positivt forhold til å drive slik opplæring en tidligere. Kompetanse er økt blant lærerne.

Skolen har fokusert på kurs i tvangsekteskap og vold i nære relasjoner. Når det gjelder kjønnslemlestelse har de som sagt kommet i gang med opplegg for somaliere. Så har det stoppet litt opp. Tilnærmingen til skolen er å ta opp temaet kjønnslemlestelse i de store språkgruppene som omfattes av høyrisikolandene for kjønnslemlestelse. Det er utfordrende å få det til pga. behovet for tolker.

Siden vi har erfart at man må ha tolk med, blir det nok mest hensiktsmessig å legge kursene inn i samfunnsfagundervisningen. Denne skal gis på et språk de forstår. Temaet kjønnslemlestelse skal også inn i norskundervisningen, men det kan være utfordrende å få til i praksis.

På SPOR 3 har ikke kjønnslemlestelse blitt tatt opp som et eget kurs. Det har blitt arbeidet mer med vold i nære relasjoner og tvangsekteskap.

Tematikken er blitt diskutert også blant personalet på SPOR 3. Tilnærmingen har vært preget av at lærerne ønsker og eventuelt ta opp problemstillingen på sin måte og i sin gruppe. Avdelingslederen på SPOR 3 har inntrykk av at det er jobbet mest aktivt med tematikken kjønnslemlestelse på SPOR 1. SPOR 1 og SPOR 2 har også i noe større grad jobbet sammen.

Avdelingslederen på SPOR 3 peker på at dette med helsekonsekvenser kan oppleves som vanskelig og ukjent for norsklærere. Det spørres om ikke helsepersonell utenfra burde holde opplæringen om dette.

Resultater

For det første har en god del elever gitt tilbakemelding om at de mener det er fint at temaet blir tatt opp.

Hovedinntrykket er videre at elevene mener kjønnslemlestelse er noe gammeldags som de tar avstand fra. Samtidig oppfatter lærerne en viss tvetydighet i den uttrykte holdning hos noen elever. Man tar avstand fra de grovere former for kjønnslemlestelse, mens de mildere former for kjønnslemlestelse vurderes som ok.

Inntrykket etter opplæringen er videre at kommunikasjonen om helsekonsekvenser og helsekonsekvenser i hovedsak ble tatt imot og forstått. Noen nikket gjennende under kurset.

Hovedinntrykket er at opplegget har bidratt til at lærerne i større grad selv kan ta opp tematikken kjønnslemlestelse og at temaet er blitt litt mindre tabu.

Oppsummering

- Skolen var allerede borte i problemstillingen for 5 år siden gjennom et informasjonsmøte. Det er imidlertid dette skoleåret en har jobbet mest aktivt med tematikken kjønnslemlestelse.
- Det er bare på SPOR 1 en har hatt *systematisk* undervisningsopplegg innenfor kjønnslemlestelse det siste året.
- Skolen innkalte alle med somalisk bakgrunn/somali språk til dialog kurs. Kurset ble utført med en eksterne foredragsholder. Det ble gjennomført med deling i kvin-

ne- og mannsgrupper. Totalt deltok 30-40 elever.

- Innholdet i opplæringen fokuserte på helsekonsekvenser av kjønnslemlestelse.

For øvrig er det også tatt opp fakta om kjønnslemlestelse når det gjelder hvilke land det er utbredt i og hva kjønnslemlestelse er. Forbudet og straffbarheten av kjønnslemlestelse er også redegjort for

7.6.1 Resultater fra stikkprøve-kartlegging

I tabellen nedenfor har vi satt inn hovedresultatene fra kartleggingen av 10 skoler, hvorav 6 har svart. De tre casestudiene ovenfor inngår *ikke* i kartleggingen.

Tabelloversikten nedenfor er sterkt *forenklet* og vil ikke gi alle nyanser i svarene og tilbakemeldingene fra skolene.

Tabell 5: Hva gjøres i praksis?

Skole	Deltakelse etter - utdanningstilbud VOX (EUTB VOX)	Vurdering av EUTB VOX	Gis opplæring i kjønnslemlestelse? Til hvem?	Organisering; Intern og/eller/ekstern kompetanse	Innhold i opplæring
1	Ja, et par lærere på SPOR 1	Bra	Kun for SPOR 1 elever nådd nivå A1c. Grunnet tolkeutfordringer.	Ordinære lærere	Følger opplegget fra VOX
2	-	-	Under planlegging. *	-	-
3**	En stor del av personalet (ledere og lærere) har hatt opplæring fra VOX (2009).	Informativt og lærerikt	Alle lærere er informert om dette er et obligatorisk emne. Oppfordret om å gi slik informasjon om kjønnslemlestelse. Skolen/ledelsen har ikke systematisk oversikt over hva som faktisk har blitt gjort/gjøres Temaet tas også opp på 50 timers kurset i samfunnskunnskap der fordelen er at undervisningen skjer på deltakernes morsmål.	Ordinære lærere Avdelingen har brukt medisinstuderenter ved et par anledninger, og disse har blitt bedt om å undervise om kjønnslemlestelse. Alle deltakerne har da fått tilbudet, og tolker har vært benyttet.	Alle lærerne har fått VOX sine hefter "Vold i nære relasjoner, tvangsekteskap og kjønnslemlestelse", både elevhefter og lærerens bok.
4	Alle lærerne deltok på vox sin opplæring på kursdager for lærere (ikke presisert om dette gjelder alle på SPOPR 1,2 og 3)	Bra etter utdannings-tilbud	Gis årlig. Undervisningen gis ikke til alle på SPOR 1 (uten at det presiseres hvem som er målgruppen). Det deles inn i kvinne- og mannsgrupper	Benyttet både egne lærere og ressurser utenfra	Bruker undervisningsmateriellet fra VOX
5	Et par lærere fra SPOR 1 har deltatt. <i>Ikke</i> noen lærere fra SPOR 2 og 3.		Temaet "vold i nære relasjoner" skal være tatt opp i alle klasser. Skolen har hatt interne diskusjonsgrupper rundt temaet, og utveksling av erfaringer og materiell. Når det gjelder <i>kjønnslemlestelse</i> , oppleves dette for vanskelig for de	-	-

			fleste. Skolen/lærerne mangler kompetanse, og det er ikke nok å gå på et kort kurs. Skolen ønsker profesjonelle til å ta seg av den biten.		
6	Lærere på SPOR 1 har ikke deltatt. Noen lærere på kurset i arbeidsnorsk har deltatt	Bra	For elevene i SPOR 1, tas problematikken opp i 50 timers samfunnskunnskap på et språk som deltakeren forstår. I kurset arbeidsnorsk som hadde ca. 120 deltakere i 201/2011, tas tematikken opp når det vurderes som aktuelt i forbindelse med vold i nære relasjoner. Det gis opplæring/informasjon til alle på SPOR 2 og 3 (deltakere på kurset arbeidsnorsk). Undervisningen blir ikke delt inn i manns- og kvinne grupper.	- Ikke spesifikk opplysninger om dette	Bruker undervisningsmateriellet fra VOX

Kilde: Oxford Research AS

* Til høsten 2011 skal skolen ha: barn som lever med vold, vold i barneoppdragelsen, tvangsekteskap og Kjønnsmlestelse. I forhold til 50 timers samfunnsfag har skolens morsmålslærere inkludert vold i nære relasjoner i sin undervisning i løpet av de siste tre semestrene.

**kun informasjon for SPOR 1)

Det er noe ulikhet i hvilken grad lærere ved skolene har deltatt i etterutdanningstilbudene fra VOX.

Vi ser av tabellen at det er de fleste skolene vurderer etterutdanningstilbudet fra VOX som de har deltatt i som bra. Dette samsvarer i stor grad med inntrykket fra casestudiene og evalueringsskjemaer og tilbakemeldinger til VOX

Når det gjelder om skolene i det hele tatt har gitt/gir informasjon om tematikken kjønnslemlestelse, ser vi at det er noen forskjeller. En skole har ikke kommet i gang enda (skole2). Når det gjelder skole 3 har de

ikke systematisk oversikt over hva som i praksis blir gjort. Skole 1 og 4 gir informasjon, men ikke til alle. Skole 6 gir informasjonen til alle på kurset arbeidsnorsk og der deles det heller ikke inni manns- og kvinnegrupper-

Tabellen viser også at det er noe ulik praksis når det gjelder hvem som gir undervisningen. Skole 1 og 6 har benyttet egen ordinære lærere, mens skole 3 og 4 har kombinert egen ressurser med eksterne foredragsholdere

De skolene som har gitt opplæring i kjønnslemlestelse kjenner til VOXs sitt materialet og har brukt dette. Det er også blitt brukt annet undervisningsmaterieil og bilder når det har vært inne eksterne som har gitt undervisning.

Tabellen nedenfor oppsummerer de sentrale erfaringer som skolene/lærerne har gitt tilbakemelding om.

Tabell 6: Erfaringer fra skoler, ledere og lærere

Skole	Erfaringer
1	<p>Utfordringer: I utgangspunktet er det ikke så mye som fungerer bra akkurat vedr. kjønnslemlestelse. Generell Vold i nære relasjoner fungerer for øvrig greit.</p> <p>Skolens lærere er uttrygge, usikre og bekymrer seg for reaksjoner, event. hva en diskusjon i klassen kan avstedkomme.</p> <p>"Best practice" Skolen peker på muligheten for at tematikken blir tatt opp ved/av helsestasjoner eller annet helsepersonell. Bør det være Innkalling til obligatorisk samtale hos helsesøster?</p> <p>Resultater: Ved denne skolen har de fått få tilbakemeldinger fra deltakere/elever og har ikke grunnlag for å uttale seg om resultater.</p>

2	- Ikke gjennomført. Ikke noen erfaringer.
3	<p>Utfordringer: Dette temaet finner nok mange det vanskelig å undervise i. Det er et tema som berører noen menneskers mest intime og personlige områder. Ikke alltid lar det seg gjøre å ta temaet kjønnslemlestelse opp i blandete norskklasser. I slike tilfeller må man omorganisere til rene klasser av menn og kvinner, og temaet blir da ikke en naturlig del av undervisningen for øvrig. I tillegg må man ofte gjøre bruk av tolk for å være sikker på at informasjonen blir forstått, og dette er heller ikke bare enkelt.</p> <p>"Best practice": Det er videre vurdert om man kan få hjelp av helsesøster i denne forbindelsen, men hun har bundet tiden sin til arbeid med barn og unge</p>
4	<p>Utfordringer: En hovedutfordring i praksis er at man har grupper med ulike nasjonaliteter, både vestlige og ikke-vestlige. Noen føler at temaet ikke er aktuelt.</p> <p>"Best practice" Skolen peker på å bruke delte gruppe etter kjønn og eventuelt andre kriterier. Det pekes på at man gjerne bør bruke helsepersonell og/eller helsesøster.</p> <p>Resultater: Det antas at opplæringen gir økte kunnskaper om helsekonsekvenser og at det endrer holdninger. Et annet resultat er at det blir økt fokus på tematikken kjønnslemlestelse ved skolene. Det ville det ikke vært ellers i samme grad.</p> <p>Skolen har fått positive tilbakemeldinger fra mange elever. Noen føler at temaet ikke er aktuelt da det ikke foregår innenfor deres nasjonalitet.</p> <p>Fra læreren er hovedtilbakemeldingene at kjønnslemlestelse er et aktuelt emne.</p>
5	<p>Utfordringer: Skolen/lærere opplever at de mangler kompetanse, spesielt til å undervise om kjønnslemlestelse.</p> <p>Skolen/lærere vegrer seg derfor for temaet "kjønnslemlestelse".</p> <p>Behovet for et eget team og samarbeid med eksterne fagfolk må tas opp til vurdering igjen.</p>
6	<p>Utfordringer: Undervisningsmaterialet fra Vox er for komplisert for de språklig svakest gruppene og disse trenger ofte mest informasjon</p> <p>Resultater: Kvinner får kunnskap de ikke hadde og kanskje de diskuterer videre sammen. Deltakerne får også kunnskap om hvordan det norske samfunnet ser på kjønnslemlestelse.</p>

Kilde: Oxford Research AS

Kompetanse i kjønnslemlestelse må kunne finnes andre steder enn på voksenopplæringen."

Manglende kompetanse og vanskelig tema

En av hovedutfordringene synes å være en opplevelse av manglende kompetanse blant lærerne i å ta opp temaet. Samtidig oppleves tematikken som så vanskelig, at det kan føre til at man ikke diskuterer det.

En av skolene formulerer utfordringene tydelig:

"Lærerne opplever at kjønnslemlestelse er spesielt vanskelig å snakke om (vegrer seg noe) og prioriterer det øvrige pensumet innenfor "Vold i nære relasjoner". Vi har meget dyktige og engasjerte lærere ved skolen, men de burde få slippe å undervise i dette.

En annen skole rapporter:

"Er det riktig at vi gjør dette som mangler fagkompetansen? Enkelte temaer, spesielt omskjæring, føler vi oss ikke kompetente for å ta i det hele tatt"

Hovedinntrykket er at dette utsagnet også i større eller mindre grad gjelder de andre skolene vi har undersøkt. Pr. i dag er det tydelig at kjønnslemlestelse oppleves som svært vanskelig å ta opp som tema.

Stiller spørsmål ved oppgavens ansvars plassering

Flere av skolene stiller spørsmål ved om det er voksenopplæringen som burde ha ansvar for informasjon om kjønnslemlestelse.

Det pekes på om ikke helsepersonell/helsestasjoner er nærmest til å drive slik opplæring.

Resultater?

Vi har fått begrensede tilbakemeldinger på hvilke resultater skolene erfarer med opplæringen i kjønnslemlestelse. Av tabellen ser vi at noen skoler melder om positive tilbakemeldinger.

7.7 Oppsummering og konklusjoner

Gjennomført på en god måte

Oxford Research konkluderer med at VOX har utført og implementert tiltak 18 i tråd med slik tiltakets resultatmål er beskrevet. De har utført og gjennomført tiltak 18 i henhold til forutsatt tidsplan.

Oxford Research vurderer etterutdanningstilbudet som gjennomgående relevant og nyttig. Samtidig er det indikasjoner på at det er meget vanskelig å få til en kunnskapsbasert dialog i praksis. Dette gjelder på tross av at lærere og skoler forteller om økt kunnskap og kompetanse om tematikken kjønnslemlestelse og godt læremateriell.

Undervisningsmateriellet synes fornuftig og godt faglig fundert. Noen av skolene gir likevel tilbakemelding om at det er utfordrende å bruke materialet for deltakere med svake språkferdigheter.

Hvorvidt resultatmålet er oppnådd, vil selvsagt avhenge av hvordan en tolker og oppfatter tiltaket.

Betydelig variasjon i praksis

Det er stor variasjon mellom skolene i hvilken grad de har gjennomført slik opplæring. Noen skoler har systematisk gitt opplæring, noen til enkelte elevgrupper og andre har ikke riktig kommet i gang enda. Det synes likevel å være en tendens til at arbeidet med kjønnslemlestelse har størst bevissthet og fokus på SPOR 1.

I det materialet og de skolene vi har undersøkt er det en tendens til at man i *mindre grad* har gjennomført temaet kjønnslemlestelse enn de andre temaene under vold i nære relasjoner. Forklaringene synes å knytte seg til at man vegrer seg for temaet kjønns-

lemlestelse, samtidig som man opplever å ha for dårlig kompetanse.

Det er også betydelige variasjoner til den konkrete organiseringen og hvem som får tilbudet. En skole har gitt undervisning bare til somaliere og en annen skole til alle på SPOR 1. Det er også betydelig variasjon i om man har delt inn i manns- og kvinne grupper, selv om det synes som de fleste har delt inn i manns – og kvinnegrupper.

Utfordringer i praksis ved implementering i den enkelte skole

Vi finner imidlertid at det er betydelige utfordringer med å implementere og gjennomføre den kunnskapsbaserte dialogen i praksis ved de ulike skolene.

Vårt hovedinntrykk er at selv om skolene er kommet meget ulikt i implementeringen av tiltaket og det arbeides forskjellig, er fortellingene om utfordringer i stor grad felles:

- **Manglende kompetanse.** En av hovedutfordringene synes å være en opplevelse av manglende kompetanse blant lærerne i å ta opp temaet. Samtidig oppleves tematikken som så vanskelig, at det kan føre til at man ikke diskuterer det.
- **Usikre på hvordan man skal gjøre det i praksis.** Man er usikker på om man skal dele inn etter visse landgrupper/risikoland eller om man skal gi det til alle. Videre finner man det utfordrende å gjennomføre opplæringen i forhold til språknivå. Det er vanskelig å få tolker.
- **Lite kunnskap om eksterne eksperter.** Flere skoler rapporterer også om lite kunnskap om eksterne fageksperter/helsepersonell.
- **Lite kunnskap om erfaringer og "best practice".** Noen skoler etterlyser også mer kunnskap og erfaringsdeling om hva som virker og som andre skoler har gode erfaringer med.

Oxford Researchs hovedinntrykk er at det er en vei å gå før en har etablert tilfredsstillende implementering av tiltak 18 på den enkelte skole. Samtidig har tiltaket medført økt betydelig fokus på kjønnslemlestelse og undervisning og informasjon om teamet som ellers ikke ville ha skjedd.

Det er også viktig å presiserer at selv om man ikke er helt i mål med implementeringen på den enkelte skole (blant de skoler vi har undersøkt. Vi kan ikke generalisere funnene), betyr ikke det at en ikke har

gjort en god innsats. Forhold ved tiltaket og kjennetegn ved organisasjonen kan forklare en del av utfordringene.

Ut fra organisasjonsteorien og *kjennetegn ved skole- ne* for voksenopplæringen ("Indre kontekst" fra et organisasjonsperspektiv), er det å forvente at det vil være ulikhet i praksis og at implementeringen av tiltak 18 vil være utfordrende og ta tid.

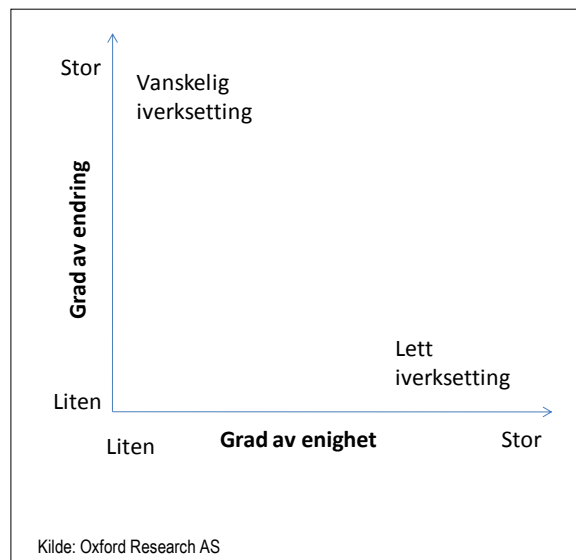
Ressurser. Vi vet fra organisasjonsteorien og endringsteori at ressurser (økonomisk og personellmessig) er avgjørende for å kunne foreta endringer¹. Endringer tar tid og medfører ofte at man må tilegne seg *ny kunnskap*. Kostnadene øker både for organisasjonen og for de ansatte².

De ansatte i voksenopplæringen må i implementeringen av tiltak 18 tilegne seg helt ny kompetanse. Dette trekker i retning av utfordrende og tidkrevende implementering.

Kulturelle forhold og hvor sterk kulturen er i organisasjonen, vil påvirke effekten av endringen (Sterk kultur= de ansatte er ikke i tvil om hva som er de grunnleggende verdiene i organisasjonen og verdiene blir således styrende for handling³). Med dette menes at hvis endringen rokker ved veletablert kultur, vil endringen være mer komplisert og kreve større innsats. Implementeringen av tiltak 18, innebærer at skoleledere og lærere skal *gjøre noe helt nytt* og innenfor et tema som neppe er en forankret del av profesjonen og kulturen ved voksenopplæringsskolene.

I tråd med modeller fra Van Meter og van Horn (se Kjellberg 2003, side 141-143), vil vi peke på to dimensjoner som særlig kan forklare implementeringen av et tiltak innenfor offentlig sektor:

Figur 3: Endringsmodell



Det er to dimensjoner i modellen: Grad av enighet og grad av endring.

Grad av endring: Modellen forutsetter at skrittvis og evolusjonære endringer, er lettere å iverksette, enn omfattende revolusjonære endringer. Jo større endring, dess vanskeligere iverksetting.

De teoretiske begrunnelsene for dette er bl.a. den naturlige motstanden som kan oppstå når interesser blir forandret av status quo. Videre kan det delvis være et resultat av den innebygde tregheten som organisasjoner preges av. Her pekes det på at gjennomføringen av offentlige tiltak alltid vil måtte gå gjennom offentlige institusjoner av en eller annen art, vil fagtradisjoner og interesser de representerer kunne stille seg i veien for nye drastiske tiltak. Endelig er det viktig å bemerke at som oftest må de nye tiltak *konkurrere* om aktørenes tid og oppmerksomhet med andre og eksisterende tiltak.

Oxford Research vurderer at innføringen av tiltak 18 i voksenopplæringsskolene innebærer *stor grad av endring*. Opplæring i kjønnslemlestelse er ofte noe nytt og er i liten grad del av den fagtradisjon og kompetanse som eksisterer på skolene. Dette er også et tiltak som er blitt vedtatt og implementert top-down. Dette er noe også kan bidra til vanskelig iverksetting.

Grad av enighet. Denne dimensjonen dreier seg om grad av enighet i forhold til mål, virkemidler og tiltak. Er aktørenes og de som skal iverksette enige i mål og virkemidler?

¹ Cohen & Levinthal(1990)

²Pettigrew et al.(2001), Greenwood & Hinings (1998)

³Røvik 1998 og 2007

³ Ouchi 1981

Flere av skolene stiller spørsmål ved om det er voksenopplæringen som burde ha ansvar for informasjon om kjønnslemlestelse (det er dog minst en skole som mener at voksenopplæringskolene er egnet til en slik oppgave). Det pekes på om ikke helsepersonell/helsestasjoner er nærmest til å drive slik opplæring. Det synes som å være forholdsvis lav enighet når det gjelder tiltaket og virkemidler. Man gjør det, eller forsøker å gjøre det fordi man er pålagt, men stiller samtidig spørsmål ved oppdraget og ansvarsplassering.

Den teoretiske modellen impliserer at iverksetting og oppnå resultater av tiltak, er særlig krevende om endringen er stor og graden av enighet er liten. Det er i figuren markert med tekstboksen "vanskelig iverksetting". På den andre siden dersom graden av endring er liten og graden av enighet stor, vil det være lett å iverksette og oppnå resultater, markert med boksen "lett iverksetting".

Oxford Research vurderer at innføringen av tiltak 18 innebærer stor grad av endring som diskutert over. Graden av enighet er forholdsvis liten. Til sammenimpliserer dette en vanskelig iverksetting av tiltak 18.

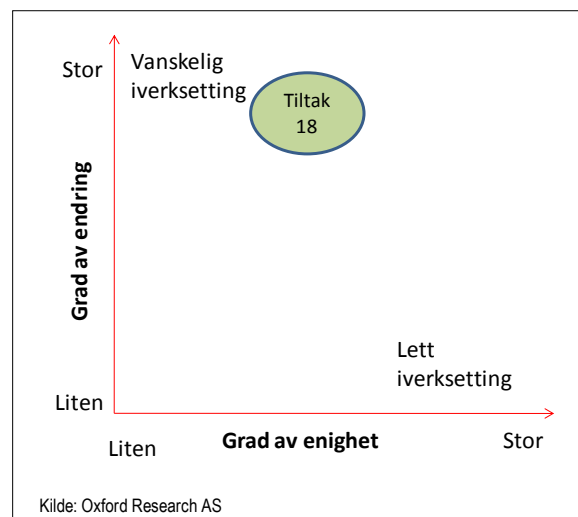
Dette er selvsagt en sterk forenkling og det er grunn til å anta stor variasjon mellom skolene når det gjelder forutsetninger og graden av endring.

Resultater

Det er i liten grad kunnskap og erfaringer med resultater av opplæringen. Dette er delvis et resultat av at en del av skolene i liten grad har gjennomført opplæring i kjønnslemlestelse. Man er i stor grad fortsatt i planleggings- og implementeringsfasen. Det er videre vanskelig å vurdere resultater når det gjelder endringer i kunnskaper og holdninger. I casestudiene og kartleggingen har det fremkommet noen inntrykk og vurderinger av resultater, se casestudier og tabell 6.

Hvordan plasserer tiltak 18 og funnene fra casestudier og kartlegging seg i den teoretiske endringsmodellen?

Figur 4: Endringsmodell og tiltak 18



7.8 Anbefalinger

Anbefalingene idet følgende forutsetter at tiltak 18 fortsatt implementeres og gjennomføres av og ved den enkelte skole for voksenopplæring.

Fortsette med fokus på kompetanseoppbygging av skoleledere og lærere.

Det er fortsatt behov for mer kompetanse blant skoleledere og lærere, særlig hvordan man skal organisere og gjennomføre undervisningen i praksis.

Oxford Research vurderer de planer VOX har for kompetansekurs våren 2011 og høsten 2011, som relevante og nyttige i denne sammenhengen.

Det planlegges bl.a. at alle landets *RVTSer* (unntatt *RVTS ØST*) til høsten skal gi informasjon om kjønnslemlestelse til skoleledere/skolene.

Bygge opp sterkere infrastruktur og kobling mellom skolene og helsesiden

Pr. i dag er det trolig ikke særlig kunnskap om *RVTS* og helseaktører blant skolene og lærerne i voksenopplæringen. Det er heller ikke noen organisatorisk link.

Det synes å være et behov for å bygge opp sterkere *infrastruktur* når det gjelder bl.a. kunnskap om eksterne fagpersoner og relevante miljøer på helsesiden.

Etablere erfaringsdatabase

En mulighet er å etablere et nettsted eller intern erfaringsdatabase der en samler erfaringer og "best practice" fra kurs i regi av VOX, erfaringer fra de enkelte skolene og lignende.

En slik erfaringsdatabase kunne også godt inneholde eksempler på måter en i praksis kan organisere og gjennomføre undervisningen på. Fra casestudiene og kartleggingen, ser vi at det er betydelig variasjonen i organiseringen

En av skolene har systematisk brukt eksternt helsepersonell i opplæringen og har gode erfaringer med det. Man har gode erfaringer med å bruke helsepersonell/eksterne til å undervise om kjønnslemlestelse og anbefaler dette generelt. Slik kunnskap kan være nyttig for andre å få tilgang til og vurdere nytten av.

Bygge opp database over eksterne fagpersoner

Det er også mer tilfeldig om skolene har hatt eksterne fagpersoner på kurs. Det synes som en del har manglende nettverk og kunnskap om hvem som er

fagpersoner i kjønnslemlestelse. Man kunne tenke seg en database med kursholdere/miljøer som har kompetanse og som har sagt seg villig til å holde kurs/foredrag innefor tematikken kjønnslemlestelse.

Vurdere om og i hvilken grad voksenopplæringen er egnet institusjon til å gi kunnskapsbasert dialog i kjønnslemlestelse

Oxford Research vurderer som sagt at iverksettingen av tiltak 18 at innebærer stor grad av endring og samtidig forholdsvis lav enighet i virkemidler og strategi. Dette er forhold som vanskeliggjør implementeringen av tiltak 18.

På denne bakgrunn kan det være grunn til å stille spørsmålet om tiltakets plassering ved voksenopplæringsskolene er den mest egnete.

Oxford Researchs vurdering er at de foreslåtte tiltak vil avhjelpe mange av utfordringene. Det synes ikke minst som økt systematikk og involvering av helsesiden/eksterne eksperter kan realisere tiltaket og gi god opplæring.

Kapittel 8. 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.

8.1 Funn i andre delrapport 2010

I andre delrapport i 2010 diskuterte vi særlig utviklingen og implementeringen av tilskuddsordningen.

Evalueringen i 2010 i andre delrapport hadde fokus på tre hovedproblemstillinger for evaluering av tiltak 20:

- Hvordan blir tilskuddsordningen implementert?
- Hvordan forvaltes ordningen?
- Hvilke resultater har ordningen gitt?

Det overordnede hovedfunnet var at tiltak 20 er gjennomført etter tidsplanen og hovedinntrykket var at tiltaket var godt implementert. Samtidig fant vi at det imidlertid er svært utfordrende å vurdere opp-

nådde resultater. Vi pekte på at manglende kunnskap om omfanget og hva som virker, gir utfordringer både i forhold til resultatvurderingen, mens også for virkemidler og strategi i tilskuddsordningen.

Vi pekte også på at tiltaket ikke har en klar "programteori" og teoretisk begrunnelse om årsak og virkning, hvilket gjør det utfordrende å evaluere tiltaket

8.2 Problemstillinger 2011

I 2011 har vi ikke fokusert på den prosessmessige implementeringen av tilskuddsordningen. Ordningen ble implementert på en god måte gjennomført i 2008 og 2009.

Vi har også i 2011 undersøkt tilskuddsforvaltningen. Imidlertid finner vi ikke noen vesentlige nye funn og kommenterer kun denne problemstillingen kort.

Spørsmålene er videre:

- Hvilke resultater har ordningen gitt?
- Hvordan bør tilskuddsordningen utformes?

8.3 Tilskuddsforvaltning

Vi har gjennomgått tilskuddsforvaltningen også i år. I forhold til tilskuddsforvaltning har følgende punkter blitt vurdert:

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

Punktene sammenfaller i betydelig grad med hvordan SSØs veileder⁴ 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).

⁴ 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

- Om tilskuddsmottaker anvender midlene slik de er ment og i samsvar med formålet (hensynet til korrekt ressursanvendelse).

Tilskuddsforvaltning vurderes som god, slik vi som vi også konkluderte med i andre delrapport. Vårt hovedinntrykk er at tilskuddsforvaltningen oppfyller krav til generell tilskuddsforvaltning (og de spesielle mål Bufdir selv har med tilskuddsordningen.). Vi går ikke gjennom detaljene og vurderingene av alle dimensjonene av tilskuddsforvaltningen. Vi henviser til andre delrapport da kvalitet og gjennomføring i tilskuddsforvaltningen i 2010-2011 ikke er vesentlig endret fra tidligere.

De prinsipielle spørsmål og utfordringer når det gjelder eksplisitt programteori og grunnleggende strategi som vi drøftet i andre delrapport, er fortsatt aktuell. Vi henviser også her til diskusjonen i andre delrapport.

8.4 Resultater

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

Her bygger vi videre på funn fra andre delrapport i 2010.

Først drøfter vi kort om den eksisterende forskningskunnskapen kan gi indikasjoner av resultater av forebyggende og holdningsskapende arbeid. Deretter drøfter vi erfaringer og vurderinger fra tilskuddsforvalter og tilskuddsmottakere.

8.4.1 Eksisterende kunnskap

Hva sier forskningen om resultater av ulike tiltak for å øke kunnskap og endre holdninger til kjønnslemlestelse blant målgruppen?

I tiltak 5 har vi referert noe av statusen på kunnskapen når det gjelder hvilke tiltak som virker forebyggende og holdningsskapende. Hovedkonklusjonen er at det mangler dokumentasjon av *høy kvalitet* når det gjelder effekten av tiltak for å redusere forekomsten av kjønnslemlestelse, at kunnskapsgrunnlaget er utilstrekkelig for å dra sikre konklusjoner og at det er et presserende behov for ytterligere studier:

NOKC oppsummerte slik: 1) trening av helsepersonell muligens ikke gav noen forbedringer av kunnskaper om eller holdninger til kjønnslemlestelse; 2) under-

visning av kvinnelige studenter kan muligens ha ført til litt økt kunnskap om kjønnslemlestelse; 3) sammensatte samfunnsaktiviteter kan muligens ha økt andelen deltakere som hadde holdninger og intensjoner om å oppgi kjønnslemlestelse; 4) samfunn 'empowerment' gjennom undervisning kan muligens ha minsket andelen mødre som rapporterte omskjæring av datter og økt andelen deltakere som hadde kunnskaper om følger av kjønnslemlestelse, og som følte anger over å ha omskåret datter.

8.4.2 Erfaringer og vurderinger

Gjennomgangen av søknader og resultatrapportering, samt intervjuer med tilskuddsforvaltere og mottakere både i 2009, 2010 og 2011 gir noen indikasjoner om hvilke tiltak og strategier som vurderes som mest hensiktsmessige. Vi har også sett på tilbakemeldinger fra en undersøkelse Bufdir har gjort blant tilskuddsmottakerne om vurderinger av tilskuddsordningen og resultater av denne. Denne undersøkelsen ble sendt ut til 33 frivillige organisasjoner. 12 organisasjoner svarte. Det er gjennom denne og intervjuer kommet frem en rekke innspill og vurderinger. Vi har forsøkt å trekke frem noen av de vi vurderer som de viktigste.

Vurderinger av resultater

Det er klare indikasjoner på at handlingsplanens tiltak 20 har økt fokus og økt kompetanse blant de frivillige organisasjoner og nettverk når det gjelder kjønnslemlestelse. Det er et viktig resultat. Man har etablert kompetanseinfrastruktur i frivilligheten.

En av informantene forteller:

"Det har skjedd en tydelig kompetanseendring og holdningsendring i organisasjonen. Nå mener folk det er meningsfullt å arbeide med problematikken."

Det er gitt og formidlet mye informasjon om helsekonsekvenser og fenomenet kjønnslemlestelse som ellers ikke ville blitt utført. Det er samtidig sannsynlig at det er en del i målgruppen som ikke er nådd.

Hvorvidt informasjon og bevisstgjøring faktisk har endret kunnskaper og holdninger, vet vi ikke sikkert. Det er noe ulike oppfatninger blant de informanter vi har samtalt med. Vårt hovedinntrykk er likevel at at flere har erfart at forebyggende arbeid gjennom informasjons og dialog har hatt god effekt. De fleste betoner i denne sammenheng en grunnleggende

dialogtilnærming der det er viktig å bygge tillit. Som vi diskuterer i tiltak 23, finnes det på den annen side organisasjoner, slik som PAWA, som har en annen tilnærming. Det pekes også på at det er svært viktig og bruke berørte/ressurspersoner i miljøene. Et stikkord er tillit.

Når det gjelder innhold i informasjon og dialog, er inntrykket at særlig informasjon om helsekonsekvenser/helseforhold og lov og menneskerettigheter fremheves som nyttig. Det kan være behov for økt samarbeid mellom frivillige organisasjoner og det offentlige, slik som helsestasjoner og lokale myndigheter.

Flere informanter blant mottakerne av prosjektstøtte, mener også 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.

Det synes også som å nå isolerte grupper, religiøse ledere, samt menn generelt i de berørte miljøene fremheves som viktige satsingsområder. Vi finner ytterligere støtte for funnene i andre delrapport der dette ble påpekt og illustrert med eksempler.

På grunnlag av den samlede informasjonen vi har gjennomgått, vil vi peke på følgende hypoteser:

- Det synes rimelig sannsynlig at det har skjedd endringer i kunnskaper om helsekonsekvenser og forståelse for fenomenet kjønnslemlestelse som konsekvens av forebyggende og opplysnende arbeid. Noen egevalueringer der deltakeren selv vurderer utbyttet av kurs og informasjon og tilbakemeldinger fra frivillige organisasjoner og andre aktører i handlingsplanene støtter en slik hypotese.
- Tillit, tid og involvering synes å være viktige forutsetninger for vellykket forebyggende arbeid.
- Det fremheves også som viktig med kompetanse i informasjonen, samtidig som tilliten blir ivaretatt gjennom at berørte miljøer også involveres.
- Informasjon og opplæring om helseforhold/helsekonsekvenser og lov og rettigheter er viktig.

- Om det skjer endringer i holdninger er meget usikkert. En del tiltakemeldinger tyder på at mange uttaler avstand til grovere former for kjønnslemlestelse, men på den annen side i større eller mindre grad uttaler seg mer positivt om mildere former (sunna).

Vurderinger av tilskuddsordningen egnethet og utforming

Funnene i 2011, samsvarer i stor grad med funnene i 2010. Vi har tatt med noen av funnene fra andre delrapport da de også illustrer det vi har finner ved en grundigere gjennomgang i tredje delrapport.

Flere peker på at en slik tilskuddsordning bør bygge på det omfattende arbeidet som allerede er blitt gjort og gjøres av frivillige organisasjoner. Det pekes på at man i større grad bør bruke pionerne i det forebyggende arbeidet.

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 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.

Bør tilskuddsordningene i handlingsplanene for kjønnslemlestelse og tvangsekteskap samordnes i en handlingsplan? På den ene siden vurderes det som en fordel å ha spesifikke tiltak siden det gir mer fokus. På den annen side ser vi at det kan være noe av de samme aktørene og i noen grad samme målgruppe. Spesielt temaet kjønnslemlestelse kan "forsvinne" noe fra fokuset hos de frivillige organisasjonene uten spesifikke tiltak. Mange gir likevel tilbakemelding om at det kan være fornuftig med samordning dersom man klarer å opprettholde spesifikke tiltak.

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.

8.5 Oppsummering og anbefalinger

Tiltak 20 er gjennomført etter tidsplanen og hovedinntrykket er at tiltaket er godt implementert.

Det er klare indikasjoner på at handlingsplanens tiltak 20 har økt fokus og økt kompetanse blant de frivillige organisasjoner og nettverk når det gjelder kjønnslemlestelse. Det er et viktig resultat. Man har etablert kompetanseinfrastrukturer i frivilligheten.

Det er gitt og formidlet mye informasjon om helsekonsekvenser og fenomenet kjønnslemlestelse som ellers ikke ville blitt utført.

Hvorvidt informasjon og bevisstgjøring faktisk har endret kunnskaper og holdninger, vet vi ikke sikkert.

På grunnlag av den samlede informasjonen vi har gjennomgått, vil vi peke på følgende *hypoteser*:

- Det synes rimelig sannsynlig at det har skjedd endringer i kunnskaper om helsekonsekvenser og forståelse for fenomenet kjønnslemlestelse som konsekvens av forebyggende og opplysnende arbeid. Noen egnevalueringer der deltakeren selv vurderer utbyttet av kurs og informasjon og tilbakemeldinger fra frivillige organisasjoner og andre aktører i handlingsplanene støtter en slik hypotese.
- Tillit, tid og involvering synes å være viktige forutsetninger for vellykket forebyggende arbeid.
- Det fremheves også som viktig med kompetanse i informasjonen, samtidig som tilliten blir ivaretatt gjennom at berørte miljøer også involveres.
- Informasjon og opplæring om helseforhold/helsekonsekvenser og lov og rettigheter er viktig.

Det er imidlertid svært utfordrende å vurdere oppnådde resultater.

Vi har følgende anbefalinger rundt tilskudd til frivillige organisasjoner, som er oppfølgninger av to av anbefalingene fra andre delrapport:

1. **Vurdere prosjektstrategi/tid for refleksjon.** 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.

Vårt inntrykk er at tilskuddsforvalter er inne i en prosess der de vurderer strategien og reflekterer over tilskuddsordningen.

2. Fortsatt fokus på erfaringsinnsamling og systematisering av kunnskap

- Bufdir planlegger en erfaringsamling høsten 2011 med tilskuddsmottakere. Det synes meget fornuftig. Vi vil generelt anbefale fokus på å innhente erfaringer.

Kapittel 9. Videreføre og styrke arbeidet mot kjønnslemlestelse i ressursgruppene i de fem helseregionene

9.1 Tiltak 23

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.

Formålet med tiltak 23 er å etablere strukturer som legger til rette for lokale tiltak slik at kunnskap og holdninger kan utvikles i de aktuelle berørte miljøene. Tanken om at regionale ressursgrupper kunne spille en aktiv rolle, stammer etter hva vi har forstått, fra Helsedirektoratet. For at tiltak 23 skal kunne virke etter hensikten, må det finnes eller etableres regionale ressursgrupper. Så må disse gruppene ha kompetente personer, og sannsynligvis både fagfolk og representanter fra berørte miljøer.

Oxford Research har hittil i evalueringen hatt fokus på strukturelle rammer for implementering av tiltak 23. Vi har sett at etablering av regionale ressursgrupper har vært vanskelig. Det er ingen regioner som har klart definerte ressursgrupper, men noen

steder er det identifisert personer som har fått opplæring og som inngår i nettverk av ulike slag. Disse ressurspersonene har støtte fra forskjellige offentlige instanser. Men det er også mange aktører som ikke kan sies å tilhøre noen regional ressursgruppe, som driver mye forbyggende og holdningsskapende arbeid overfor berørte grupper. I arbeidet med denne delrapporten har vi ønsket datatilfang fra aktører som opererer direkte overfor berørte grupper. Problemstillingene har vært følgende:

1. Hvordan foregår arbeidet med å støtte opp under forbyggende og holdningsskapende arbeid overfor berørte grupper?
2. Hvordan fungerer tilretteleggeraktørens (nevnt i T23) bistand?

Dette bildet har vi så ønsket å supplere med oppdatert informasjon fra RVTS, NKVTS og Sosial- og Helsedirektoratet om deres engasjement i T23.

9.2 Nettverk

Det har vært ulike oppfatninger om hvordan tiltak 23 skulle forstås. Noen informanter har pekt på at ressursgrupper tidligere har vært etablert regionalt, men at de forvitret etter OK-prosjektet. Andre har ment at det aldri har vært noe som kan kalles regionale ressursgrupper. Sosial- og helsedirektoratet sier at det ikke har vært deres intensjon å bygge opp noen hierarkisk struktur med formelle ressursgrupper under hver RVTS. For direktoratet har det vært viktig å etablere nettverk. Disse må bygges opp på grunnlag av regionale og lokale ressurser. Direktoratet slår fast at T23 handler om nettverk av ressurspersoner. Denne forståelsen er også lagt til grunn i tildelingsbrev for 2010 og 2011, der RVTS-ene har fått oppdrag med å etablere nettverkene.

Fra RVTS-hold sier man at etablering av slike nettverk er utfordrende, fordi man oppfatter at det fra berørte miljøer helst skal rekrutteres personer med helsefaglig bakgrunn, noe som ikke er lett å finne fram til. Likevel ser det ut til at dette arbeidet er godt i gang. Flere RVTSer har ressurspersoner ansatt i en mindre brøk-stilling (typisk 20%). I tillegg kom-

mer frivillige som inngår i nettverket. Det blir pekt på at enkelte frivillige kan oppleve mye pågang fra miljøene og at dette kan være belastende, da arbeidet utføres ved siden av annen jobb.

Slik vi forstår det, anses det hensiktsmessig å ha personer lønnet og at disse kan ta en veileder-rolle i frivillig-nettverkene. I RVTS Øst jobber man våren 2011 med å bygge nettverket, herunder både kvinne- og mannsnettverk. Det er engasjert en person i deltidsstilling, en ressursperson med relevant kompetanse. Han etablerer en pool av frivillige. RVTS vil så avklare hva de frivillige trenger av kompetanseheving og samle dem til opplæring.

Foreløpig har RVTS Øst konsentrert seg om somaliske, etiopiske, eritreiske og kurdiske ressurspersoner. Tanken er at de igjen rekrutterer personer fra sitt miljø og skolerer etter OK – prosjektets metodikk. RVTS mener det er helt nødvendig å ha ressurspersoner fra berørte områder for og nå frem i miljøene med ny kunnskap.

Ressurspersonene har tilgang til mange ulike arenaer. De leverer undervisning i kvalifiseringsentra, asylmottak, i introduksjonsprogrammer og voksenopplæring. Ressurspersonene når fram til både nyankomne og de som har bodd i Norge en stund. Videre legges det nå opp til et arbeid overfor moskeene og religiøse miljøer, hvor man tar sikte på en dialog med imamene. Man har også fokus på isolerte kvinner, som har dårlig kontakt og kjennskap til samfunnet. Fra høsten 2011 vil RVTS Øst engasjere somaliske kvinner som skal arbeide direkte mot moskeene, med særlig vekt på å nå isolerte kvinner.

Flere påpeker at likemannstiltærmingen er et suksesskriterium i det holdningsskapende arbeidet. PMV understreker at nettverkene må bestå av personer som kjenner de ulike etniske gruppene godt og har arbeidet lenge på feltet. De sitter med en annen ekspertise enn "hvite etnisk norske med 15 års utdanning".

9.3 Målgruppedebatt

Det er vårt inntrykk at mye av innsatsen har vært rettet mot somaliere, eritreere, etiopiere og kurdere, i hvert fall i østlandsområdet, hvor det er tilknyttet ressurspersoner fra hver av disse etniske gruppene. RVTS Øst forteller at hovedvekten har vært på disse gruppene og viser til at man har fått god tilgang til miljøene.

Gjennom våre intervjuer finner vi at det er ulike meninger om hvor begrunnet denne fokuseringen har vært. Øvrige afrikanske etnisiteter kan synes å ha blitt for lite fokusert fra det offentlige. Dette synet fremmes av en organisasjon som PAWA (Pan African Womens Association). PAWA henvender seg til afrikanske kvinner i Norge med ulik kulturell bakgrunn. De sier at det offisielle virkemiddelapparatet når fram til de somaliske miljøene, men ikke til de øvrige etniske gruppene som er berørt av KLL-problematikk. PAWA forteller at de i løpet av de to siste årene har nådd ut til mennesker fra Gambia, Sierra Leone, Kamerun, Ghana, Sudan, Eritrea, Kenya og Tanzania. PAWA henvender seg også til religiøse ledere. Imamer hører på kvinner når man gjør det på en klok måte, sier PAWA-informanter.

Det kan se ut til at det offentlige har hatt en etnisk slagside i retning nord-øst-Afrika. Dette er det sikkert gode grunner til, kanskje forsvares det ut fra befolkningsgruppers størrelse og kanskje også kunnskap om prevalens. Oxford Research vil likevel anbefale at handlingsplanens parter gjør en nærmere vurdering av berettigelsen av denne prioriteringen.

9.4 Metodevalg

Blant aktørene i det forebyggende og holdningsskapende arbeidet finner vi ulike syn på hva som anses å være hensiktsmessig metodikk i arbeidet overfor målgruppene. Dette dreier seg om ulikt syn på hvor tydelig man skal kommunisere om kjønnslemlestelse. Man kan møte målgruppene på en dempet måte eller man kan gå mer eksplisitt til verks. Den første måten kan sies å beskytte målgruppen mot informasjon, eller i hvert fall å utsette formidlingen av realitetene. Noen av våre informanter sier at dette er hva de kaller "hvisketerapi", en tiltærming som har sin motpol i det som kalles "sjokkterapi". Slike termer er karikaturbegreper som overdriver forskjellene, men de er helt klart uttrykk for to veldig ulike måter å møte målgruppene på.

Vi har utfordret flere aktører på spørsmålet om hvilken metodisk tiltærming som er mest formålstjenlig. Både offentlige aktører og NGOer er advokater for en dialogbasert tiltærming der man vektlegger å gå forsiktig fram. Man vil ikke skremme eller støte noen, og unngår derfor å kommunisere veldig eksplisitt om kjønnslemlestelse. Henvisning til lovverk anses ikke som virkningsfullt alene. Ny kunnskap må til. Røde Kors forteller at de vektlegger dialogtiltærmingen. Tilhengere av denne tiltærmingen vil

være redd for å vise bilder f. eks., av frykt for å støtte folk fra seg. Man står i fare for å støtte målgruppen fra seg. I det hele tatt ser vi at aktører har en høy grad av bevissthet om hva som er mulig og hva som må unngås. Man kan si ett feil ord, og så oppleve at mange velger og ikke komme på et arrangement, for eksempel. Man kan også invitere "feil" foredragsholder. Det vil ha samme effekt.

Røde Kors står på denne kultursensitive linjen og sier KLL må behandles som del av større helseperspektiv.

Vi legger oss på den mer indirekte linjen. Røde Kors-informant

PMV (Kirkens Bymisjon) har en tilsvarende holdning. De mener at de ville mistet tillit i nettverket sitt dersom de hadde brukt eksplisitte virkemidler.

PAWA utgjør en motpol i denne sammenheng. De benytter det de kaller "sjokkterapi", med aktiv bruk av bilder. PAWA mener at det offentlige bruker "hvisketerapi", og går for forsiktig fram. Dette virker ikke, mener PAWA.

"There's no nice way about it".

PAWA-informant

PAWA forteller at somaliske kvinner har reagert sterkt på PAWAs bruk av bilder og ved en anledning ville melde PAWA til politiet. Dette understreker forskjeller som kanskje må bety at ulik tilnærming er nødvendig. På den annen side kan det stilles spørsmål ved effektiviteten; hvem vet hva som er mest effektivt? PAWA mener at den såkalte "hvisketerapien" ikke virker og at de som utsettes for den, ikke grunnleggende endrer sine holdninger. Blir man veldig hensynsfull, og beskytter mot kunnskap, står man i fare for å behandle folk som barn, mener de. Overhensynsfullhet kan føre til at en opptre paternalistisk og beskytter mot informasjon. PAWA mener aktører som PMV og Røde Kors bare når fram til somaliere. Og selv om de er nådd, har det ikke vært effektivt, mener PAWA, og antyder at somaliere har byttet fra infibulering til sunna.

RVTS uttrykker en balansert tilnærming. Informanten mener at en direkte kommunikasjon er hensiktsmessig, men at det er mange andre temaer som må inn samtidig i dette arbeidet, som kultur, tradisjon og sosial kontroll. Det er viktig å snakke om tradisjoner, både gode og dårlige. For å få til en holdningsendring holder det ikke å bare ha fokus på lovverket. Gjennom ny kunnskap oppstår ofte holdningsendring. Synet underbygges ved henvisning til

erfaringer fra prosesser der de fleste deltakerne uttrykker holdningsendringer i løpet av prosessen.

Forskjellene i tilnærming kan dels være knyttet til aktørene og deres kompetanse og terapeutisk-ideologiske utgangspunkt. Forskjellene kan også være knyttet til de berørte gruppene og kulturforskjeller dem i mellom. Dette har Oxford Research ikke hatt mulighet til å undersøke nærmere. Vi vil anbefale at det gjøres en grundigere undersøkelse av effektiviteten til disse to ulike tilnærmingene.

9.5 Aktørmangfold

Sosial og helsedirektoratet har et årlig dialogmøte med NAKMI, NKVTS, RVTS (alle 5) og BLD, hvor man drøfter videre arbeid med handlingsplanen. På overordnet nivå synes aktørene å samarbeide godt.

Det er også mange private aktører som er engasjert i det forebyggende og holdningsskapende arbeidet mot kjønnslemlestelse. I den frivillige sektoren opererer aktører som Røde Kors, PMV og PAWA blant flere andre. Effektive nettverk av ressurspersoner bør ha et godt samspill med disse.

Informanter forteller at det er mange aktører som knapt vet om hverandre, og at det er lite samarbeid. I mai 2011 arrangerte Røde Kors og PMV en konferanse med 200 deltakere der kjønnslemlestelse var tema. For aktører som arbeider med kjønnslemlestelse i RVTS, var denne konferansen ukjent. Det kan være et eksempel på at det er mer aktivitet på området enn hva sentrale aktører klarer å ha oversikt over. Dette reiser spørsmålet om det er behov for at noen koordinerer disse aktørene. Våre informanter er ikke i stand til å si hvem som bør ha dette ansvaret. RVTS Øst ser det ikke som en naturlig oppgave for seg. Regionen er stor og selv om man klarer å finne de fleste aktørene i Oslo, så har man også fire andre fylker man skal følge. Når flere aktører får midler, vokser feltet og det vil etter et visst nivå bli vanskelig eller umulig å holde oversikt. Fra myndighetsnivå hører vi at det ikke er nødvendig at noen vet om alt som skjer.

9.6 Kompetansestrid

For å nå ut til de berørte gruppene, er ressurspersoner et viktig redskap. Det er veldig lett for "systemet" å bli opptatt av seg selv og sin posisjon og relasjonen til sine egne. Det er en fare for at en fokuse-

rer så sterkt på de profesjonelle aktørene, at en "glemmer" å gå ut til de berørte miljøer.

"Systemet er opptatt av sine egne."

Informant fra ekspertnivået

Systemet elsker å snakke med systemet, sies det. Man kan bli for dårlig på å kommunisere med de som er utenfor systemet.

Vi ser videre tegn til at det offentlige med NKVTS, NAKMI og RVTSene, har etablert organisasjoner som konkurrerer om domenene.

Fra grasrotnivået hører vi at det synes å være en konflikt mellom RVTS og NKVTS. NKVTS oppfattes som et kompetansesenter med folk som forstår problematikken godt. RVTS sin rolle oppleves som mindre tydelig. Det kan virke som om RVTS lever med en spesielt uavklart rolle. Enkelte opplever at RVTS ønsker å operere som regionale varianter av NKVTS, med stor vekt på kompetansebygging. Det ser ut til at man ikke er orientert mot å jobbe så direkte mot målgruppene i de berørte miljøene. Det blir hevdet at det offentlige holdningsskapende arbeider først vil fungere tilstrekkelig hvis RVTS får anledning til å jobbe mer direkte inn mot de berørte miljøene. Hvis det derimot er slik at RVTSene ikke skal jobbe mot de berørte, bør heller flere midler kanaliseres til NGO-ene, sier man.

Oxford Research vurderer det slik at arbeidet med handlingsplanen nå har kommet til en fase der aktørenes roller bør kunne avklares og overlappende funksjoner bør kunne elimineres.

9.7 Finansiering

Etablering og vedlikehold av nettverkene krever forutsigbar finansiering. RVTS Sør sier at med stabil finansiering, vil man kunne etablere arbeidet i mer faste former. De ser for seg å etablere et kvinnesenter som et samarbeidsforum i forhold til minoritetskvinnens helse. Med rett finansiering vil man da kunne etablere en regional ressursgruppe, sammen med andre tiltak som mødregruppe og lignende samt at veiledere og forelesere vil kunne engasjeres i arbeidsfelleskap.

En forutsigbar finansiering kan bidra til at arbeidet institusjonaliseres. Det blir hevdet at 20% stilling er for lite til å drive dette nettverket effektivt. Om vi legger til RVTS-personalets kompetanse, som jo også

er disponibel, om enn ikke 100% til dette arbeidet, så ser vi at det i sum kan være mellom en halv og en hel stilling i hver region som kan dedikeres til å stimulere nettverksbasert arbeid mot kjønnslemlestelse.

9.7.1 Finansiering og institusjonalisering

Opplæringen av likemannsarbeiderne har, i hvert fall i en region, til dels blitt finansiert ved midler fra Bufdir, altså ikke bare midler fra Sosial- og helsedirektoratet. Det kan kanskje være grunn til å vurdere om tildelingen fra Sosial- og helsedirektoratet er tilstrekkelig eller brukes rett. Vi har ikke gjort videre undersøkelser av dette.

PAWA baserer virksomheten på frivillighet. De mottar offentlige midler, men savner et kontor med plass til flere medarbeidere. PAWA arbeider som oftest på kveldstid. Det er belastende når man er borte fra familiene. Det offentlige, som RVTS, arbeider primært i kontortiden. Det gjør at man ikke får med seg RVTS ut på møter.

PAWA mener for øvrig at det forekommer uhen-siktsmessig bruk av penger og eksemplifiserer det med at både RVTS og NAKMI lager filmer og brosjyrer.

PAWA vil gjerne bli en stiftelse. De ønsker et senter med ansatte og budsjett på 1-3 millioner i året

9.8 Oppsummering

Vi vil framheve følgende refleksjoner:

Helsemyndighetene presiserer at T23 handler om å etablere nettverk. Termen regional ressursgruppe i handlingsplanen var vanskelig. Begrepet nettverk virker avklarende. Denne forståelsen har nådd ut til RVTS, som nå arbeider aktivt med nettverksetablering. Det er viktig at nettverkene består av personer som kjenner de ulike etniske gruppene godt og har legitimitet der.

Det er etablert god fagkompetanse i det offentlige. Fellet preges av mange aktører, som til dels ikke vet om hverandre. Det kan være behov for noe mer koordinering i det operative feltet.

Forholdet mellom eksperter og likemenn bør vies oppmerksomhet. Likemenn har i mange sammenhenger bedre gjennomslag og legitimitet. Arbeidet til

grasrotaktivister som PMV og PAWA bør sannsynligvis styrkes.

Det er ulike syn på hvilken metode som virker best. Spørsmålet om hva som virker best bør drøftes, med

tanke på etablering av en beste praksis. Kanskje krever ulike målgrupper ulik tilnærming?

Kapittel 10. Styrke informasjon om kjønnslemlestelse i forbindelse med svangerskapskontroll

Regjeringens handlingsplan mot kjønnslemlesting.
Evaluering av tiltak 30:

10.1 Tiltaket

10.1.1 Aktører

Tiltaket er rettet direkte mot kjønnslemlestedede kvinner som skal føde barn. Tiltaket skal i praksis utøves av *tre typer helsepersonell* som utøver svangerskapskontroll:

1. Ansatte ved helsestasjoner
2. Privatpraktiserende jordmødre
3. Fastleger

10.1.2 Aktiviteter: Hjelp og informasjon

Det er også bestemte typer hjelp og informasjon som skal tilbys kvinnene, samt visse formelle grep som skal gjøres i forhold til kvinnenes journaler:

1. Kvinnene skal få nødvendig helsehjelp, inkludert åpning før fødsel
2. Kvinnene skal informeres om at kjønnslemlestelse er forbudt
3. Helsepersonellet skal skrive i kvinnens journal at slik informasjon er gitt

10.2 Funn

10.2.1 Høyt kunnskapsnivå ved helsestasjonene

Det foreligger allerede betydelig informasjon om helsepersonell i gruppe 1, dvs de ansatte ved helsestasjonene. Her har vi to kilder for informasjon: Jonassen og Saur (2011) har kartlagt kunnskapsnivået om kll blant annet blant forskjellige typer helsepersonell, Nakmi (Sajjad 2010) har kartlagt informasjonsrutinene mellom helsestasjoner og sykehus om kjønnslemlestelse.

10.2.2 Særlig høyt kunnskapsnivå der hvor de aktuelle kvinnene bor

Det er imidlertid et problem at alle undersøkelsene som kartlegger feltet, er preget av høyt frafall. I undersøkelsen til Jonassen og Saur er det totale frafallet på nær 75 prosent, mens frafallet blant helsetjenestene er enda høyere (84 prosent). I Nakmi-undersøkelsen (Sajjad 2010) svarer 11 av 20 forespurte helsestasjoner.

Men det virker som det er svart fra helsetjenestene i de områdene der det bor flest mennesker fra disse innvandrerguppene.

10.2.3 Lite kunnskap om privatpraktiserende jordmødre og fastleger

Det er imidlertid en antakelse at de fleste kvinnene i de aktuelle målgruppene oppsøker helsestasjon. Velger de en lege eller jordmor er det ut fra tillit til den bestemte personen, ikke yrkesgruppen.

10.2.4 Kvinnene får den helsehjelpen de skal ha

Vår velinformerte lege kunne med sikkerhet si at det nå er svært få kvinner som kommer til fødsel, og som er omskåret, som ikke er åpnet før fødselen.

Et nytt og interessant trekk, som muligens kan si noe om atferdsendringer, er at leger og helsestasjoner nå opplever en ny trend med at stadig flere yngre jenter vil åpnes uten at de er gravide og skal føde. De har fått seg kjæreste og vil ha et seksualliv.

10.2.5 Men får de kunnskap om forbud?

Ja, men det er omfattet med mer ubehag å skulle informere om dette. I undersøkelsen til Sajjad (2010, side 14.) har det vært anledning til å svare utfyllende her, og noen av respondentene forteller at "de ikke vet om foreldrene svarer sant, at det er et ubehagelig, sensitivt tema og at helsepersonell er ubekvem-

me med å snakke om det, at kvinner som er kjønns-
lemlestet kan forsvare at de er lemlestet og at det
oppleves som mistenkeligjøring av foreldre.”

Det er mer sjeldent at dette noteres på helsekortet
som kvinnen har med seg ved fødsel. Generelt har
flere kilder beklaget seg over dårlig journalføring før
fødsel, og dette gjelder medisinske data. Det er
grunn til å anta at opplysningsoppgaver som dette er
enda lavere prioritert.

Behandling og kontroll – en umulig kombinasjon?

Dette er en problemstilling vi har tatt opp tidligere

I denne sammenhengen er det viktig å merke seg at
svangerskapskontroll ikke er obligatorisk. Man kan
dermed tenke seg at enkelte vil søke å unngå denne
kontrollen hvis det blir kjent at denne inneholder det

som kan oppleves som ubehagelige konfrontasjo-
ner/advarsler.

10.2.6 For mye kunnskap?

Både vår lege-informant og andre har antydnet at for
mange har gått på mange kurs og lest seg opp på
feltet, mens bare et fåtall får bruk for kunnskapen i
praksis, utover i spredte tilfeller. Dette betyr på den
ene siden at man bruker mye ressurser på noe som
relativt få trenger, samtidig som mange vil sitte på
kunnskap de ikke vil få vedlikeholdt i praksis.

Et utsagn fra flere er at helsebevisstheten og helse-
kunnskapen i gruppa er på et svært lavt nivå. Hva
kan det ha å si for hva de tar innover seg? Et eksem-
pel er at det skal være en utbredt oppfatning at det
er viktig å ikke spise for mye under svangerskapet,
for å unngå å få for store barn.

Kapittel 11. Litteraturliste/referanser

Litteratur generell

Blom, Svein. (2008). "Innvandrerers helse 2005/2006". Rapporter 35/2008, Statistisk sentralbyrå, Oslo-Kongsvinger.

Blom, Svein. (2010). "Sosiale forskjeller i innvandrerers helse". Rapporter 47/2010, Statistisk sentralbyrå, Oslo-Kongsvinger.

Djuve, Anne Britt, Hanne C. Kavli og Anniken Hagelund. "Kvinner i kvalifisering

Introduksjonsprogram for nyankomne flyktninger med liten utdanning og store omsorgsoppgaver"

Fafo-rapport 2011:02

Foss, Nina (red.) Omskjæring. Stopp. Cappelen Damm 2010.

Hellum, Anne "Menneskerettigheter, pluralisme, kompleksitet og integrasjon", Oslo 2006

Jonassen, Wenche og Randi Saur. "Arbeid med kjønnslemlestelse i Norge. En kartlegging." Nasjonalt kunnskapscenter om vold og traumatisk stress, Rapport 1/2011.

http://www.culcom.uio.no/forskning/artikler/docs/anne_hellum-Fleischer.pdf

Lien, Inger Lise. "Tiltak mot kjønnslemlestelse. Evaluering av OK-prosjektet – det nasjonale prosjektet for iverksetting av tiltak i handlingsplanen mot kjønnslemlestelse." NIBR-rapport 2005:8, Norsk institutt for by- og regionsforskning, Oslo

Sajjad, Torun Arntsen. "Kartlegging av informasjonsrutiner mellom helsestasjoner og sykehus om kjønnslemlestelse." Rapport for tiltak 29 i Handlingsplan mot kjønnslemlestelse. Nakmi (Nasjonal kompetanseenhet for minoritetshelse). Oslo, desember 2010.

Talle, Aud. Kulturens makt

Litteratur organisasjonsendringer

Argyris, Chris (1993). *Knowledge for Action. A Guide to Overcoming Barriers to Organizational Change*. Jossey-Bass Wiley.

Argyris Chris & Schön, Donald A(1996). *Organizational Learning II*. Addison-Wesley.

Cohen, W.M. & Levinthal, D.A. (1990) Absorbitive Capacity: A New Perspective on Learning and Innovation. *Administrative Science Quarterly*, vol 35: 128-152.

Dunphy, D.C & Stace, D.A.(1990). Transformational and Coercive Strategies for Planned Organizational Change: Beyond the O.D. Model. *Organization Studies*, vol 8:317-334.

Gersick, C.J.G. (1991). Revolutionary Change Model: A Multilevel Exploration of the punctuated Equilibrium Paradigm. *Academy of Management Review*, vol 16:10-36

Greenwood, R & Hinings, C.R. (1996). Understanding Radical Organizational Change. Bringing Together the Old and New Institutionalism. *Academy of Management Review*, vol 21:1022-1054

Jacobsen, Dag Ingvar og Jan Thorsvik (2002). *Hvordan organisasjoner fungerer. Innføring i organisasjon og ledelse*. Fagbokforlaget Vigmostad og Bjørke. Bergen

Jacobsen, Dag Ingvar (2004). *Organisasjonsendringer og endringsledelse*. Fagbokforlaget Vigmostad og Bjørke. Bergen.

Kjellberg og Reitan (2003): *Studiet av offentlig politikk – En innføring*. Tano: Oslo

Meyer, J.W. & Rowan B. (1977). Institutionalized organizations: Formal Structures as Myth and Ceremony. *American Journal of Sociology*, vol 83: 340-363.

Minzberg, H (1979). *The Structuring of Organizations*. Englewood Cliffs, Prentice Hall.

Ryen, Anne(2002). *Det kvalitative intervju. Fra vitenskapsteori til feltarbeid*. Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS. Bergen.

Ouchi, W. G. (1981). *Theory Z*. New York: Avon Books

Pettigrew, A., Woodman, R.W. & Cameron, K.S. (2001). Studying Organizational Change and Development: Challenges for Future Research. *Academy of Management Journal*, vol44:697-714

Rune J. Sørensen (2009): *"En effektiv offentlig sektor"*. Oslo: Universitetsforlaget.

Røvik, Kjell Arne(1998). *Moderne organisasjoner. Trender i organisasjonstenkningen ved tusenårsskiftet*. Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS. Bergen.

Røvik, Kjell Arne(2007). *Trender og translasjoner. Ideer som former de 21. århundrets organisasjon*. Universitetsforlaget AS. Oslo.

Schein, E.H.(1985). *Organizational Culture and Leadership*. San Francisco, Jossey Bass.

Shaffer, R.H. & Thompson, H.A. (1992). Successful Change Program Begins with Results. *Harvard Business Review*, January-February: 80-89.

Tushman, M.L. & O'Reilly, C.A. III(1996). Ambidextrous Organizations: Managing Evolutionary and Revolutionary Change. *California Management Review*, vol 34:8-30.

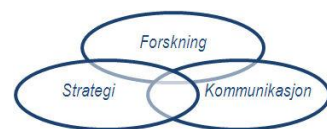
Offentlige dokumenter

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