
Hilde Lidén, Tonje Bentzen
Kjønnsslemlestelse i Norge

Institutt for samfunnsforskning

Oslo 2008

© ISF 2008
Rapport 2008:

Institutt for samfunnsforskning
Munthes gate 31
Postboks 3233 Elisenberg
0208 Oslo
www.samfunnsforskning.no

ISBN: (Fylles ut av info)
ISSN: 0333-3671

Innhold

Innhold	3
Forord	7
Innledning	11
Ny handlingsplan mot kjønnslemlestelse	13
Arbeidet mot kjønnslemlestelse i Norge – en kort historikk	14
Informasjon, egenerklæring og registrering	16
Omsorg eller kontroll?.....	18
Underlivssjekk.....	19
Kjønnslemlestelse – medias rolle	20
Rapportens oppbygging.....	20
Metodisk tilnærming.....	23
SSBs befolkningsstatistikk	24
Spørreskjemaundersøkelse	24
Vurdering	26
Intervjuundersøkelse	27
Vurdering av bruk av registerdata	29
Tradisjon og endringer internasjonalt	33
Praktiserende land og internasjonale trender	33
Internasjonalt blikk på endringstendenser	35
Eksempler fra tre land	38
Somalia	39
Eritrea	40
Sierra Leone	41
Kvinnelig omskjæring i eksil.....	43
Oppsummering	45
Kontinuitet og endring i norsk kontekst	47
Stemmer fra berørte grupper og organisasjoner	47
Debatten i offentligheten	47

Holdningsendring i Norge og opprinnelsesland	48
Formeninger om omfang.....	50
Om gutters holdninger til kvinnelig omskjæring	52
De som kanskje ikke nås/gjenstående utfordringer.....	52
De unges erfaringer	54
Kvinnelig omskjæring i et maktperspektiv	59
Avsluttende oppsummering.....	65
Berørte grupper	69
Analyse av befolkningsstatistikken	69
Analysen av befolkningsstatistikken - oppsummert	78
Kjente tilfeller av kjønnslemlestelse	81
Barnevernet	81
Tall fra barnevernet.....	82
Helsestasjonene	84
Skoler og barnehager.....	86
Sykehusavdelinger	87
Avsluttende vurdering.....	88
Samlede vurderinger av omfang	91
Profesjonenes rutiner og kompetanse	95
Rutiner og kompetanse - innledningsvis	95
Barnevernet	95
Praksis ved bekymringsmeldinger	98
Kompetanse	100
Hindringer i arbeidet mot omskjæring	101
Samarbeid med andre instanser.....	101
Helsestasjoner og skolehelsetjeneste.....	102
Helsestasjoner for småbarn	103
Skolehelsetjenesten	104
Helsestasjoner for ungdom	104
Helsestasjonenes og skolehelsetjenestens erfarte dilemmaer.....	105
Kompetanse – helsestasjoner og skolehelsetjenesten	106
Helsestasjonenes samarbeidsrelasjoner.....	108
Skoler og barnehager.....	110
Skolen	110
Barnehager	111
Sykehusenes erfaringer	113
Kompetanse	114
Samlet vurdering	114
Avvergesles- og meldeplikt	119
Generelle avvergesles- og opplysningsplikter.....	119
Spesifikk avvergeslesplikt.....	120
Hva sier dokumentene?	123

Kunnskapskravet	124
Handlingsalternativ	125
Plikter ved utført kjønnslemlestelse	127
Hva kan barnevernet gjøre?.....	127
Instansenes vurderinger av avvergelsesloven og meldeplikten ved utført kjønnslemlestelse	128
Instansenes forståelse av avvergelses- og meldepliktene	130
Oppsummering og drøfting.....	134
Sammendrag	137
Tiltak.....	139
Personer fra berørte grupper og organisasjoner.....	139
Barnevern, helseinstanser, skoler og barnehager.....	141
Oppsummering	145
Obligatorisk underlivsundersøkelse.....	145
Oppsummering	152
Vår vurdering av underlivsundersøkelse	152
Momenter å være oppmerksomme på	153
Våre forslag til tiltak.....	156
Konklusjon og anbefalinger.....	159
Omfang 159	
Premisser for endring	162
Offentlige institusjoners innsats; rutiner og kompetanse	163
Ulike instansers vurdering og forståelse av lovverket.....	165
Tiltak 166	
Våre anbefalinger	168
Litteratur	171

Forord

Vi vil gjerne takke Barne- og likestillingsdepartementet og Helse- og omsorgsdepartementet for et utfordrende oppdrag.

Mange har bidratt til dette forskningsprosjektet, noe som har gjort det til et felles løft og et faglig interessant prosjekt å arbeide med. Under hele prosjektperioden har arbeidet blitt fulgt opp av en prosjektgruppe på Institutt for samfunnsforskning, der Mari Teigen, Jorun Solheim, Tordis Borchgrevink og Anja Bredal, Eli Ferrari de Carli, Johannes Bergh, Trude Langvassbråten, Monica Five Aarset og Hilde Rusten har inngått. Takk for innsatsen og engasjementet som er vist. Johannes Bergh har utført analysen av befolkningsstatistikken. Rune Karlsen har bistått i utformingen av spørreskjemaene. Trude Langvassbråten har intervjuet ressurspersoner og representanter fra organisasjonene. Monica Five Aarset og Hilde Rusten har intervjuet ungdom. Anja Bredal har ferdigstilt kapitlet om avvergelsesloven og meldeplikten. Eli Ferrari de Carli har formidlet sin kunnskap om de tidlige fasene i arbeidet mot kjønnslemlestelse. Mari Teigen og Trude Langvassbråten har i forbindelse med et annet forskningsprosjekt analysert mediedebatten som foregikk sommeren 2007, og tilført denne innsikten til rapportens analyse av mediedebatten og organisasjonenes arbeid mot kjønnslemlestelse. Takk til alle for iherdig innsats. Takk også til Ada Engebriksen ved NOVA og Cecilie Thun ved Senter for tverrfaglig kjønnsforskning som har delt sine erfaringer med oss. I forbindelse med analysen av SSBs befolkningsstatistikk har vi hatt glede av innspill fra Lars Østby, Vebjørn Aalandslid og Kristin Henriksen. Takk til dere.

Forskningsprosjektet har hatt en referansegruppe bestående av den interdepartementale gruppen som sto bak igangsettingen av forskningsprosjektet. Takk til Lene Aaker BLD, Lisbeth Hårstad HOD, Solveig Nowacki JD Ragnhild Bendiksby JD, nå BLD, Mari Aam AID, Maria Grødal og Sverre Kyrre Hamnes KD. På det første referansegruppemøtet inviterte vi en rekke fagpersoner og ressurspersoner fra innvandrer miljøene som har stått sentralt i arbeidet mot kjønnslemlestelse. Takk til dere alle for nyttige innspill i oppstarten av arbeidet.

Og sist, men ikke minst: Takk til alle informantene som har bidratt med sine erfaringer og synspunkter i en ellers travel hverdag.

Oslo, april 2008

Hilde Lidén og Tonje Bentzen

Innledning

Forskningsprosjektet er gjort på oppdrag av Barne- og likestillingsdepartementet og Helse- og omsorgsdepartementet, med oppstart i juli 2007. Formålet med forskningsarbeidet er å undersøke utbredelse av kjønnslemlestelse av jenter som vokser opp i Norge i dag, og å gi et forskningsbasert forslag til tiltak. Det foreligger imidlertid metodiske begrensninger i å undersøke omfanget. Kjønnslemlestelse er straffbart, og åpenhet om tema er derfor begrenset. Innenfor prosjektets tidsramme finner vi det ikke gjennomførbart å foreta en langtids kvalitativ undersøkelse av omfang med utgangspunkt i målgruppen. Sosial- og helsedirektoratet (nå Helsedirektoratet) har dessuten nylig fått utført et prosjekt der kvinner tilhørende den største berørte gruppen har blitt intervjuet om deres holdninger til kvinnelig omskjæring (Talle 2008). Vi har derfor gjennomført to alternative tilnærminger til spørsmålet om omfang:

1) En analyse av befolkningsstatistikken. Hensikten er å avgrense kategorien innvandrede jenter og etterkommere under 20 år som er i en alder kvinnelig omskjæring er vanlig i opprinnelseslandet. Denne analysen sier ikke noe om hvor mange jenter som er utsatt for kjønnslemlestelse. Den gir imidlertid et viktig statistisk grunnlag for en kvalifisert drøfting av *mulig* omfang.

2) En bred kartleggingsstudie av kjente tilfeller av kjønnslemlestelse i barnevernet, helsetjenesten og skoler og barnehager. Studien omfatter en landsomfattende undersøkelse i barnevernet, et strategisk utvalg helsestasjoner og relevante avdelinger ved et utvalg sykehus. Et strategisk utvalg skoler og barnehager inngår også.

Vi har også intervjuet ressurspersoner og representanter fra berørte grupper og organisasjoner som har engasjert seg i spørsmålet om kjønnslemlestelse. I tillegg har vi intervjuet forstandere i trossamfunn, og ungdommer. De er blitt bedt om å reflektere rundt spørsmålet om omfang og eventuelt holdningsendringer. I intervjuene har vi også spurt om hva de anser som gode tiltak mot kjønnslemlestelse. Vi har også lagt til grunn relevante nordiske studier og forskning om internasjonale endringer og trender.

I tillegg til omfang gir kartleggingsundersøkelsen innsikt i rutiner og kompetanse som barnevernet, helsetjenesten og skoler og barnehager besitter for å avdekke tilfeller av kjønnslemlestelse. Vi har spurt instansene om deres prak-

sis, samarbeidsrutiner, og begrensninger i arbeidet. Vi har også spurt om profesjonenes forståelse av avvergelses- og meldeplikten.

I prosjektets oppstartsfase ble omfang av kjønnslemlestelse diskutert i media i etterkant av en NRK-reportasje fra Hargeisa i Somaliland. Dette resulterte i at Barne- og likestillingsdepartementet og Helse- og omsorgsdepartementet igangsatte en del strakstiltak sommeren 2007. Ett av tiltakene var en enkel kartlegging av kjente tilfeller av kjønnslemlestelse i barnevernet. Denne kartleggingen har vi brukt som referanse og sammenligningsgrunnlag i vår undersøkelse.

I internasjonal forsknings- og utredningslitteratur brukes ulike begreper om kjønnslemlestelse av kvinner. Mange mener at *female genital cutting* er et langt bedre begrep enn både *female circumcision* og *female genital mutilation*, og brukes i utstrakt grad. Vi har ikke et like dekkende begrep på norsk. *Female genital mutilation* eller kjønnslemlestelse brukes av norske myndigheter for å signalisere at det er et overgrep mot kvinner og jenter. Et annet argument for å bruke dette begrepet er at man ønsker å skille dette inngrepet fra mannlig omskjæring. Blant de berørte gruppene bruker noen kvinnelig omskjæring og andre kjønnslemlestelse. Forskermiljøer bruker i stor grad kvinnelig omskjæring eller *female genital cutting*. Hvilken betegnelse man bruker har blitt tilagt konnotasjoner for hvilket standpunkt man har i forhold til praksisen. Noen hevder bruken av kvinnelig omskjæring bagatelliserer inngrepet. Andre mener bruken av kjønnslemlestelse ikke er dekkende, fordi det impliserer en ondartet hensikt av foreldrene, og fordi ikke alle typer inngrep er like omfattende. I rapporten har vi valgt å bruke begge betegnelse. Kjønnslemlestelse blir brukt som fellesbetegnelse på fenomenet, og i sammenhenger der det er snakk om politikkutforming. Vi bruker imidlertid omskjæring både som en *emisk* betegnelse, det vil si når vi refererer til hvordan informantene selv snakker om fenomenet, når vi beskriver praksisen som en tradisjon i opprinnelseslandene og når vi beskriver det fysiske inngrepet. Begrepet kvinnelig omskjæring bruker vi således for å markere en forskerposisjon i et sterkt politisert felt. Vi har også tilpasset begrepsbruken slik at begrepene ikke brukes om hverandre i samme kapittel.

Det foreligger mer generell informasjon om somaliere i Norge enn for de andre berørte befolkningsgruppene. Dette skyldes ikke at vi mener det er større grunn til å ha fokus på dem enn på andre landgrupper, men snarere at somaliere utgjør den absolutt største berørte befolkningsgruppen. Somaliere er dessuten med i utvalget på ti grupper i SSBs levekårsundersøkelse for innvandrerbefolkningen fra 2008. Den foreliggende forskningen på feltet gjelder også i all hovedsak denne gruppen (Engebriksen 2007, Fangen og Thun 2007, Fangen 2008, Johansen 2006, Johnsdatter 2002, 2007, 2008, Talle 2003, Talle 2007a og 2008).

Ny handlingsplan mot kjønnslemlestelse

En ny handlingsplan mot kjønnslemlestelse ble lagt fram 5. februar 2008¹. Slik vi ser det framhever denne behovet for å se nærmere på de offentlige tjenesters beredskap og kompetanse. Til forskjell fra den tidligere handlingsplanen skal en vesentlig del av innsatsen forankres i det ordinære offentlige apparatet, i helsetjenesten, barnevernet og skolen. Det er et særlig fokus på praktisering av taushetsplikt, opplysningsplikt, avvergelsesplikt, samordning og samarbeid. Handlingsplanen understreker videre at tiltakene innenfor tjenesteapparatet skal møte behovene til de som er berørt av praksisen med kjønnslemlestelse på en god og respektfull måte, og at de offentlige tjenester skal være tilpasset mangfoldet i befolkningen når det gjelder etnisk, kulturell, språklig og religiøs bakgrunn². Hensikten med det foreliggende forskningsprosjektet er derfor å gi viktig grunnlagsinformasjon og innspill til dette arbeidet. Slik vi ser det er det dessuten behov for økt kunnskap og gode metoder for å se berørte gruppers behov og synspunkter, sett i sammenheng med denne befolkningens totale livssituasjon.

Målsettingene i handlingsplanen for å bekjempe kjønnslemlestelse er delt inn i seks hovedområder:

- Effektiv håndheving av lovverk
- Økt kompetanse og kunnskapsformidling
- Forebygging og holdningsskapende arbeid
- Tilgjengelige helsetjenester
- Styrket innsats ved ferier
- Styrket internasjonal innsats

Handlingsplanen understreker at holdningsendring og endring av praksis må skje innad i de berørte gruppene. Å involvere de forskjellige gruppene med bakgrunn fra land som praktiserer kjønnslemlestelse er derfor avgjørende. Handlingsplanen legger opp til at representanter fra de berørte miljøene skal komme med innspill til arbeidet mot kjønnslemlestelse. Aktuelle trossamfunn skal også involveres i arbeidet. I studien har vi intervjuet en et utvalg fra målgruppen om holdninger til og innspill til tiltak.

-
1. Handlingsplan 2008-2011 er resultatet av et samarbeid mellom sju departementer: Barne- og likestillingsdepartementet, som koordinerer innsatsen mot kjønnslemlestelse, Arbeids- og inkluderingsdepartementet, Helse- og omsorgsdepartementet, Justisdepartementet, Kunnskapsdepartementet, Kultur og kirkedepartementet, Utenriksdepartementet og innspill fra miljøene.
 2. Se www.imdi.no for mer informasjon om Likeverdige offentlige tjenester.

Arbeidet mot kjønnslemlestelse i Norge – en kort historikk

Lov om forbud mot kjønnslemlestelse ble vedtatt i 1995 (lov 15. desember 1995 nr 74). Lovens opprinnelige tekst var:³

§ 1 Den som forsettelig utfører et inngrep i en kvinnes kjønnsorgan som skader kjønnsorganet eller påfører det varige forandringer, straffes for kjønnslemlestelse. Straffen er fengsel inntil 3 år, men inntil 6 år dersom inngrepet har som følge sykdom eller arbeidsudyktighet som varer over 2 uker, eller en uheldelig lyte, feil eller skade er voldt, og inntil 8 år dersom inngrepet har som følge død eller betydelig skade på legeme eller helbred. Medvirkning straffes på samme måte.

Rekonstruksjon av kjønnslemlestelse straffes som nevnt i første ledd.

Samtykke fritar ikke for straff.

Kjønnslemlestelse av jenter dekkes også av andre lover, og var således straffbart også før særloven kom i 1995. Loven ble vedtatt dels for å gi en klarere markering av norske myndigheters avstandstagen til kjønnslemlestelse og dels for å avklare enkelte tvilsspørsmål.

I 1999 ble det nedsatt en tverrdepartemental arbeidsgruppe som skulle intensivere myndighetenes arbeid mot kjønnslemlestelse, og arbeide fram en handlingsplan. I 2000 kom *Veileder for helsepersonell i Norge om kvinnelig omskjæring*, utarbeidet av Statens helsetilsyn. Denne har et todelt siktemål: I tillegg til å hindre at unge jenter blir omskåret, skal den gi kvinner som allerede er omskåret et fullverdig tilbud om behandling og rehabilitering, basert på respekt for deres integritet.

Den første handlingsplanen mot kjønnslemlestelse ble lagt fram våren 2001. Handlingsplanen skulle bidra til forebyggende arbeid gjennom kompetanseoppbygging og informasjonstiltak i offentlige tjenester og utdanningen til de ansatte i disse tjenestene. Et delmål var å hjelpe jenter/kvinner som allerede var kjønnslemlestet. Samarbeid med organisasjoner, grupper og nettverk om informasjons- og kompetansetiltak sto også sentralt, foruten å arbeide internasjonalt med temaet.

Vesentlige deler av handlingsplanen skulle gjennomføres som et tre-årig prosjekt, etter erfaringer innhentet fra Sverige. Dette prosjektet, *OK-prosjektet* (Omsorg og kunnskap om kvinnelig omskjæring), startet opp i 2002 og rettet arbeidet særlig mot å utvikle materiell, kompetansebygging og utprø-

3. En § 2 om yrkesutøveres ansvar for å avverge kjønnslemlestelse ble tilføyd ved lov 28. mai 2004 nr 33 – og gjengis i kapittel 3.

ving av metoder i arbeidet mot kjønnslemlestelse innen helsevesenet og aktuelle befolkningsgrupper.

Grunnpilaren i *OK-prosjektet* var å utvikle et tett samarbeid med berørte grupper og med hjelpeapparatet, særlig helsevesenet, og da først og fremst helsesøstre og jordmødre. Relevante fagpersoner, inkludert de som hadde bakgrunn fra land der omskjæring er vanlig, fikk en sentral rolle i å utvikle nettverk og utprøve tiltak. Innvandrersorganisasjoner ble inndratt i dette nettverksarbeidet. Det ble også utviklet et undervisningsopplegg for elever i grunnskolen, for faglig oppdatering og rådgivning til skolens helsesøstre, og et opplegg de kunne bruke overfor lærerne. Barnevernet var en annen målgruppe, og det ble innledet tettere samarbeid i noen bydeler og kommuner. *OK-prosjektet* mener selv at de minst lyktes med å dra inn barnevernet i arbeidet (Johansen 2007). Startegien for alle tiltakene var økt åpenhet og å synliggjøre motstand mot kjønnslemlestelse, formidle kunnskap om helsemessige konsekvenser, vektlegge omsorgsaspektet og å ha en bred tilnærming til målgruppens kultur og livssituasjon. I tillegg besto arbeidet i å lage informasjonsmateriale til bruk for kvinners eget nettverksarbeid mot omskjæring, og for skoler, helsevesenet og andre sentrale instanser i arbeidet mot kjønnslemlestelse.

OK-prosjektet anbefalte at de tiltak og metoder som var utviklet i prosjektet ble forankret i varige systemer. Prosjektet ble avviklet i 2004. I vårt prosjekt har vi fulgt opp noen av de kommunene og bydelene som deltok i *OK-prosjektet*, for å se om prosjektet har bidratt til varige rutiner og oppfølging av tiltak, og om de skiller seg ut i forhold til andre kommuner/bydeler. Vi har også villet se om informasjonsmaterialet og boka *Fra kunnskap til handling* som *OK-prosjektet* utga, fortsatt benyttes som kunnskapsgrunnlag for arbeidet mot kjønnslemlestelse.

Evalueringsrapporten fant at det hadde blitt økt åpenhet om kjønnslemlestelse i berørte miljøene og i hjelpeapparatet, og bruk av kunnskap og omsorg hadde vært en god strategi på lang sikt (Lien 2005). Pådrivere og ildsjeler hadde utløst engasjement, ressurser og utviklet ny kompetanse både i innvandringsmiljøene og i det offentlige apparatet. Det ble imidlertid reist tvil om samtalegrupper og informasjonstiltak hadde bidratt til en rask nok endring av praksis. Evalueringen konkluderte dessuten med at det var nødvendig med en større involvering av menn og av religiøse ledere i arbeidet mot kjønnslemlestelse enn prosjektet hadde ført til. En klar begrensning var *OK-prosjektets* korte prosjektperiode, tre års innsats ble ikke sett som tilstrekkelig for å skape varige rutiner og holdningsendringer, verken innen de berørte gruppene eller i hjelpeapparatet. Det ble også påpekt behov for å styrke det offentliges kontroll- og avvergesansvar.

Informasjon, egenerklæring og registrering

I tillegg til *OK-prosjektet* ble det iverksatt andre tiltak på initiativ av myndighetene. I 2002 la regjering Bondevik fram en utvidet tiltaksplan mot kjønnslemlestelse. I tiltak 2 het det at ”Regjeringen vil innføre obligatorisk informasjon om tvangsekteskap og kjønnslemlestelse til nyankomne, herunder flyktninger, asylsøkere og familiegjennforente, til Norge. De skal signere en erklæring om at de har mottatt og forstått informasjon. De vil også bli spurt om noen barn eller unge i familien er omskåret.”

Første del av tiltaket som omfatter informasjon til nyankomne og innsamling av egenerklæring ble delvis iverksatt under ansvar av Politidirektoratet og Utlendingsdirektoratet. Fra 2004 har alle nyankomne asylsøkere blitt informert om loven mot kjønnslemlestelse i Norge under første asylintervju av Politiets utlendingsenhet, og de underskriver samtidig på en egenerklæring om at de har mottatt denne informasjonen⁴. Utlendingsdirektoratet er behandlingsansvarlig for skjemaene. Andre del av tiltaket er rettet mot familiegjennforente og overføringsflyktninger som skal informeres om lov mot kjønnslemlestelse og underskrive egenerklæring. Denne delen av tiltaket har vært igjennom flere ulike instanser for å finne en velegnet form, og er nå avviklet. Informasjonen skal istedet ivaretas i opplæring i norsk og samfunnskunnskap for voksne innvandrere, i henhold til tiltak 18 i den nye handlingsplanen⁵. Delen om signering av egenerklæringer er foreløpig lagt på is, fordi gjennomføringen har møtt på mange problemer.

Utlendingsdirektoratet påpekte at de ikke hadde hjemmel for å samle inn personsensitiv informasjon om barn og unge var kjønnslemlestet, og lage et register over dette, slik den siste leddet i tiltak 2 legger opp til. Både Datatilsynet og Justisdepartementets lovavdeling ga uttrykk for at dette vil kreve en egen lovhjemmel. Helse- og omsorgsdepartementet ga Sosial- og helsedirektoratet i oppdrag å vurdere om siste del av tiltak 2, dvs å stille spørsmål til nyankomne om barn eller unge i familien er omskåret, samt å innsamle og registrere svarene, kan hjemles i lov mot kjønnslemlestelse.

Utredningen, som ble ferdigstilt av Sosial- og helsedirektoratet 22.12.2005 påpekte at det var mange uklarheter ved dette forslaget, bl.a. hvilken personkrets de skulle informere om, hvem som skulle spørres, om de nyankomne

⁴ Egenerklærings skjema for forbud mot kjønnslemlestelse er datert 26. november 2004.

⁵ Tiltak 18 lyder: 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

hadde plikt til å svare, og hvilke opplysninger som skulle samles inn og registreres. Videre var det uklart hva som var formålet med tiltaket. Om formålet med innsamlingen av opplysninger var å gi grunnlag for medisinsk oppfølging, bruk for senere etterforskning og straff, eller forebygging av andre jenter i familien, ville ha betydning for type data som ble innhentet. Utredningen konkluderte med at om formålet var etterforskning, straffeforfølgelse eller kriminalforebygging burde ansvaret legges til politiet og justis- og politiforvaltningen, men ville kreve nærmere utredning i forhold til EMK artikkel 6 om retten til en rettferdig rettergang. Dersom det var helsemessige formål burde det legges til helseforvaltningen, som hjemlet tiltak i helselovgivningen. Det ble imidlertid reist tvil om et sentralt helseregister var et egnet middel for å fremme helsetjenestens formål knyttet til arbeidet mot kjønnslemlestelse, og utvalget mente et slikt register derfor ikke burde ligge hos helseforvaltningen. Konsekvensen var at innsamlig av informasjon og opprettelsen av et slikt register ble skrinlagt.

Utlendingsmyndighetene har imidlertid igangsatt andre tiltak. I 2006 ble det for eksempel nedsatt en arbeidsgruppe bestående av deltakere fra UDI og UNE som i sin rapport konkluderer med at forvaltningen av eget initiativ plikter å vurdere risikoen for kjønnslemlestelse på vegne av umyndige personer i behandlingen av asylsaker og saker om familiegjenforening. Rapporten kartla aktuelle problemstillinger, og anbefalte rutiner og løsningsalternativ for å følge opp forslagene (UDI/UNEs arbeidsgruppes rapport 2006, se også Lidén, Rusten og Aarset 2008). UDI fikk hovedansvaret for den konkrete oppfølgingen. Våren 2007 ble det igangsatt et prosjekt, *Utlendingstjenestens tiltak mot kjønnslemlestelse (UTMOK)*, som skulle utarbeide retningslinjer for den prosessuelle og materielle håndteringen av saker der kjønnslemlestelse er, eller kan være en aktuell problemstilling. De skal også utarbeide informasjon til asylsøkere i samarbeid med NOAS.

Arbeidsgruppen fra 2006 anbefalte dessuten at det etableres et mer forpliktende tverrfaglig samarbeid på dette området, der utlendingsmyndighetene inngår. Herunder var det aktuelt å se nærmere på om mulighetene for at informasjonsflyt mellom instansene kan bidra til å avdekke mulig risiko for overgrep mot et barn. Dette krever imidlertid gjennomgang av aktuelle lovverk, herunder regler om taushetsplikten. Det ble påpekt behov for klarere retningslinjer for når utlendingsforvaltningen har meldeplikt til barnevernet, og eventuell avvergelsesplikt med hensyn til å melde mulig straffbart forhold til politiet. Eksemplet på tiltak igangsatt av utlendingsmyndighetene viser at de samme problemstillingene reises av forvaltningen på ulike områder med ansvar for barn og oppvekst.

Kjønnslemlestelse er et tema asylsøkere blir informert om både i asylintervjuene, og av helsetjenesten på asylmottakene. Temaet berører dessuten som nevnt i opplæringen i norsk og samfunnskunnskap som alle innvandrere har rett og/eller plikt til å delta på. Innvandrersorganisasjoner, skal vi se, trekkes

også inn i dette arbeidet. Konsekvensen er at informasjon om forbudet mot kjønnslemlestelse har blitt formidlet med større tyngde og gjentatte ganger overfor asylsøkere de siste årene enn tilfellet var tidligere.

Omsorg eller kontroll?

Et gjennomgående stridstema i arbeidet mot kjønnslemlestelse er enten å vektlegge omsorgsaspektet i holdningsarbeidet og når kjønnslemlestelse oppdages, eller å ha et kontrollperspektiv på innsatsen. Posisjonene i striden har delvis fulgt profesjonsgrensene. Mens helsepersonell har understreket omsorgsaspektet, har andre aktører og politikere ment at regelverket og kontrollrutiner må ivaretas bedre. I 2004 kom en tilføyning i lov om forbud mot kjønnslemlestelse⁶, som understrekte nærmere bestemte yrkesutøveres og ansattes plikt til å avverge kjønnslemlestelse. Det ble også utarbeidet en veileder om avvergelsesplikten (2004). Sommeren 2007 kom en ytterligere kortfattet orientering om regelverket knyttet til kjønnslemlestelse (Barne og likestillingsdepartementet, Helse- og omsorgsdepartementet og Justisdepartementet 2007). Barneverntjenesten og politiet får med dette en mer framtrædende rolle.

Til forskjell fra den første handlingsplanen, er strategien i handlingsplan av 2008 ikke utformet som et avgrenset prosjekt, men tiltakene er rettet direkte mot offentlige og private tjenesteytere og institusjoner, samt kvinner og menn i de berørte gruppene, frivillige organisasjoner og relevante trossamfunn.

Handlingsplanen gir også en klarere lov- og tolkningsramme for innsatsen. Den understreker at kjønnslemlestelse er en form for vold i nære relasjoner, og at tiltakene i handlingsplanen skal sees i sammenheng med andre tiltak i handlingsplanen mot vold i nære relasjoner,⁷ samt handlingsplanen mot tvangsekteskap.⁸ I og med at kjønnslemlesting betraktes som en form for fysisk overgrep, er også «Strategi mot seksuelle og fysiske overgrep mot barn» (2005–2009) relevant. Politi og barnevern er gitt sentrale roller i alle disse planene. Kontrollaspektet har dermed fått en tydeligere plass og legitimitet i arbeidet mot kjønnslemlestelse.

Menneskerettighetsaspektet er også blitt framhevet. I følge artikkel 12 i FN-konvensjonen om økonomisk, sosial og kulturelle rettigheter har enhver "rett til den høyest oppnåelige helsetilstand både fysisk og psykisk". FN-komiteen for økonomisk, sosial og kulturelle rettigheter sier i sin generelle kommentar til artikkel 12 i konvensjonen som de skal ivareta, at det er viktig å treffe tiltak for å beskytte kvinner og barn mot skadelig tradisjonell kulturell praksis som berører deres helse. Komiteen sier at retten til helse omfatter ret-

⁶ § 2 tilføyd ved lov 28. mai 2004 nr 33 (i kraft 1. sept 2004 iflg. res. 28 mai 2004 nr 794)

⁷ Handlingsplan mot vold i nære relasjoner 2008-2011

⁸ Handlingsplan mot tvangsekteskap 2008-2011

ten til å bestemme over ens egen helse og kropp, og retten til frihet fra fysiske inngrep. Også barnekonvensjonens artikkel 24 beskytter barns rett til å nyte godt av den høyest oppnåelige helsestandard. Artikkel 24 tredje del forplikter statene til å treffe alle effektive tiltak med henblikk på å avskaffe tradisjonsbestemt praksis som er skadelig for barnets helse. Videre inneholder FNs kvinnekonvensjon bestemmelser av betydning for kjønnslemlestelse. Det står også uttrykkelig i Maputoprotokollen av 2003, som er det første rettslige instrument som skal beskytte kvinner i Afrika mot alle former for overgrep, at dette inkluderer kjønnslemlestelse.

I tillegg til helseaspektet er retten til privatliv og prinsippet om ikke-diskriminering sentrale prinsipper når kjønnslemlestelse vurderes i forhold til menneskerettigheter. Flere konvensjoner har blitt trukket inn i vurderingen av de rettslige sidene av ulike typer tiltak, bl.a. diskriminering når det gjelder tiltak som opprettelse av eget helseregister (se metodekapitlet) eller underlivssjekk av spesielle befolkningsgrupper.

I vår undersøkelse finner vi at det å sette omsorg opp mot kontrollaspektet blir en forenkling som underspiller de sammensatte hensyn som vurderes i hver enkelt sak. En slik forenkling bidrar også til å begrense mulige tiltak. Ett moment her er at omskjæring utføres av familien som uttrykk for omsorg for jenters framtid innenfor den dominerende virkelighetsforståelsen i opprinnelseslandet. Holdningsendring skjer gjennom å redefinere oppfatninger av omsorg. Lovverk og oppfølging av dette er på sin side uttrykk for omsorg for jentene. Endringspotensiale ligger nettopp, slik vi ser det, i å reflektere over hvordan regulering og kontroll forholder seg til omsorgsargumentene.

Underlivssjekk

Spørsmålet om underlivsundersøkelser som et effektivt forebyggende tiltak har vært reist siden tidlig på 1990 tallet, og har skapt mye debatt og engasjement. Til dels har skillelinjene fulgt faggrenser, der særlig helsepersonell har vært skeptisk til verdien av underlivsundersøkelse ut fra faglige kriterier. De etiske aspektene ved å gå inn for slike undersøkelser har stått sentralt i debatten. Mange innvanderrepresentanter har uttalt seg om temaet, de fleste, men ikke alle, har vært sterkt i mot dette tiltaket.

Sosial- og helsedirektoratet foretok i 2007 en vurdering av ulike sider ved en eventuell innføring av obligatorisk undersøkelse av alle jenter og av jenter i den såkalte risikogruppen. Direktoratet anbefalte ikke innføring av dette tiltaket.

Norsk senter for menneskerettigheter, Universitetet i Oslo, har fått i oppdrag å utrede de rettslige sidene ved å innføre obligatoriske underlivsundersøkelser av jenter, og framlegger sin konklusjon parallelt med den foreliggende rapporten. I vår undersøkelse har vi bedt representanter fra berørte grupper og organisasjoner, og ulike faggrupper om å uttale seg spesifikt om underlivssjekk,

og vi vil oppsummere synspunktene i kapitlet som drøfter ulike typer tiltak (kapittel 8).

Kjønnslemlestelse – medias rolle

Media har spilt en betydelig rolle i å sette arbeidet mot kjønnslemlestelse på dagsorden. Flere sensasjonspregede oppslag med mye debatt i kjølvannet har ført til at temaet er blitt diskutert i vide kretser, der fagfolk og politikere har blitt utfordret til økt innsats. *Kadra-saken* på TV2s *Rikets Tilstand* høsten 2000⁹ bidro til større oppmerksomhet mot handlingsplanen som allerede var på vei. En tøffere og mer kontrollrettet innsats ble etterspurt, noe som splittet både fagmiljøene og de berørte gruppene. Ett av resultatene av mediedebatten i etterkant av *Kadra-saken* var at de faglige og etiske dilemmaer ulike yrkesgrupper stilles overfor ble tydeligere.

I juni 2007 kom kjønnslemlestelse på nytt opp som toppnyhet i media. NRK sendte da et nyhetsinnslag fra Hargeisa, Somaliland som meldte at 185 norsk-somaliske jenter var blitt omskåret de siste tre årene. Dette førte igjen til mange nyhetsoppslag og avisinnlegg, og resulterte i at myndighetene satt i gang strakstiltak sommeren 2007. I en analyse av sommerens mediedebatt¹⁰ finner vi at oppmerksomheten er rettet mot avgrensede tiltak, med særlig fokus på underlivsundersøkelse, men er lite opptatt av de avveininger og dilemmaene som arbeidet mot kjønnslemlestelse også reiser (Teigen og Langvassbråten 2008). Mediedebatten bidrar dermed til å sette snevre rammer for perspektiver når gode metoder i arbeidet mot kjønnslemlestelse diskuteres.

Rapportens oppbygging

I kapittel 2 presenterer vi de ulike metodiske tilnærmingene som studien bygger på. Dette etterfølges av en kort gjennomgang av foreliggende kunnskap om tradisjon og endringstendenser ut fra internasjonal forskning på feltet. Det etterfølgende kapittel 4 om Kontinuitet og endring i Norge legger til grunn intervjuundersøkelsen vi har gjort med representanter for organisasjoner, menigheter og med ungdom, og får fram deres vurderinger av situasjonen i Norge i dag. Kapittel 3 og 4 gir til sammen et fortolkningsgrunnlag for de etterfølgende kapitlene. I kapittel 5 presenterer vi analysen av SSBs befolkningsstatistikk, som innringer antall jenter i aldersgruppen der kvinnelig omskjæ-

⁹ I oktober 2000, sendte TV2s "Rikets Tilstand" to programmer om kjønnslemlestelse der den da 20 år gamle norsk-somaliske Kadra utstyrt med skjult kamera, rådspurte imamer om hvorvidt hun burde følge foreldrenes ønske om å la seg omskjære eller ikke.

¹⁰ Artikkelen analyserer mediedebatten i forhold til hvem som deltok, hva slags posisjoner de inntok og hva slags temaer og mulige tiltak som ble inkludert i debatten.

ring er vanlig i opprinnelseslandet. I kapittel 6 presenterer vi omfang av bekymringer og påviste tilfeller av kjønnslemlestelse innmeldt de to siste årene. Avslutningsvis i dette kapitlet drøfter vi hva disse funnene sier om utbredelsen av kjønnslemlestelse i dag.

I kapittel 7 gjennomgår vi hvordan barnevernet, helsestasjoner, skoler, barnehager og aktuelle sykehusavdelinger vurderer egen praksis og kompetanse når det gjelder kjønnslemlestelse. Kapittel 8 tar for seg avvergelses- og meldeplikten, og drøfter hvordan ulike offentlige instanser oppfatter dette lovverket. Kapittel 9 presenterer forslagene til tiltak som representanter fra organisasjoner, barnevernet, helsestasjoner, skoler, barnehager og aktuelle sykehusavdelinger har kommet med. Her blir også ulike synspunkter på underlivssjekk presentert. Kapittel 10 gir en oppsummerende vurdering av funnene i undersøkelsen, og synspunkter på videre innsats og tiltak.

Metodisk tilnærming

Forskningsprosjektet benytter flere metodiske tilnærminger til feltet. For det første har vi gjort bruk av SSBs befolkningsstatistikk for å avgrense kategorien innvandrede jenter og etterkommere under 20 år der kjønnslemlestelse er et aktuelt tema. Den andre tilnærmingen er en bred kartlegging av hvor mange tilfeller av bekymringer for og påviste tilfeller av kjønnslemlestelse som er kjent gjennom offentlige instanser som barnevernet, og et strategisk utvalg helsestasjoner, skole, barnehager og relevante avdelinger ved et utvalg sykehus. Denne undersøkelsen gjelder både for jenter født i Norge og innflyttet til Norge. For jenter innflyttet til Norge gjelder kun omskjæring etter at de har bosatt seg i Norge. Den tredje tilnærmingen baserer seg på intervjuer av resurspersoner og representanter fra organisasjoner som har engasjert seg i spørsmålet om kjønnslemlestelse. Vi har også intervjuet forstandere i trossamfunn, og ungdommer fra de berørte gruppene.

Videre har arbeid bestått i å sette seg inn i skriftlige kilder på området; både norsk, nordisk og internasjonal forskning på omskjæring og migrasjonsforskning, lovgivning og rapporter, prosjektevalueringer og fagfolks og medias verserende debatter rundt temaer relatert til omskjæring. Kort oppsummert bygger datamaterialet på:

- SSBs befolkningsstatistikk
- En landsdekkende spørreskjemaundersøkelse til barnevernet, samt et strategisk utvalg helsestasjoner og skoler/barnehager og relevante sykehusavdelinger
- Oppfølgingsintervjuer med sentrale personer innen barnevernet, helsestasjoner og relevante sykehusavdelinger
- Tre gruppeintervjuer med ungdom
- Intervjuer av representanter fra berørte grupper, organisasjoner som jobber mot kjønnslemlestelse og religiøse ledere
- Dokumentanalyse

SSBs befolkningsstatistikk

Analysen av befolkningsstatistikken fra 2006 omfatter innvandrede jenter/kvinner i alderen 0 til 19 år fra seks afrikanske land: Somalia, Etiopia, Eritrea, Sudan, Gambia og Sierra Leone, samt jenter i alderen 0-19 år som har to innvandrede foreldre fra disse landene (etterkommere). Valg av landene er gjort ut fra kriteriene; 1) størrelse på innvandregruppene 2) høy prosentvis andel som praktiserer omskjæring i opprinnelseslandet, 3) at de representerer både Øst- og Vest-Afrika. Analysen av befolkningsstatistikken anslår størrelsen på tre kategorier: jenter som har innvandret til Norge etter at de antas å være omskåret i opprinnelseslandet, jenter som er yngre enn vanlig alder for omskjæring i opprinnelseslandet, og jenter som er i en alder der omskjæring praktiseres i opprinnelseslandet. Analysen legger til grunn data om den enkeltes alder i dag, om de er innvandret eller etterkommere (født i Norge), og alder ved innvandring til Norge.

Spørreskjemaundersøkelse

Hensikten er for det første å kartlegge omfanget av bekymringsmeldinger og kjente tilfeller av kjønnslemlestelse som er meldt til barnevernet. Vi har også inkludert et strategisk utvalg av helsestasjoner, skoler og barnehager i undersøkelsen. Skjemaene har vært tilpasset de ulike instansene, men har også mange felles spørsmål. Spørreskjemaet består av fem deler:

- Antall bekymringsmeldinger og påviste tilfeller av kjønnslemlestelse, og hvordan dette er håndtert.
- Forståelse av avvergelses- og meldeplikten.
- Samarbeidsrutiner og hindringer i arbeidet.
- Profesjonenes vurdering av egen kompetanse og opplæringsbehov.
- Begrensninger i arbeidet mot kjønnslemlestelse og forslag til tiltak.

Til helsevesenet har vi også stilt spørsmål om hvordan de vurderer obligatorisk underlivssjekk.

Barnevernet

Hovedundersøkelsen omfatter barnevernstjenesten i alle kommuner og bydel-ler som har beboere fra land der der kvinnelig omskjæring praktiseres. Dette utgjør til sammen 224 barnevernkontorer. Siden det er barnevernstjenesten som skal motta bekymringsmeldinger og følge opp barn med omsorgssvikt, mente vi at en landsdekkende undersøkelse av barnevernstjenesten ville gi oss viktige tall i forhold til omfang. Vi har derfor lagt mye arbeid i å følge opp denne undersøkelsen for å få så god svarprosent som mulig, og da særlig fra de største kommunene.

I analysen har vi inndelt kommunene i tre kategorier: kommuner med en liten, mellomstor og stor befolkningsgruppe fra de aktuelle landene. Inndelingen tar høyde for hvordan fordelingen er i ulike typer kommuner.

- Kategori I: Kommuner der den kvinnelige befolkning med bakgrunn fra de aktuelle landene er inntil 20 personer, omfatter i alt 143 barnevernkontorer. Av disse har vi fått svar fra 78. Svarprosenten fra disse kommunene er 55 prosent.
- Kategori II: Kommuner der den kvinnelige befolkning med bakgrunn fra de aktuelle landene er mellom 20 og 69 personer, i alt 49 barnevernkontorer. Her har vi fått svar fra 33. Svarprosenten fra disse kommunene er 67 prosent.
- Kategori III: Byer der den aktuelle kvinnelige befolkningen består av mer enn 70 personer, til sammen 32 byer/bydeler. Vi har fått svar fra 24. Svarprosenten fra disse er 75 prosent.

Kommuner med liten andel fra de aktuelle befolkningsgruppene har lavest svarprosent. For kommuner/bydeler i kategori II og III som ikke svarte etter purrerunden, gjennomførte vi en ekstra oppfølging pr telefon og e-post. Dette førte til at vi fikk inn skjema fra ytterligere fire kontorer som hadde aktuelle bekymringsmeldinger/tilfeller å melde inn. I Oslo har vi samkjørt tallene med en undersøkelse som Byrådsavdelingen har gjennomført.

Tabell 2.1 viser størrelsen på utvalg, antall svar og svarprosenten dette gir for de ulike delstudiene i spørreskjemaundersøkelsen.

Tabell 2.1 Størrelsen på utvalg, antall svar og svarprosent til ulike instansene i spørreskjemaundersøkelsen

	Utvalg	Antall svar	%
Barnevern	224	135	60
Helsetjenesten for barn	70	20	29
Helsetjenesten for ungdom	29	14	48
Skolehelsetjenesten	44	15	34
Skoler	41	12	29
Barnehager	52	23	44
Legevakt	8	6	75
Barneavdeling	7	6	86
Gynekologisk/fødeavd	16	7	43

Helsestasjoner for barn, ungdom og skolehelsetjenesten

Det strategisk utvalget omfatter helsestasjoner i Oslo, Bergen, Stavanger, Tromsø, Skien, Drammen, Fredrikstad og tre mindre vestlandskommuner. Til sammen inngikk 70 helsestasjoner for barn, 29 helsestasjoner for ungdom og 44 skolehelsetjenester. De valgte kommunene dekker større byer med stor

andel av de aktuelle befolkningsgruppene, mindre byer med stor aktuell befolkningsandel, og små kommuner. Vestlandskommunene er tatt med for å undersøke hva slags beredskap, rutiner, kompetanse og samarbeid små kommuner hadde. I de største kommunene har vi gjort et utvalg av de mest aktuelle bydelene.

I motsetning til Fredrikstad, inngikk Skien og Drammen i *OK-prosjektet*. Vi ville derfor undersøke om dette ga utslag i hvordan helsestasjonene vurderer egne rutiner og kompetanse.

Utvalg - skoler og barnehager

Kriteriene for skoler og barnehager er gjort som for helsestasjonene. 41 skoler og 52 barnehager inngår i utvalget. De fleste er valgt ut fordi vi kjenner til at de har elever fra de berørte gruppene. Skolene ligger i samme lokalmiljø som helsestasjonene. Dette gir oss mulighet til å undersøke om bekymringsmeldinger finnes igjen på tvers av institusjoner og tjenester. Vi har fått svar fra 12 skoler og 23 barnehager.

Legevakt og sykehusenes barneavdelinger

Legevaktene i de aktuelle kommunene er kontaktet, og vi har fått svar fra seks av åtte. Når det gjelder barneavdelinger har vi kontaktet to i Oslo, i tillegg til en ved sykehus i Drammen, Stavanger, Bergen, Trondheim og Narvik. Vi har fått svar fra seks av sju barneavdelinger.

Gynekologiske poliklinikker og fødeavdelinger

Når det gjelder gynekologiske poliklinikker og fødeavdelinger er fem i Oslo, tre i Trondheim, én i Bergen, én i Stavanger, tre i Drammen og tre i Narvik kontaktet. Vi har fått svar fra sju av 16 avdelinger.

Vurdering

Når vi analyserer datamaterialet, finner vi at barnevernet på langt nær mottar alle bekymringsmeldinger eller meldinger om kjente tilfeller fra helsevesenet. Dette kan forklares med at når instanser som helsevesenet får kjennskap til at kjønnslemlestelse allerede er utført, er de ikke nødvendigvis fritatt fra tausehetsplikten, og dermed de ikke pliktige til å kontakte barnevernet¹¹. Avvergelsesplikten i lov om forbud mot kjønnslemlestelse har også gitt dem anledning til selv å avverge en mulig forestående omskjæring. Meldingene til barnevernet kommer hovedsaklig fra andre instanser, som skoler, barnehager og privatpersoner. Dette er et viktig funn i seg selv, men har også konsekvenser for hvor godt vi får dekket alle kjente tilfeller av kjønnslemlestelse. Kartleg-

¹¹ Se kapitlet 8 om avvergelses- og meldeplikten for en ytterligere drøfting av dette.

gingsundersøkelsen omfatter som sagt et strategisk utvalg av helsestasjoner for barn og ungdom og skolehelsetjenesten, og er dermed ikke like omfattende som delundersøkelsen av barnevernstjenesten. Vi har dessuten ikke fått en så høy svarprosent som vi hadde håpet. Samtidig vil vi påpeke at de som har svart av det strategiske utvalget av helsestasjoner og sykehusavdelinger i vår undersøkelse i stor grad omfatter de områdene med størst andel av de aktuelle befolkningsgruppene.

Kartlegging av barnevernet og helsetjenesten i samme kommuner har gitt oss muligheten for å sjekke innmeldte bekymringer og tilfeller hos barnevernet opp mot helsestasjonene og sykehus, og det er da vi finner at særlig helsestasjonene følger opp bekymringer på egen hånd, og ikke nødvendigvis melder sine bekymringer videre.

Vi vil derfor påpeke at det nok er bekymringer og kjente tilfeller av kjønnslemlestelse som ikke er rapportert videre til barnevernet fra særlig helsevesenet som ikke vi har dekket i vår undersøkelse. En omfangsundersøkelse som hadde dekket alle helsestasjoner i kommuner med den aktuelle befolkningsgruppen ville eventuelt kunnet avdekke flere kjente tilfeller av kjønnslemlestelse enn det vi har fått kjennskap til.

Intervjuundersøkelse

Intervjuundersøkelsen omfatter tre kategorier informanter:

1) Nøkkelpersoner i offentlige instanser.

Før utformingen av spørreundersøkelsen og for å følge opp perspektiver og opplysninger som kom fram i denne, har vi intervjuet nøkkelpersoner i barnevernet og helsevesenet. Denne informasjonen inngår særlig i kapittel 7 om rutiner og kompetanse. I dette utvalget inngår ansatte ved helsestasjoner for barn og ungdom, skolehelsetjeneste, flyktningshelsetjeneste og introduksjonsprogram for flyktninger, gynekologiske poliklinikker og legevakt. Vi har også snakket med personer innenfor barnehageenheter, tverrfaglig kompetansegruppe, og helse- og velferdsetat. Informantene dekker ulike typer kommuner. Regionalt ressurscenter om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging og politiet har også vært kontaktet.

Gjennom å delta på en konferanse for jordmødre ved et sentralsykehus om kvinnelig omskjæring, et seminar i regi av UD og Norad om erfaringer fra det internasjonale arbeidet mot omskjæring, en nordisk forskerkonferanse om kvinnelig omskjæring, og ulike arrangementer der omskjæring var tema for somaliere og eritreere, har vi fått ytterligere kjennskap til temaet og til ulike holdninger til innsats og tiltak.

2) Representanter fra organisasjoner/menigheter

Vi har foretatt en intervjuundersøkelse av personer som arbeider i aktuelle organisasjoner og menigheter, og ressurspersoner fra de berørte gruppene.

Hensikten med denne delen av prosjektet er å få kunnskap om hvordan personer fra berørte grupper og/eller med erfaring fra arbeid mot kvinnelig omskjæring oppfatter utbredelse, endringsprosesser og gode tiltak. Det er hovedsakelig personer med organisasjonstilknytning som har blitt intervjuet, men også personer som har jobbet i feltet uten organisasjonstilknytning. I tillegg har to religiøse ledere blitt intervjuet.

I rekrutteringen av informanter har vi gått bredt ut slik at så mange som mulig skulle få mulighet til å delta hvis de ønsket det. Med utgangspunkt i kontaktinformasjon fra Barne- og likestillingsdepartementet, Oslo kommune (Enhet for integrering og mangfold), forskere med erfaring fra feltet, og egne kontakter, ble det sendt invitasjoner til å delta via e-post til en rekke organisasjoner og enkeltpersoner. Majoriteten av disse var somaliske, samtidig som organisasjoner og enkeltpersoner med annen aktuell bakgrunn også ble kontaktet. Noen svarte positivt på henvendelsen, et par takket nei¹², mens flertallet ikke har svart. Informanter ble også rekruttert underveis via andre informanter. De fleste informanter er fra organisasjonene lokalisert i Oslo, men to intervjuer ble utført i Trondheim og ett i Drammen.

Til sammen har 16 personer som har engasjert seg i arbeidet mot omskjæring blitt intervjuet. Av disse har én eritreisk bakgrunn, én etiopisk, én sudansk, én kenyansk, to etnisk norske, mens resten har somalisk bakgrunn. Av disse er åtte kvinner og åtte er menn. Med ett unntak har alle mer enn 10 års botid i Norge, og de fleste har høyere utdanning eller er i ferd med å utdanne seg. Alle informanter er anonymisert bortsett fra en, som etter eget ønske fremstår med navn og tittel. Dette er Sheik Abdinur Mahamoud, imam ved The Muslim Society i Trondheim.¹³ Det bør likevel nevnes at også andre informanter kan være mulig å kjenne igjen for enkelte, fordi feltet er relativt lite.

Intervjuene ble utført individuelt. Samtalene varte fra 30 minutter til halvannen time med utgangspunkt i en intervjuguide med forhåndsdefinerte spørsmål. Intervjuene var likevel åpne og preget av den enkeltes bakgrunn, perspektiver, erfaringer og oppfatninger. De viktigste temaene som ble tatt opp var; holdninger til omskjæring i aktuelle grupper (med vekt på eventuelle forskjeller mellom aldersgrupper, kjønn, botid, utdanning etc), synspunkter på omfang, mediedebatten om temaet, myndighetenes arbeid mot kjønnslemles-

¹² En av disse begrunnet avslaget med at omskjæring og kampen mot omskjæring nærmest har blitt til et underholdningstema for norske hjem, samt at vedkommende ikke ville delta i forskning som Barne- og likestillingsdepartementet hadde bestilt. (Gjengitt med tillatelse fra personen).

¹³ Han er kjent for sitt engasjement mot omskjæring, blant annet tok han initiativ til en konferanse senhøsten 2007 hvor en gruppe imamer ble enige om en erklæring mot kvinnelig omskjæring.

telse og aktuelle tiltak, deriblant obligatorisk underlivsundersøkelse. I tillegg ble de religiøse lederne spurt om sin forståelse av lovens avvergelsesplikt.

3) Intervjuundersøkelse ungdom

Vi har utført tre fokusgruppeintervjuer med ungdom. I alt har ni jenter blitt intervjuet; en gruppe med fem jenter og to grupper med to jenter i hver. Jentene var i alderen 17-22 år, og alle hadde bakgrunn fra Somalia. To av jentene var født i Norge, de resterende hadde kommet til Norge i barndom/tidlig ungdomstid. To grupper ble rekruttert gjennom videregående skoler i Oslo, en gjennom en organisasjon. Vi sendte ut informasjon om prosjektet til flere videregående skoler i Oslo med høy andel minoritetspråklige elever, der vi ba dem om å bistå oss i å organisere to gruppeintervjuer ved hver av skolene, ett gruppeintervju med gutter og ett med jenter. Vi fikk positivt svar fra to skoler, men ingen av skolene lyktes i å rekrutterte gutter til å delta.

Hvert av intervjuene varte i ca. to timer. Intervjuene hadde en helhetlig tilnærming til de unges livssituasjon. Vi spurte om relasjoner til foreldre, familie, søsken, tilknytning til opprinnelsesland og fremtidsplaner i tillegg til deres holdninger til omskjæring og i hvilken grad de kjenner til at omskjæring praktiseres. Vi spurte også om hvilke tiltak de mente har/vil ha effekt i arbeidet mot omskjæring og om deres synspunkter på obligatoriske kliniske undersøkelser. Videre spurte vi om deres tanker om fremtiden i forhold til fremtidig ekteskap og sosialisering av egne barn. Poenget med fokusgruppene var ikke å kartlegge om informantene var omskåret eller ikke. Vi stilte derfor ikke direkte spørsmål om dette, men de fleste fortalte uoppfordret om de var det eller ikke.

Det at vi ikke fikk mulighet til å gjøre noen gruppeintervjuer med gutter er en svakhet ved datamaterialet. Ett av spørsmålene vi stilte jentene var hvilke holdninger de trodde norsksomaliske gutter og unge menn hadde til jenter som var omskåret/uomskåret. Svarene jentene ga, og det faktum at gutter og unge menns holdninger til omskjæring er lite belyst i forskningen generelt, gjør at vi ser at dette er et område som fordrer videre empiriske undersøkelser.

Vurdering av bruk av registerdata

I starten av prosjektperioden gjorde vi en grundig vurdering av mulighetene for å samkjøre pasientdata, alternativt en enkel registrering av pasienter i seks måneder, med offentlige databaser for pasientens ankomstår til Norge for på dette grunnlag å kunne vurdere hvorvidt jenter har blitt kjønnslemlestet i Norge.

Etter å ha forhørt oss med legevakter og barneavdelinger ble det tydelig at disse ikke har en systematisk rutine med å avdekke og registrere omskjæring og notere dette i journalene. Det er derfor relativt sporadisk om denne infor-

masjonen noteres i tilfeller der pasienter behandles for andre medisinske problemer. Videre er det stort sett infibulasjon som helsepersonell ville kunne se uten å ha spesialkompetanse og med det spesifikke mål for øyet å avdekke omskjæring. Andre og mindre omfattende former for omskjæring vil med høy sannsynlighet ikke bli registrert. Videre finnes det ikke en egen søkekode for omskjæring man kunne søke etter i deres journalføring. En eventuell gjennomgang av journaler ville dermed ikke gi oss relevant informasjon.

Vi vurderte deretter å ta utgangspunkt i ulike fødeavdelinger der kvinner som kommer inn for å føde kunne kartlegges med henblikk på omskjæringsstatus og samkjøre disse med ankomstår. Fødende kvinner utgjør en gruppe stor nok til å kunne anonymiseres. Imidlertid var det først på 1990-tallet at somaliere begynte å komme til Norge. Dette innebærer at norsk-fødte somaliske kvinner ikke er gamle nok til å ha kommet i fødende alder (for eksempel vil en jente født i Norge i 1990 nå være 17/18 år). Fødeavdelinger har derfor få norskfødte somaliske kvinner på det nåværende tidspunkt. Av fødende kvinner som ble født i Somalia, vil en eventuell samkjøring med ankomstår ikke kunne si oss noe så lenge hun var noen år gammel ved ankomst til Norge, da omskjæringsalder i Somalia varierer, og noen foreldre omskjærer døtrene sine før utreise til Europa. Man kan derfor ikke si annet enn at det er mulig hun ble omskåret her eller i Afrika før utreise.

Vi vurderte deretter å ta utgangspunkt i de ulike gynekologiske poliklinikkene, og samkjøre deres pasientjournaler med ankomstår. Også her oppstår det ulike problemer med anonymisering og andre etiske vurderinger. Begrensningene vi ser er bl.a. disse:

- Av de gynekologiske poliklinikkene er det åtte instanser som ville være naturlige å innlemme i undersøkelsen. Noen av disse poliklinikkene har svært få tilfeller av omskjæringsrelaterte behandlinger som gjenåpning etter infibulasjon. Det ville derfor være vanskelig å anonymisere instansen.
- Vi ville i så fall bruke pasientjournaler av omskårede kvinner uten deres viten. De har oppsøkt helsevesenet ut fra et tillitsforhold, og har ikke vært klar over at det årstallet de selv oppgir for omskjæringen blir ført opp mot andre databaser.
- Det at ISF eventuelt bruker pasientjournaler som vi har samkjørt med andre databaser vil ved rapportens offentliggjøring bli kjent blant brukere og fremtidig brukere av helsetjenestene. Disse vil da kunne miste tillit til at det å oppsøke det norske helsevesenet innebærer anonymitet og taushetsplikt. At journalene blir samkjørt med andre databaser kan føre til at kvinnene ikke oppsøker helsevesenet for sine komplikasjoner og plager, eller at mødre ikke tør å ta sine døtre dit. Dette ville være i strid med målsettingen med tiltakene som er å hjelpe de aktuelle kvinnene i Norge.

- Så lenge pasienten ikke ble født i Norge, vil en samkjøring av databaser med påfølgende analyse av hvorvidt jentene er omskåret etter ankomst til Norge eller ikke, uansett samkjøring bli basert på våre antagelser om når de kan ha blitt omskåret, med påfølgende feilmarginer. Kvinnelig omskjæring er en praksis i endring og internasjonalt går alder ved omskjæring ned. For eksempel somaliere som tradisjonelt ble omskåret i 6-8 års alder blir nå oftere omskåret ved en lavere alder. Med mindre pasienten er født i Norge er dermed sannsynligheten for at hun ble omskåret før ankomst derfor 50/50 prosent på alle alders-trinn under 8 år. En slik kartlegging ville derfor ikke gi oss meningsfull informasjon eller meningsfulle svar.

Vi har derfor konkludert med at det ikke ville være formålstjenlig med en samkjøring av databaser. Før vi foretok en endelig konklusjon var vi i kontakt med Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk, Øst-Norge (REK Øst), og har senere diskutert dette med Norsk samfunnsvitenskaplig datatjeneste (NSD). Begge instansene så betenkeligheter ved å gjennomføre en kobling av databaser opp mot journalføring, og uttrykte støtte til vår vurdering.

Tradisjon og endringer internasjonalt

Virkelig holdningsendring er omfattende og utfordrende, det omfatter ikke bare hodet, men følelser, tradisjoner og samfunn. Holdningsendringer tar tid. Vi kan ikke tvinge folk og si ”dere må forandre dere”. Man må også skape forståelse og jobbe med holdninger. (Kvinne innvandret fra Etiopia)

Praktiserende land og internasjonale trender

Begge handlingsplanene mot kjønnslemlestelse har understreket betydningen av å arbeide internasjonalt¹⁴. Dette gjelder først og fremst Norges engasjement for å stoppe tradisjonen i de landene der kvinnelig omskjæring praktiseres som del av samarbeidsavtaler og bistandsarbeid mellom Norge og de aktuelle landene. Vi vil i tillegg understreke betydningen av å ha et internasjonalt blikk når vi skal forstå endringer og igangsette tiltak mot kvinnelig omskjæring i Norge. Hva som skjer av endringer, debatt og politikkutforming på nasjonalt og lokalt nivå i opprinnelseslandet kan direkte påvirke hva som skjer med praksisen i Norge.

Kvinnelig omskjæring praktiseres i et uttall land, hovedsaklig i Afrika. Under er en oversikt over land og antatt utbredelse i de ulike landene.

¹⁴ *Regjeringens internasjonale handlingsplan mot kjønnslemlestelse* kan lastes ned fra <http://odin.dep.no/ud>

Tabell 1.1 Land som praktiserer kvinnelig omskjæring, og estimert utbredelse i aldersgruppen 15-49 år. I prosent.¹⁵

Land	Estimert utbredelse
Benin	16.8
Burkina Faso	72.5
Kamerun	1.4
Sentralafrikanske republikk	25.7
Elfenbenskysten	41.7
Djibouti	93.1
Egypt	95.8
Eritrea	88.7
Etiopia	74.3
Gambia	78.3
Ghana	3.8
Guinea	95.6
Guinea-Bissau	44.5
Kenya	32.2
Liberia	45.0
Mali	91.6
Mauritania	71.3
Niger	2.2
Nigeria	19.0
Senegal	28.2
Sierra Leone	94.0
Somalia	97.9
Sudan, nordlige del	90.0
Tsjad	44.9
Togo	5.8
Uganda	0.6
Den forente republikken Tanzania	14.6
Jemen	22.6

I tillegg er det dokumentert kvinnelig omskjæring i India, Indonesia, Irak, Israel, Malaysia og Forente Arabiske Emirater, men disse har ikke utarbeidet nasjonale utbredelsesestimater. Det er også sporadiske rapporteringer om at kvinnelig omskjæring også foregår i Oman, Colombia, Demokratiske Republikken Kongo, Peru og Sri Lanka.

Det ligger ulike rasjonaliteter og begrunnelser for hvorfor jenter bør omskjæres hos ulike befolkningsgrupper og regioner; for eksempel moralsk, sosialt, religiøst, estetisk og/eller hygienisk. Det er også stor variasjon med hensyn til omskjæringstidspunkt; alt fra spedbarnsalder til gravide kvinner. Om-

¹⁵ Tall tatt fra WHO 2008. Tallene er for den kvinnelige aldersgruppen 15-49 år. Utbredelsesprosenten tar dermed ikke inn eventuelle endringer som skjer i den yngre kvinnelige befolkning, for jenter som er under 15 år. Eventuelle endringer med hensyn til nedgang eller oppgang i utbredelse vil derfor ikke komme frem av disse nasjonale oversiktene.

skjæring foretas ofte som et kollektivt rituale innenfor en sosial setting men også, og i økende grad¹⁶, som en isolert hendelse for den enkelte jente. Det finnes også variasjon med hensyn til type omskjæring. WHO har inndelt typene i fire kategorier:

WHOs typologi anno 2007

WHO har tidligere inndelt kvinnelig omskjæring i fire ulike kategorier. Disse kategoriene har blitt gjennomgått på nytt og i 2008 presisert på følgende fire måter¹⁷:

Type I:

Delvis eller total fjerning av klitoris og/eller forhuden (klitoridektomi)

Type II:

Delvis eller total fjerning av klitoris og labia minora, med eller uten eksisjon av labia majora (eksisjon)

Type III:

Innsnevring av den vaginale åpning med dannelsen av et segl ved å kutte og apposisjonere labia minora og/eller labia majora, med eller uten eksisjon av klitoris (infibulasjon)

Type IV:

Uklassifisert: Alle andre skadelige prosedyrer av de kvinnelige genitalia for ikke-medisinske hensikter, for eksempel prikking, gjennomhulling (piercing), skjæring, skraping og brenning/etsing.

Internasjonalt blikk på endringstendenser

Før vi går inn på situasjonen i Norge vil vi kort oppsummere noen av de viktigste internasjonale endringstendensene. Generelt kan man se at det er en nedgang i omskjæringsalder (for eksempel Population Reference Bureau 2006 og UNICEF 2005a). Det forklares med at når jenta er yngre vil de ha mindre mulighet til å protestere. Noen hevder også at små barn ikke tar like stor skade (se for eksempel Population Reference Bureau 2006). Rye (2002), for eksempel, har beskrevet hvordan Ntoli-gruppen var av den oppfatning at spedbarn ikke føler smerte og ikke vil huske inngrepet senere. Intensjonen om å påføre minst mulig smerte kan derfor ha sammenheng med omskjæringsalder; de

¹⁶ Ref. UNICEF 2005a

¹⁷ WHO 2008. http://www.who.int/reproductive-health/publications/fgm/fgm_statement_2008.pdf

som tror spedbarn tar mindre psykisk skade av det, og de som venter med å infibulere jenter til de er eldre da de mener jentene trenger styrke for å tåle inngrepet og derfor ikke må være for unge når inngrepet utføres. Bevissthet rundt lovverk mot omskjæring har også medvirket til en nedgang i omskjæringsalder.

Det skjer en medikalisering av inngrepet der medisinsk personale foretar omskjæringen under mer hygieniske forhold og med bedøvelse. Endringene kan forklares med en økt innsikt i skader som kan forekomme ved kvinnelig omskjæring, og der man mener at medisinsk personale kan begrense skadene. Det skjer også en overgang fra de mer omfattende former som infibulasjon til mindre inngrep som klitoridektomi eller eksisjon (ibid. og Bentzen og Talle 2007).

Når det gjelder utbredelse er det allikevel en nedgang i omskjæring hos yngre aldersgrupper internasjonalt¹⁸. Dette er spesielt tydelig i land der utbredelsen er over 75 prosent. Utbredelsen synes å gå ned i 11 land, bl.a Etiopia, men ikke i land som Egypt og nord i Sudan (UNICEF 2006). Disse tallene er imidlertid basert på selvrapportering, og kunnskap om lovverk kan påvirke svarene som avgis, og medfører derfor fare for underrapportering (Population Reference Bureau 2006, Kiwasila 2007, Bentzen og Talle ibid.).

Andre vesentlige momenter som skaper forskjeller i lokal utbredelse er at det kan være stor variasjon innad mellom ulike etniske grupper, slik som f.eks. i Eritrea der noen infibulerer og andre praktiserer klitoridektomi og eksisjon. I noen land praktiseres det kun av enkelte etniske grupper, slik det er i Kenya der for eksempel Masaiene og Abagusii praktiserer, men ikke Luo og Turkana. Det er også forskjell på urbane og rurale strøk i mange av landene, der utbredelsen er høyest i rurale strøk, mens du finner motstand og avvikling i urbane områder. Dette er bl.a. kjent fra Somalia og Eritrea. I enkelte tilfeller er forholdet motsatt, som Nigeria og Jemen (UNICEF 2005).

Mors utdanningsnivå kan påvirke utbredelsen, der økt utdanning fører til at tradisjonen svekkes. Dette synes særlig å ha innvirkning i land der utbredelsen er under 75 prosent (se f.eks. UNICEF 2005b).

Et annet moment som kan spille inn på endringsprosesser er om ekteskap finner sted mellom ulike etniske grupper, eller mellom sosiale grupperinger der utbredelsen er stor eller avtagende. Det er kjent at hvis en etnisk gruppe som innehar høy sosial og/eller økonomisk status praktiserer omskjæring, har dette hatt en smitteeffekt der andre etniske grupper adopterer praksisen. Dette er observert for eksempel i Tanzania og Sudan (se Kiwasila 2007 for Tanzania og Talle 2003 og Bentzen og Talle 2007 for Sudan, Abusharaf 2004). Likele-

¹⁸ UNICEF draft 2006. Dette baserer seg på en sammenligning av utbredelsen av kvinner i alderen 15-49 som hadde blitt omskåret med kvinner i samme aldersgruppe som hadde minst én datter som var omskåret

des, kan medlemmer av én etnisk gruppe gå bort fra omskjæring hvis en dominerende gruppe ikke praktiserer dette, for å tilpasse seg de dominerende tradisjonene.

Omskjæringspraksis påvirkes av personers og gruppers generelle sosiale og økonomiske livsvilkår (se for eksempel Kiwasila 2007), og særlig når et samfunn destabiliseres gjennom konflikter, eller er i rask sosial og økonomisk endring får dette betydning for hvordan tradisjoner videreføres. Flere av de landene som har praktisert kvinnelig omskjæring har gjennomlevd store interne konflikter og kriger, i tillegg til drastiske økonomiske forandringer. Dette har hatt konsekvenser for hvordan tradisjonen er opprettholdt og har også lagt premisser og begrensninger for arbeidet mot kvinnelig omskjæring.

I land der det er en stor grad av ut- og returnigrasjon til landet, kan eksponering for andre alternative leveformer påvirke folks tanker og holdninger. F.eks. gjelder dette land i Øst-Afrika med arbeidsmigrasjon til Saudi Arabia, der migranter blir klar over at det ikke praktiseres kvinnelig omskjæring i dette området til tross for at de er strengt praktiserende muslimer.

Helsetjenester og utdanningsmuligheter

Aktører som jobber mot omskjæring internasjonalt fremhever tilgjengelighet på helsetjenester og utdanningsmuligheter for jenter som viktige i endringsprosessen. Tilgjengelighet av helsetjenester bedrer kvinners muligheter for å få kunnskap om konsekvensene av kvinnelig omskjæring. De får også behandling for komplikasjoner ved omskjæring, som gir dem mulighet for å se sammenhengen mellom omskjæring og slike komplikasjoner. De skjønner også at smerte som følge av omskjæring ikke er en selvfølgelig del av en kvinnes liv (se for eksempel Kiwasila 2007 for lokale oppfatninger om sammenheng mellom kvinnelig omskjæring og forebygging av underlivssykdommer i Tanzania).

I mange miljøer anses omskjæring som et nødvendig inngrep for å sikre en jente ekteskapsinngåelse. Utdanning kan gi jenter mulighet til å lære om omskjæring, men enda viktigere, utdanning gir jenter mulighet til selvstendig inntekt, noe som kan redusere ekteskapspress, og med dette også redusere presset på å bli omskåret.

Religiøs fortolkning og avklaring

I land der omskjæring forbindes med religion, kan holdningen til religiøse ledere ha betydning. Om de religiøse lederne engasjerer seg i spørsmålet og bidrar til å avklare misforståelsen om at kvinnelig omskjæring er religiøst påkrevd og tar avstand fra praksisen, kan dette være en vesentlig kraft for å endre tradisjonen. I Egypt har for eksempel Al-Azhar Supreme Council of Islamic Research og Den egyptiske regjerings offisielle dommer av islamsk

lov, grand mufti Ali Gomaa i 2007 annonsert at omskjæring er forbudt ifølge islam¹⁹. Her er imidlertid praksisen dypt forankret. Det er et spørsmål om kvinner får tilgang til alternativ kunnskap og opplysninger om forbud. Holdningene til deres lokale religiøse ledere kan derfor fortsatt ha stor gjennomslagskraft.

Lovforbud, myndigheters kapasitet og kampanjer mot kvinnelig omskjæring

Det kan ha betydning om et land har innført lovforbud mot omskjæring, og om loven håndheves eller ikke. Samtidig kan lovforbud drive praksisen under jorden eller føre til nedgang i omskjæringsalder (Population Reference Bureau 2006).

At myndigheter engasjerer seg mot omskjæring er vesentlig. Samtidig er det av betydning om lokale myndigheter har kapasitet og organisatoriske ressurser til å videreformidle informasjon til innbyggerne og engasjere seg i arbeidet forøvrig. Et annet moment kan være at omskjærere får alternative inntektskilder, da den økonomiske dimensjonen som bidrar til å vedlikeholde tradisjonen har vist seg å være vesentlig. På den annen side kan dette igjen medføre at foreldre tar døtrene sine til nabolandsbyer eller lengre – så lenge det er etterspørsel, vil fattigdom alltid medføre at noen vil kunne tilby tjenestene. I Djibouti, for eksempel, ble omskjæring forbudt i 1994, og det rapporteres fra nabolandet Somaliland at jenter kommer dit for å bli omskåret.²⁰

Likeledes kan nasjonale kampanjer mot omskjæring og andre prosjekter som jobber aktivt mot omskjæring bidra til holdningsendring. Et anerkjent integrert landsbyprosjekt er for eksempel Tostan-prosjektet i Senegal som kan vise til gode resultater²¹. Disse holdningene kan igjen spre seg videre til større områder, også til naboland.

Eksempler fra tre land

Vi vil eksemplifisere noen av de nevnte momentene for vedlikehold og endring, og hvordan de virker sammen, med utgangspunkt i tre land: Somalia, Eritrea og Sierra Leone. Vi har valgt disse landene fordi de er forskjellige på vesentlige områder: Myndighetenes holdning til kvinnelig omskjæring (eller mangel på myndigheter), handlingsrom for endringsagenter og motkrefter, og hvordan omskjæring er forankret sosialt og kulturelt.

¹⁹ http://arabinfomall.bibalex.org/Reports/Attachments/296_ECWR%20Update%2007-07.pdf
og <http://62.241.134.47/intactnetwork/index.aspx?op=showSpecificNews&id=45>.

²⁰ jf. Aud Talle, muntlig kommunikasjon

²¹ www.popcouncil.org/frontiers/orsummaries/ors70.html:2008
og www.popcouncil.org/frontiers/projects/afr/Senegal_TostanEvaluation.htm

Somalia

Det er ikke forbud mot kvinnelig omskjæring i Somalia. Alle grupper i Somalia praktiserer omskjæring. Informasjon tyder på at omskjæringsalder går ned. Det er en økende overgang fra infibulasjon til mindre omfattende omskjæringstyper, særlig i byene. I en artikkel om somaliere i Kenya²², går det frem at omskjæring kan sies å være universell, men at trenden synes å gå mot mindre omfattende former, og også mot medikalisering, særlig blant urbane somaliere i Nairobi.

Det er også tegn som tyder på at det er endringer i holdninger forøvrig. Talle (2003) beskriver fra sin forskning i Somalia på 80-tallet hvordan det allerede den gang var en viss motstand og ambivalens til inngrepet. Dette ble underbygget av samtaler med somaliere i Norge som vi har snakket med, og som forteller om deres foreldregenerasjons holdning til omskjæring. Videre, World Bank/UNFPA²³ 2004 henviste til en WHO-undersøkelse fra 2000 som tyder på økende motstand. I nordøst og nordvest-Somalia ønsket den gang 90 prosent at omskjæring skulle fortsette, mens i en studie fra 2003²⁴ fra Nordvest/Somaliland kom det frem at 54 prosent av urbane foreldre, 73 prosent av rurale foreldre og 64 prosent nomadiske sa at de planla å omskjære døtrene sine. 46 prosent av de i byene planla altså *ikke* å omskjære døtrene sine. Halvparten av de urbane benektet også at det var en kobling til islam. Tallene fra 2003 kan tyde på en relativt sterk nedgang i aksept og/eller utbredelse. Mer enn to tredjedeler av mennene og en tredjedel av kvinnene sa at det var en skadelig praksis som burde avskaffes. At såpass få kvinner mente man burde gå bort fra praksisen kan muligens forklares ved at de ser omskjæring i som en forutsetning for ekteskapsinngåelse, noe som er helt nødvendig for jenter for å sikre deres fremtid under vanskelige forhold. Urban ungdom hadde bedre kunnskap enn voksne om helsekonsekvenser av omskjæring, farene forbundet med inngrepet, og kvinnelig seksualitet. Mange var klar over farene ved omskjæring både i forbindelse med inngrepet og senere i livet. Urbane innbyggere, og i særdeleshet ungdom, er i mye større grad klar over at det ikke er religiøst påkrevd, at det er skadelig, og sier at de ikke ønsker å omskjære sine egen døtre. Menn var også i stor grad imot. Med kunnskap formidlet til kvinnene om at det er skadelig og ikke religiøst påkrevd, kan en forvente at motstanden øker blant kvinner.

²² Jaldesa, G. W., Askew, I., Njue, C. and Wanjiru, M. 2005: Female Genital Cutting among the Somali of Kenya and Management of its Complications

²³ WORLD BANK/UNFPA 2004

²⁴ Health Unlimited. "A Report on the Assessment of Level of Awareness in and Discussion on Issues of FGM/FGC, Safe Motherhood and STI/HIV/AIDS among Somali-Speaking Horn of Africa Community", Nairobi

Fakta om omskjæring i urbane områder for Somalias del viser at klitoridektomi/eksisjon er et foretrukket inngrep fremfor infibulasjon. Urbane områder ble utsatt for stadige kampanjer mot omskjæring på 80-tallet. Man kan også anta at personer fra urbane områder har større kjennskap til at for eksempel saudi-arabere ikke praktiserer omskjæring.

Eritrea

I henhold til UNICEF (2005a), er utbredelse av kvinnelig omskjæring i Eritrea på 89 prosent. Kristne har praktisert WHO's type II eksisjon, mens muslimer (beslektet med afar og somali befolkningsgrupper i sør) har praktisert type III infibulasjon. 69 prosent av jentene i Eritrea omskjæres i sitt første leveår (eksisjon/klitoridektomi), mens ca. en fjerdedel omskjæres fra de er tre år og oppover (infibulasjon utføres som regel når jentene er eldre). Kvinnelig omskjæring er forbundet med kvinnelig moral, muliggjøring av ekteskapsinngåelse og trofasthet. Særlig blant muslimer anses det også for å være en korrekt religiøs handling.

Rurale strøk har en større utbredelse (91 prosent) enn i urbane strøk (86 prosent)²⁵. Utdanning og alder synes å være viktige variabler. En undersøkelse fra 2007 viser at eldre og analfabeter synes å være mer motstandsdyktige mot endring²⁶. Medikalisering synes ikke å være en fremtredende trend i Eritrea.

Til tross for høye utbredelsestall er motstand mot omskjæring ganske stor. Den nevnte undersøkelsen viser at 40 prosent var mot omskjæring og 49 prosent for. Fedre var i større grad enn mødrene imot døtres omskjæring, og yngre kvinner i større grad imot enn eldre kvinner. Begrunnelser de ga for å gå bort fra omskjæring var å redusere medisinske problemer, unngå smerte, og øke seksuell glede for kvinnen. Kvinners utdanning påvirket positivt på forventningen om at jenter ville få færre problemer hvis hun ikke var omskåret. Likeledes påvirket utdanning og velstand hvorvidt de mente omskjæring var religiøst påkrevd og forebygget forekteskapeleg sex. Kristne synes å være mer mottakelige for endring enn muslimene²⁷, men det er rapportert om muslimer som går over fra infibulasjon til klitoridektomi, som anses for å være et mindre inngrep.

Eritrea innførte i 2007 forbud mot kvinnelig omskjæring, noe som også kan indikere at det vil skje en reduksjon i utbredelse. Videre har religiøse ledere erklært at kvinnelig omskjæring ikke er forbundet med religion. Under et

²⁵ UNICEF 2006

²⁶ Berggrav, M., Tharaldsen, S., Strøm, N. and Debesai, T. Y.: Norad Collected Reviews 18/2007: Review of Female Genital Mutilation/Cutting (FGM/C) Projects in Eritrea. Norad, Norge

²⁷ Ibid.

eritreisk arrangement i Oslo, fortalte en mann fra Eritrea at religiøse ledere i Eritrea nå uttalte offentlig at kvinnelig omskjæring ikke var påbudt ifølge religion. Han ble spurt om motstanden mot kvinnelig omskjæring i Eritrea var stor, og han bekreftet dette. Måten Eritrea var organisert på, og deres forhistorie med krigen, gjorde også at informasjon lett kunne kanaliseres til landets innbyggere, fra toppen og nedover, slik at alle fikk tilgjengelig informasjon. Dette systemet mente han fungerte bra for holdningsendringer. Hvis statens organisering øker informasjonsformidling, kan dette skape fortgang i prosessen med å redusere omskjæring.

Sierra Leone

Den innvandrede befolkningen fra Sierra Leone er relativt liten. Vi har likevel valgt å ta for oss tradisjonene i dette landet, fordi den viser til en dynamikk som bidrar til å opprettholde praksisen, samt dens sosiale og politiske forankring, som viser til noen viktige forskjeller mellom tradisjonene i noen Vest-Afrikanske land til forskjell fra land i Øst-Afrika.

Omskjæring praktiseres av alle grupper i Sierra Leone unntatt de kristne Krio²⁸. Omskjæring utgjør et sentralt element i et særskilt overgangsrituale fra barn til voksen. WHO's type I praktiseres blant Krio muslimer og noen urbane etniske grupper, mens type II brukes i det kvinnelige initiasjonsritualet kalt Sande i sør og Bondo i nord. Tradisjonelt har omskjæring blitt foretatt ved puberteten. I tiden etter borgerkrigen har også veldig unge jenter og voksne kvinner blitt omskåret, antagelig fordi mange ikke ble omskåret under krigen og fordi mange familier er fattige, og familien har bare råd til å avholde en felles fest for døtre. Sierra Leone har såkalte hemmelige samfunn kalt Sande og Bondo; gamle kulturelle institusjoner hvis hovedformål er å kanalisere og kontrollere åndeverdenens krefter. Det følger strenge regler med disse hemmelige samfunnene, og målet er å sosialisere de unge til fullverdige samfunnsdeltakere. Forestillinger om hekseri inngår i den sosiale kontrollen. I forbindelse med initiasjonsperioden, har jenter tradisjonelt over en lengre periode levd isolert med de kvinnelige eldre, og bistått dem med praktiske oppgaver. På denne måten læres de opp til å bli gode koner og mødre. De mannlige kandidatene trener på å bli ledere og patriarker. Disse fellesskapene har også en sentral rolle i begravelsseremonier, og å bryte med samfunnslovene kan innebære at man vil miste sitt sosiale liv etter døden.

²⁸ Informasjonen om Sierra Leone er hovedsaklig basert på artikkelen "Sierra Leone: the influence of the secret societies, with special reference to female genital mutilation". A Written Report by Dr Richard Fanthorpe 2007: <http://www.unhcr.org/cgi-bin/texis/vtx/refworld/rwmain?docid=46cee3152&page=search>

Det hevdes at utdanningsfunksjonen ved overgangsritualet forsvinner mer og mer, og at varigheten for opplæringen, som tidligere kunne være ett eller to år, nå kan fullføres i løpet av et par uker²⁹. Videre hevdes det at sosial klasse er blitt en viktig faktor, der jenter fra velstående og innflytelsesrike familier kan gjennomgå ritualet i løpet av juleferien, mens andre jenter fortsatt må jobbe for de eldre kvinnene i flere år. Da familier må betale en ekteskapslisens ved inngåelse av ekteskap, og ekteskap forventes å inntreffe etter overgangsrirket, er det også mange familier som utsetter denne til etter at jenta er ferdig på skolen. Utdanning er dyrt, og anerkjennes som viktig, og utsettelse er derfor en vanlig strategi.

Kampanjer mot omskjæring har vært økende siden slutten av borgerkrigen, spesielt i urbane områder. Det har også vært offentlig kritikk av de hemmelige samfunnene fra kristne og muslimske grupper i de senere år, selv om det er usikkert om dette er endrede holdninger eller reaksjoner på at de hemmelige samfunnene har tatt i bruk mer aggressive metoder i innlemningen av ufrivillige. Disse kampanjene og kritiske røster illustrerer endrede holdninger. Allikevel er det fremdeles slik at de hemmelige samfunnene og kvinnelig omskjæring er sterkt forbundet med politiske ideer om afrikansk identitet og selvstendighet, og nyter fortsatt støtte både fra regjeringen og medlemmer av den nasjonale eliten. Menn og kvinner som får plasser i parlamentet eller jobber i staten forventes å forbli lojale mot sine lokale felleskap, for eksempel ved å dirigere ressurser dit, å skaffe arbeid til medinitierte, samt å initiere egne barn. Politikere som ikke er initiert i et slikt samfunn kan ikke regne med å bli innvalgt.

Til tross for endringer, er det fremdeles mange som anser Sande og Bondo initiasjon som en sosial og kulturell nødvendighet. For eliten kan den fungere som en bekreftelse på afrikansk identitet, og folk som bor i utlandet tar fremdeles med deg døtrene hjem for å gjennomgå initiasjon.

I forhold til Sierra Leones geografiske plassering, skjer det regionale endringer. Utbredelsen av omskjæring går drastisk ned i nabolandet Senegal (UNICEF 2006), og dette kan ha ringvirkninger også til Sierra Leone. Videre er det tall som viser en stor diskrepans mellom praksis og støtte til omskjæring i Ghana og Burkina Faso (Ibid.), land der også lovverket aktivt håndheves. Dette kan også påvirke forhold internt i Sierra Leone.

Allikevel kan man si at Sierra Leone er et land der kvinnelig omskjæring har en svært sentral plass, og der utfordringen med å bekjempe praksisen er særdeles vanskelig. Illustrativt for dette er at NGOs har foreslått å innføre en

²⁹ Redusert varighet av avskjerming, også formulert som "cutting without ritual", er også nevnt av Fuambai Ahmadu i "Rites and Wrongs: An Insider/Outsider Reflects on Power and Excision" i Shell-Duncan, B. og Hernlund, Y. 2000: "Female "Circumcision" in Africa. Culture, Controversy, and Change. Lynne Rienner Publishers, Boudir London"

”age of consent of 18 years” istedenfor å forby praksisen da det ikke er politisk vilje til å forsøke å endre praksisen³⁰. Politikere under den siste valgkampen våget ikke å ta opp temaet da de er avhengig av politisk støtte fra de hemmelige Bondo-samfunnene og deres ledere³¹. Politikere har for eksempel vedtatt en lov mot barneekteskap, men unnlot å ta inn kvinnelig omskjæring i loven.

Kvinnelig omskjæring i eksil

Kvinnelig omskjæring er en dynamisk sosial praksis som både kan være motstandsdyktig mot endring, men også endre seg relativt raskt fordi tradisjonen mister mening under endrede omstendigheter. Som Hernlund og Shell-Duncan (2007)³² påpeker; når det gjelder kvinnelig omskjæring har det i økende grad betydning hvor du bor. Samtidig illustrerer det hvordan migrantfamilier forholder seg til flere steder samtidig, både opprinnelsesland, bostedsland og eksilmiljøer i andre land. Vi finner at dette former tids- og forståelseshorizonten til familiene. Fordi temaet involverer personer og oppfatninger som er forankret flere steder, inngår de i et felles handlingsfelt og handlingspremiss på tvers av sted. Endringsprosesser i Norge kan dermed henge sammen med hva som er skjer i opprinnelsesland, men også hvilket forhold de enkelte har til personer, livssituasjon og oppfatninger der.

Ett moment i denne sammenhengen er hvilken framtid familien og deres sosiale nettverk ser for seg. Hvorvidt de planlegger en framtid i Norge, eller å returnere til opprinnelsesland vil kunne påvirke den retningen de orienterer sine liv og verdier mot. Hvis de ønsker å returnere til opprinnelseslandet, og ser for seg at døtrene skal gifte seg med menn fra opprinnelseslandet, kan usikkerheten om døtrenes framtid som ikke omskåret kvinne motivere for å opprettholde tradisjonen. Dette betyr ikke nødvendigvis at de er for omskjæring, men at de ser andre utfordringer ved å avslutte den enn om de ser en framtid i Norge. Hvis de tenker at jentene skal bli boende i Norge, derimot, og at neste generasjon gifter seg med personer i Norge eller i andre eksilmiljøer, kan dette tale mot omskjæring. Muligheten for hjemreise kan også påvirke

³⁰ http://news.sl/drwebsite/publish/article_20055539.shtml Owolabi Bjälkander og Lars Almeroth på FOKO-konferansen i 2005 nevnte at en høvding i Sierra Leone har innført en lokal lov som forbyr omskjæring av jenter under 18 år. Det er med dette noen som tenker forbud – og faktisk innfører det også der.

³¹ <http://feminist.org/news/newsbyte/uswirestory.asp?id=10466>

<http://www.womensenews.org/article.cfm/dyn/aid/3305/context/archive>

³² Hernlund, Y. og Shell-Duncan, B. 2007: ”Transcultural Positions. Negotiating Rights and Culture” in Hernlund, Y. og Shell-Duncan, B. (Eds.) *Transcultural Bodies*. Rutgers University Press, New Brunswick, New Jersey and London 2007

foreldrene i den forstand at hvis de ikke umiddelbart skal flytte hjem, kan de tillatte seg å utsette en eventuell omskjæring så lenge som mulig.

Det ligger noe ulik rasjonalitet bak praksisen med omskjæring i ulike land og sosiale grupper, og sammenhengen som inngrepet inngår i er også forskjellig, slik eksemplene fra Somalia, Eritrea og Sierra Leone viser. Uansett vil et liv i eksil gi tradisjonen et endret meningsinnhold og funksjon. Mange fra dagens foreldregenerasjon har i utgangspunktet hatt en ambivalent holdning til tradisjonen. Ryes (2002) erfaringer fra Etiopia, for eksempel, der han tok for seg kvinnelig omskjæring, og menns perspektiver i særdeleshet, viste at mange gutter og unge menn led av følelsesmessige frustrasjoner og traumer ved at de ikke hadde vært i stand til å forhindre deres søstres omskjæringer og beskytte dem mot smerte. Menn/gutter så dette som et svik, og erfarte at inngrepet medførte en separasjon mellom seg selv og søstrene sine. Rye viser også dette tvetydige forholdet til omskjæring, at det er forbundet med ambivalens, og at det kan relatere seg til mannens posisjon; det kan være forskjell på å være en beskyttende bror og en fremtidig ektemann. Et liv i eksil kan gi støtte til denne ambivalensen i retning motstand mot praksisen. Personer i eksil kjenner også til at omskjæring ikke praktiseres av alle, verken i eget land eller i andre land med samme religiøs tilhørighet. En ny sosial setting kan medføre ny refleksjon rundt temaet.

Det som finnes av forskning på eksilgruppers holdninger og praksis i forhold til kvinnelig omskjæring i Norge er så vidt oss bekjent forskning på somaliere. Årsaken er nok at somaliere er den største gruppen fra de aktuelle landene, og at de har hatt høy utbredelse. Andre etniske gruppers refleksjoner og eventuelle praksis rundt kvinnelig omskjæring er derfor lite kjent. Det som finnes av forskning på somaliere i Skandinavia, viser at omskjæring og dens betydning endres for somaliere i eksil (for eksempel Johansen 2006, Johnsdotter 2007, Talle 2003, Talle 2007a og b og 2008, Fangen og Thun 2007). Johansen (2006) har for eksempel studert hvordan smerteerfaringen forbundet med omskjæringen, tidligere tillagt mening som en del av en prosess mot å bli kvinne, mister sin betydning i eksil, og dermed fordrer reforhandling om omskjæringens betydning og nødvendighet.

Johnsdotter (2007) hevder i sin forskning på somaliere i Sverige at å bevare jomfrueligheten hos jentene er viktig for somaliere i eksil, men at dette manifesteres på andre måter enn ved omskjæring. Videre hevder hun at religion får forrang foran kultur, og at somaliere vil støtte opp om syn på omskjæring ut fra religiøs fortolkning og ta avstand fra omskjæringspraksis basert på tradisjon. Hun skisserer også hvordan ekteskapsmønstrene endres i eksil fra arrangerte ekteskap til selvvalgte partnere. Denne endringen innebærer at et forhold vil basere seg på tillit og kjennskap. Jentas beslutning om å være jomfru før inngåelse av ekteskap fjerner nødvendigheten av at hun skal være infibulert. Videre er omskjæring forbundet med et sosialt stigma i Sverige, omskårede føler seg utenfor, spesielt i møtet med helsevesenet. Foreldrene vil

derfor, for å øke fremtidsmulighetene, velge å avstå fra å få sine døtre omskåret.

Et annet trekk man ser i europeisk sammenheng er en økende praksis med å få reversert en gjennomført omskjæring. Talle (2007)³³ beskriver økende popularitet i London blant unge somaliske kvinner for å bli åpnet eller gjort så tilnærmet lik en uomskåret som mulig. Talle mener dette er en måte å normalisere kroppen på, og få den tilnærmedesvis lik normene ellers i samfunnet. Samtaler vi har gjort med ungdomshelsetjeneste og gynekologiske poliklinikker bekrefter dette inntrykket; det er en sterk økning også i Norge av unge jenter som vil åpnes, av unge jenter som lurer på om de er omskåret, og i tilfelle på hvilken måte; om hva som er intakt, om klitoris fremdeles er der. Jenter føler sorg ved å bli fortalt at klitoris er fjernet, og glede ved å få vite at den er der. De har adoptert et vestlig syn på kvinnelig seksualitet. Dette samsvarer med erfaringene fra London. At omskjæring gir høy status er derfor på vei ned. Det er ikke omskjæring som er viktig, men å være "normal", få et normalt samliv med ektefelle eller kjæreste.

Både Talle (2007a og 2008), Fangen og Thun (2007) og Morison (2004) beskriver hvordan jomfruelighet og dydighet er viktige verdier for somaliere. Talle beskriver hvordan disse dydene nå signaliseres og bevares via anstendig oppførsel og mer tildekket klesdrakt; med en økende bruk av hijab, og at dette kan erstatte omskjæring. Somalieres religiøsitet synes å være økende. Dette innebærer at infibulasjon blir betraktet som en uopplyst tradisjon, ikke pålagt av Islam, og at i den grad omskjæring støttes er det den såkalte "Sunna"-varianten³⁴ som anerkjennes. Fangen og Thun viser også hvordan diskusjonen rundt omskjæring fremfor alt er kontekstuell, og hvordan *motargumenter* kommer frem i diskusjonen rundt helseaspektene, mens argumenter *for* såkalt sunna fremkommer i diskusjoner om religion. Religiøse fortolkninger kan brukes både for og imot omskjæring; en troende kan på religiøst grunnlag være *mot* infibulasjon, men *for* milde former for såkalt sunna.

Oppsummering

Kvinnelig omskjæring er en sosial praksis med stor geografisk spredning, ulik betydning og varierende utbredelse mellom og innad i land

³³ Talle, Aud (2007b): "From "Complete" to "Impaired" Body: Female Circumcision in Somalia and London i Ingstad, B. og Whyte, S. R. Eds. 2007: "Disability in local and global worlds, University of California Press, Berkeley

³⁴ I praksis kan sunna innebære alle typer omskjæring, men forstås som den minst omfattende, eller som type I klitoridektomi og IV prikking

Internasjonale generelle endringstendenser er at det er

- Nedgang i omskjæringsalder
- Medikalisering; altså at inngrepet blir gjort under hygieniske forhold og med bedøvelse
- En overgang fra type III til type I, II og IV (prikking).
- Det er generelt en nedgang i omskjæring hos de yngre aldersgruppene
- Utbredelse går ned i land som Etiopia men ikke i land som Egypt
- Generelt er det større motstand mot omskjæring og nedgang i urbane områder enn i rurale. Unntaksvis er det motsatt
- Noen grupper går bort fra praksisen, andre adopterer den

Momenter som internasjonalt kan påvirke utbredelse:

- Mors utdanning
- Ekteskap mellom ulike etniske grupper
- Migrasjon
- Tilgang til utdanning og helsetjenester
- Religiøs avklaring
- Lovforbud og kampanjer mot omskjæring
- Myndigheters kapasitet

Kontinuitet og endring i norsk kontekst

Stemmer fra berørte grupper og organisasjoner

Vi har intervjuet personer som har engasjert seg i arbeidet mot kvinnelig omskjæring enten via organisasjoner eller som enkeltpersoner. Utvalget består av åtte kvinner og åtte menn. De fleste er somaliere, men utvalget er også representert med personer fra Kenya, Sudan, Eritrea og Etiopia.

Debatten i offentligheten

I intervjuene med representanter for de berørte gruppene og organisasjoner spurte vi dem hvordan de oppfattet den norske mediadebatten. I svarene henviste de både til TV2-programmet i 2000 og NRK-programmet fra Hargeisa i 2007 (NRK-programmet ble stort sett diskutert ut fra omfang og det å ha fokus på selve inngrepet). Et par av personene påpekte at arbeidet mot omskjæring blant de berørte gruppene startet allerede for et par tiår siden, før loven om kjønnslemlestelse kom. En kvinne henviste til det hun kalte ”stille metode”, det vil si å ikke bruke media, men å diskutere tradisjonen og de helsemessige konsekvensene innad i miljøet, som en sentral tilnærming.

Da vi kom til Norge begynte noen å komme på banen og si høyt at vi er imot omskjæring, det var kanskje fire-fem kvinner i 93, loven kom i 1995, men det ble liggende eller sovende til 2000 da TV2-programmet kom ... Mange trodde da at vi ikke hadde hatt omskjæring som tema selv om mange hadde jobbet mot det i flere år. (Kvinne)

Flere uttrykte ambivalens i medias fokus på omskjæring. Mange mente det var bra at temaet ble tatt opp. Én person mente media-oppmerksomheten i 2000 hadde ført til for eksempel OK-prosjektet, en annen at ”Kadra-saken” hadde satt temaet på dagsorden og gjort det mulig for folk å snakke om temaet. Likevel mente flere at all oppmerksomheten også hadde hatt negative konsekvenser. De som hadde jobbet mot omskjæring fikk nå vanskeligheter da tilli-

ten var brutt i miljøet, og ”det ble vanskelig å skille mellom oss og TV2-programmet”. De måtte derfor bruke mye tid på å gjenopprette tillit i miljøet. Andre var opptatt av at oppmerksomheten hadde gjort folk redde for å snakke, og redde for at folk skulle tro de var for omskjæring – når en vesentlig del av arbeidet mot omskjæring baserer seg på at folk åpent skal utveksle tanker og ideer. Andre negative konsekvenser som ble trukket frem var at omskjæring kun ble knyttet til somaliere og islam, og videre at det har fått stigmatiserende konsekvenser :

Hva gjør [debatten] med de jentene som er omskjært og bor i Norge, som leser dette i avisen, hvordan de blir fremstilt? De føler seg veldig små og uten verdi. Så det går ikke bare utover mødrene, men også jentene. Når de går på gata tenker alle ”der er de, de er omskjært”. De føler seg stigmatisert, folk tenker ikke på det, men det er veldig mye stigmatisering. (Kvinne)

Det konstante fokuset har ført til at jenter blir spurt på skolen og kvinner ble spurt på arbeidsplassene sine om de var omskåret, var det en annen som påpekte. “... det er jo veldig personlige ting folk får spørsmål om. Man blir jo veldig utsatt og synlig, og får kanskje behov for å gjemme seg litt”. En annen sa hun var glad for at mediene hadde tatt opp temaet, men at de nå hadde gjort sin jobb, nemlig tatt opp at jenter ble omskåret, nå måtte media gå videre ved å gi informasjon og ikke kun være opptatt av selve inngrepet.

Mens noen var opptatt av å formidle at man måtte differensiere de ulike etniske gruppene og konsentrere seg om dem som faktisk fortsatte praksisen og ikke hadde gått bort fra den, var det andre igjen som mente at man også måtte ha blikk for, og fokus på, at det var andre land enn Somalia som også praktiserte kvinnelig omskjæring. Disse holdningene gikk på tvers av etnisk tilhørighet.

Holdningsendring i Norge og opprinnelsesland

I intervjuene trakk mange stadige paralleller til opprinnelseslandene, og trakk frem transnasjonale forbindelser. De syntes imidlertid ikke å være i tvil om at livet i opprinnelseslandet og livet i Norge var to separate kontekster som la ulike premisser for omskjæringspraksis.

Vi lærte mye etter at vi kom til Norge; deler av kulturen kan byttes ut og positive elementer fra norsk kultur tas opp. (Mann)

Flere snakket om hvordan holdninger til omskjæring i opprinnelseslandet er tradisjonsorientert, at temaet var tabu å snakke om og at jenter hadde vanskeligheter med å bli gift hvis de ikke var omskåret. Omskjæring var også fattigdomsrelatert, var det én som påpekte; mangelen på prevensjon gjorde det pre-

kært for mødre å forsikre seg om at barn ikke faller utenfor klansystemet hvis de blir født utenfor ekteskap, noe som gjør jomfruelighet før ekteskapet vesentlig. Videre var medgift et økonomisk moment som bidro til å opprettholde praksisen.

Selve tradisjonen med arrangerte ekteskap, der foreldre og slekten har ansvar for de unges giftemål, bidrar til å vedlikeholde tradisjonen for kvinnelig omskjæring. Jentenes dydighet er et felles anliggende, og bekymring for å avslutte tradisjonen knyttes til dette. De er redd for at jentene ikke blir gift.

Det er ikke en mannsgreie i det hele tatt. Det er bestemødre, mødre, tanter, slekt... menn har ikke noe med dette å gjøre. Det eneste man kan se er dette med redselen for at datteren ikke skal bli giftet bort, det er jo en slektsgaranti at hun er jomfru, det er jo poenget her, å ha kontroll over kvinners seksualitet". (Mann)

Siden tradisjonen vedlikeholdes av kvinner, og knyttes til stolthet over å være en "riktig" kvinne, er det ikke alle som forbinder menns maktposisjon til tradisjonen. Denne informanten har imidlertid dette klart for seg. Likevel understreker de at menn ikke inngår i gjennomføringen av tradisjonen. Det utføres innenfor et kvinnefellesskap.

Dette har blitt gjort *for* dem [menn], men de har ikke vært delaktige og involvert i dette. (Mann)

Et problem i endringsarbeidet er mangel på kunnskap og støtte for de som er i mot omskjæring i opprinnelseslandet. En kvinne som har jobbet mot omskjæring i opprinnelseslandet fortalte om arbeidet der; Hun forklarte folk at det var galt, at bare noen få i hele verden gjorde dette, og at det ikke hadde grunnlag i religion – andre muslimer gjorde det ikke. Responsen hadde da vært lettelse, og de lurte på hvorfor de ikke hadde hørt om dette før. "Alle er enige om dette", sa hun, "men er redde for at de ikke skal få giftet bort døtrene sine".

Flere fremhevet samtidig at det er endringer på gang i opprinnelseslandene, i hvert fall i byene, der man enten gikk bort fra omskjæring eller over til mindre omfattende omskjæringsformer, også kalt "sunna".

Norge var imidlertid en annen kontekst. Noen hadde vært motstandere av omskjæring allerede i opprinnelseslandet, og hadde således ikke endret holdning til omskjæring. For andre medførte emigrasjon ny eller forsterket refleksjon:

Da jeg var i hjemlandet var jeg glad for å være omskåret. Jeg er forandret. Jeg vet hva konsekvensene er – at det er helseskadelig – at mennesker er viktigere enn kultur. Jeg endret holdning mens jeg var i hjemlandet. Men når jeg var li-

ten så trodde jeg det var rett. I hjemlandet hadde jeg ikke noe autoritet. Men etter at jeg kom til Norge har jeg mulighet til å snakke. (Kvinne)

Formeninger om omfang

En utbredt oppfatning var at omfang i opprinnelseslandet var noe annet enn omfang i Norge, men mange syntes det er vanskelig å vite noe om omfang i Norge. Med et par unntak hadde de ikke hørt om konkrete tilfeller, og trodde omfanget var lite, men var åpne for at det fremdeles skjedde. En kvinne for eksempel sa at hun ikke trodde det var mange som praktiserer dette, fordi miljøet i Norge ikke er så stort, og dermed gjennomiktig. Alle vet at det er forbudt, men hun kan ikke si at ingen jenter blir omskåret. Andre påpekte at det var vanskelig å uttale seg om omfang, fordi selv om miljøet er lite og relativt gjennomiktig, er omskjæring en privat og intim ting man ikke nødvendigvis snakker om. Et par personer viste til tilfeller de hadde hørt om og fremhevet at de mente praksisen fortsatt foregikk i Norge (ingen av disse tilfellene gjaldt somaliere). Et par personer benektet at omskjæring ble praktisert blant de som bodde i Norge.

Representanter fra Eritrea og Etiopia var klare på at praksisen har liten tilslutning i Norge. Både eritreere, etiopiere (og somaliere) i Norge med helsefaglig utdanning har lenge vært aktive både i jobbsammenheng og innad i nettverk hvor de har formidlet kunnskap om omskjæring. Eritreiske religiøse ledere i Norge har også uttalt sin motstand mot omskjæring. Der hvor de tradisjonelt har praktisert omskjæring på nyfødte eller småbarn har de som bor i Norge helt sluttet med tradisjonen, mener de. Også fordi det er forbudt i opprinnelseslandet.

Det var flere momenter som ble trukket frem som forklaring på at holdninger endres i Norge, og at omfang går ned. På spørsmål om folk blir omskåret i Norge, svarte en person:

Før loven. Men mange diskuterte og var uenige, for eksempel at mor var enig og far uenig, men etter hvert ble de enige om ikke å gjøre det etter diskusjoner om at det er ulovlig, ikke bare i Norge, men at mange muslimske land ikke gjør det. Mange våknet og forstod, men mange likte kanskje også å gjøre det, men så kom loven og mange våknet opp og forstod at det var forbudt og de skjønte. (Kvinne)

Det ble understreket at en lov mot omskjæring var bra, og at folk nå visste at det var ulovlig i Norge. Nyankomne fikk vite om loven i introduksjonsprogrammet, på asylmottak, og ellers var "jungeltelegrafene" veldig effektiv – at omskjæring var ulovlig var noe av det første man hørte fra venner. Loven ble også brukt som støtte for familiene på utenlandsreise. En fortalte om et eksempel der foreldre som hadde med barna til Somalia, var blitt presset til å

omskjære dem, men hadde klart å stå imot ved å bruke argumentet om at det var ulovlig i Norge. Mange var stolte av at de ikke hadde gitt etter for presset i hjemlandet.

Loven førte også til at flere satt seg inn i spørsmålet. Dagens mødre var ”veldig orientert”, de var lei seg for egen omskjæring, og imot at egne døtre skulle oppleve det. Mange trakk likevel frem hvor viktig det var at man ikke bare hadde en lov, men at man også forklare folk *hvorfor* det er forbudt:

Gjennom dialogen opplever vi å skape forståelse. Folk må forstå hvorfor det er farlig å omskjære eller slå barna, for de har vokst opp med at det er normalt og ufarlig og en del av livet. (Kvinne)

Man måtte også ha en reell dialog hvor begge parter deltar, og det var også viktig med bevisstgjøring om helseplager og vansker i seksuallivet på grunn av omskjæring. En person var svært opptatt av omsorgsaspektet:

Jeg kommer ikke til å si at vi har lyktes før all kunnskap har kommet på plass, og så begynner vi å gi omsorg for de som er omskåret; omsorgen har ikke kommet på plass. Omsorg ... handler mye om å snakke med de som er utsatt for dette; spørre hvordan de har det. Mange tror de ikke kan oppleve noen glede seksuelt, men det stemmer ikke; seksualundervisning er viktig i et omsorgsperspektiv. (Kvinne)

Andre aspekter ved endring som ble trukket frem var kontakt og samhandling med andre mennesker og land. ”Det er veldig viktig å høre at andre ikke gjør det”, for eksempel at det ikke praktiseres kvinnelig omskjæring i Saudi Arabia. Refleksjon over tradisjoner stimuleres ved å trekke parallellen mellom Norge og opprinnelseslandet og å se forskjeller i holdninger mellom generasjoner. En mann beskrev hvorfor noen fortsetter med praksisen i Somalia slik:

... man har holdt på med det lenge i mange generasjoner uten å vite om konsekvensene. Mange eldre somaliere tenker kun på tradisjon, men tidene forandrer seg. Moderne ungdommer eller mennesker vil forandre den gamle kulturen for å vise konsekvensene og menneskeverd. Her i Norge er det annerledes; vi har kommet til et nytt land, ny kultur, alt forandrer seg i forhold til det vi har opplevd før, tradisjoner og kultur.

Han forteller om første gang han var tilbake i Somalia. Da så han to menn som leide hverandre og tenkte automatisk at de var homofile, men så kom han på at dette er et muslimsk land. Forståelseshorisonten, de brillene man ser verden med, forandrer seg når de lever i et annet samfunn. Han var av den oppfatning at de unge forandrer seg lettere enn de eldre generasjonene; ”de tilpasser seg, går på skole og utesteder, og møter andre innvandrere og etniske nordmenn, de møter forskjellige folk med forskjellig bakgrunn, og da må man

diskutere ting.” På spørsmål om det var de gamle som holdt på tradisjonen i Somalia bekreftet han det, det var først og fremst eldre somaliere som praktiserer, men i de store byene var det annerledes, der praktiserte de ”sunna” og hadde gått bort fra infibulasjon.

Om gutters holdninger til kvinnelig omskjæring

De aller fleste var av den oppfatning at gutter i Norge ville gifte seg med uomskårede. En mann mente gutter ville gifte seg uansett hvis de møter en de er forelsket i og vil leve sammen med: ”Når gutter og jenter blir forelsket er ikke omskjæring et tema; man spør ikke ”er du omskjært?”, mente han. Det ble også vist til at det allerede var slik i dag at menn giftet seg med jenter som var født og oppvokst her. En kvinne sa at

”Dette er ikke noe problem, ungdommene som er vokst opp her har en annen holdning enn de i hjemlandet ... de er mer åpne og aksepterende i forhold til jenter som ikke er omskåret”.

Flere trakk frem at gutter ønsket å gifte seg med uomskårede fremfor å gifte seg med jenter som var omskåret. Det er imidlertid viktig at menn sier tydelig ifra at de godtar jenter som ikke var omskårne. Hvis de uttrykte at ”jeg stoler på henne”; at dydighet ble opprettholdt på andre måter, ville omskjæring miste sin betydning. Det ble også uttrykt bekymring av en kvinne for at menn viste motstand mot omskjæring ved å si at de ikke ville gifte seg med kvinner som var omskåret.

De som kanskje ikke nås/gjenstående utfordringer

Når det gjaldt hvem som eventruelt videreføreførte tradisjonen, ble dette bl.a. knyttet til livssituasjonen til familiene.

Det er ulike holdninger avhengig av ens bakgrunn, hvor i (hjem)landet en kommer fra, hvor lenge man har bodd i Norge, og hvor integrert man er.
(Kvinne)

Det ble fremhevet at de som bor i Norge er en uensartet gruppe, med ulike yrkes- og utdanningsnivå. Nyankomne var en gruppe som det er viktig å konsentrere arbeidet om, dessuten personer med lav utdanning, og isolerte grupper. De kjente mindre til hvilke holdningsendringer som foregår i isolerte grupper som er opptatt av å ha sosial kontroll over kvinner og barn. En mente at i tillegg til nyankomne fikk heller ikke de som har vært i Norge i fire-fem år nok informasjon. De kan ikke språket godt nok, følger ikke med i norske me-

dier, og får dermed ikke tatt imot informasjonen fra myndighetene, ifølge ham. Ansvar er her gjensidig:

Integrasjon må være gjensidig; det er ikke så lett å komme inn i det norske miljøet; de [innvandrede familier] bor sammen, spiser sammen, snakker sammen, går sammen, og selv om man jobber "utenfor" er de sammen i fritiden. Integreringen har ikke kommet så langt som den burde. Det handler ikke nødvendigvis om språk og utdanning; kunnskap er veldig viktig..... (Kvinne)

Å være mot kvinnelig omskjæring var ikke nødvendigvis uttrykk for integrasjon, forstått som at de vendte seg vekk fra kulturelle tradisjoner og fellesskap. Det var mulig å være godt integrert både i egen gruppe og i samfunnet ellers, samtidig som de arbeidet for å ikke videreføre en skadelig skikk.

Oppsummert sier intervjuene:

- Det er en ambivalens når det gjelder oppmerksomheten som kvinnelig omskjæring får i offentligheten. Det er bra med oppmerksomhet fordi temaet kan snakkes om, og prosjekter igangsettes. Medieoppslag har også negative konsekvenser, som stigmatisering, og økt fokus på so-maliere og islam. Allerede pågående arbeid mot omskjæring forstyr-res også.
- I opprinnelseslandet er temaet tradisjonelt forbundet med tabu, det kan være vanskelig å bli gift hvis man ikke er omskåret og praksisen er fattigdomsrelatert
- Det skjer endringer i byene, der folk enten går bort fra praksisen eller går over til mindre omfattende former også kalt "sunna"
- Bekymring for giftemål for jenter som ikke er omskåret oppgis av noen som viktigste motivasjon for å opprettholde praksisen
- Flytting til Norge skaper/øker motstand mot tradisjonen
- Kunnskap om helseplager, seksualitet, omsorg, egne erfaringer og kri-tiske refleksjoner over tradisjoner i opprinnelseslandet oppgis som viktig for holdningsendring
- Lov mot kjønnslemlestelse gir et viktig signal, og brukes som argu-ment mot press fra familie i opprinnelsesland
- Kvinnelig omskjæring har tradisjonelt ikke vært et tema menn skal blande seg inn i. Mer åpenhet har involvert dem, men ikke nok
- De fleste antar at gutter i Norge ikke vil ha problemer med å gifte seg med jenter som ikke er omskåret
- De fleste tror at omfanget av kvinnelig omskjæring er langt mindre enn det den offentlige debatt gir inntrykk av. Det er imidlertid vans-kelig å anslå hvor mange som viderefører tradisjonen. De kjenner få eller ingen tilfeller selv, men kan ikke se bort fra at det skjer. Noen mener at det ikke lenger forekommer i deres miljøer.

- Miljøene er gjennomsløkte, men det er noen grupper de vet mindre om; nyankomne, isolerte, folk med lav utdanning og kontrollorienterte grupper
- Menn og kvinner fremhevet at kvinnelig omskjæring ikke bunner i religion, og det var viktig at folk fikk vite dette. Det var også viktig å være oppmerksom på at både kristne og muslimer praktiserte omskjæring.

De unges erfaringer

Jeg ble omskåret da jeg var fem år. Det var vondt. Jeg husker det veldig godt: Jeg ble omskåret sammen med kusinen min. Jeg ble holdt av flere voksne: Jeg var liten og kunne ikke gjøre noen motstand. Kusinen min var ett år eldre, hun kunne heller ikke gjøre noe. Mamma var ikke enig at jeg skulle bli omskåret, men bestemoren min ville. Men jeg prøver å ikke tenke på det. Det har skjedd, ikke noe å gjøre med. Mammaen min har bedt om unnskyldning. Hun sa det ikke var en bra ting (Jente 17 år, kom til Norge da hun var ni år).

Vi har intervjuet ni jenter/unge kvinner i alderen 17 til 22 om deres perspektiver på kvinnelig omskjæring. Alle har Somalia som opprinnelsesland. De hadde enten erfaring fra å ha blitt omskåret i opprinnelseslandet før de flyttet til Norge, eller de har vokset opp i Norge uten å være omskåret. Det har ikke lyktes oss å intervjuer unge gutter innenfor tiden vi hadde til rådighet, men ser behov for forskningsmessig oppfølging av dette.

Jentenes egen erfaring har ført til motstand mot praksisen. De sier også at mødrene er imot. Noen mødre var ambivalente til kvinnelig omskjæring i opprinnelseslandet, men har blitt klarere på at de ikke ønsker å videreføre denne tradisjonen. Andre mødre og besteforeldre var motstandere allerede i Somalia. Et viktig argument for å endre holdning, mener de, er at kvinnelig omskjæring ikke er forankret i religionen. En av jentene ordla seg slik:

Da vi ble omskåret hadde det med Islam å gjøre, men nå sier jeg til mamma: Det er ikke slik, mamma. Og etter vi har lært at det ikke står noe om omskjæring i Koranen, så synes vi det er dumt [å gjøre det].

De skiller mellom religion og kulturell tradisjon: "Det har ikke noe med Islam å gjøre, det er bare kultur".

Misforståelsen når det gjelder at religionen påbyr omskjæring, er en viktig grunn til at praksisen opprettholdes i opprinnelseslandet, påpeker flere. "De har ikke noen å hjelpe for å tolke Koranen, de kan ikke selv Koranen. De tolker den feil. Mange kan ikke lese den selv, det er problemet. De kan ikke si

det de tror, for det er feil. De kan ikke si at omskjæring står i Koranen, hvis det ikke står der.”

De kjenner ikke til noen som er blitt omskåret etter bosetting i Norge. Som en jente sa:

Det er ulovlig i Norge. Men det skjer fremdeles i hjemlandet. Men der er det mange som er imot også. Det skjer en endring. Spesielt i de større byene. Men på landsbygda skjer det ennå.

En erfaring flere nevnte var at jenter som ikke var omskåret ble utsatt for trakassering i Somalia. Dette var situasjonen da mødrene var unge, men det var også noen som kunne oppleve det fortsatt. En av mødrene kom fra en familie som var imot omskjæring. Hun ble imidlertid plaget, og hadde til slutt oppsøkt sin bestemor for å få hjelp til å bli omskåret – noe hun ble. ”De jentene som ikke omskjæres blir mobbet. Det er ikke koselig å bo i et land der du blir plaget. Til syvende og sist velger du å bare bli ferdig med det.” I Norge ble man imidlertid ikke trakassert av eget miljø hvis man ikke var omskåret, det er ”ingen som bryr seg”, var det en jente som sa – alle visste at det var galt. Derimot var det noen som nevnte at gutter spurte jenter om de var omskåret. Sa jenta ”ja”, gikk de videre, da de var uinteressert i omskårede jenter.

Når de snakket om framtiden var de delt. Noen sa de ikke ønsket å flytte til Somalia, mens andre kunne tenke seg å bo der. De understreket at de fleste barn som bor i Norge trives her. Et par ønsket seg til England for å studere. De som kunne tenke seg å reise tilbake til Somalia, ønsket å bli kjent med sin kultur, sitt språk, sine tradisjoner og ”bli kjent med hvor du egentlig kommer fra”. De hadde ikke vært i Somalia siden de flyttet da de var fire-fem år gamle. Noen av de andre jentene diskuterte derimot hvordan norsk-somaliske jenter ble mistenkeliggjort når de kom til Somalia – mange trodde de hadde blitt sendt dit fordi de ikke oppførte seg ordentlig i Norge, og ble plassert der for å lære seg moralsk oppførsel.

Jeg tenker at vi vil bli boende her i Norge. Det er det vi er vant til nå. Når man drar tilbake til Somalia, blir man ikke sett på som somaliere. Det kommer til å bli vanskelig. Når man er der spør folk hele tiden om man er fra Norge. Man får spørsmål hele tiden: ”Kommer du for å lære om kulturen?” ”Ble du sendt hit for å lære?”. Man blir stilt rare spørsmål hele tiden, får ikke være i fred. Vi kan aldri bli helt somaliske igjen. De fleste barn som blir sendt tilbake, blir sendt fordi de ikke respekterer foreldrene sine. Det er vår kultur å måtte respektere foreldrene. Man må gjøre det foreldrene ber om.

Fangen (2008) har i sin studie av somaliske ungdommer beskrevet holdninger til hjemreiser i forbindelse med ferier. Dette er noe mange ønsket, men også opplevde som vanskelig. Ungdom som har vokst opp i Norge var ikke vant til de relativt fattige kårene de må bo under, hadde ikke kroppsliggjort de kultu-

relle kodene for hva som er akseptabelt for jenter og gutter, og særlig jenter følte at de sosiale reglene for jenter var for strenge. Hjemreiser i forbindelser med ferier bidro til at de så fordelene ved å bo i Norge. De satte pris på ferier hvor de besøker familie, og kan lære om Somalia, men er også glad for å komme hjem til Norge. Fangen argumenterer for at slike besøk kan dermed øke følelsen av samhørighet med Norge.

Flere av jentene i vår undersøkelse understreker at det er viktig at omskjæring blir diskutert.

Det er bra de tar opp dette som en stor sak. For det er en stor sak. Jeg ser på det som mishandling, egentlig. Du vil ikke, og du blir tvunget til det. De skjærer kroppen din fra hverandre. Du får ikke bedøvelse engang.

Samtidig var det en som trakk frem hvordan oppmerksomheten fikk negative konsekvenser etter "Kadra-saken". Som hun sa:

Når omskjæring kom opp, var det mange som sa: Siden du er fra Somalia, så er du omskjært. Jeg bare: Hva vet du om det? Jeg er faktisk ikke oppvokst i hjemlandet mitt. Jeg vet ikke hva omskjæring er før jeg hørte det liksom. Du er fra Somalia da må du ha blitt omskjært. Man blir bare anklaget. Og når du er barn, når noen sier du er omskjært, hvordan skal du forsvare deg selv? Så da måtte jeg gå til mamma og si: Du, folk sier jeg er omskjært. Er det sant? Hun sier hvor har du hørt det fra? Jeg: Nei, folk ute på skolen sier jeg er omskjært fordi jeg er somalier. Man kan ta opp visse saker, men gjør det heller på en dempet måte, sånn at ingen andre i samfunnet blir skadet.

Jentene snakket om at gutters holdning kunne være vanskelig for jenter uansett; hvis de var omskåret ville ikke gutter ha dem, og hvis de ikke var omskåret var de ikke jomfruer. Noen har snakket med gutter om temaet, f.eks. brødre, som kan være imot. De var allikevel ikke sikre på hva guttene mener. De tror imidlertid at mange gutter er imot, og viser til eksempler der en gutt avviste en jente som var omskåret. "Gutter vil ikke ha jenter som er det. De sier at kvinner som er omskåret har ikke sånne følelser og glede av det." Hvis de møter en som de føler ekte kjærlighet for, vil imidlertid dette spørsmålet være underordnet, mener de. En jente sa:

De fleste gutter jeg kjenner driter i om jenter er omskåret eller ikke. Men de vil heller ha en som ikke er det. Fordi de vil ikke risikere alle de problemer det fører med seg.

En annen sa at:

Før i tiden var guttene eller mennene veldig egoistiske. De tenkte sånn jenta er omskåret, hun er ikke åpnet og nå skal jeg få æren. Mens gutter nå tar mer

hensyn til jentenes følelser – vi skal ha sex, begge skal kunne nyte det. Nå sier guttene som regel til jentene, at er du omskåret så kan du få den og den hjelpen. Det finnes mange som drar til gynekologisk avdeling på Ullevål hvor de åpnes, og guttene eller mennene eller forloveden er med og støtter dem. Guttene har forandret tankegang drastisk ... Mødrene har sikkert blitt mer åpne med sønnene om hva slags problemer omskårede kan ha. Og gutter har jo selvfølgelig følelser; nå som moren min har slitt med det der, skal jeg da la kona mi slite med det eller mine barn?

Hun fremhever at gutters holdninger har endret seg når de vokser opp i Norge; det er nå fokus på seksuell nytelse for begge parter, og at gutter har et omsorgsperspektiv både i forhold til mødre og kjærester.

Når det gjaldt ekteskap og kjæreste, sa en av jentene at hun skulle bestemme hvem hun skulle gifte seg med, og også når dette skulle skje. "Så lenge han er muslim, det er det som teller". Moren hadde sagt til henne at bare "si det til meg hvis du holder på å bli kjent med en gutt, så kan vi finne en løsning et eller annet". Hun mente selv hun hadde innflytelse og frihet over sin egen fremtid. Flere andre sa de kunne snakke med foreldrene sine om dette, men noen mente det kunne bli vanskelig for eksempel å gifte seg med noen fra en annen etnisk gruppe selv om de var muslimer. Det ble fortalt om et par som tilhørte to ulike klaner som ønsket å gifte seg, men familien til jenta ønsket ikke dette. Da hadde imidlertid miljøet innad i moskeen og de religiøse lederne blandet seg inn, og sørget for at dette gikk i orden. Én av jentene vi intervjuet var blitt giftet bort i utlandet mot sin vilje, men hadde kommet seg tilbake til Norge etter noen år.

Foreldres syn og innblanding i barnas ekteskapsplaner synes å variere; fra de som overlater hovedsakelig til egne barn å finne partnere, til dem som utøver stor kontroll over avgjørelsen. Foreldrenes syn på individualisme og valgfrihet versus mer tradisjonsorienterte holdninger varierer derfor stort og kan antyde noe om foreldrenes verdiorientering.

De som selv var omskåret hadde behov for å få mer informasjon om hva dette innebærer for framtidig helse og samliv. "Er jeg ødelagt?" De som ikke deltok i organiserte aktiviteter mot omskjæring satt inne med lite informasjon, og hadde mange spørsmål om hvilke helsemessige konsekvenser det hadde, og for framtidig samliv. Det flere tok opp var fjerning av klitoris og om det var her de seksuelle følelsene satt; kunne man ikke nyte sex hvis den var fjernet, og var det riktig at seksuell nytelse forutsatte en intakt klitoris?

I en artikkel om holdninger til kvinnelig omskjæring blant unge kvinner som var relativt nyankomne til Norge, kommer det fram at tausheten rundt temaet først brytes når de deltar i samtalegrupper i regi av en organisasjon. Kvinnene var da opptatt av smerteaspektet, og av de medisinske konsekvensene av egen omskjæring (Fangen og Thun 2007). I intervjuene var vi derfor opptatt av om jentene hadde steder å henvende seg hvis de hadde spørsmål

eller om de ønsket informasjon om kvinnelig omskjæring. På dette spørsmålet svarte en av jentene:

Man har jo helsesøstre ved hver skole. De vet nok mye, men jeg personlig hadde foretrukket at en somalisk kvinne jobbet tilknyttet skolesektoren. Det er mye enklere å snakke med en somalisk – du trenger ikke ha tolk, du trenger ikke en som må sette seg inn i kulturen eller religionen. Du må ikke forklare alt. Andre kommer ikke til å forstå.

En annen sa at for henne ville det være ”veldig vanskelig å gå til en norsk kvinne og si sånn og sånn skal eventuelt skje med meg – hun vet ikke noe om det for hun har ikke vært igjennom de problemene. Hun har bare lest om det og så skal hun bringe informasjonen videre til meg.” De mente det var viktig å få somaliske kvinner inn i skolesystemet. På spørsmål om minoritetsrådgiverne³⁵ var det en jente som fortalte at de hadde hatt en rådgiver på skogen.”Hun prøvde sitt beste med å veilede oss, somaliske jenter, med å være sterke og si ”Nei, det er galt”. Men samtidig så følte du på en måte at hun ikke hadde de kunnskapene hun trengte. Man skal vite hva man snakker om. Hun hadde mye mer erfaring med tvangsekteskap”.

Som en oppsummering av intervjuene vi har gjort med ungdommene kan vi si at:

- Jentene uttrykker både egen og mødres motstand mot kvinnelig omskjæring
- De som var omskåret ble omskåret før de flyttet til Norge
- De kjenner ingen som er omskåret etter innflytting til Norge
- Det skjer endringer særlig i byene i Somalia, men uomskårne blir fremdeles trakassert
- De kan oppleve seg selv som sårbare når de besøker opprinnelseslandet, og møtes med en viss skepsis
- Jenter som ikke er omskåret blir ikke trakassert i Norge av folk fra berørte miljøer. De som eventuelt føler seg mobbet og trakassert er omskårede jenter fra norsk-somaliske gutter eller ikke-praktiserende grupper som etniske nordmenn
- Noen var usikre på hva somaliske gutter i Norge ønsket. Flere mener somaliske gutter flest ønsker jenter som ikke er omskåret, men at gutter også ønsker seg jomfruer.

³⁵ I løpet av 2008 skal det etableres et team med minoritetsrådgivere i ved utvalgte videregående skoler. Minoritetsrådgiverne skal arbeide med forebygging av tvangsekteskap og bidra med kompetanseoppbygging om tvangsekteskap hovedsakelig i den videregående skolen. (jfr. Tiltak 4 i Handlingsplan (2008-2010). Handlingsplan mot tvangsekteskap.)

- De er opptatt av at omskjæring ikke er pålagt i religionen, og at denne kunnskapen må formidles også i opprinnelseslandet
- Jentene som er omskåret (før de kom til Norge) har mange spørsmål om omskjæring, anatomi og seksualitet, men få steder å henvende seg der de møter kompetente veiledere
- De mener at veiledere på skolene må øke kunnskap på feltet
- Flere kunne tenke seg å flytte utenlands, til Somalia eller England, men trives i Norge, andre så sin fremtid for seg i Norge
- Frihet til å velge ekteskapspartner avhenger av familiens verdiorientering
- Respekt for foreldre er forventet, og vanskelig å sette seg opp mot
- De synes det er bra at temaet tas opp i offentligheten, men at det bør gjøres uten at noen blir skadelidende

Kvinnelig omskjæring i et maktperspektiv

Refleksjonene som representantene fra de berørte gruppene har over tradisjon og endring kan settes inn i fire analytiske perspektiver: et generasjonsperspektiv, et kjønnsperspektiv, et migrasjonsperspektiv og et rettighetsperspektiv. En utdypende analyse går ut over rapportens rammer, men vi vil kort antyde hvilke fortolkninger og problemstillinger som reises ut fra disse perspektivene.

Et *generasjonsperspektiv* setter de hierarkiske maktreasjoner mellom generasjoner i sentrum for analysen. Dette er et perspektiv som er lite utviklet med utgangspunkt i barns livssituasjon (Quotrup 2008). Kvinnelig omskjæring har tradisjonelt vært utført på jentebarn, for å ha kontroll over unge jenter og deres kropp før ekteskapet. Kvinners ekteskap har vært familiens ansvar, og dydighet blir et felles anliggende. Omskjæring innlemmer jentebarnet i et kvinnefelleskap på tvers av generasjoner, og i forståelsen av hva det vil si å være en kvinne. Et generasjonsperspektiv innebærer dermed også å se omsorgs- og sosialiseringsansvaret foreldre tar for barn.

Kvinnelig omskjæring er et familie- og slektstanliggende like mye som en beslutning som foreldrene tar. I dag er det gjerne den eldre generasjonen i opprinnelseslandet som tar ansvar for inngrepet. Som ungdom og voksne fra de berørte gruppene påpeker i intervjuene er mødre generasjonen ofte ambivalent, de kan gi etter for press eller gå i konflikt med sin egen mor eller andre eldre, kvinnelige slektninger. I et generasjonsperspektiv kan man reise spørsmål om hva det betyr at det er barn som utsettes for inngrepet. Kvinner og jentene vi har snakket med, som selv hadde opplevd inngrepet, fortalte om den traumatiske opplevelsen av fysisk å bli holdt fast, og utsatt for smerte, i

regi av eldre slektninger. Internasjonal forskning har påpekt at vanlig alder for inngrepet har gått ned, bl.a. fordi yngre barn har mindre motstandskraft.

Kvinnelig omskjæring må også sees i et *kjønn*et maktperspektiv i tillegg til et generasjonsperspektiv. Selv om menn ikke er involvert i utførelsen av tradisjonen, handler tradisjonen reelt sett om menns kontroll over kvinner og deres seksualitet og barn. Argumentet for å omskjære jenter som bor i Norge er ofte bekymringen foreldre eller særlig slektninger i opprinnelseslandet har for at de skal bli godtatt som ektefelle for fremtidige ektemenn. Som en mann påpekte, ”Dette har blitt gjort *for* dem [menn], men de har ikke vært delaktige og involvert i dette”.

Kjønnsaspektet er også relevant ved at smerteerfaringer gjort i forbindelse med omskjæring anses som en del av det å være kvinne. Det snakkes om de tre kvinnelige sorger – omskjæringen, bryllupsnatten da kvinnen skal åpnes og fødsel. Smerte og lidelse i tilknytning til omskjæring har således blitt betraktet som en naturlig del av kvinners liv – og lodd. Som en religiøs leder sa det: ”Kvinner har ”mistet følelsen” – de tenker at de ”bare” er kvinner. De går i stillhet og snakker ikke med noen om det”. Han var opprørt over at kvinner skulle lide fordi noen trodde det ville tilfredsstillende menn; ”Hvorfor skal de ha alle disse tingene? Gud har skapt det perfekte, hvorfor skal man endre noe og skjære det bort?”³⁶

Omskjæring har ikke vært et tema som det samtales om i offentligheten. Johnsdotters (2008) erfaringer fra somaliske menn i Sverige er at menn kan være motstandere av omskjæring, men at dette vanligvis ikke er noe de skal snakke høyt om. Som en av våre informanter formulerte det: ”Det er jo ikke en mannegreie i det hele tatt”.

Som intervjumaterialet viser, fører blant annet eksilsituasjonen, en økende motstand i afrikanske land og egne erfaringer til at noen menn er ambivalente eller engasjerer seg i arbeidet mot kvinnelig omskjæring. Som brødre, partnere og fedre uttrykker mange forståelse for smerten og de helsemessige komplikasjonene kvinnene utsettes for. Menn fra områder der omskjæring praktiseres har likevel vokst opp med forståelsen av hvordan en kvinnekropp skal være. Som en sa: ”Vi har vokst opp med at kroppen ikke skal være åpen.” Å endre holdning til kvinnelig omskjæring berører både oppfatninger av kvinnelighet, og oppfatninger av fedres og ektemenns maktposisjon vis a vis ektefelle og døtre. De unge som har vokst opp i Norge og de fleste av representantene fra berørte grupper mente at unge menn som vokser opp i Norge ønsker å gifte seg med kvinner som ikke er omskåret, men er dydige. Fra å bekymre seg over at unge menn i opprinnelseslandet ikke ville ha uomskårne kvinner, er innvandrede unge jenter og deres foreldre nå derimot er bekymret for hva som er menn i eksils holdninger til at unge jenter er omskåret.

³⁶ Denne religiøse lederen var også motstander av mannlig omskjæring.

Migrasjonsperspektiv

Et tre har mange grener. Du kan klippe vekk en grein, og treet fortsetter å leve med de andre grenene uten å bli dårlig. At vi kom til Norge og slutter med omskjæring, er bare å klippe vekk en gren. De andre greiene lever videre, fordi mange i hjemlandet fortsetter tradisjonen. Mange reiser herfra og tilbake. Hvis vi jobber mye i hjemlandet kan det hjelpe i forhold til de som reiser tilbake (kvinne)

Kvinnelig omskjæring må også sees i et *migrasjonsperspektiv*. Folk beveger seg over landegrenser og informasjonsstrømmene er raske. Momenter som kan berøre endring av tradisjon i eksil er hvilke grupper som emigrerer, hvilke holdninger familien i opprinnelseslandet har til omskjæring, hvor tett kontakten er med slektninger i opprinnelseslandet, hvem de har kontakt med og forpliktelser overfor, hvilken innflytelse og sosial kontroll familien i opprinnelseslandet har over den emigrerte familien, og hvilke argumenter som er legitime når det gjelder alternative livsvalg.

Hvem som emigrerer kan man eksemplifisere med data fra den siste levekårsundersøkelsen³⁷, der det kommer frem at 70 prosent av somaliene i Norge er oppvokst i storby, 16 prosent på landsbygda og 14 prosent i småby. Det er altså en majoritet som kommer fra urbane områder. Som vi var inne på tidligere er klitoridektomi/eksisjon et foretrukket inngrep fremfor infibulasjon i urbane områder. Man kan også anta at personer fra urbane områder i større grad enn personer fra rurale områder har kjenneskap til at for eksempel saudiarabere ikke praktiserer kvinnelig omskjæring. I en undersøkelse henvist til tidligere³⁸ går det frem at 46 prosent av urbane personer i nordvest/Somaliland ikke planla å omskjære døtrene sine, og at to tredjedeler av menn og en tredjedel av kvinnene var imot inngrepet. Dette sier noe om hvilken bakgrunn somaliere i Norge har, og hvilken befolkningssammensetning somaliene i Norge utgjør.

En side ved migrasjon er at mange familier eller familiemedlemmer skifter oppholdssted. De har stort familienettverk, flere på tvers av landegrenser, og forflytter seg ut fra livssituasjon, omsorgsoppgaver og muligheter (Johnsdotter 2007 og 2008, Fangen 2008). Som én person vi intervjuet beskrev det:

³⁷ Blom, S. og Henriksen, K. 2008: *Levekår blant innvandrere i Norge 2005/2006*. Statistisk Sentralbyrå Oslo-Kongsvinger . Bare innvandrere med Somalia som opprinnelsesland inngår i denne undersøkelsen, og vi gjengir derfor bare data om somaliere.

³⁸ Health Unlimited. "A Report on the Assessment of Level of Awareness in and Discussion on Issues of FGM/FGC, Safe Motherhood and STI/HIV/AIDS among Somali-Speaking Horn of Africa Community", Nairobi

”Folk flytter mye rundt: Storbritannia, Nairobi, Syria, Dubai. Folk reiser bort tre-fire år og kommer tilbake. Vi blir bekymret. Hvem gir informasjon til de som flytter til Syria i seks år?” Å opprettholde kontinuitet i kontakten med familier blir vanskelig for hjelpeapparatet og skaper utfordringer i arbeidet mot omskjæring.

En faktor som flere informanter peker på, er hvilket styrkeforhold det er mellom migrerte familiemedlemmer og familie og slektninger i opprinnelseslandet. Styrkeforhold i forhandlinger henger bl.a. sammen med økonomiske ressurser. Ett eksempel er en mann som aldri hadde reflektert over kvinnelig omskjæring så lenge han var i hjemlandet. Da han som ung kom til Europa, tenkte han tilbake på jenters opplevelser av smerte, og tenkte at dette var en praksis han ikke forsto nødvendigheten av. Da brorens døtre vokste til, sa han til broren at han sluttet med å sende penger til ham hvis han lot den yngste datteren bli omskåret (den eldste var det allerede). Han har via telefonsamtale med niesen fått bekreftet at hun ikke ble omskåret.

I intervjuene kommer det fram hvordan loven mot kjønnslemlestelse brukes i forhandlinger om å endre kulturelle tradisjoner. Et eksempel på hvordan loven blir et legitimt argument er en mor som var på besøk i opprinnelseslandet, og hadde to døtre som hun ikke ville skulle bli omskåret. Hennes egne foreldrene var døde. En kvinne som tilhørte samme klan som faren til barna, kom for å overtale henne til å omskjære jentene. Farmoren ønsket å gjennomføre inngrepet på barnebarna, og hadde sendt kvinnen. I denne situasjonen fikk morens engasjement og motstand, samt argumentet om at det var et forbud mot omskjæring i Norge, gjennomslagskraft. At inngrepet er ulovlig i Norge, og at de kan bli straffeforfulgt, er et argument som aksepteres.

Intervjuene vi har gjort, antyder endringer i holdninger til ekteskap og samliv hos de som bor i Norge. En familieorientert tenkemåte kombineres i en norsk hverdag med oppfatninger av en framtid basert på verdier som er dominerende i samfunnet de vokser opp i. De unge skal kunne forme sitt liv, bestemme hvem de vil gifte seg med, og følge ”kjærligheten”. Som en kvinne sier det:

Folk sier nei til kjønnslemlestelse, men de er redde for hva de sier ja til. Det de sier ja til er kunnskap til jenter, bedre helse, en generasjon uten vold, en generasjon som skal velge hvem hun skal gifte seg med. Hun kan velge en mann som ser helheten av et menneske han kan dele livet med. En sånn verden prøver vi å skape for den nye generasjonen.

Dette påvirkes bl.a. av hvilke framtidsstrategier familiene har. Et vesentlig endringspotensiale er dermed den livssituasjonen og de sosiale og refleksive prosesser som finner sted i eksil. Utdanning, forankring i arbeidsliv og forestillinger om en framtid i Norge er viktige stikkord. Det foreligger noen studier om somalieres håndtering av eksiltilværelsen i Norden. I forskningen på

unge med minoritetsbakgrunn i Norden er noen få studier av unge fra etniske grupper som praktiserer omskjæring, hvor studiene eksplisitt fokuserer på omskjæring (se feks Johnsdotter 2007), og studier som ser på og sammenlikner ungdom med ulike etnisk bakgrunn. I de sist nevnte studiene blir kvinnelig omskjæring sjelden berørt. Et eksempel er en stor dansk undersøkelse om pardannelser blant etniske minoriteter i Danmark (Schmidt og Jakobsen 2004) hvor den somaliske gruppen er tatt med, men hvor omskjæring ikke blir diskutert. Dette kan være fordi temaet er for privat, men også fordi det ikke er relevant. Studier av normdannelse, verdikonflikt og endringsprosesser blant unge med minoritetsbakgrunn beskriver derimot hvordan de unge står i skjæringspunktet mellom foreldregenerasjonens tradisjoner og individuelle valgmuligheter. Unge med minoritetsbakgrunn formes og former av komplekse endringsprosesser hvor både endring og kontinuitet foregår på en og samme tid på ulike plan. Fra denne litteraturen kan vi hente noen viktige momenter som kan støtte opp om endringspremissene vi har beskrevet tidligere. Katrine Fangen (2008) som har gjennomført et forskningsarbeid om norske somalieres eksiltilværelse, finner at mange fra den tidligste gruppen av flyktinger er godt integrert, med en relativt positiv holdning til en framtid i Norge. Dette kan bety at barn av denne gruppen ikke er så utsatt for omskjæring som antatt ut fra botid og alder.

Lav levestandard og opplevelse av stigmatisering, diskriminering på arbeidsmarkedet og krenkelser i møtet med velferdsstaten og hjelpeapparatet kan derimot bidra til en sterkere orientering mot tradisjon og religiøs praksis. Fangen finner at utdanning og jobbmuligheter er en av hovedgrunnene til at så få unge ønsker å flytte tilbake, samt et liv med større grad av frihet. Ungdom ser for seg en framtid i Norge, og et ekteskap med likeverdige kjærester. Ungdom rapporterer også om et nært og godt forhold til særlig mødrene sine, og tross doble og til dels ambivalente holdninger til både det å være norsk og somalisk, finner de fleste akseptable måter å håndtere dette på. Dette kommer også fram hos Engebriksen og Fuglerud (2007). I motsetning til de unge er det flere voksne som ser for seg en framtid i opprinnelseslandet. Mange foreldre uttrykker også en bekymring for de unges orientering mot andre verdier og livsvalg enn det de selv verdsetter. Særlig unge jenter opplever et stort press på kleskode og dydig framferd, og der bruk av hijab benyttes som uttrykk for en tilpasning til forventninger om dydighet og kyskheter.

Fra Talles (2007a, 2008) forskning fremkommer det at somalieres egne begrunnelser for å gå bort fra omskjæring, og da menes infibulasjon, er at det nå oppfattes som xaram; en ureligiøs, før-islamisk praksis. De sier at omskjæring ikke er nødvendig for å være en god muslim, og religion oppgis som motiv for å ta avstand. Såkalt sunna oppgis som religiøst akseptabelt av noen, men ikke påbudt. Videre oppgir de at omskjæring er forbudt i Norge, og somaliere synes å være informert og inneforstått med lovverket. Mange oppgir

egne erfaringer som smerte, senere plager, dårligere seksuelliv og helsemessige konsekvenser som hovedgrunner til at de tar avstand.

Manges motstand hadde allerede blitt vekket i opprinnelseslandet, særlig ved smerteopplevelser og når for eksempel deres egne foreldre på reiser hadde blitt klar over at andre muslimer ikke omskar. Særlig i byene er det kunnskap rundt feiltolkningen at omskjæring er en religiøs handling.

Talles refleksjoner er at omskjæring mister sin mening i eksil; smerten som har blitt forbundet med overgangen til kvinne mister betydning. Mange har hatt motstand også i opprinnelseslandet, men i lokale omgivelser er det å avstå vanskelig da det kan føre til stigmatisering av familien, at døtrene ikke blir gift og at blir utsatt for stort press. I eksil er denne konteksten annerledes, livssituasjonen endret og presset mindre. Videre er det ikke lenger en korrekt religiøs handling, det er en sammenheng mellom utdanning; at folk er blitt mer opplyst om religiøs fortolkning av Koranen, og motstand. Jenters dydighet sikres gjennom økt bruk av hijab og jellabab.

Rettighetsperspektiv

Et generasjons- og kjønnsperspektiv på kjønnslemlestelse knytter an til et rettighetsperspektiv. FNs barnekonvensjon har flere artikler som er relevante i arbeidet mot kjønnslemlestelse, det samme har FNs kvinnekonvensjon (se kapittel 1). Barnekonvensjonens artikkel 24 tredje ledd understreker statenes plikt til å "treffe alle effektive og egnede tiltak med henblikk på å avskaffe tradisjonsbestemt praksis som er skadelig for barns helse". Denne bestemmelsen må sees i sammenheng med artikkel 19 som krever beskyttelse av barn mot enhver form for fysisk og psykisk vold, og artikkel 2 som understreker forbudet mot å utsette barn for diskriminering.

I det internasjonale arbeidet mot omskjæring er et rettighetsperspektiv en ofte anvendt strategi, ikke minst av NGOer. Én av årsakene er at et fokus kun på de medisinske konsekvensene har vist seg å øke bruk av mindre omfattende omskjæringstyper fremfor infibulasjon, samt medikalisering. Aktører tenker at argumenter om kvinners og barns menneskerettigheter vil kunne møte disse endringene i tillegg til et medisinsk fokus. En individrettet rettighetstankegang kan imidlertid være fremmed for mange familier. NGOer har også erfaringer med at mange lokalsamfunn har store utfordringer som de mener er vel så prekære som omskjæring av jenter, og som også kan gjelde generelle menneskerettigheter, som rett til rent vann eller utdanning. En helhetlig tilnærming til arbeidet mot omskjæring blir derfor viktig. Forbedring av familienes livssituasjon, tilgang til utdanning, arbeid og helsetjeneste kan bidra til holdningsendring og avvikling av tradisjonen. Vellykkede prosjekter har tatt utgangspunkt i lokale forståelser og erfaringer, og bygger videre på dette for å

komme fram til løsninger i fellesskap. Da er det mindre risiko for at arbeidet blir avskrevet som vestlig og påtvunget utenifra. Tostan-prosjektet i Senegal³⁹ kan sies å være et integrert og helhetlig landsbyprosjekt. De har gode resultater i deres arbeid mot kvinnelig omskjæring og har et rettighetsfokus som beskrevet over. Men til forskjell fra mange andre prosjekter har de valgt å fremheve et rettighetsfokus for *alle*, inkludert menn, og at disse ikke skal krenkes. Deres erfaringer er at voksne lettere er i stand til å identifisere seg med denne type individrettet rettighetstankegang, og at døtre skal ha ukrenkelige rettigheter, hvis det samtidig anerkjennes at *både* menn og kvinner har rettigheter som ikke skal krenkes, og at også deres behov skal imøteses (for eksempel at *alle* personer bør beskyttes mot vold).

I en norsk kontekst er en helhetlig tilnærning til rettigheter også anvendelig. For eksempel er det flere av informantene som i deres arbeid tar opp temaer som de berørte gruppene selv er opptatt av som generell helse, arbeid eller barneoppdragelse og inkorporerer temaet kvinnelig omskjæring. Kvinnelig omskjæring og utfordringer gruppene møter i forhold til barneoppdragelse i en norsk hverdag, er tema som kan reises i denne sammenheng. Hva er lov og ikke i Norge, hvordan møter og håndterer man barn og ungdom som utfordrer foreldrene på ulike måter. Å få døtre omskåret har i noen tilfeller vist seg å være en strategi foreldre tar i bruk hvis de tenker at datteren oppfører seg uanstendig, og de frykter at hun har mistet sin families kulturelle og moralske bagasje. Å gi foreldrene flere referanser til hvordan de kan håndtere barneoppdragelse i en ny livssituasjon kan derfor være viktig.

Vi finner at rettighetstenkning og likestillingsargumenter brukes aktivt av de unge og voksne, og er derfor del av deres forståelser av hva som er grunnlaget for å delta i et norsk samfunnsliv.

Avsluttende oppsummering

Om mediadebatten

- Både voksne og unge fra berørte miljøer er ambivalente i forhold til den offentlige oppmerksomheten i media om kvinnelig omskjæring. Det er bra at temaet blir satt på dagsorden, men måten temaet har blitt diskutert på har også ført til stigmatisering, for mye fokus på somalier og islam på bekostning av fokus på andre etniske grupper og religioner, og har forstyrret arbeid mot omskjæring.

³⁹ F. eks. http://www.popcouncil.org/frontiers/projects/afr/Senegal_TostanEvaluation.htm og <http://www.popcouncil.org/frontiers/orsummaries/ors70.html>

Om kvinnelig omskjæring i opprinnelseslandet

- I opprinnelseslandet er kvinnelig omskjæring tradisjonelt ikke noe man snakker om.
- Kvinnelig omskjæring har ikke vært et tema menn skulle blande seg inn i.
- Bekymring for giftemål for jenter som ikke er omskåret er viktigste motivasjon for å opprettholde praksisen.
- Det skjer endringer i byene, der folk enten går bort fra praksisen eller går over til mindre omfattende former også kalt "sunna".
- Til tross for endringer blir uomskårne fremdeles trakassert.
- Eldre slektninger i opprinnelseslandet kan presse mødre som er i mot.
- Jentene formidler at de kan oppleve seg sårbare når de besøker opprinnelseslandet, og møtes med en viss skepsis.

Om holdninger til kvinnelig omskjæring i Norge

- Flytting til Norge skaper/øker motstand mot tradisjonen
- Kunnskap om helseplager, seksualitet, omsorg, egne erfaringer og kritiske refleksjoner over tradisjoner i opprinnelseslandet oppgis som viktig for holdningsendring
- Lov mot kjønnslemlestelse gir et viktig signal, og brukes som argument mot press fra familie i opprinnelsesland
- Jenter som ikke er omskåret blir ikke trakassert i Norge av folk fra berørte miljøer. Av de som er utsatt er det omskårede jenter som føler seg mobbet av norsk-somaliske gutter og ikke-praktiserende grupper som etniske nordmenn
- De fleste voksne antar at gutter fra berørte miljøer i Norge ikke vil ha problemer med å gifte seg med jenter som ikke er omskåret
- Noen av jentene var usikre på hva somaliske gutter i Norge ønsket. Flere mener somaliske gutter flest ønsker jenter som ikke er omskåret, men at gutter også ønsker seg jomfruer.
- Mer åpenhet i eksil har involvert menn i arbeidet mot omskjæring, men ikke nok.

Om omfang

- De fleste voksne formidler at omfanget av kjønnslemlestelse er langt mindre enn det den offentlige debatt gir inntrykk av. Det er imidlertid vanskelig å anslå hvor mange som viderefører tradisjonen. De kjenner få eller ingen tilfeller selv, men kan ikke se bort fra at det skjer. Noen mener at det ikke lenger forekommer i deres miljøer, mens to fremhever at det fremdeles skjer

- Miljøene er gjennomsløttede, men det er noen grupper de vet mindre om; nyankomne, isolerte, folk med lav utdanning og tradisjonsorienterte grupper som er opptatt av sterk kontroll av kvinner og døtre
- Jentene uttrykker både egen og mødres motstand mot kvinnelig omskjæring
- Jentene som var omskåret ble omskåret før de flyttet til Norge
- Jentene kjenner ingen som er omskåret etter innflytting til Norge

Om religion

- Menn, kvinner og de unge fremhevet at kvinnelig omskjæring ikke bunnar i religion, og det var viktig at folk fikk vite dette. Det var også viktig å være oppmerksom på at både kristne og muslimer praktiserte omskjæring.
- De unge mente det var viktig at kunnskapen om at det ikke bunnar i religion må formidles i opprinnelseslandet

Om hjelp til omskårne

- Mange omskårne kvinner trenger å få informasjon om temaer relatert til omskjæringen, som seksualitet. De må møtes med omsorg.
- Jentene som er omskåret (før de kom til Norge) har mange spørsmål om omskjæring, anatomi og seksualitet, men få steder å henvende seg der de møter kompetente veiledere
- De mener at veiledere på skolene må øke kunnskap på feltet

De unge og framtiden

- Flere av de unge kunne tenke seg å flytte utenlands, til Somalia eller England, men trives i Norge, andre så sin fremtid for seg i Norge
- Frihet til å velge ekteskapspartner avhenger av familiens verdiorientering
- Respekt for foreldre er forventet, og vanskelig å sette seg opp mot

Berørte grupper

Analyse av befolkningsstatistikken

Hovedutfordringen for forskningsprosjektet har vært å gi en kvalifisert belysning av utbredelse og omfang av kjønnslemlestedede jenter etter at familien har bosatt seg i Norge, eller for etterkommeres del, mens de har vokst opp i Norge⁴⁰. Denne gruppen avgrenses fra jenter som har blitt utsatt for kvinnelig omskjæring i opprinnelseslandet. Vi har brukt flere metodiske tilnærminger for å drøfte dette. Én slik tilnærming er analyse av befolkningsstatistikk. Analysen har som fordel at den tar utgangspunkt i et kjent univers – jenter/kvinner i alderen 0 til 19 år. Vi har valgt ut barnebefolkningen med innvandrerbakgrunn fra seks afrikanske land: Somalia, Etiopia, Eritrea, Sudan, Gambia og Sierra Leone. Utvalget er gjort ut fra kriteriene 1) størrelse på innvandrergruppene 2) høy prosentvis andel som praktiserer omskjæring i opprinnelseslandet, 3) at de representerer både Øst- og Vest-Afrika. Befolkningen i Norge med bakgrunn fra øvrige land som praktiserer omskjæring er svært liten. Videre er det land der utbredelse varierer stort mellom ulike etniske grupper, noe som ikke vil komme frem av befolkningsstatistikken. Da vi ikke vet hvilke etniske grupper som bor i Norge kan vi heller ikke vite hvem de er. Når det gjelder kurdere kommer antall ikke frem av SSBs befolkningsstatistikk da de registreres på land og ikke etnisk gruppe. Det er også kun utvalgte grupper innenfor kurderne som omskjærer, og vi har ikke data på hvor stor utbredelsen er internasjonalt blant kurderne.

I følge befolkningsstatistikken utgjør dette 6047 jenter fra de seks landene som inngår i statistikken. Fra Sudan, Gambia og Sierra Leone er antall jenter i denne alderen lav, mens den største gruppen har bakgrunn fra Somalia.

⁴⁰ Med innvandrerbakgrunn menes personer som selv har innvandret til Norge, eller personer født i Norge av to utenlandskfødte foreldre (etterkommere).

Problemet med analysen av befolkningsstatistikk er mangel på kunnskap om den faktiske utbredelsen av kvinnelig omskjæring i eksil. Vi vet lite om omfanget av omskjæring blant disse innvandrergруппene i Norge. Dessuten har vi lite informasjon om hva som kjennetegner de som eventuelt har blitt omskåret, sammenlignet med de som ikke har blitt utsatt for denne praksisen.

Til tross for disse begrensningene har vi noe informasjon som kan brukes for å analysere befolkningsstatistikken. Den relevante kunnskapen og dataene vi benytter i analysen, kan summeres i seks punkter:

- 1) Vi kjenner størrelsen på jente/kvinne befolkningen i Norge med innvandrebakgrunn fra hvert av de seks afrikanske landene.
- 2) Vi har indikasjoner på tall på utbredelsen av omskjæring av kvinner i opprinnelseslandene.
- 3) Vi har informasjon om hva som er vanligste alder ved omskjæring i opprinnelseslandene.
- 4) Befolkningsstatistikken forteller oss hva jentene/kvinnenes alder er i dag.
- 5) Alder ved eventuell innvandring til Norge er også en del av statistikken.
- 6) Vi skiller mellom innvandrere (de som har innvandret) og etterkommere (de som er født i Norge av to utenlandsfødte foreldre).

Tabell 5.1 viser den informasjonen vi legger til grunn for analysen av befolkningsstatistikken. Denne viser at:

- Utbredelsen av omskjæring i de aktuelle opprinnelseslandene er stor, men den varierer mellom land og internt i landene. I Somalia antar man at utbredelsen er på cirka 98 prosent. Den er lavest i Etiopia, med 74 prosent.
- Vanligste alder ved omskjæring i opprinnelseslandene varierer også. Den vanligste alderen i Somalia har vært 5-9 år⁴¹. I Eritrea, Etiopia og Gambia foregår omskjæring allerede når barnet er 0-3 år i noen grupper.

Tabell 5.1 Data og kunnskap som ligger til grunn for analysen av befolkningsstatistikk⁴²

⁴¹ Ting tyder imidlertid på at alder for omskjæring går ned. Samtidig kan omskjæring foretas på jenter som har migrert også etter den vanligste alder.

⁴² Utbredelse i opprinnelseslandet og vanligste alder ved omskjæring i opprinnelseslandet baserer seg på dokumentasjon i Johansen 2005 og korrigeret for Eritrea og Etiopia (National

Opprinnelsesland	Somalia	Eritrea	Etiopia	Gambia	Sudan	Sierra Leone	Sum
Utbredelse i opprinnelseslandet	98 %	89 %	74 %	80 %	88 %	90 %	–
Vanligste alder ved omskjæring i opprinnelseslandet	5-9 år	0-9 år	0-9 år	0-3 år	5-9 år	5-14 år	–
Antall innvandrere, kvinner, 0-19 år	2142	137	280	35	97	54	2745
Antall etterkommere, kvinner, 0-19 år	2374	369	274	154	99	32	3302
Sum	4516	506	554	189	196	86	6047

I tillegg til informasjonen som tabellen gir for det enkelte land, vet vi også den enkeltes alder, alder ved innvandring til Norge, eventuelt om de er etterkommere (født i Norge).

Ved å se denne informasjonen i sammenheng, er det mulig å dele innvandrerne og etterkommerne inn i tre ulike grupper. De tre kategoriene legger til grunn sannsynlighet for at de har blitt utsatt for omskjæringer før de kom til Norge, om de i dag er for unge for denne praksisen, eller om de befinner seg i en alder hvor de i opprinnelseslandet praktiserer kvinnelig omskjæring. Vi vet at mange har sluttet med praksisen etter at de kom til Norge, men vi vet ikke hvor stor andel dette er. De er altså i en alder og livssituasjon der kvinnelig omskjæring kan være aktuelt. Denne kategorien har vi kalt *risikogruppe*. *Dette sier imidlertid ikke noe om hvor mange som er eller kan bli utsatt for kjønnslemlestelse*. Kategorien for unge for omskjæring vil dessuten vokse inn i risikokategorien på sikt. Framstillingen viser situasjonen i dag, men tilhørighet til kategoriene må tolkes ut fra et livsløpsperspektiv. Innvandrere fra de aktuelle landene utgjør en ung befolkning, og det er derfor av interesse også å se hvor stor andel denne yngste kategorien utgjør.

Når det gjelder aldersgrensen for risikogruppen, vet vi at denne kan strekkes både oppover i alder og nedover i alder i forbindelse med migrasjon. Vi tar ikke høyde for dette i kategoriinndelingene, men dette er også et aspekt som gjør at tilhørighet til de ulike kategoriene er tentative.

Den mest detaljerte inndelingen kan vi gjøre for innvandrerne. Den gruppen som vi antar har størst sannsynlighet for å ha blitt omskåret før ankomst til Norge er de som innvandret til Norge i en alder som er høyere enn vanligste alder for omskjæring i opprinnelseslandet, altså høyere enn ni år for somaliere, tre år for Gambiere og så videre. I denne gruppen antar vi at sannsynligheten for å ha blitt omskåret tilsvarer utbredelsen i opprinnelseslandet, altså 98 prosent for somaliere, 90 prosent for eritreere og så videre. Vi antar dermed at en stor del av disse ble omskåret før de kom til Norge.

I motsatt ende er de som er yngre enn vanligste alder for omskjæring (under fem år for somaliere, null år for Eritreere og så videre). Det gjelder de aller yngste innvandrerne, som nettopp har kommet til Norge eller er født i Norge. Her antar vi at sannsynlighet for å ha blitt utsatt for omskjæring er lik null. De er enda for unge for å bli omskåret. De vil imidlertid vokse inn i den neste kategorien.

Den resterende gruppen av jenter med bakgrunn fra hvert land utgjør den siste gruppen, som vi har betegnet *I aldersgruppen der omskjæring er aktuelt i opprinnelseslandet*. Noen kom til Norge før vanligste alder for omskjæring i opprinnelseslandet, men har lang botid, og har rukket å komme i en alder hvor omskjæring er vanlig i opprinnelseslandet. Den omfatter også de som kom til Norge i det aldersintervallet hvor omskjæring vanligvis skjer. Det er denne kategorien som antyder størrelsen på dagens risikogruppe, men sier ikke noe om hvor stor eller liten risiko jentene i kategorien har for å bli utsatt for kjønnslemlestelse.

Tabell 2.2 viser den kvinnelige befolkningen fra de aktuelle landene fordelt på de tre kategoriene.

Tabell 2.2 Kvinner i alderen 0-19 år med innvandrerbakgrunn fra seks afrikanske land, i ulike kategorier av utsatthet for omskjæring. Antall

		Somalia	Eritrea	Etiopia	Gambia	Sudan	Sierra Leone	Totalt
Innvandrer	Trolig omskåret i opprinnelseslandet	617	123	199	18	13	11	981
	For ung for omskjæring	233	0	0	0	18	4	255
	I aldersgruppen der omskjæring er vanlig i opprinnelseslandet	1292	14	81	17	66	39	1509
	Sum	2142	137	280	35	97	54	2745
Etterkommere	For ung for omskjæring	933	0	0	0	66	15	1014
	I aldersgruppen der omskjæring er vanlig i opprinnelseslandet	1441	369	274	154	33	17	2288
	Sum	2374	369	274	154	99	32	3302
Innvandrer- befolkningen i alt	Trolig omskåret i opprinnelseslandet	617	123	199	18	13	11	981
	For ung for omskjæring	1166	0	0	0	84	19	1269
	I aldersgruppen der omskjæring er vanlig i opprinnelseslandet	2733	383	355	171	99	56	3797
	Sum	4516	506	554	189	196	86	6047

Tabell 2.3 framstiller også den kvinnelige befolkningen fra de aktuelle landene fordelt på de tre kategoriene, men nå den prosentvis fordelingen. Dette får tydeligere fram hvordan antallet i de ulike kategoriene fordeler seg ulikt i de ulike landene. Den viser at tre av ti jenter som har innvandret fra Somalia antageligvis var omskåret før de kom til Norge, mens denne gruppen for Eritreas del omfatter nesten alle som innvandrer, fordi alder for omskjæring er lav.

Tabell 2.3 Kvinner i alderen 0-19 år med innvandrerbakgrunn fra seks afrikanske land, i ulike kategorier av utsatthet for omskjæring. Prosent

		Soma- lia	Eritrea	Etiopia	Gambia	Sudan	Sierra Leone	To- talt
Innvandrere	Trolig omskåret i opprinnelseslandet	29	90	71	51	13	20	36
	Ennå for ung for omskjæring	11	0	0	0	19	7	9
	I aldersgruppen der omskjæring er vanlig i opprinnelseslandet	60	10	29	49	68	73	55
	Sum	100	100	100	100	100	100	100
Etterkommere	For ung for omskjæring	39	0	0	0	67	47	31
	I aldersgruppen der omskjæring er vanlig i opprinnelseslandet	61	100	100	100	33	53	69
	Sum	100	100	100	100	100	100	100
Innvandrer-befolkningen	Trolig omskåret i opprinnelseslandet	14	24	36	10	7	13	16
	For ung for omskjæring	26	0	0	0	43	22	21
	I aldersgruppen der omskjæring er vanlig i opprinnelseslandet	60	76	64	90	50	65	63
	Sum	100	100	100	100	100	100	100

Med utgangspunkt i tabell 2.2 og 2.3 anslår vi fordelingen mellom de ulike kategoriene i de seks landgruppene som følger:

Somalia: Innvandrede jenter

- Kategori I: *Eldre enn vanlig alder for omskjæring i opprinnelseslandet.* Tre av ti innvandrede jenter tilhører denne kategorien.
- Kategori II: *For ung for omskjæring*
En av ti innvandrede jenter tilhører denne kategorien
- Kategori III: *I aldersgruppen der omskjæring er vanlig i opprinnelseslandet.* Seks av ti innvandrede jenter tilhører denne kategorien

Etterkommere

- Kategori II: *For ung for omskjæring*
Fire av ti etterkommere tilhører denne kategorien

- Kategori III: *I aldersgruppen der omskjæring er vanlig i opprinnelseslandet*. Seks av ti etterkommere tilhører denne kategorien

Jenter med bakgrunn fra Somalia utgjør den største andelen av de berørte gruppene. Til sammen utgjør de 4500 jenter, vel 2100 innvandrede jenter og nesten 2400 etterkommere. I alt inngår vel 2700 jenter i kategori III, dvs i en aldersgruppe der omskjæring er vanlig i opprinnelseslandet, mens vel 1100 er yngre enn vanlig omskjæringsalder i opprinnelseslandet⁴³.

Eritrea: Innvandrede jenter

- Kategori I: *Eldre enn vanlig alder for omskjæring i opprinnelseslandet*. Ni av ti innvandrede jenter tilhører denne kategorien
- Kategori II: *For ung for omskjæring*
Ingen innvandrede jenter tilhører denne kategorien
- Kategori III: *I aldersgruppen der omskjæring er vanlig i opprinnelseslandet*. En av ti innvandrede jenter tilhører denne kategorien

Etterkommere

- Kategori II: *For ung for omskjæring*
Ingen etterkommere tilhører denne kategorien
- Kategori III: *I aldersgruppen der omskjæring er vanlig i opprinnelseslandet* Alle etterkommere tilhører denne kategorien.

Innvandrede jenter fra Eritrea utgjør omlag 140 personer, mens etterkommere utgjør vel 370. Jenter i alt som tilhører kategori III er 380 personer. Det er imidlertid viktig å understreke at flertallet fra Eritrea praktiserer omskjæring i barnets første leveår. Når etterkommere blir født og oppholder seg i Norge de første leveårene, er sannsynligheten for at disse omskjæres senere relativt lav. Vi har imidlertid ikke sikre tall om fordelingen mellom de gruppene som praktiserer omskjæring på helt små barn og de som foretar dette når barnet er mellom tre og ni år – og har derfor plassert alle i samme kategori. I dag er det innført lovforbud mot kjønnslemlestelse i Eritrea, og vi antar at også dette påvirker utbredelsen. Vi mener dermed at risikoen er lav for de som er i kategori III.

Etiopia: Innvandrede jenter

⁴³ Som tidligere påpekt ser det ut som alder for omskjæring er blitt mer pragmatisk. Dette kan innebære at antall omskjærede ved ankomst til Norge kan være høyere eller lavere. Omskjæring kan også forekomme på jenter som har migrert også etter den vanligste alder.

- Kategori I: *Eldre enn vanlig alder for omskjæring i opprinnelseslandet*. Sju av ti innvandrede jenter tilhører denne kategorien
- Kategori II: *For ung for omskjæring*
Ingen innvandrede jenter tilhører denne kategorien
- Kategori III: *I aldersgruppen der omskjæring er vanlig i opprinnelseslandet*. Tre av ti innvandrede jenter tilhører denne kategorien

Etterkommere

- Kategori II: *For ung for omskjæring*
Ingen etterkommere tilhører denne kategorien
- Kategori III: *I aldersgruppen der omskjæring er vanlig i opprinnelseslandet*. Alle etterkommere tilhører denne kategorien.

Også antall innvandrede jenter fra Etiopia er lavt, men det er litt flere enn fra Eritrea. I alt er det 280 innvandrede jenter, og like mange etterkommere. Om lag 350 tilhører kategori III. Også for Etiopia gjelder det at ulike grupper praktiserer omskjæring i ulike aldersperioder. Et spørsmål her er om barn fra familiene som tradisjonelt praktiserer omskjæring på helt små barn vil utsette dette til senere alder om inngrepet ikke gjøres i det vanlige tidsintervallet. Vi har imidlertid ikke sikre tall om fordelingen mellom de ulike etniske gruppene – og har derfor plassert alle i samme kategori, men antar at risikoen for en stor del av de som er i gruppen er relativt lav.

Gambia: Innvandrede jenter

- Kategori I: *Eldre enn vanlig alder for omskjæring i opprinnelseslandet*. Fem av ti innvandrede jenter tilhører denne kategorien
- Kategori II: *For ung for omskjæring*
Ingen innvandrede jenter tilhører denne kategorien
- Kategori III: *I aldersgruppen der omskjæring er vanlig i opprinnelseslandet*. Fem av ti innvandrede jenter tilhører denne kategorien

Etterkommere

- Kategori II: *For ung for omskjæring*
Ingen etterkommere tilhører denne kategorien
- Kategori III: *I aldersgruppen der omskjæring er vanlig i opprinnelseslandet*. Alle etterkommere tilhører denne kategorien.

Innvandrede jenter fra Gambia er få, bare 35 personer. Etterkommere utgjør 154 stykker. Antall i kategori III utgjør 170 personer. Også i Gambia utføres omskjæring når barn er helt små, men omskjæring praktiseres ikke like mye eller i alle etniske grupper, og heller ikke i ulike befolkningslag og byer. Vi antar at halvdelen av den innvandrede barnebefolkningen, som er svært liten,

vil være omskåret før de kommer, mens den andre halvparten er i en alder der omskjæring ville være vanlig i opprinnelseslandet. Når det gjelder etterkommere anslår vi at alle er i risikokategorien, men i hvor stor grad familier viderefører tradisjonen er ukjent.

Sudan: Innvandrede jenter

- Kategori I: *Eldre enn vanlig alder for omskjæring i opprinnelseslandet.* En av ti innvandrede jenter tilhører denne kategorien
- Kategori II: *For ung for omskjæring*
To av ti innvandrede jenter tilhører denne kategorien
- Kategori III: *I aldersgruppen der omskjæring er vanlig i opprinnelseslandet.* Sju av ti innvandrede jenter tilhører denne kategorien

Etterkommere

- Kategori II: *For ung for omskjæring utgjør*
Sju av ti etterkommere tilhører denne kategorien
- Kategori III: *I aldersgruppen der omskjæring er aktuelt i opprinnelseslandet*
Tre av ti etterkommere tilhører denne kategorien.

Både innvandrede og etterkommere utgjør om lag 100 jenter under 20 år. Halvparten av disse tilhører kategori III. For denne landgruppen er etterkommerne unge, og vel to tredjedeler er i en gruppe som ennå er for unge for omskjæring.

Sierra Leone: Innvandrede jenter

- Kategori I: *Eldre enn vanlig alder for omskjæring i opprinnelseslandet*
To av ti innvandrede jenter tilhører denne kategorien
- Kategori II: *For ung for omskjæring*
En av ti innvandrede jenter tilhører denne kategorien
- Kategori III: *I aldersgruppen der omskjæring er aktuelt i opprinnelseslandet*
Sju av ti innvandrede jenter tilhører denne kategorien

Etterkommere

- Kategori II: *For ung for omskjæring*
Fem av ti etterkommere tilhører denne kategorien
- Kategori III: *I aldersgruppen der omskjæring er vanlig i opprinnelseslandet.* Fem av ti etterkommere tilhører denne kategorien.

Jenter fra Sierra Leone er den minste gruppen. Den kvinnelige barnebefolkningen utgjør mindre enn 100 personer i alt, hvorav det er flere innvandrede jenter enn etterkommere. Vel halvparten av dem befinner seg i kategori III. Tidsintervallet for når omskjæring foregår, er imidlertid langt, slik at mange er i en alder der omskjæring er vanlig i opprinnelseslandet.

Analysen av befolkningsstatistikken - oppsummert

Analysen av befolkningsstatistikken antyder en øvre grense for omfang av kvinnelig omskjæring i den aktuelle kvinnelige befolkningen under tjue år fra seks land.

- Den 1. januar 2007 fantes det 2700 jenter under 20 år som har innvandret fra de seks aktuelle landene, og 3300 etterkommere. Etterkommere utgjør en ung befolkning, med stor andel i de yngste aldersgrupper. Til sammen utgjorde den aktuelle befolkningsgruppen vel 6000 personer. Av disse hadde ca 4500 bakgrunn fra Somalia.

Ut fra informasjon om utbredelse i opprinnelseslandet, vanligste alder ved omskjæring, samt befolkningsstatistikken informasjon om alder i dag og alder ved innvandring, har vi kommet frem til en ytterligere avgrensning av tre kategorier av innvandrede jenter og to kategorier for jenter født i Norge.

Jenter innvandret til Norge fra de seks landene- i alt

- *Kategori 1: Eldre enn vanlig alder for omskjæring i opprinnelseslandet:* Fire av ti jenter har innvandret etter alderen som er vanlig for omskjæring i opprinnelseslandet. Disse antar vi er omskåret i opprinnelseslandet. Disse utgjør i underkant av 1000 jenter
- *Kategori 2: Yngre enn vanlig alder for omskjæring i opprinnelseslandet:* En av ti innvandrede jenter er under den alderen der omskjæring er vanlig. Dette utgjør ca 250 jenter.
- *Kategori 3: I aldersgruppen der omskjæring er vanlig i opprinnelseslandet.* Halvparten av innvandrede jenter fra de seks landene er i alderskategorien der omskjæring er vanlig i opprinnelseslandet. Disse utgjør ca 1500 jenter

Etterkommere

- *Kategori 2: Yngre enn vanlig alder for omskjæring i opprinnelseslandet:*
Tre av ti jenter er yngre enn vanlig alder for omskjæring. Disse utgjør ca 1000 jenter

- *Kategori 3: I aldersgruppen der omskjæring er vanlig i opprinnelseslandet. Sju av ti befinner seg i en alder der omskjæring praktiseres i opprinnelseslandet. Disse utgjør i underkant av 2300 jenter.*

Sett under ett er 3800 jenter (innvandrede og etterkommere) i aldersgruppen der omskjæring er vanlig i opprinnelseslandet. Nesten 1300 jenter er i dag yngre enn vanlig alder for omskjæring i opprinnelseslandet

Tallene gir en tentativ inndeling i kategorier som gjør det mulig å vurdere andre opplysninger om omfang av praksisen opp mot disse tallene.

I noen land praktiserer ulike etniske grupper omskjæring forskjellig. Dette har ytterligere betydning for diskusjonen om hvor stor risiko det reelt er å befinne seg i kategori III.

I det følgende kapitlet vil vi presentere omfanget av kjønnslemlestelse kjent gjennom kartleggingsundersøkelsen. Avslutningsvis i kapitlet vil vi benytte analysen av SSBs befolkningsstatistikk til å drøfte disse.

Kjente tilfeller av kjønnslemlestelse

Barnevernet

I henhold til flere lovbestemmelser om avvergelses- og opplysningsplikt vil barnevernet være mottaker av bekymringsmeldinger om kjønnslemlestelse, både forestående og gjennomførte. Flere yrkesgrupper er pålagt å varsle barnevernet ut fra visse kriterier som setter til side taushetsplikten. Vi kommer tilbake til disse kriteriene, og til hvordan de ulike pliktene fortolkes og forstås i kapittel 8.

I kartleggingsundersøkelsen vi har gjennomført har vi undersøkt omfanget av slike meldinger som barnevernet har mottatt. Vi har bedt barnevernet i alle de kommunene som har de aktuelle befolkningsgruppene melde til oss hvor mange bekymringsmeldinger de har mottatt i 2006 og 2007. Vi har valgt å undersøke begge disse årene, for å undersøke variasjon i innmeldte bekymringer og tilfeller. Vi ville dessuten undersøke om sommerens økte oppmerksomhet mot kjønnslemlestelse gjennom medieoppslag og strakstiltak har bidratt til flere bekymringsmeldinger. Vesentlig her er å se om den økte oppmerksomheten ikke bare førte til flere innmeldte bekymringer, men også til at flere tilfeller av kjønnslemlestelse ble oppdaget.

Undersøkelsen gjelder både for jenter født i Norge og innflyttet til Norge. For jenter innflyttet til Norge gjelder kun kjønnslemlestelse etter at de har bosatt seg i Norge.

Vi har fått svar fra 126 av de 224 barnevernkontorene som ligger i en kommune eller bydel der det bor kvinner fra de berørte landene. Høyest svarprosent har vi fra kommuner og bydeler med størst andel fra de berørte gruppene⁴⁴. Her har 24 av 32 svart. Fra kommunene med liten befolkning fra de aktuelle landene, har 69 av 149 kommuner svart, mens fra kommuner med en mellomstor andel kvinnelige befolkning med bakgrunn fra de aktuelle lande-

⁴⁴ Se metodekapitlet for inndelingen av kommuner. Vi har dessuten samkjørt tallene med en undersøkelse som Byrådsavdelingen i Oslo har gjort for 2007.

ne, har vi fått svar fra 33 av 49 barnevernstjenester. Dette betyr at selv om svarprosenten totalt er på 56 prosent dekker dette likevel en stor andel av befolkningen.

Spørreskjemaet hadde i tillegg til faste svarkategorier, åpne felt for å skrive inn kommentarer og ytterligere opplysninger.

Tall fra barnevernet

Barnevernet har i 2007 fått bekymringsmeldinger på 55 jenter. Året før har vi fått innmeldt 17 bekymringsmeldinger. Det har altså vært en økning av bekymringsmeldinger for 2007 i forhold til året før⁴⁵.

De fleste bekymringsmeldingene gjelder avverging, det vil si at de som meldte inn sin bekymring antok at en jente sto i fare for å bli kjønnslemlestet. I 2006 utgjorde dette ti meldinger og i 2007 gjaldt 48 meldinger avverging, til sammen 58 meldinger for de to årene. Når det gjelder bekymringsmeldinger der det var *mistanke om at kjønnslemlestelse allerede var utført*, var det like mange i 2006 som i 2007, til sammen 14 meldinger for de to årene.

Flere bekymringsmeldinger som gjelder utført kjønnslemlestelse kommer fra samme barnevernstjeneste; én instans oppgir tre tilfeller, og en annen fire. Det går ikke klart frem om dette gjelder familier med flere døtre eller om det er flere familier.

I kartleggingsundersøkelsen oppgir de aktuelle barneverntjenestene at de for 2007 foretok nærmere undersøkelse i 37 saker. Noen gjaldt innmeldte saker fra året før⁴⁶. 34 saker ble ferdigbehandlet etter undersøkelse og eventuelle hjelpetiltak. Èn sak ble påvist. Det er fortsatt 13 saker som ikke er ferdigbehandlet. Fem saker ble henlagt uten undersøkelse da barnevernet fant at de var åpenbart grunnløse.

I 2006 undersøkte barnevernet åtte saker, mens tre saker ble henlagt uten ytterligere undersøkelser.

I de sakene som er avsluttet, har barnevernet, etter samtale med foreldrene, og i noen tilfeller også nærmere undersøkelse av jenta⁴⁷, ikke funnet grunnlag for mistanke om at omskjæring vil finne sted. Andre grunner til at saken ble avsluttet var at familien ble fulgt opp av helsestasjonen eller at foreldre hadde tilbudt seg å få barna undersøkt ved tilbakekomst til Norge. Dette gjaldt be-

⁴⁵ For fire bydeler i Oslo mangler vi opplysninger for 2006. Disse innrapporterte 16 bekymringsmeldinger for 2007. Hvis disse bydelene holdes utenfor, finner vi likevel at det har vært en betydelig økning i meldinger det siste året.

⁴⁶ Siden det forekommer forskyvninger for enkelte saker for når de ble innmeldt og ferdigbehandlet fra 2006 til 2007, vil de summerte tallene ikke overenstemme. Dessuten gjelder opplysningene vi har fått fra Bydelsundersøkelsen i Oslo (se fotnote 40 og metodekapitlet) bare for 2007 (men dette gjelder små justeringer).

⁴⁷ Hva denne undersøkelsen går ut på spesifiseres ikke svaret vi har fått fra respondanten.

kymringsmeldinger i forbindelse med utenlandstur. I ett tilfelle for eksempel, skriver barnevernstjenesten at bekymringen gjaldt en mor som skulle ta med barna til England. Det ble avklart at mor hadde flere nære slektninger der som hun skulle besøke. De hadde grundige samtaler med mor og far, der de gjennomgikk loven om forbud mot kjønnslemlestelse. De fikk foreldrenes skriftlige bekreftelse på at de var orientert om lovbestemmelsene, og at de ville gå til politianmeldelse dersom tegn tydet på at barna var blitt utsatt for inngrep. Foreldrene tilbød da på eget initiativ å la barna undersøkes av lege etter utenlandsturen, for å vise at barna var uskadet. Etter dette fant barnevernet å kunne henlegge undersøkelsessaken.

I noen få tilfeller var begrunnelsen for henleggelse at familien befant seg i utlandet over lengre tid. Bekymringen gjaldt i dette tilfellet en familie med tre søstre, og disse oppholdt seg i et annet land da barnevernet mottok meldingen. At saken henlegges fordi barna ikke er i landet, sier ikke noe om hvorvidt barna er utenfor faresonen, men snarere at barnevernet ikke er i stand til å gjøre noe.

Bare én bekymringsmelding har til nå endt i påvist tilfelle av omskjæring. Det er i den sammenheng interessant å se hva som er indisiene bak innmelding av bekymring, fordi dette sier noe om hva som vekker mistanke. I mange tilfeller gjaldt dette utenlandsreise (16 tilfeller). Utenlandsreise er en mistankeindikator både for at omskjæring skal finne sted, og at det har skjedd. Mistanken ble også vekket av noe barnet hadde fortalt (fem tilfeller), atferd hos foreldre (fire tilfeller), atferd hos barnet (ett tilfelle) og fravær (ett tilfelle). De mindre kommunene melder også om at meldingen kommer etter rykter fra andre som står familien nær. Jentas alder og landtilhørighet har i enkelte tilfeller vært utslagsgivende, altså at det foretas en vurdering ut fra generelle kjennetegn, og ikke ut fra kjennskap til familien. En tolkning her er at tette lokalmiljøer kan føre til at mistanke fra naboer og bekjentskapskrets lettere fanges opp eller formidles til barnevernstjenesten.

Når det gjelder hvilken instans som har sendt inn bekymringsmelding til barnevernet, kommer de fleste fra skole eller barnehage (13 meldinger i 2007). Dernest kommer nabo/bekjent (fem), helsestasjon/helsevesen (fire) og politi (fire). I ett tilfelle har et asylmottak kontaktet barnevernet angående mistanke. Alle instansene har en økning i antall meldinger til barnevernet fra 2006, men dette gjelder særlig for skoler, der økningen har vært på 90 prosent. Politiet står for en stabil mengde meldinger begge år.

Det er verdt å merke seg den lave andelen innmeldte bekymringsmeldinger fra helsestasjoner til barnevernet. Dette ser vi som et viktig funn i vår undersøkelse. Som det kommer fram under, er det fra helsestasjonene vi finner flest påviste tilfeller av omskjæringer. En mulig forklaring på den lave andelen bekymringsmeldinger fra helsevesenet kan være at de følger opp bekymringene selv, og får avkrefret saken. De kan eventuelt gå direkte til politiet om de påviser tilfeller, alternativt sørge for medisinsk oppfølging i helsevesenet.

Som kapittel 7 vil vise, oppgir halvparten av barnevernskontorene imidlertid at samarbeidet med helsestasjonene er godt, og helsestasjoner og politi utgjør de instansene barnevernet oppgir å ha best samarbeid med. Dette tyder på at helsestasjonene kanskje ikke melder så ofte til barnevernet som andre instanser, men at de ofte er i dialog om saker og dermed rådfører seg med barnevernet.

At barneverntjenesten ikke nødvendigvis blir informert om at helsevesenet møter aktuelle saker, kommer også fram i svarene fra barnevernet. For eksempel skriver to av barneverntjenestene at de ikke har fått inn saker, men de vet med stor sannsynlighet at tilfeller av kjønnslemlestelse finnes i deres kommune. Fra den ene kommunen har vi mottatt informasjon fra helsestasjoner i byen om at de har hatt mistanke, og at de selv har undersøkt saken – og funnet at det ikke var grunn for å følge opp. Disse tilfellene er dermed ikke meldt videre til barnevernet, men har blitt avsluttet hos helsevesenet. Barnevernet kan ha fått kjennskap til dette gjennom tverretattlig samarbeid, men har ikke selv befattet seg med sakene. Dette er sannsynligvis grunnen til at de melder inn til oss at de kjenner til at kjønnslemlestelse er et aktuelt tema i kommunen, uten at de er involvert i disse sakene.

Helsestasjonene

Vi har foretatt en spørreskjemaundersøkelse til et strategisk utvalg kommuner og bydeler. Dette utvalget omfatter Oslo, Bergen, Stavanger, Tromsø, Skien, Drammen, Fredrikstad og en mindre vestlandskommune. Til sammen inngikk 70 helsestasjoner for barn, 29 helsestasjoner for ungdom og 44 skolehelsetjenester. De valgte kommunene dekker større byer med stor andel av de aktuelle befolkningsgruppene, mindre byer med stor aktuell befolkningsandel som både har vært med i OK-prosjektet og ikke, og mindre kommuner. I de største kommunene har vi gjort et utvalg av de mest aktuelle bydelene.

Etter purring har vi fått svar fra 20 helsestasjoner for barn, 12 helsestasjoner for ungdom, fire som omfatter både barn og unge og fra 15 skolehelsetjenester. Svarprosenten er dermed lav og ligger på rundt 30 prosent når vi ser de tre typene helsestasjoner under ett. Vi har imidlertid fått svar fra en stor andel helsestasjoner som har erfaring med kjønnslemlestelse i sitt arbeid, og flere av disse ligger i bydeler og byer der vi også fra barnevernet og skolene har fått tilsvarende tilbakemeldinger. Færre svar kommer fra helsestasjoner som har liten erfaring med kjønnslemlestelse.

Når det gjelder *helsestasjoner for barn* har disse til sammen meldt inn til oss at de har hatt ti mistanker og ett påvist tilfelle. I ett tilfelle er saken politianmeldt. Alle tilfellene er fra byer med stor andel av de berørte befolkningsgruppene.

Vi finner at det er ulik praksis for hvordan helsestasjonene går fram når de har mistanke eller oppdager at et barn er omskåret. Noen har klar rutine for å kontakte barnevernet. I ett tilfelle sier helsestasjonen at de alltid kontakter barnevernet i slike saker. Vi finner imidlertid ikke denne saken innrapportert til oss fra barnevernet. Fire sier at de aldri kontakter barnevernet eller politi. I ett tilfelle kontakter de alltid politi. Dette gjelder helsestasjonen som har erfaring med en påvist sak. Selv om enkelttilfeller av mistanke/påvisning kan fortone seg forskjellig, og krever ulik form for oppfølging, er det uansett grunn til å påpeke at det ikke er felles forståelser og rutiner for oppfølging.

Fra fem *helsestasjoner for ungdom* er det tilsammen rapportert tre mistanker (for 2007) og seks påviste tilfeller av kjønnslemlestelse (fire fra 2007 og to fra 2006). Helsestasjonene ligger i to av de største byene og en by med stor andel fra den aktuelle befolkningsgruppen.

Det som kjennetegner helsestasjoner for ungdom er at dette er en helsetjeneste som ungdom oppsøker selv. Opplysningene om utført omskjæring er noe de unge selv formidler, de ønsker hjelp for helseplager og i noen tilfeller hjelp til å bli åpnet. I enkelte tilfeller har helsestasjonen hatt mistanke ut fra fysiske plager, men uten at dette har blitt bekreftet av pasienten. I ett tilfelle bygger mistanken på utenlandsreise og at en eldre søster er omskåret.

Tre av de femten *skolehelsetjenester* som har svart, har rapportert inn 18 saker angående mistanke (to fra 2006 og 16 fra 2007) og fem påviste tilfeller (to fra 2006 og tre fra 2007). Som vi ser er det stor økning i antall mistanker fra 2006 til 2007, mens økningen i påviste tilfeller er mindre.

Også når det gjelder skolehelsetjenesten er informasjon fra eleven en måte å få kjennskap til om kjønnslemlestelse er utført. Likevel er det først og fremst helseplager som har ført til at de har fått kjennskap til dette. I ett av de påviste tilfellene var inngrepet utført da hun var barn, og hun ble nå fulgt opp av skolehelsetjenesten.

At jentene har hatt utenlandsopphold, i ett tilfelle også langt fravær fra skolen, vekker mistanke. Skolehelsetjenesten sier de ansatte alltid snakker med foreldrene, og de kontakter alltid barnevernet når de har mistanke om at kjønnslemlestelse kan skje.

Skolehelsetjenesten tar i noen tilfeller opp temaet med foreldre fra berørte grupper. En beskriver sin erfaring slik:

Jeg har flere år tatt opp omskjæring som tema ved mine skoler. Tar dette alltid opp ved skolestart-undersøkelsen og med nyankomne til landet. Jeg har ikke opplevd at det er foreldrene som har gitt meg mistanke om at de har tanke for å utøve en slik praksis her i Norge eller reise til utlandet. Mange forteller at de er omskåret selv og at deres døtre ble omskåret før de kom til Norge. Jeg har hatt flere fine samtaler både med mødre og fedre ang. dette temaet, og jeg opplever de som ærlige. Jeg er kanskje naiv, men ofte fortsetter de på temaet selv om jeg har avsluttet det.

Skoler og barnehager

Barnevernet rapporterte at de fleste bekymringsmeldingene kommer fra skoler og barnehager, og det har vært en stor økning fra 2006 til 2007 i slike meldinger. Vår undersøkelse omfatter et strategisk utvalg skoler og barnehager i de samme kommunene/bydelene som helsestasjonene og barnevernstjenestene som inngår i studien, ligger. I alt inngår 41 skoler og 52 barnehager i utvalget. De fleste er valgt ut fordi vi kjenner til at de har elever fra de aktuelle målgruppene, men noen skoler er også valgt for å få kunnskap om deres beredskap. Skoler/barnehager ligger i samme lokalmiljø som helsestasjonene. Dette er blant annet fordi vi vil se om vi finner igjen bekymringsmeldinger på tvers av institusjoner og tjenester. Vi har fått svar fra 12 skoler og 23 barnehager. Dette betyr at svarprosenten for skoler er 29 prosent og fra barnehager 44 prosent. Av de vi har fått inn er andelen som har innmeldt mistanker lav. Vi tenker at hvis skolene/barnehagene har hatt mistanke eller saker angående kjønnslemlestelse, ville de vært motivert for å svare. Samtidig finner vi, at bekymringsmeldingene fra skoler og barnehager er langt lavere enn antall meldinger som barnevernet rapporterte fra disse instansene. Det finnes dermed en del skoler og barnehager som har erfaringer med å sende bekymringsmeldinger, som vi ikke har fanget opp i vår undersøkelse.

Det er bare tre *skoler*, en skole i hver av de tre største byene, som melder inn at de har hatt mistanker om kjønnslemlestelse. Til sammen gjelder det seks bekymringer, tre i 2006 og like mange i 2007, altså ingen økning for disse to årene. Alle mistankene er knyttet til utenlandsreiser, i ett tilfelle om lengre fravær. Skolene sier de aldri har politianmeldt slike saker.

Fra *barnehagene* har vi fått tilbakemelding om mistanker fra tre av dem, og der disse rapporterte inn én mistanke fra 2006 og tre mistanker fra 2007. En barnehage ligger i en bydel med flere meldinger fra både skole og helsestasjoner, en i en bydel der barnehagen er den eneste innmelding, mens den tredje barnehagen ligger i en liten kommune. I den lille kommunen sier de at de ikke har vært direkte bekymret, men vurdert muligheten i ett tilfelle. Dette gjaldt samme jente, og mistanken var knyttet til sommerferier både i 2007 og 2006. De har ikke meldt denne bekymringen videre, men har heller ikke merket noe spesielt på jenta. En av bekymringene fra barnehagene gjaldt en eldre søster til et barnehagebarn, men de foretok seg ingenting. Den tredje gjelder to barn med lengre fravær. De har heller ikke foretatt seg noe i dette tilfellet.

Sykehusavdelinger

Vi har kontaktet relevante avdelinger ved sykehusene for å få kjenneskap til hvor mange tilfeller av kjønnslemlestelse de kjenner til. Når det gjelder *barneavdelinger* har vi kontaktet sykehus i Oslo (to avdelinger), Drammen, Stavanger, Bergen, Trondheim og Narvik. Vi har fått svar fra seks av sju barneavdelinger. *Legevaktene* i disse kommunene er også kontaktet, og vi har fått svar fra seks av åtte. Svarprosenten er altså god når det gjelder både barneavdelinger og legevakter. Når det gjelder *gynekologiske poliklinikker/fødeavdelinger* omfatter undersøkelsen fem i Oslo, tre i Trondheim, én i Bergen, én i Stavanger, tre i Drammen og tre i Narvik. Vi har fått svar fra sju av 16 avdelinger.

Når det gjelder de gynekologiske poliklinikker, har vi fått svar fra to at de har påvist ett tilfelle i 2006 og to tilfeller i 2007. Videre har de hatt mistanke om kjønnslemlestelse av jenter i den tiden de har bodd i Norge i ett tilfelle i 2006 og fem tilfeller i 2007. Det ene sykehuset sier at ingen av sakene er politianmeldt, men at de ofte kontakter barnevern når de har mistanke.

I tillegg til de som har returnert spørreskjemaet, har vi vært i kontakt med en gynekologisk avdeling som har erfaringer med at flere unge jenter ønsker å bli åpnet. De har imidlertid ikke rutiner for å registrere antall, og har ikke kunnet gi oss noe tall.

Fra en legevakt har vi fått inn melding om at de ved to tilfeller har behandlet jenter med underlivsproblemer på grunn av omskjæring. Det går ikke med sikkerhet fram om dette gjelder omskjæring før eller etter bosetting i Norge. Utvalgte legevakter og barneavdelinger vi har vært i kontakt med oppgir imidlertid at de aldri har mottatt jenter med akutte komplikasjoner som blødninger eller infeksjoner som tegn på at omskjæring nylig har blitt gjennomført.

Vi vet heller ikke om de påviste tilfellene fra gynekologiske poliklinikker har kommet fram etter henvisning fra andre instanser som helsestasjoner og skolehelsetjenester. De påviste sakene kan dermed være identiske med andre instansers innrapporteringer til oss.

Tilbakemeldingen fra de ulike sykehusavdelingene og legevaktene som vi har kontaktet både via spørreskjema og pr telefon understreker at de ikke har registreringskategorier når det gjelder pasientens landbakgrunn og botid. Dette innebærer at om de behandler pasienter som er omskåret, vil det være tilfeldig om de får vite hvor og når inngrepet ble utført. Det er også et omskiftelig personale som arbeider ved avdelingene, og eventuelle tilfeller av omskjæring blir ikke nødvendigvis formidlet til kolleger. De finner det dermed vanskelig å komme med tall basert på antagelser.

Avsluttende vurdering

Kartleggingsstudien har hatt som formål å få fram tilfeller av mistanke og påvist omskjæring som blir oppfanget av hjelpeapparatet, helsevesenet og skoler/barnehager. Avslutningsvis vil vi sammenfatte de bekymringsmeldingene, mistankene og kjente tilfellene som har kommet fram i spørreskjemaundersøkelsen til de ulike instansene. Dette gjelder mistanker og utførte inngrep for jenter som er født i Norge eller innflyttet til Norge, men der omskjæringen har skjedd etter innflytting til Norge. I tillegg har vi lagt til påviste tilfeller der disse kommer fra kommuner/bydeler der barnevernet ikke har meldt inn saker og tilfeller der de sier de ikke har involvert barnevernet. I ett tilfelle vet vi at påviste sak opptrer både i barnevernstjenesten og helsestasjon, og har korrigert tallene ut fra dette. Samler vi tallene vi har fått fra de ulike instanser finner vi, slik de er presentert i tabell 2.1 at:

Tabell 2.1 Saker rapportert fra barnevern, helsestasjoner for barn/unge/skolehelsetjenesten, skoler/barnehager og sykehus. Både 2006 og 2007. Gjelder mistanke og utført kjønnslemlestelse når jenta er bosatt i Norge.

	Barnevern	Helsestasjon/ Skolehelsetj.	Skoler/ barnehage	Sykehus	I alt ⁴⁸
Mistanke	72	23	10	6	111
Påvist omskjæring	1	12	0	3	15
Pågående/ikke henlagte saker ⁴⁹	12	0	0	0	12
Politianmeldt	3	3	0	0	6

- Til sammen er det til oss innrapportert 15 tilfeller av påvist kjønnslemlestelse, fem i 2006 og ti i 2007. Ett tilfelle er rapportert inn av barnevernet, 12 av helsestasjoner og tre av sykehusavdelinger.
- Det ble rapportert til oss 17 bekymringsmeldinger fra barnevernet og syv bekymringer fra helsestasjoner, skoler, barnehager og sykehusavdelinger for 2006. Det ble rapportert til oss om 55 bekymringsmeldinger fra barnevernet og 32 bekymringer fra de øvrige instansene for 2007. Til sammen utgjør dette 111 bekymringsmeldinger/bekymringer for de to årene.
- Bare én av bekymringsmeldingene til barnevernet har til nå ført til påvist omskjæring.

⁴⁸ Tallene er korrigert der vi vet at samme sak blir innrapportert fra flere instanser. Dette gjelder ett tilfelle av påvist omskjæring meldt til barnevernet.

⁴⁹ Vi brukte "pågående saker" i spørreskjemaet, men bruker i den videre tekst "ikke henlagte"

- Seks saker er politianmeldt, tre av barnevernet og tre av helsestasjoner.
- Barnevernet hadde 12 ikke henlagte saker pr 1. januar 2008
I to tilfeller vi kjenner til gjelder de ikke henlagte sakene familier som befinner seg i utlandet.

Når det gjelder rapporterte tilfeller til oss av påviste omskjæringer, vet vi ikke når omskjæringene har skjedd. Vi må også ta forbehold om at instansene er sikre på at dette er omskjæring som er utført etter innflytting til Norge. Vi vet heller ikke hvordan omskjæringene ble dokumentert, altså hvem som eventuelt foretok undersøkelse eller om det er basert på selvrapporing.⁵⁰

Når det gjelder barnevernet gjaldt de fleste bekymringsmeldingene avverging, mens det i 14 tilfeller var bekymring for at omskjæring var foretatt. Når det gjelder avverging var dette i mange tilfeller forbundet med utenlandsreise.

Ett slående trekk er at det er meldt inn langt flere bekymringsmeldinger i 2007 enn i året før. Dette antar vi har sammenheng med den oppmerksomheten som har vært når det gjelder kjønnslemlestelse det siste året. Dette sier noe om at økt oppmerksomhet om temaet også øker tjenestenes bevissthet og beredskap. Økt antall bekymringsmeldinger kan si vel så mye om bevisstheten hos hjelpeapparatet som faktisk utbredelse. Dette forteller at det er et forbedringspotensiale som kan utvikles. På den andre siden vil medieoppmerksomhet bidra til ubegrunnede mistanker, noe som er betenkelig. Høyt på dagsorden i forbindelse med fjorårets strakstiltak sto utenlandsreise som grunnlag for mistanke. Utenlandsreise er et sentralt indisium på mistanke som alle instanser har plukket opp. Her reiser det seg en del problemstillinger når vi ser på økningen i bekymringsmeldinger, og samtidig den store andelen av at disse sakene henlegges. Det er grunn til å reflektere over om en utenlandsreise skal være et tilstrekkelig kriterium for mistanke. Er det eventuelt andre kjennetegn ved familien som bidrar til å forsterke mistanke i tillegg til utenlandstur? Dette reiser spørsmål om hva som skal utgjøre en *begrunnet* mistanke. En av oppvekstetatene vi har vært i kontakt med i en kommune får gjentatte spørsmål om dette fra barnehager som tar kontakt med dem.

De aller fleste bekymringsmeldinger som barnevernet har fått, har blitt avsluttet etter samtale med foreldre og eventuelt ytterligere undersøkelser og oppfølging av helsevesenet. I noen tilfeller iverksettes tiltak som å få underskrift på brev om at foreldrene kjenner til lovbestemmelsene og er klar over at

⁵⁰ Johndotter (2005) tar for eksempel for seg en sak i Sverige der et barn ble feilaktig påvist omskåret av tre sykepleiere før dette ble endelig avkreftet av en rettsmedisiner og to barneurologer. Se Johndotter 2005: "Är könsstympningen i Sverige belagd nu?" i *Läkartidningen* Nr. 35 2005 Volym 203

barnevernet kan politianmelde saken hvis det senere er tegn som tyder på at barnet er blitt omskåret. I noen tilfeller følges familien opp videre, men dette er unntaket. Oppfølging begrunnes som oftest med at familien trenger en slik oppfølging av andre grunner. I samtale med en representant for barnevernet, som også hadde jobbet mye med somaliske kvinner og temaet kvinnelig omskjæring, fortalte at i de fleste tilfellene barnevernet kom bort i denne type saker var det med familier som "lå veldig nede", altså at det ofte var i familier med sammensatte problemer.

For barnevernets del er det verdt å merke seg at det først og fremst er skoler og barnehager som sender inn bekymringsmeldinger til dem. Lærere og barnehagepersonells daglige kontakt med jentene det gjelder, er kanskje forklaringen på at de kan få mistanke til at jentene kan utsettes for omskjæring. Det kan også være at informasjon kommer fram gjennom det jentene forteller. Som oftest er mistanke knyttet til fravær og utenlandsreiser, og det er skoler og barnehager som vil kunne registrere denne type fravær. I samtaler med representanter for skole og barnehage ble nettopp dette nevnt; det er gjerne i forbindelse med skoleferie og skoleoppstart at temaet omskjæring blir en problemstilling for dem, når jenter skal på ferie eller ikke møter til skolestart. Det kan være mange andre grunner til at jenter ikke møter til skolegang. At skoler og barnehager melder hyppigere til barnevernet kan være et uttrykk for at skoler og barnehager føler seg lite kompetente til å håndtere tematikken selv. De melder derfor oftere saken videre til barnevernet enn det f.eks. helsevesenet gjør, som har større kompetanse og mulighet for å følge opp saken selv. Hvordan opplysnings- og avvergelsesplikten oppfattes og praktiseres av de ulike instansene kommer vi tilbake til i de følgende kapitlene.

Vi har fått en begrenset respons fra skoler og barnehager i vår undersøkelse. Fra de som har gitt oss tilbakemelding, og som har hatt aktuelle saker å melde inn, er det verdt å merke seg at i de fleste tilfellene har de ikke gått videre til barnevernet med saken. Vi antar derfor at det kan være en del flere skoler og barnehager som har hatt mistanke om omskjæring, men hvor de ikke har sendt inn bekymringsmeldinger til barnevernet.

Vi mener det har vært for lite oppmerksomhet rettet mot skoler og barnehager når mulige tiltak mot omskjæring har vært diskutert, likeledes i forhold til kompetansebygging.

Helsestasjoner for barn har bare rapportert til oss om ett tilfelle av omskjæring, men har til sammen hatt ti mistanker. Disse helsestasjonene forholder seg til små barn og bekymringene kan gjelde avverging. Flere helsestasjoner melder inn at de rutinemessig tar opp spørsmålet med foreldre, og i denne sammenheng kan de få en formening om foreldrenes holdninger. *De fleste påviste tilfeller av omskjæring er innmeldt fra helsestasjoner for ungdom og skolehelsestasjonene.* I flere tilfeller vet vi positivt at det er barna og ungdommene selv som har tatt kontakt med helsestasjonen og spurt om hjelp. At

de påviste sakene gjelder eldre jenter kan også innebære at omskjæringene skjedde for flere år tilbake og ikke er "nye" tilfeller.

Det er uvisst når og hvor jentene som selv rapporterer at de er omskåret ble dette. Da dette er helsestasjoner for ungdom er det stor sannsynlighet for at de ble omskåret da de selv var i aktuell alder, altså en tid tilbake. Man kan derfor ikke nødvendigvis ta disse tallene som indikasjoner på omfang av dagens praksis.

Det er mange etiske dilemmaer som ligger i håndtering av disse sakene, også når det gjelder å bygge opp rutiner for håndtering av disse. Ett funn er hvor forskjellig situasjonen rundt de enkelte påviste tilfellene er, som gjør at gode tiltak må vurderes kontekststøttet.

Vi har også gjort oss en del tanker når det gjelder forholdet mellom bekymringsmeldinger og påviste saker. Siden de fleste bekymringsmeldingene gjelder avverging, kan bekymringen ha vært ubegrunnet eller en samtale kan ha virket preventivt. Dette har vi fått tilbakemelding på er situasjonen i noen tilfeller, og hvor framgangsmåten de har brukt har blitt beskrevet mer inngående. Det formidles til oss at noen foreldre i samtalen har sagt at de er i mot omskjæring, og at den planlagte utenlandsreisen aldri var forbundet med risiko for datteren. De var tilfreds med å kunne bevise dette, og slippe ytterligere mistanke. I andre tilfeller kan man anta at mistanken kan bli oppfattet mer problematisk. At det kommer mange meldinger der de fleste blir henlagt, kan også bety at barnevernet ikke følger opp sakene. Mange bekymringsmeldinger kan dessuten bidra til at miljøene blir skeptisk til det offentlige hjelpeapparatet. Det kan også bidra til at gruppene stigmatiseres ytterligere. Det er innrapportert i to tilfeller at familien blir boende i utlandet når de får kjennskap til bekymringsmeldingen knyttet til utreisen. Kontrollaspektet fører i slike tilfeller til at barn mister kontinuitet i skolegang, samtidig som at saken ikke minsker risiko for kjønnslemlestelse.

Samlede vurderinger av omfang

Vår undersøkelse bekrefter at kjønnslemlestelse har blitt utført på jenter som bor i Norge, men at antall påviste tilfeller som er oppfanget av offentlige instanser er svært lavt.

- SSB statistikken viser at ca 3700 jenter befinner seg i dag i en alder der omskjæring er vanlig i opprinnelseslandet
- Barnevernsinstansene som har besvart har de to siste årene påvist ett tilfelle
- Helsestasjoner som har besvart undersøkelsen har innrapportert tolv tilfeller
- Gynekologiske poliklinikker/fødeavdelinger som har besvart har innrapportert tre tilfeller

Gapet mellom kjente tilfeller og størrelsen på den aktuelle aldersgruppen er svært stor. Hvordan kan dette forklares?

Vi har ikke fanget opp alle kjente tilfeller

Barnevernet gjøres ikke nødvendigvis kjent med tilfeller av kjønnslemlestelse som helsestasjoner og relevante sykehusavdelinger kjenner til.

Tilfellene fra helsestasjoner kommer fram i undersøkelsen med strategisk utvalg. Svarprosenten er 30 prosent, men vi vet likevel at vi har dekket viktige kommuner og bydeler. Når det gjelder sykehusavdelingene er dekningsgraden bedre. Vi har derfor ikke fanget opp alle tilfeller av kjønnslemlestelse fra de to siste årene som er kjent gjennom helsestasjoner og relevante sykehusavdelinger. Vi vet også med sikkerhet at det finnes tilfeller som ikke er innrapportert til oss. Tatt i betraktning de kommuner/bydeler/distrikt vi har dekket mener vi likevel å ha dekning for å si at omfanget ikke er *betydelig* større enn det vi allerede kjenner til.

De fleste tilfeller er jenter som selv har fortalt at de er omskåret

Et annet trekk det er verdt å påpeke er at bare ett tilfelle er påvist fra helsestasjon fra barn, mens de resterende elleve tilfellene er fra skolehelsetjenesten, helsestasjon for ungdom og gynekologiske poliklinikker. Her har barn/unge selv fortalt om egen omskjæring i de fleste tilfellene.

De fleste kjente inngrep ligger lenger bak i tid

I de tilfellene der barn/unge selv har fortalt om inngrepet ligger dette noen år tilbake i tid for de fleste. Også tilfeller som berørte grupper og representanter fra organisasjonene har fortalt om ligger tilbake i tid⁵¹, de fleste før år 2000. Vi har dessuten fått en oversikt over tilfeller som *Human Right Service* har kjennskap til. Dette gjelder også saker der kjønnslemlestelsen ligger noen år tilbake i tid, også her er de fleste fra før år 2000⁵². Dette kan støtte opp om en teori om at omfanget var større før, og at antallet som praktiserer omskjæring

⁵¹ Med unntak av én person som oppgir å kjenne til at omskjæring skjer – tidspunktet er imidlertid ukjent

⁵² *Human Right Service* kjenner til tre tilfeller der norske myndigheter har undersøkt og konstatert omskjæring på jenter født i Norge. To av disse tre (to søstre) ble omskåret da de var seks måneder gamle i hjemlandet, dette var før 2001. Den tredje saken ble anmeldt av HRS i 2005, og omskjæringen må således ha skjedd før dette. De tre sakene gjelder gambiske jenter. De nevner også andre saker: I 1997 ble de kjent med at tre jenter som har bekreftet at de ble omskåret i 1993 på ferie i opprinnelseslandet. Gjennom et journalistisk arbeid for TV 2 i år 2000, ble somaliske jenter på tre videregående skole intervjuet og rapporterte om til sammen rundt 20 jenter i Norge som de kjente til var omskåret etter ankomst Norge/født i Norge. Dette har nødvendigvis skjedd før 2000.

har gått ned. En forklaring på endringer kan være at oppmerksomhet på loven, de siste årenes informasjonskampanjer, OKs kompetansebygging hos helsestasjoner og andre instanser og tettere oppfølging av bl.a. asylsøkere virker.

Bekymring virker preventivt

Barnevernet har fått inn 72 bekymringsmeldinger, der de aller fleste er henlagt etter videre undersøkelse. Mange er innmeldt fra skoler/barnehager. Helsestasjoner rapporterer om 31 bekymringer. De fleste bekymringer/bekymringsmeldinger gjelder avvergelse. At familier har blitt innkalt til samtaler på helsestasjonen eller hos barnevernet kan ha virket preventivt.

Hjelpeapparatet/helsetjenesten fanger ikke opp tilfellene?

- Vi kjenner til at barnevernet og helsetjenesten har samtaler med foreldrene, men undersøker ikke jentene i alle tilfeller
- Familier kan flytte i inn- og utland, noe som gjør at familiene ikke alltid følges opp
- Mer utstrakt bruk av type I klitoridektomi eller IV prikking kan føre til at skole- og helsepersonell ikke fanger opp signaler og mistanke, fordi denne typen ikke gir samme symptomer eller helseplager som mer omfattende type II eksisjon eller III infibulasjon

I avslutningskapitlet vil vi se omfanget i sammenheng med det som kommer fra i kapittel 3 og 4 om endring i praksis i opprinnelseslandet og holdninger i en norsk tilværelse.

Profesjonenes rutiner og kompetanse

Rutiner og kompetanse - innledningsvis

Kompetanseheving har vært et prioritert område. Den første handlingsplanen vektla kompetanseoppbygging særlig innenfor helseprofesjoner, og det var særlig disse profesjonene som deltok i OK-prosjektet. Sosial- og helsedirektoratet har i tillegg jobbet med kompetansebygging og holdningsskapende arbeid i form av spisskompetanse i helseregionene og ved poliklinikker, og som årlige helsetverrfaglige nasjonale og regionale seminarer. OK-prosjektet arbeidet også mot barnevernet, og det ble igangsatt en begrenset antall prosjekter rettet mot skoler og barnehager i tillegg til informasjonsmateriale til alle disse instansene.

For å videreføre arbeidet fra OK-prosjektet har Sosial- og helsedirektoratet (nå Helsedirektoratet) etablert en ressursgruppe i hver helseregion. Ressursgruppene består både av representanter fra helsetjenesten og berørte grupper med etnisk minoritetsbakgrunn, og arbeider for å spre kunnskap om kjønnslemlestelse spesielt blant helsepersonell.

Vi skal i dette kapitlet se nærmere på hvilke rutiner og kompetanse barnevernet, helsestasjoner, skoler, barnehager og aktuelle sykehusavdelinger har når det gjelder kjønnslemlestelse, slik dette kommer fram av kartleggingsstudien vi har gjort.

Barnevernet

Før vi går videre inn på barnevernets praksis vil vi nevne mandatet til barnevernet mer generelt. Barnevernet har et spesielt ansvar for å søke avdekket omsorgssvikt, atferds-, sosiale og emosjonelle problemer så tidlig at varige problemer kan unngås, og sette inn tiltak i forhold til dette. Barnevernet skal medvirke til at barns interesser ivaretas også av andre offentlige organer. Barnevernet skal inngå samarbeid med andre sektorer og forvaltningsnivåer og bør samarbeide med frivillige organisasjoner som arbeider med barn og unge.

Etatens arbeid er hjemlet i barnevernloven; Lov av 17. Juli 1992 nr. 100 om barneverntjenester. Lovens formål er å sørge for at barn og unge som lever under forhold som kan skade deres helse og utvikling, får nødvendig hjelp og omsorg til rett tid, samt å bidra til at barn og unge får trygge oppvekstvilkår, jfr. §1-1.

Barne- og likestillingsdepartementet har det overordnede ansvaret for barnevernet. Barne-, ungdoms- og familieetaten (Bufetat) forvalter det statlige barnevernet. De har opprettet fagteam som utgjør bindeledd til kommunene. Kommunens barnevernstjeneste tar imot meldinger om barn, og har ansvar for å undersøke forhold og anbefale tiltak i samsvar med lov om barnevernstjenester. Fylkesmannen har tilsynsansvar med barnevernet og er klagevedtak for enkeltsaker i kommunen.

For de som ikke kjenner barnevernets generelle virksomhet og rutiner, kan det være nødvendig med noen bakgrunnsopplysninger. Dette blir selvsagt en forenklet framstilling. En sak i barnevernet begynner oftest med en bekymringsmelding, enten fra det barnet eller de foreldrene saken gjelder, eller fra andre. Barnevernkantoret er forpliktet til å vurdere alle meldinger seriøst. I noen tilfeller vurderer man at meldingen er ubegrunnet, og den blir henlagt uten videre undersøkelse. Ellers igangsettes undersøkelse. Når undersøkelsen er over, fatter barnevernet et vedtak, enten om henleggelse eller tiltak. Et barneverntiltak kan være mange ulike ting, men det er vanlig å skille mellom "hjelpetiltak" og "tvangstiltak". De aller fleste tiltak som barnevernet iverksetter, er frivillige tiltak, som støtte til barnehageplass, støttekontakt, terapi og veiledning. For at tiltak skal iverksettes må ha barnevernet ha et rettslig grunnlag i barnevernloven. Det fins egne regler for hva slags vedtak som kan fattes av det enkelte barnevernkantor og hvilke saker som må fremlegges for Fylkesnemda for sosiale saker. For eksempel kan barnevernkantoret fatte midlertidig vedtak om akutt plassering av et barn. I likhet med forberedte omsorgsovertakelser, må slik akutt plasseringer behandles av Fylkesnemda i etterkant, for å stadfeste eller oppheve vedtaket.

Barnevernloven angir altså i hvilke tilfeller og på hvilket grunnlag barnevernet kan eller skal iverksette tiltak, og hvilke hensyn som skal veie tyngst når vedtak gjøres. Når det gjelder kjønnslemlestelse kan det være flere mulige hjemler for at barnevernet er rettslig forpliktet til å gripe inn, enten med frivillige tiltak eller med tvang. Det kan se ut som det er vanligst å henvise til lovens bestemmelser om mishandling og alvorlig omsorgssvikt, samt barnets behov for medisinsk undersøkelse eller behandling (etter utført omskjæring). Når det gjelder mishandling og omsorgssvikt vil kjønnslemlestelse skille seg ut ved å ikke være del av et vedvarende handlingsmønster, men tvert imot en enkelthandling. Dette er et tema vi vil komme tilbake til, både i dette og senere kapitler, uten at vi påtar oss å avgjøre de juridiske implikasjonene av det-

te.⁵³

For øvrig er kjønnslemlestelse et nytt arbeidsområde for mange barnevernstjenester. Selv om barnevernet inngikk i målgruppen for OK-prosjektet, var det færre tiltak og aktiviteter som var rettet mot barnevernet enn det var mot helsesektoren. OK-prosjektets Håndbok "Fra kunnskap til handling" har imidlertid et kapittel spesifikt rettet til barnevernet (Johansen 2005) Det foreligger ingen forskning på barnevernets arbeid med temaet.

I stedet for å begi oss ut på å forklare hvordan barnevernet er ment å håndtere kjønnslemlestelsessaker, gjengir vi et utdrag fra et brev som ble sendt ut av tre departementer sommeren 2007:⁵⁴

"Hva barnevernet kan gjøre for å forhindre kjønnslemlestelse

Opplysningsplikten til barnevernet innebærer at barneverntjenesten har muligheter til å få iverksatt de undersøkelser og tiltak som er nødvendige for å beskytte jenter mot å bli kjønnslemlestet.

Ved fare for at jenta i nær fremtid kan bli kjønnslemlestet, kan barneverntjenestens leder, uten samtykke fra foreldrene, umiddelbart fatte et midlertidig akuttvedtak om å plassere jenta utenfor hjemmet. I slike tilfeller vil det ofte være nødvendig å kontakte politiet umiddelbart for å få inndratt pass og annen dokumentasjon for å forhindre at jenta skal kunne reise ut av landet.

Barnevernet kan alltid gi opplysninger til andre offentlige myndigheter når den anser dette som nødvendig for å hjelpe jenta.

(...)

Hva barnevernet kan gjøre for jenter som er blitt utsatt for kjønnslemlestelse

For å kunne følge opp en jente som er blitt kjønnslemlestet, er barnevernet avhengig av at andre som kjenner jenta, melder fra om dette.

Dersom barnevernet får bekymringsmelding om en jente som allerede er blitt utsatt for kjønnslemlestelse, må barnevernet sikre at jenta blir undersøkt slik at hun kan få den helsehjelp og annen oppfølging hun trenger.

Dersom foreldrene ikke ønsker at jenta blir undersøkt eller behandlet for kjønnslemlestelse, kan barnevernet reise sak for Fylkesnemnda. Nemnda kan da vedta at jenta skal gjennomgå nødvendig medisinsk undersøkelse og behandling. Barnevernet kan også vurdere å overta omsorgen for jenta.

⁵³ Se kapittel 8 for flere kommentarer.

⁵⁴ Barne- og likestillingsdepartementet, Helse- og omsorgsdepartementet og Justis- og politidepartementets brev av 2. juli 2007 med tittelen "Regelverket knyttet til kjønnslemlestelse"

Barnevernet kan alltid gi opplysninger til politiet når dette er nødvendig for å fremme barnevernets oppgaver med hensyn til jenta. Dersom barnevernet, for å hjelpe jenta, finner at det er nødvendig å gi opplysninger til politiet om at en jente er blitt kjønnslemlestet, skal barnevernet anmelde forholdet.”

Det ligger utenfor vårt prosjekt å utrede det rettslige grunnlaget for barnevernets arbeid, eller å vurdere det arbeidet som gjøres opp mot barnevernloven og ulike tolkninger av denne. Hensikten med det følgende er å ut fra vårt begrensede materiale si noe om den praksis og de rutiner som eksisterer. I den grad vi kommenterer lovverket, tar vi hovedsaklig utgangspunkt i ovenstående sitat fra departementenes brev.

Praksis ved bekymringsmeldinger

Bekymringsmeldinger til barnevernet skjer enten skriftlig eller muntlig, der det oppgis navn på den som kontakter barnevernet og den man er bekymret for. Barnevernet får også anonyme henvendelser, der personer kan drøfte hva som bør gjøres i konkrete tilfeller.

I kartleggingsundersøkelsen har vi fått svar fra 126 av 224 barnevernskontorer. Det er bare de som har erfaringer med bekymringsmeldinger eller påviste tilfeller av kjønnslemlestelse som har svart på hvilken praksis de har i slike saker. Hvordan den videre saksgang er i slike saker kommer fram av tabell 7.1.

Tabell 7.1 Den videre saksgangen for barnevernet. Hele tall

	Alltid	Ofte	Sjelden	Aldri	N
Samtale med foreldrene	22	0	0	0	22
Oppfølging fra helsevesenet	13	4	0	2	19
Barnevernstiltak	1	1	2	3	7
Politianmeldelse	2	1	2	2	7

I de tilfellene barnevernet har mottatt bekymringsmelding, oppgir barnevernskontorene at de alltid innkaller til en samtale med foreldrene. Vi har ikke opplysninger om hvordan barn inngår i undersøkelsen i etterkant av en bekymringsmelding. I de fleste tilfellene følges saken også opp innen helsevesenet. Hva som ligger i denne oppfølgingen har vi ikke gode data på. Kun svært få innrapporterer til oss at det blir foretatt en underlivsundersøkelse.

Vi er altså usikre på hvorvidt råd og veiledning som er gitt, samt den oppfølging som gjøres av helseinstanser, kvalifiserer til tiltak. Hvilke erfaringer barnevernet har gjort på dette feltet mener vi er viktig å få mer kunnskap om og vi foreslår derfor at denne delen av barnevernets arbeid synliggjøres og systematiseres.

Saker som gjelder kjønnslemlestelse som barnevernet får, skiller seg fra andre typer saker som gjelder omsorgssvikt. Det er i disse tilfellene snakk om ett enkelt inngrep, som ikke har sammenheng med foreldrenes øvrige omsorgskapasitet. I noen saker følges familien opp ut fra andre grunner etter at barnevernet har fått kontakt med familien. En representant for barnevernet påpekte i et intervju at det som skiller kjønnslemlestelse fra annen mishandling er spørsmålet om gjentakelsesfaren. "Det som er annerledes er jo at det er engangstilfelle. Det er ikke gjentakende mishandling". Ifølge henne ville det ikke holde i en rettsinstans i forhold til å ta omsorgen fra foreldrene. "Men i forhold til søsken, ville det jo være noe å jobbe med da. Så [barnevernet] har det utgangspunktet. Å prøve å hindre at det skjer i de familiene de er borte i".

Bare i tre tilfeller har en sak i barnevernet ført til politianmeldelse. Politiet har imidlertid blitt kontaktet i forbindelse med aktuelle saker, f.eks. for å inn-dra pass i forbindelse med forestående utenlandstur.

I barnevernets vurdering av tiltak oppstår det en del vanskelige dilemmaer. Barnevernets utgangspunkt skal være hva som er til barnets beste. Barnevernet kan, som vi har sett, vedta midlertidig omsorgsovertakelse, eller andre hindringer via politiet, som for eksempel passnekt for å hindre at barn reiser ut av Norge. Tvil kan imidlertid være såpass stor at dette vurderes som drastiske tiltak. Vanligere er å understreke alvoret i en samtale med foreldrene, slik en informant beskriver: "Du kan jo ikke gjøre noe særlig annet enn å snakke med dem. Du kan ikke gjøre mye annet inn å innkalle dem til møte og true dem, og si at barna vil bli undersøkt når de kommer tilbake, og at det er straffbart." Vedkommende mente at det ideelle er å jobbe innad i familien, og at dette er ønskelig i saker angående omskjæring og tilsvarende saker som oppstår med referanse til kulturelle forskjeller. Om barnevernet mistenker at omskjæring har skjedd, kan de be Fylkesnemnda vedta å få en jente undersøkt, for å gi adekvat medisinsk og psykologisk oppfølging. Å få dokumentert at en jente har blitt omskåret vil stille barnevernet overfor et nytt dilemma; å vurdere hvorvidt det å straffeforfølge foreldrene er i barns beste interesse.

Yngre søstre

Vi spurte i skjemaet om noe ville bli foretatt dersom jenta det var mistanke rundt, eller som hadde fått påvist omskjæring, hadde yngre søstre. Det er få som har svart på dette spørsmålet, antagelig fordi det ikke har vært en aktuell problemstilling. Av de som har besvart spørsmålet, svarer vel halvparten bekreftende på dette. Av de som svarte bekreftende, ville alle ta temaet opp med familien. I ett tilfelle igangsatte de tiltak for videre oppfølging i barnevernet. Ett barnevernkontor oppgir at i tilfellet med den eldste søsteren var det en ubegrunnet mistanke, og at man derfor ikke hadde noen grunn til å tro at foreldrene ville omskjære de yngre søstrene. Ingen sier at de kontaktet politi i slike tilfeller. De som sier de ikke gikk videre med saken, begrunner dette med at det ikke var noe grunnlag for mistanken, det hadde ikke skjedd noe med den eldste, så dermed var det ikke grunnlag for å tro at det ville skje med den yngre datteren i familien.

Kompetanse

Under ti prosent av barnevernkontorene sier at deres samlede kompetanse til å håndtere saker som berører kjønnslemlestelse er "god". Godt over halvparten vurderer den til å være middels, mens en tredjedel mener den er dårlig. Knappt en tredjedel av kontorene har personer som har deltatt på kvalifiseringstiltak som seminarer, kurs eller lignende om temaet.

Sett i lys av den økende mengden bekymringsmeldinger og økt fokus på avvergesplikten og opplysningsplikten til barnevernet, synes det derfor å være et behov for å styrke kompetansen til barnevernet for å håndtere dette komplekse problemfeltet. Barnevernet har hatt relativt få saker å bygge opp en kunnskapsbase rundt, og både det å forstå feltet, samt hva som kan gjøres i ulike saker, synes sentralt.

Eksempler barnevernet oppgir på opplæring som har vært særlig utbytte-rikt er forståelse av rasjonalene bak omskjæring, kunnskap om hva man skal se etter, medisinske og juridiske aspekter, kunnskap om hvor en kan henvende seg, utbredelse, ulike typer omskjæring og kunnskap om hva religioner sier om omskjæring. Dette omfatter et bredt spekter av spørsmål. Det sier også noe om hvilket kunnskapsgrunnlag de tenker at de trenger for å vurdere en bekymringsmelding og å gjennomføre samtalen med foreldrene.

På spørsmål om hvor de i dag henter faglige råd i denne typer saker, oppgis et mangfold av instanser de enten bruker eller anta at de ville kontakte. Instanser som går igjen er Bufetat, regionale fagteam, helsestasjonen, flyktingetjenesten i kommunen, Psykososialt team for flyktinger, Regionalt ressurscenter om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging (RVTS), organisasjoner som SEIF og Røde Kors, Fylkesmannen, UDI og politiet. De oppgir også at litteratur er til hjelp i arbeidet. Det er med andre ord variasjon i forhold til hvor man tenker at kompetansen finnes og er tilgjengelig for dem.

Hindringer i arbeidet mot omskjæring

På spørsmål om hva barnevernet oppfatter som hindringer i arbeidet, oppgir sju av ti mangelen på rutiner. Like mange mener at den manglende kompetansen de har hindrer dem i de aktuelle sakene. Videre mener seks av ti at det er en svakhet at de ikke får til god nok kommunikasjon med familiene. En utfordring er å etablere tillit. Å ta opp temaet antas å føre til at familier som trenger oppfølging, støtes bort. I en del kommuner har barnevernet lite erfaring med denne typen saker. De har ikke nok kunnskap og erfaring blant annet fordi det er få innbyggere fra aktuelle land i kommunen. At andre instanser ikke melder inn saker til dem oppgir de også som en begrensning i barnevernets innsats.

Andre momenter som trekkes frem er at det er vanskelig å påvise omskjæring, at de har mangelfull kulturforståelse, og at lovverket er utydelig med hensyn til for eksempel å vite hvor grensen går for å nekte utreise.

Samarbeid med andre instanser

Barnevernet mottar bekymringsmelding fra ulike instanser, og kontakter selv helsevesenet og politi i arbeidet med aktuelle saker. I mange kommuner er det etablert samarbeidsteam der barnevernet inngår sammen med representanter fra helsevesenet, oppvekstetaten og politi. Disse møtes fast eller etter behov for å drøfte og finne løsninger i konkrete saker. I noen kommuner har samarbeidsteam diskutert seg fram til en beredskap i saker som omfatter kjønnslemlestelse, bl.a. i samarbeid med OK-prosjektet. Tabell 7.2 viser hvordan barnevernet vurderer samarbeidet med ulike instanser.

Tabell 7.2 Barnevernets vurdering av samarbeid med andre. Prosent

	Godt	Middels	Dårlig	Ønsker økt samarbeid	N
Skoler/barnehager	35	43	7	40	94
Helsestasjoner	50	31	7	32	95
Sykehus/fastleger	11	36	32	52	89
Politi	63	24	1	28	96
Organisasjoner	11	33	33	39	85

I henhold til tabell 7.2 kommer de fleste bekymringsmeldingene til barnevernet fra skoler og barnehager. Når det gjelder samarbeidet med skoler og barnehager er vel en tredjedel av barnevernskontorene godt fornøyd med kontakten, mens nesten halvparten synes at samarbeidet bare fungerer middels godt. To av fem ønsker å styrke dette samarbeidet. De nevner også at et styrket samarbeid kan bidra til at barnevernet blir inkludert når andre følger opp slike sakene, at de får flere meldinger fra disse instansene, bl.a. gjennom å bistå skoler og barnehager i å melde inn og følge opp bekymringer.

Samarbeidet barnevernet har med helsestasjonene synes å være tettere. Halvparten av kontorene oppgir at samarbeidet med helsestasjonene er godt, mens tre av ti har middels godt samarbeid med helsestasjonene. Kontakten med fastleger eller sykehus er svakere, bare en av ti sier at de har et godt samarbeid med disse, mens vel en tredjedel har middels kontakt, og like mange oppgir dårlig kontakt med fastleger/sykehus. Halvparten av kontorene ønsker seg økt samarbeid med disse instansene. Kontakten barnevernet har med fastleger og sykehus omfatter både innmeldte bekymringer og oppfølging. Det er kjent fra andre typer omsorgssvikt og overgrep at det er relativt få tilfeller som meldes til barnevernet fra disse instansene. Fastleger og barneavdeling/gynekologisk avdeling ved sykehus kan være aktuelt å trekke inn i en undersøkelse og oppfølging av en sak.

Barnevernet er mest fornøyd med samarbeidsrelasjonene med politiet. Seks av ti sier de har et godt samarbeid med politiet, mens en fjerdedel har middels godt forhold. Nærmere tre av ti ønsker likevel å styrke dette samarbeidet.

Vi har også spurt hva slags kontakt barnevernet har med organisasjoner. Bare en av ti sier de har et godt samarbeid, mens en tredjedel sier de har et middels godt samarbeid. At de oppfatter dette som en viktig samarbeidspart vises ved at to av fem ønsker økt samarbeid med organisasjoner i sitt arbeid.

Helsestasjoner og skolehelsetjeneste

I dag er helsestasjoner og skolehelsetjenesten en lovfestet tjeneste til alle barn og unge opp til 20 år, og til gravide som ønsker å gå til svangerskapskontroll. Målsetningen er å forebygge sykdom og fremme god fysisk og psykisk helse hos kommende foreldre og barn og ungdom. Tjenesten yter tilbud om vaksinasjoner, helseundersøkelser og informasjon om forebygging av sykdom og skader. Tjenestene skal yte støtte til mestring og positiv utvikling. Hovedansvar for helse og forebygging ligger hos den enkelte og foreldrene, og tjenestene skal støtte familiene i dette arbeidet.

Tjenestene skal være et lavterskeltilbud, som er lett tilgjengelig for målgruppene. Slik tjenestene har utviklet seg har de opp mot 100 prosent dekning i hele Norge, og har muliggjort et nasjonalt program for forebyggende og helsefremmende arbeid for barn og ungdom.

Kommunene har ansvaret for å organisere virksomheten på best mulig måte så lenge kravene om forsvarlighet i henhold til tilsynsloven og helsepersonelloven overholdes. Helsestasjons- og skolehelsetjenesten skal samarbeide med andre kommunale tjenester som sosialtjeneste, barneverntjeneste, barnehager og skoler.

Helsestasjoner for ungdom skal være et supplerende tilbud til skolehelsetjenesten, og ikke en erstatning for denne. Helsestasjoner for ungdom skal gi

tilbud også til ungdom som ikke går på skole eller er i arbeid. Helsestasjonene skal ta utgangspunkt i ungdommens behov og tilrettelegges ut fra hva ungdom selv mener er viktig.

Helsestasjoner for ungdom gir rådgivning, veiledning, undersøkelser og behandling til ungdom. Aktuelle temaer er seksualitet, samliv, prevensjon, fysisk og psykisk helse, selvmord, rus, mobbing, tvangsekteskap og kvinnelig omskjæring.

Ansatte på helsestasjoner og i skolehelsetjenesten skal ha kompetanse og kunnskap om kvinnelig omskjæring, gi informasjon om temaet til brukerne, og å forebygge kvinnelig omskjæring.

Helsestasjoner for småbarn

I kartleggingsundersøkelsen har vi spurt om hva som er vanlig praksis på helsestasjonene når det oppstår mistanke eller påvises tilfeller av omskjæring.

Framstillingen legger til grunn 20 svar fra helsestasjoner for barn, 12 for ungdom, fire som omfatter både barn og ungdom, og 15 skolehelsetjenester.

Vi finner at praksis for samtaler og oppfølging er noe forskjellig. De aller fleste helsestasjonene for småbarn sier at de alltid tar opp saken med foreldrene når det oppstår mistanke om en forestående omskjæring, eller at dette er utført. Det er verdt å merke seg at noen ikke gjør det. Dette kan for eksempel bety at de følger opp en mistanke på andre måter for å få avkreftet/bekreftet denne uten at de involverer foreldre i første runde. Dette kan være for ikke å svekke kontakten til familien hvis det ikke er grunnlag for mistanke.

Helsestasjonene for småbarn noterer alltid mistanke i journalen.

Barnevernet involveres ikke nødvendigvis i mistanker eller påviste saker av helsestasjonene. Mens noen alltid kontakter barnevernet, sier andre at de aldri gjør dette. Når det gjelder særlig småbarnshelsetjenesten kan dette være fordi de selv følger opp mistanker. De kan innebære at de har en samtale med foreldrene, informerer om helseplager og rettslige konsekvenser, alternativt at de får avkreftet mistanken.

Også når det gjelder å kontakte politiet er praksis forskjellig. En fjerdedel sier at de alltid kontakter politiet, mens halvparten sier de aldri gjør dette. Grunnene til at barnevernet og politiet relativt sjelden kontaktes kommer ikke klart frem av materialet.

En konsekvens av dagens ordning er at i noen tilfeller, der man enten har mistanke eller der man vet/ikke vet om jenta er omskåret, vil det ikke følges opp videre hvis familien flytter. Helsekortet følger barnet ved flytting, men ikke journalen. Noen familier er i flyt, enten som en konsekvens av at de flytter fra asylmottak til bosettingskommune, eller at de senere flytter fra ett sted til et annet. Eventuelle bekymringer vil derfor ikke nødvendigvis bli bragt videre. Dette er en problematikk uavhengig av omskjæring som tema.

Når det gjelder yngre søsken har bare sju helsestasjoner svart. På spørsmål om noe ble gjort dersom jenta hadde yngre søstre, svarer fire av dem bekreftende på dette. Av de som har hatt saker der dette har vært aktuelt, har enten tatt spørsmålet opp med familien, eller fulgt saken opp i barnevernet. I to tilfeller ble politiet kontaktet.

Skolehelsetjenesten

Skolehelsetjenesten er en viktig instans for å oppfange og følge opp bekymringer for at elever står i fare for å bli omskåret eller at de allerede har blitt dette. Det er også den instans sammen med helsestasjoner for ungdom som har påvist flest tilfeller av kjønnslemlestelse, fem i alt. Disse tilfellene er meldt inn fra tre skolehelsetjenester, det vil si at to av disse har hatt to tilfeller hver.

Skolehelsetjenesten dekker både barneskole og ungdomsskole. Det kan være noe aldersavhengig i hvilken grad skolehelsetjenesten blir oppsøkt av elever på egen hånd, og om helsesøster samtaler alene med eleven, eller innkaller foreldrene til samtale. Skolehelsetjenesten melder til oss at mistanke og påviste tilfeller blir kjent fordi barnet selv har fortalt om dette. De tar også temaet opp ut fra fysiske komplikasjoner og tegn som barnet har. Utenlandsopphold er også et grunnlag for at skolehelsetjenesten tar opp temaet med familien.

I de tilfellene der omskjæring er påvist, oppgir skolehelsetjenesten at de alltid vil ha en samtale med foreldrene, og noterer det i journalen. En skolehelsetjeneste sier de ofte gir oppfølging fra helsevesenet, mens en annen svarer at dette er ikke del av deres rutiner. Barnevernet kontaktes alltid. Alle svarer at de ikke alltid, men ofte vil politianmelde påviste tilfeller.

Kun to skolehelsetjenester har svart på om noe ble gjort hvis jenta hadde yngre søstre, og begge svarte bekreftende. De tok det opp med familien og kontaktet barnevernet for videre oppfølging.

Helsestasjoner for ungdom

Helsestasjonen for ungdom er et sted ungdom oppsøker selv, og i fortrolighet. Mange jenter ønsker ikke at familien skal involveres i saker de henvender seg til helsestasjonen om. Unge jenter kan selv fortelle at de er omskåret. I andre tilfeller får helsestasjonen mistanke på grunn av plagene som pasienten ønsker hjelp til.

Når det gjelder helsestasjonene for ungdom blir foreldrene kontaktet i noen saker, mens dette ikke gjøres i andre tilfeller. Det tas utgangspunkt i den konkrete situasjonen ungdommen befinner seg i. I ett tilfelle hadde for eksempel jenta brutt med foreldrene, og trengte oppfølging av barnevernet. I en

annen sak ønsket jenta kontakt med gynekologisk poliklinikk for å få hjelp til å bli åpnet. Hun ønsket da ikke at foreldrene skulle bli involvert.

Helsestasjonene for ungdom sier at de ofte, men ikke alltid noterer mistanke i journalen.

Helsestasjoner for ungdom oppgir at de ofte eller alltid kontakter helsevesenet, mens under halvparten av helsestasjonene for småbarn oppgir at de gjør dette. For ungdommene kan kontakten med helsevesenet bety at de unge får videre behandling for helseplager eller hjelp ved gynekologiske poliklinikk.

For ungdom som selv kontakter helsetjenesten og forteller om at omskjæring allerede er utført, er ikke barnevernet nødvendigvis den hjelp og omsorg helsestasjonen anser nødvendig. De ble imidlertid kontaktet i noen saker.

Ungdomshelsetjenesten følger sjeldnere opp yngre søsken enn helsestasjonen for småbarn. Forklaringer fra helsestasjonene for ungdom på hvorfor ikke noe ble gjort, er at de ikke hadde kontakt med familien, og at jenta ønsket fortrolighet. Helsestasjonene for småbarn oppga at familien/jenta ikke var kommet tilbake fra utlandet.

Helsestasjonenes og skolehelsetjenestens erfarte dilemmaer

I svarene fra helsestasjonene og i samtaler vi ellers har hatt med fagpersoner innen helsetjenesten, blir det formidlet saker og situasjoner som reiser en del dilemmaer. Et eksempel som en skolehelsetjeneste har formidlet til oss, illustrerer noen vanskelige dilemmaer. I denne saken var det en lærer som hadde mistanke til at en jente var omskåret. Vedkommende lærer meldte fra til helsesøster. Helsestasjonen hun tilhørte hadde god kontakt med moren, og visste at moren hadde gått på kurs om omskjæring. Helsesøster foretok en samtale med moren. Det ble fremmet ønske om å få avkreftet mistanken ved å få undersøkt datteren. Moren insisterte på at hun var imot omskjæring, og kunne ikke forstå hvorfor de da skulle undersøke datteren hennes. At hun var motvillig mot undersøkelse ble igjen tolket som generell motvilje, som igjen øket mistanken. Barnevernet ble deretter koblet inn, og jenta ble så undersøkt. Hun var ikke omskåret.

Historien eksemplifiserer noen dilemmaer i slike saker. Helsesøster følger opp en bekymring, men møter motstand og avvisning. Deres ansvar er å få sikkerhet i sin sak. Forsikringer gjennom ord er ikke alltid nok. Morens motstand vekket ytterligere mistanke. Moren på sin side opplevde at hennes utsagn og intensjoner mistenkeliggjøres. Hun opplevde at hennes forsikringer av at hun var mot omskjæring underkjennes. Hun oppfattes tilhørende en gruppe og ikke som enkeltindivid. Hun havner dermed i en avmaktsposisjon der hun opplever ikke å ha innflytelse over datterens situasjon. Dette reiser flere spørsmål: Hva skal være indisium på mistanke? Hvordan formidles hensikten med undersøkelsen? Hvem beslutter? Hvilken rolle har barnet i beslut-

ningen? Her synes det nødvendig å utarbeide rutine på hvordan man går fram når undersøkelse synes nødvendig.

En annen helsestasjon fortalte om en situasjon der en kurdisk jente fra en mottaksklasse hadde blitt ”hysterisk” da helsesøsteren forsøkte å justere klærne hennes da det var kaldt, og hun hadde lite på seg. Helsesøsteren ble av dette overbevist om at noe hadde skjedd, og siktet til omskjæring. Familien flyttet imidlertid ut av bydelen/kommunen, og saken ble ikke fulgt opp. Bevissthet om omskjæring kan medføre mindre bevissthet om andre ting som kan være årsaksforklarende. En slik atferd fra en jente fra et land der omskjæring ikke praktiseres, ville kanskje avstedkommet andre typer mistanker – hvis mistanke i det hele tatt – som seksuelle overgrep, omsorgssvikt eller andre typer vanskeligheter/komplikasjoner. Hun kunne også blitt tolket inn i en ”trassig” alder.

En person fra skolehelsetjenesten reflekterte rundt spørsmålet om når det er grunn til å melde videre til barnevernet:

”Jeg tror man må tørre å melde videre når bekymringen er stor, og det tror jeg ikke er gjort. Selv om jeg ikke vet om noen konkrete eksempler – vi har mange kjempe tøffe helsesøstre som hvis de er bekymret tar det opp med én gang. Og det er ganske tøft for en nybegynner, så det krever ganske mye, men da må man tenke barnets beste og ikke foreldrenes eller familiens beste, oppi dette her. Barnevernet må også våge å gå videre – men da er det vel tolkning av loven som kan være et hinder. (...) Vi har også snakket om at terskelen til barnevernet må være så høy, for vi kan jo melde alt til barnevernet ved mistanke om noe, og har vi magefølelse som sier at nå lurer jeg på noe, og jeg føler meg ikke komfortabel, og vi har hatt samtaler uten å komme noen vei, er det bedre å melde og så får de heller gå videre med saken. Det er mitt ansvar, hvis jeg har en uro, å gå videre med den uroen – eller legge den død, for den saks skyld. Mitt ansvar er da å snakke med foresatte, snakke med eleven, å ta det opp på laveste nivå”.

Eksempelene over viser hvordan helsearbeidere settes i situasjoner der noe vekker mistanke, og der de må bruke skjønn og vurdere hvorvidt saker de er usikre på skal meldes videre. I disse tilfellene kan det å innarbeide god beredskap for samtaler både med barnet og med foreldre, og rutiner for når og hvordan andre instanser skal følge opp sakene, være en støtte i arbeidet.

Kompetanse – helsestasjoner og skolehelsetjenesten

Informasjon om kjønnslemlestelse har særlig vært rettet mot helsevesenet, og det over lengre tid. De helsefaglige aspektene har stått sentralt i tiltakene som myndighetene har initiert. En egen veiledning for helsepersonell om kvinnelig omskjæring kom i 2000. De har også dratt nytte av materialet produsert av OK-prosjektet og annen informasjon fra det offentlige rundt ivaretagelse av

helse for minoritetskvinner. Helsestasjonene vurderer da også at kompetansen de har på feltet er relativt god. En av fem helsestasjoner mener de har god samlet kompetanse i forhold til kjønnslemlestelse, mens tre fjerdedeler oppgir ”middels”. Bare seks prosent anser egen kompetanse for dårlig. Dette er langt bedre tall enn for de andre instansene i vår undersøkelse. Helsestasjoner har jobbet relativt systematisk med temaet, som del av svangerskaps- og fødselsomsorgen i Norge. Nesten alle helsestasjonene for småbarn, og alle ungdomshelsetjenestene, sier at noen i personalet har deltatt på kvalifiseringstiltak som seminarer, kurs og lignende, der kvinnelig omskjæring har vært ett av temaene. Det er imidlertid verdt å merke seg at helsestasjonene som er med i undersøkelsen befinner seg i bydeler og kommuner som har stor andel innbyggere fra de aktuelle landene, og gjenspeiler ikke nødvendigvis kompetansen på helsestasjonene generelt.

Skolehelsetjenesten vurderer ikke egen kompetanse til å være like god som det helsestasjonene gjør. Ingen mener imidlertid at kompetansen er dårlig. En av fem svarer de har god kompetanse, mens resten mener de har middels. En forklaring kan være at alle har gjennomgått kvalifiseringstiltak på feltet.

Opplæring helsestasjonene trekker frem som særlig utbytterik er kunnskap formidlet av kvinner som selv er omskåret, eller som er fra land der dette er utbredt. En skolehelsetjeneste fremhevet at innlederen satte kjønnslemlestelse ”i et bredere perspektiv,” og økte forståelsen for ”hvordan vi kan gå frem for å avverge”. Videre oppgis OK-materialet som utbytterikt.

Informasjonen helsestasjonene oppgir som særlig utbytterik er OKs informasjonsmateriell, informasjon fra kvinner som selv kommer fra land der omskjæring praktiseres, og kursdeltakelse. Eksempler på kurs de fremhever som utbytterike har tatt for seg juridiske sider så vel som ulike typer omskjæring, hvordan inngrep foregår, symptomer, og ny forskning.

Det synes ikke å være noe systematikk i hvor helsestasjonene henter faglige råd i denne typen saker. Eksempler på instanser som kontaktes er flyktingetjenesten, flyktinghelsesøster, regionale og kommunale kompetanseteam, barnevern, helse- og velferdsetaten, Sosial- og Helsedirektoratet og kommuneadvokat. Nasjonalt kompetansesenter for minoritetshelse (NAKMI) og andre forskningsmiljøer kontaktes, i tillegg til organisasjoner som Selvhjelp for innvandrere og flyktninger (SEIF) og Mirasenteret. Mange benytter også litteratur (i særdeleshet OK-materiell og Veileder for helsepersonell).

Hindringer

De fleste ved helsestasjoner for barn og helsestasjoner for ungdom påpeker nødvendigheten av god kommunikasjon med familien som vesentlig i saker vedrørende kjønnslemlestelse⁵⁵. Ni av ti mener at manglende kommunikasjon

⁵⁵ Spørreskjemaet hadde seks svaralternativer med muligheter til utfyllende kommentarer.

begrenser arbeidet deres. Dette omfatter både språkproblemer, bruk av tolk og manglende kontakt og tillit. Også mangel på gode rutiner er en vesentlig hindring i arbeidet, tre av fem oppgir dette. Vel halvparten peker på at manglende kompetanse hindrer arbeidet.

Også skolehelsetjenesten framhever at hindringene i arbeidet deres skyldes svake rutiner og manglende kommunikasjon. Mer enn to tredjedeler mener dette. Noen er skeptiske til at de får et reelt svar på spørsmålet om foreldrenes holdninger. Mer enn halvparten mener at også manglende kompetanse er et hinder i arbeidet deres. Dilemmaer omkring tillit nevnes også som et vesentlige moment. Andre momenter er at de mangler muligheter for å arbeide alternativt med spørsmålet om kjønnslemlestelse, for eksempel temagrupper for jenter på skolen.

Andre ting de nevner er at informasjonen om forbud og helseplager ikke gjentas ofte nok på ulike alderstrinn. At familien alltid svarer at de er mot omskjæring oppleves også som et vanskelig utgangspunkt for samtale. Noen nevner at de trenger å øve seg på å snakke om temaet da temaet kan være vanskelig å ta opp. Et annet moment noen nevner er at det ikke er lov å undersøke barnet. Noen viser til familienes livssituasjon mer generelt, at de er lite integrert i det norsk samfunn, og vedlikeholder tradisjon og kultur.

På spørsmål om hva de anser for å være hindringer i arbeidet mot omskjæring, skiller besvarelsene for helsestasjon for ungdom, helsestasjoner for barn og helsestasjoner for både barn og ungdom seg. Helsestasjoner for barn oppgir en lavere frekvens av "rutiner" som hindre i arbeidet, men derimot er begrenset kompetanse og tidspress momenter som spiller inn. At de hyppigere oppgir "kompetanse" enn helsestasjonene for ungdom, kan både skyldes at noen av disse helsestasjonene ikke har deltatt på skoleringstiltak. Det kan også være at de opplever kommunikasjonen med foreldrene som krevende.

Helsestasjonenes samarbeidsrelasjoner

Tabell 7.3 viser at helsestasjonene for barn og helsestasjonene for ungdom sammen vurderer samarbeidet med skoler og barnehager til å være best, en tredjedel mener dette er godt, og bare i ett tilfelle mener de at samarbeidet er dårlig. Nesten halvparten ønsker imidlertid å øke samarbeidet.

Når det gjelder samarbeidet med barnevernet oppgir om lag halvparten at dette er middels godt. En av fem mener det er godt, mens en av ti mener det er dårlig. Også her ønsker nesten halvparten av helsestasjonene å øke samarbeidet.

Tabell 7.3 Helsestasjonenes vurdering av samarbeid med andre instanser. I prosent

	Godt	Middels	Dårlig	Ønsker økt samarbeid	N
Skoler/barnehage	36	44	4	44	25

Barnevernet	22	48	11	44	27
Sykehus/fastleger	4	46	27	46	26
Politi	21	26	21	47	19
Organisasjoner	7	33	20	53	15

Svakest relasjon oppgir helsestasjonene å ha med sykehus og fastleger. Bare én stasjon oppgir at denne kontakten er god, mens en fjerdedel sier den er dårlig. Nesten halvparten sier den er middels. Også her ønsker de økt samarbeid, om lag halvparten sier dette.

Når det gjelder politiet har de ulike erfaringer, like mange sier de har godt forhold som de som sier at de har dårlig. En fjerdedel sier at samarbeidet er middels godt.

Vi har også spurt om hva slags samarbeid de har med organisasjoner. Det er bare to som sier de har godt forhold til disse. En tredjedel sier de har middels kontakt, og over halvparten ønsker seg økt samarbeid.

Skolehelsetjenestens samarbeidsrelasjoner

Tabell 7.4 viser skolehelsetjenestens vurdering av samarbeidsrelasjoner. Denne viser at de er relativt fornøyd med samarbeidet med barnevernet, men er ikke like fornøyd med samarbeidet med skoler og barnehager. Dette kan forstås slik at forholdet til skolen elevene går på kan styrkes, eventuelt at de ønsker bedre samarbeid med barnehagen som eleven har gått på. Halvparten ønsker økt samarbeid med skoler/barnehager.

Tabell 7.4 Skolehelsetjenestens vurdering av samarbeid med andre instanser.
I prosent

	Godt	Middels	Dårlig	Ønsker økt samarbeid	N
Skoler/barnehage	33	50	0	50	12
Barnevernet	67	11	0	22	9
Sykehus/fastleger	8	25	42	33	12
Politi	0	33	33	56	9
Organisasjoner	0	33	44	33	9

Skolehelsetjenesten samarbeider i begrenset grad med sykehus og fastleger. Dette gjelder i enda større grad organisasjoner. Heller ikke kontakten med politiet er veldig sterk. Her oppgir over halvparten at de ønsker å styrke denne.

Skoler og barnehager

Pedagogisk personell ser barn hver dag, og de kan gjennom det få innsikt i barnas livssituasjon. De kan dermed oppfange tegn på om omskjæring er planlagt eller gjennomført, og få kjennskap til om jenter har helsemessige eller sosiale komplikasjoner som kan tilskrives dette. De kan også fange opp signaler om f.eks. planlagte utenlandsreiser.

OK-prosjektet utarbeidet et eget undervisningsopplegg rettet mot elever i grunnskolen, dvs. at temaet kunne bli tatt opp i undervisningen i 8. klasse. Vi kjenner også til at skolehelsetjenesten tar opp temaet på fellessamlinger på skolene de arbeider på og gjennom dette bidrar til å skolere lærere.

Det er rektor som har ansvar for sende bekymringsmeldinger til barnevernet. Dette er innført for å skille mellom tillitsrelasjon mellom lærer og familien, og at rektor framstår som ansvarlig for skolens kontakt med andre instanser.

I vår undersøkelse har vi lav svarprosent når det gjelder barnehager og skoler. Vi kan derfor bare antyde hva som er praksis ved noen skoler, og er forsiktig med å gjøre dette til et generelt bilde for hvordan skoler og barnehager håndterer kjønnslemlestelse.

Skolen

Tre skoler har tilsammen hatt seks mistanker om at en jente kan bli utsatt for omskjæring. I fire av de seks tilfellene har de hatt samtale med foreldrene. At de ikke alltid kontakter foreldrene kan forklares med at det er snakk om eldre jenter der samtalen er ført med henne, og eventuelt fått avkreftet tilfellet. Det

kan også være fordi familien har reist utenlands. Bare i ett tilfelle opplyser de at de har vært bekymret i forbindelse med langvarig utenlandsopphold.

I halvparten av tilfellene har de kontaktet barnevernet. Respondentene hadde aldri politianmeldt saker. Skolehelsetjenesten og helsesøster oppgis som naturlige samarbeidspartnere å trekke inn.

I det ene tilfellet der jenta har hatt yngre søstre, har en skole oppgitt at de har kontaktet helsestasjonen og barnevernet for videre oppfølging.

Kompetanse

Halvparten av skolene oppgir at de ansattes samlede kompetanse er ”middels”, mens to av fem mener kompetansen er ”dårlig”. En av ti mener de har god kompetanse. Vel halvparten av skolene har ikke deltatt på kvalifiserings tiltak som seminarer eller kurs der omskjæring har vært blant temaene. Opp-læring fra personer fra land der omskjæring praktiseres og informasjonsutveksling/samarbeid med barnevernet oppgis som særlig utbytterikt.

På spørsmål om hvor de henter faglige råd oppgis i særdeleshet helsesøster, skolelegen, barnevern og tverrfaglig samarbeid. Også her trekkes litteratur fram, særlig informasjonsmateriell som OK-prosjektet sto for.

Hindringer

Skolene oppgir i tre fjerdedeler av tilfellene av største hindring i arbeidet er manglende kompetanse, deretter tillit. To av tre mener at temaet kan støte bort familier som trenger oppfølging. Skolene synes åpenbart at temaet er mer vanskelig å ta opp på en god måte enn for eksempel helsestasjoner og skolehelsetjenesten. De er imidlertid mindre opptatt av språkproblemer som hindring for å få til god kommunikasjon.

Samarbeid

Skolene synes å være relativt fornøyd med samarbeidet med både andre skoler/barnehager, helsestasjoner, barnevernet og politi, og bare én av fem mener at dette samarbeidet bør økes. Ingen har tett samarbeid med helsevesenet ut-over helsestasjonene. Få har også nær kontakt med relevante organisasjoner.

Barnehager

De 24 barnehagene som har svart har kun meldt inn til oss om tre tilfeller der det har vært mistanke, slik at det er lite grunnlag for å trekke noen slutninger om hva som er saksgangen ved mistanke. Sammen med skolene oppgis imidlertid barnehagene som de som har sendt flest bekymringsmeldinger til barnevernet, og økningen har vært stor det siste året. I de innmeldte sakene knyttes bekymringen opp mot utenlandsopphold.

Fra annen forskning kjenner vi til at barnehagen opplever det å sende bekymringsmeldinger til barnevernet som utfordrende. Dette kan forklares med

den tette kontakten barnehageansatte har til foreldrene. Jo mer man vet om foreldrenes situasjon, jo vanskeligere kan det være å gå videre med en sak som kan føre til anmeldelse. Det er imidlertid et spørsmål om en bekymringsmelding angående avvergelse av kjønnslemlestelse skiller seg fra andre typer meldinger, fordi det her er snakk om et engangstilfelle. Grunnlaget for bekymring er forskjellig fra pågående omsorgssvikt/mishandling.

For barnehagepersonalet kan det være utfordrende å skulle melde inn en sak, og så informere foreldrene om dette. ”De er nødt til å fortelle at nå er vi såpass bekymret at vi melder ifra. Og det i seg selv; du må ha ryggrad og være tøff for å tåle å stå i det.” Det ble påpekt at i skolen er det rektor og ikke lærerne som underskriver på bekymringsmeldingen. De skiller dermed mellom den som tar det formelle ansvaret, og de som har den daglige kontakten med barnet og foreldrene. Et annet moment som ble nevnt var at å anmelde saker til barnevernet kan få negativ innvirkning på rekrutteringen av utenlandske barn til barnehagen.

Kompetanse

På spørsmål om hvordan de vurderer de ansattes samlede kompetanse i saker som berører omskjæring, svarer to tredjedeler at kompetansen er dårlig. En tredjedel oppgir middels. Ingen mener kompetansen er god. Bare en av fem barnehager har vært på kvalifiseringstiltak om temaet.

En ansatt i barnehageenheten mente det var viktig å se på barnehagens rolle overfor familiene. Barnehagene må samarbeide med helsestasjonene, mente hun, da det er de som skal ta opp helsesaker. En annen påpekte at barnehageansatte ikke er kompetente til å vurdere denne slags problematikk, de kan være unge, uten utdanning forøvrig, og med stort utskifting av personale. Derfor er det viktig at det overlates til personell som kan tematikken. Videre vil helsestasjoner høyst sannsynlig ha større kjennskap til problematikken fremfor barnehager som kanskje sjelden har barn fra aktuelle land.

På spørsmål om hvor de henter faglige råd i denne typen saker, oppgis barnevernet, politiet, helsestasjoner, bydelsoverlegen, PPT og oppvekstetaten i kommunen.

Hindringer

På spørsmål om hva de oppfatter som hindringer i arbeidet oppgir tre fjerdedeler kompetanse, dernest det å få til god kommunikasjon, gode rutiner og at temaet er vanskelig å snakke om. Halvparten mente dette. At det å få til god kommunikasjon og at det er vanskelig å snakke om temaet, skårer såpass høyt kan ha sammenheng med deres oppfatning av mangelfull kompetanse. Som helsestasjonene og skolehelsetjenesten har erfart, må de forberede seg på å ta opp denne type problematikk og utarbeide en slags rutine for når og hvordan dette skal gjøres.

Samarbeid

Tabell 7.5 framstiller barnehagens vurdering av samarbeidet med skoler, andre barnehager, barnevernet og helsestasjonene. De mener at samarbeidet fungerer godt eller middels godt. Nesten halvparten ønsker likevel å øke samarbeidet. Kontakten med politiet er middels godt, mens samarbeid med sykehus/fastlege er dårlig i nesten halvparten av tilfellene. De er minst opptatt av å øke dette samarbeidet. Kontakten med organisasjoner er heller ikke så tett, men også her er det nesten halvparten som ønsker mer samarbeid.

Tabell 7.5 Barnehagens vurdering av samarbeid med andre instanser. I prosent

	Godt	Middels	Dårlig	Ønsker økt samarbeid	N
Skoler/barnehage	33	53	0	47	15
Helsestasjon	29	47	0	47	17
Barnevernet	31	56	0	38	16
Sykehus/fastleger	21	21	43	21	14
Politi	15	62	8	31	13
Organisasjoner	18	36	18	46	11

Sykehusenes erfaringer

Legevaktens rutiner baserer seg på få tilfeller. De melder om at det de har gjort er å journalføre tilfellet og gi medisinsk oppfølging. De gjennomfører en samtale med foreldrene og kontakter barnevernet. Om pasienten har yngre søstre ble dette drøftet med foreldrene. De kontaktet også barnevernet.

Også *gynekologisk poliklinikk* sier de journalfører tilfellene og gir medisinsk oppfølging. Ved ett sykehus er det overgrepsteamet som håndterer saken og de journalføres i eget skjema. Om de snakker med foreldrene er opp til hva som er situasjonen i den enkelte sak. En avdeling sier at de bare har behandlet eldre jenter, og da er ikke foreldrene aktuelle å snakke med. Hvis det er snakk om yngre søstre blir saken tatt opp med foreldrene og barnevernet, mens politiet ikke nødvendigvis blir kontaktet.

Det er forskjellig praksis når det gjelder å kontakte barnevernet. Noen sier at de alltid kontakter barnevernet, mens andre sier de sjeldent eller aldri gjør dette. Politianmeldelse er uaktuelt i de fleste sakene. En skriver: "Det er grunnleggende med tillit, og det legges til grunn at politi ikke kontaktes når skaden er skjedd, hvis man ikke anser at søstre snart vil bli omskåret."

Barneavdelingene har ikke kommet over tilfeller der barn er omskåret i Norge. De har derfor ikke meldt inn hvilke praksiser de i såfall har om de kommer over slike tilfeller.

Kompetanse

Legevakten anser seg for å ha middels kompetanse, en tredjedel sier de har dårlig.

Halvparten sier de har vært på kvalifiseringstiltak. To tredjedeler sier de har behov for ytterligere kompetanseoppbygging, bl.a. mer informasjon rundt lovverk og eventuelle prosedyrer.

Når det gjelder *gynekologiske poliklinikker* inngår kvinnelig omskjæring som en viktig del av arbeidsfeltet, og noen har derfor god faglig kompetanse på feltet. Halvparten av avdelingene sier likevel at de har behov for kompetansebygging. Også her er det spørsmål om avvergelses- og meldeplikten som etterspørres. Én oppgir også at de har hatt relativt få saker, og da stort sett med voksne kvinner. Deres kompetanse på omskjæring av barn er derfor en annen.

Når det gjelder *barneavdelingene* er det ingen som vurderer sin kompetanse som god, mens to av fem sier den er middels og tre av fem sier den er dårlig. Bare en av fem har deltatt på kvalifiseringstiltak, og de som ikke har fått særskilt opplæring sier at de har behov for kompetanseoppbygging på feltet.

Samlet vurdering

Vi finner at det er ulik praksis når det gjelder å følge opp en mistanke eller påvist tilfelle av omskjæring innenfor samme instans. Dette kan antyde at det ikke finnes helt faste rutiner i slike saker. Det kan selvfølgelig være avklarte handlemåter lokalt, men det er ikke en samlet felles forståelse innenfor de ulike fagfeltene. Dette kan ha flere årsaker: For det første kan ulike saker kreve ulik oppfølging. Det kan også være ulike muligheter for å følge opp saker i små og større kommuner, og det finnes ulike modeller for informasjonsflyt og tverretatlige team i ulike kommuner. Men fordi mange opplever at de har få saker, og dermed begrenset erfaring i slike saker, og at disse skiller seg ut fra andre saker som gjelder pågående omsorgssvikt og mishandling, kan behovet for å ha klare rutiner for hva som skal gjøres i slike saker, være nødvendig. Det finnes i dag en viss usikkerhet om når og hvordan oppfølging gjennom undersøkelse av jenta skal foregå. Her kunne det for eksempel igangsettes et pilotprosjekt for anvendelse av undersøkelse i barnevernet. Siden det er få saker, kan regionale fagteam med særlig kompetanse i slike saker spille en viktig rolle. Likeledes kan det være behov for å ha en beredskap for ulike typer samtaler lokalt. Å vise til faste rutiner kan også forenkle kommunikasjonen i

situasjoner der tillit og kontinuitet i kontakten er nødvendig samtidig med en pågående bekymringsmelding.

Følge opp mistanke selv før de går videre med saken

Vi finner at helsestasjoner ikke alltid kontakter barnevernet, men følger opp en mistanke selv. Begrunnelser for at helsestasjoner ikke kontakter barnevernet er flere. Én forklaring er at de har kompetanse til å behandle saken selv, og at de innkaller til samtale med foreldre, eventuelt jenta, og får mer fakta om hva som har skjedd før andre kobles inn. Hvis det så ikke viser seg å ligge noe bak mistanken, avsluttes den før det har blitt en sak. Noen helsestasjoner sier at om det er lenge siden inngrepet ble gjort, påvirker dette også vurderingene om de skal gå videre med saken. Noen sier de ikke har som rutine å kontakte barnevernet.

Ett moment her er at barnevernet eventuelt kan sitte inne med opplysninger som helsestasjonen ikke har, noe som kan være et argument for samarbeid.

Også de få barnehagene med erfaring fra mistanke, som vi har fått svar fra i vår undersøkelse, sier at de fulgte opp sakene selv. Skolene derimot følger ikke opp saker selv, men melder saken til barnevernet. De kan også involvere skolehelsetjenesten. Rektor har ansvar for å sende bekymringsmelding, slik at de som har den daglige kontakten med elev/familie unngår denne belastningen.

Én som jobber spesialpedagogisk opp mot skoler og barnehager mente at skoler og barnehager på generelt grunnlag definerer omsorgssvikt forskjellig fra barnevernet. Vedkommendes tilbakemeldinger fra barnehager på hvorfor de ikke meldte saker videre i tilfeller der de mente barn ikke hadde det bra var ofte at de ikke fikk respons fra barnevernet, og at ting de selv tok alvorlig ikke ble ansett som omsorgssvikt. Dette gjaldt også saker der barn ikke var kommet tilbake fra utlandet; barnevernet har vært mindre bekymret enn dem fordi barnevernet selv har forholdt seg til de mest alvorlige sakene, som vedkommende sa.

I ny handlingsplan fra 2007 tydeliggjøres det at barnevernet *skal* kontaktes ved begrunnet mistanke om forestående omskjæring. Tidligere var dette ikke like fremhevet, noe vi kommer mer inn på i neste kapittel.

Barns involvering og initiativ

Et annet spørsmål er knyttet til barns involvering og initiativ i slike saker. Hva er barnas rolle i utredning av egen sak? I hvilken grad samtales det med barnet, alene eller sammen med foreldrene? På hvilken måte spiller alder inn? Hvilke vanskelige avveininger må gjøres i disse sakene, der foreldres omsorg i én sosial og kulturell kontekst oppfattes som omsorgssvikt og overgrep i en annen? Hvordan vurderes barns beste i saker der barn allerede er omskåret? Er det til barns beste å anmelde saken? Hvem kan de unge snakke med om det de lurer på? Hvem kan de henvende seg til når de opplever seg presset eller er

usikker på hva som kommer til å skje, for eksempel på en utenlandsreise? Her vet vi lite om hvordan jenter opplever slike perioder og hva som skal til for at de har tillit til det offentlige hjelpeapparatet.

Vi kjenner til at i noen tilfeller har jentene selv kontaktet skolehelsetjeneste. I ett tilfelle vurderte helsetjenesten at de da ikke ville gå videre med saken til politi eller barnevernet for å beskytte jenta. I et annet tilfelle støttet de opp om jentas brudd med familien. Dette understreker at mistanker og kjente tilfeller kan kreve ulik oppfølging. Innrapporteringen til oss tyder også på at det er ulike forståelser av hvordan de best skal følges opp, og at det ikke finnes en standardrutine for dette. Det er også slik at helsepersonell, ved viten om en gjennomført omskjæring, ikke nødvendigvis er fritatt fra taushetsplikten.

Fra forskning meldes det om at unge innvandrere kan ha negativ erfaring med eller holdning til barnevernet (se f.eks. Engebriksen og Fuglerud 2007). Det er derfor nødvendig å reflektere over hvilke instanser som skal ha en beredskap når det gjelder saker som ungdom tar opp, og hvilke rutiner som gir tillit og støtte.

Søsken

Når det gjelder søsken til en jente det er knyttet mistanke til, foreslår vi at det utarbeides standardrutine for dette. I dag er det forskjellig i hvilken grad søsken følges opp.

Politianmeldelse

Også når det gjelder politianmeldelser er det forskjellig praksis. Dette kan skyldes at sakene er ulike. Det kan også være forskjellige holdninger til å involvere politiet, uklarhet når det gjelder hva som skal til for eksempel å nekte utreise. Vurderinger av barns beste i den enkelte sak i forhold til påviste tilfeller kan også gjøre at politiet kontaktes i varierende grad. Et dilemma er at når politiet ikke kontaktes i påviste tilfeller, kan tiltroen til oppfølging av lovverket svekkes, og loven kan miste sin preventive kraft.

Samarbeid

Gjennomgående ønsker alle instanser økt samarbeid. Barnevernet vurderer at samarbeid med helsestasjon og politi er best, helsestasjonene mener de har relativt godt samarbeid med barnevernet, men i liten grad politi, mens barnehager har middels kontakt med skoler/barnehager og barnevern. For alle er det minst samarbeid med sykehus/fastlege. Vi har ikke opplysninger om hva slags tverretatlige samarbeidsteam de inngår i, men antar at dette utgjør en del av samarbeidsformene.

I noen kommuner har barnevernet sammen med andre instanser jobbet systematisk med temaet omskjæring og utviklet prosedyrer og tverrfaglig samarbeid der man utveksler kunnskap og saker om bekymringer og tiltak.

At noen utarbeider rutiner innebærer ikke nødvendigvis at de vedlikeholdes over tid. I en kommune som opparbeidet seg en god del kunnskap i forbindelse med OK-prosjektet, snakket vi med et tverrfaglig samarbeidsteam. De hadde utarbeidet en veileder for noen år siden som helsetjenesten tok frem fra skuffen ved vårt besøk. Utarbeidelsen av denne veilederen var blitt foretatt av en person som hadde sluttet, bortsett fra en enkeltperson som jobbet i skolehelsetjenesten var de usikre på hvem som jobbet videre med det nå. Flyktingetjenesten og helsestasjons- og skolehelsetjenesten syntes å være de instansene som jobbet bevisst og systematisk med temaet. En av personene som jobbet opp mot skoler og barnehager i det tverrfaglige teamet hadde derimot ikke hørt om OK-prosjektet, og visste ikke om andre hadde tatt opp saken. Det de opplevde i forhold til skoler og barnehager var imidlertid at temaet kom opp ved skolestart; de hadde opptelling og fant at noen elever ikke var på plass ved skolestart. Da ble dette et tema. Det ble stadig påpekt at den personen som kunne mye om temaet og jobbet aktivt utadrettet med temaet mot ulike instanser ikke var tilstede og burde ha vært på møtet. Dette illustrerer vel at til tross for utarbeidelse av rutiner forblir temaet hos noen instanser person-avhengig.

Tilstrekkelig kompetanse?

I Handlingsplanen fra 2001 var ett av tiltakene at helsetilsynets *Veileder for helsepersonell om kvinnelig omskjæring* skulle implementeres både i første- og andrelinjetjenesten. Mye av dette skulle skje i regi av allerede eksisterende opplæringsopplegg, bl.a. knyttet til graviditet og fødselsomsorg. I vår undersøkelse finner vi at helsestasjonene vurderer egen kompetanse høyere sammenlignet med de andre instansene, og at alle hadde deltatt i kvalifiseringstiltak. Vi finner at de jobber forebyggende, ved at de tar opp spørsmålet jevnlig med foreldrene, og følger opp i forhold til helseplager.

En tredjedel av barnevernet mener kompetansen er dårlig, mens en tiendedel mener den er god. To av fem skoler mener kompetansen er dårlig, mens så mye som to tredjedeler av barnehagene mener den er dårlig. Ingen barnehager mener kompetansen er god, mens en av ti skoler mener den er god.

En forklaring på forskjellene kan være i hvilken grad de har ansatte som har gjennomgått kvalifiseringstiltak. Alle helsestasjonene sier de har det, sammenlignet med knapt en tredjedel av barnevernskontorene. Under halvparten av skolene har deltatt på kvalifiseringstiltak, mens bare en av fem barnehager har hatt en form for skoling.

Vi finner også at mange sykehusavdelingene mener de har berenset kompetanse. Ingen *barneavdelinger* vurderer kompetanse som god, mens tre av fem sier den er dårlig. En tredjedel av *legevaktene* sier de har dårlig kompetanse, mens for de *gynekologiske poliklinikkene* inngår kvinnelig omskjæring som del av deres arbeidsområde, og har relativt god faglig kompetanse på feltet. To tredjedeler sier likevel at de har behov for ytterligere kompetanse-

oppbygging, bl.a. mer informasjon rundt lovverk og eventuelle prosedyrer. Behovet for tilsvarende kvalifiseringstiltak uttrykkes også hos mer enn halvparten av legevaktene og barneavdelingene.

Hva trengs særlig å styrkes?

- Utarbeide standardrutiner for samtaler og undersøkelser
- Arbeide forebyggende, styrke opplysningsarbeid
- Øke kompetansen, både om tradisjonen, kommunikasjon og oppfølging
- Skolering i lovverk og prosedyrer

Avvergelses- og meldeplikt

I dette kapitlet ser vi på ulike yrkesgruppers plikt til å bidra til å forhindre at kjønnslemlestelse *blir* utført og å sikre at jenter får adekvat medisinsk behandling i de tilfeller der kjønnslemlestelse *er* utført. Det dreier seg om rettsregler som tilsidesetter den generelle taushetsplikten som disse yrkesgruppene har. Både i våre kvalitative intervjuer og i spørreskjemaene har vi spurt om de ulike instansene vurderer lovverket som klart og hvordan de forstår de ulike reglene. Før vi presenter resultatene, skal vi imidlertid se nærmere på lovbestemmelsene, slik de presenteres i ulike offentlige dokumenter. Vi har gjennomgått en rekke slike dokumenter, og selv om vi ikke har gjort en fullstendig analyse, sitter vi igjen med en del spørsmål. Særlig gjelder dette om vi sammenligner ulike deler av det materialet som er utarbeidet spesifikt om kjønnslemlestelse og om vi sammenholder dette med det som omhandler andre former for overgrep mot barn.⁵⁶ Vi understreker for øvrig at hovedhensikten med framstillingen er å gi en bakgrunn for presentasjonen av funnene i vår egen studie. Blant annet vil vi vise at dette er et juridisk felt i utvikling. Parallelt med vår studie har departementene arbeidet med en veileder om de ulike juridiske bestemmelsene. Våre funn bekrefter behovet for en veileder som tydeliggjør lovverket.

Det er to sett av regler som er relevante i denne sammenheng, dels noen generelle regler, dels en spesifikk avvergelsesplikt i kjønnslemlestelsesloven. La oss ta de generelle forpliktelsene først.

Generelle avvergelses- og opplysningsplikter

For det første har alle i Norge en lovpålagt plikt i henhold til straffeloven til å forhindre alvorlige forbrytelser (heretter: den generelle avvergelsesplikten).⁵⁷ Det stilles krav om pålitelig kunnskap, altså at man må holde det for mest

⁵⁶ Se liste bakerst i rapporten, for en oversikt over de dokumenter som er gjennomgått.

⁵⁷ Straffeloven, paragraf 139.

sannsynlig at en forbrytelse vil skje. I tillegg gjelder bestemmelsen kun for forbrytelser av en viss alvorlighet. Man er for eksempel forpliktet til å melde fra til politiet for å forhindre en handling som i straffelovens termer svarer til grov legemsbeskadigelse, men ikke hvis det "bare" dreier seg om legemsbeskadigelse.

For det andre har alle som arbeider i offentlige instanser eller som utfører arbeid for det offentlige, opplysningsplikt til barnevernet og politiet i visse tilfeller.⁵⁸ Her skal vi konsentrere oss om opplysningsplikten til barnevernet.⁵⁹ Hensikten med denne plikten er å bidra til at barnevernet kan ivareta sitt spesielle ansvar for barn i en vanskelig livssituasjon. Plikten inntreer kun ved mistanke om alvorlige forhold, og der det er en begrunnet mistanke. Kravene til visshet er imidlertid ikke like strenge som i straffeloven.⁶⁰ Nøkkelformuleringen i vår sammenheng er: "Når det er *grunn til å tro* at et barn blir *mishandlet* i hjemmet eller det foreligger andre former for *alvorlig omsorgssvikt*".⁶¹ Myndighetene har de senere år utgitt flere veiledere om opplysnings- og avvergelsesplikt i sammenheng med barnemishandling. Disse dokumentene nevner ikke kjønnslemlestelse, og som vi utdyper i neste avsnitt, har det vært omdiskutert hvorvidt disse pliktene omfatter dette overgrepet. Her skal vi bare slå fast at den tolkning som legges til grunn i dag er at kjønnslemlestelse er mishandling og alvorlig omsorgssvikt.

Spesifikk avvergelsesplikt

Kjønnslemlestelse er altså ikke nevnt eksplisitt i forbindelse med de generelle forpliktelsene. Det har da også vært omdiskutert hvorvidt disse omfatter og er tilstrekkelige i forhold til å forhindre kjønnslemlestelse. "Tomrom i loven" var hovedbegrunnelsen for at Helsedepartementet i 2003 foreslo å innføre en *spesifikk* avvergelsesplikt i lov om forbud mot kjønnslemlestelse. Departementet mente at det var et hull i det generelle regelverket som gjorde at noen former for kjønnslemlestelse falt utenfor alvorlighetskravet i straffelovens avvergelsesplikt. Altså mente man at såkalt "mildere former" for kjønnslemlestelse ikke ville anses som alvorlige nok til å utløse denne plikten. Likeledes mente departementet det var uklart hvorvidt kjønnslemlestelse kom inn under

⁵⁸ Et annet ord for opplysningsplikt er meldeplikt.

⁵⁹ For oversiktens skyld holder vi politiet utenfor. Plikten til å informere politiet gjelder særlig i akutte situasjoner. Opplysningsplikten til barnevernet er hjemlet i de ulike profesjonslovene, som for eksempel lov om helsepersonell og opplæringsloven, med referanse til barnevernloven.

⁶⁰ Det er med andre ord en viktig rettslig forskjell mellom begrepene "pålitelig kunnskap" og "grunn til å tro"/"begrunnet mistanke".

⁶¹ Se for eksempel rundskriv IS-17/2006, jamfør note 10.

opplysningsplikten til barnevernet om mishandling og alvorlig omsorgssvikt mot barn:

”Det er uklart i hvilken grad det etter bestemmelsen foreligger plikt til å gi opplysninger til barnevernet for å avverge omskjæring utover de mest alvorlige situasjonene, som også vil oppfattes av opplysningsplikt etter straffeloven § 139.”⁶²

I høringsrunden var det flere som sa seg uenig med departementet. De argumenterte imot en spesifikk avvergelsesplikt fordi de mente eksisterende regler allerede omfattet kjønnslemlestelse i alle former. Det ble også hevdet at departementet la opp til uklare regler og at det å innføre en spesifikk regel i tillegg til de eksisterende generelle, ville bidra til forvirring hos de aktuelle yrkesgruppene. Departementet, og andre høringsinstanser, var uenig, og avvergelsesplikten ble innført. Dette er selvsagt en forenklet versjon av diskusjonen om loven, og vi har ikke anledning til å gi en fullstendig analyse. Hovedpoenget er at forholdet mellom de generelle pliktene og den spesifikke avvergelsesplikten hele tiden har vært omdiskutert, og at flere har ment at en særlov var overflødig og ville bidra til klarhet.

Den spesifikke avvergelsesplikten ble vedtatt som et tillegg §2 til Lov om forbud mot kjønnslemlestelse fra 1995. Bestemmelsen er formulert etter modell fra Straffelovens generelle avvergelsesplikt og lyder:

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

Hva innebærer så dette i praksis for den enkelte ansatte i f.eks. barnehagen og på helsestasjonen? I det følgende skal vi se nærmere på noen av de forklaringer som gis i veiledningsmaterialet fra forvaltningen. Det er særlig to ting vi er interessert i: For det første det vi kan kalle *kunnskapskravet* – hvor mye og hvor sikker viten må man sitte med før disse pliktene gjelder? For det andre, hva er man forpliktet til å gjøre? Hvilke *handlingsalternativ* har man? Vi vil undersøke hvorvidt de ulike pliktene stiller opp tilsvarende kunnskapskrav og

⁶² Odelstingsprp. Nr. 21 (2003-2004) Om lov om endringer i lov 15. desember 1995 nr. 74 om forbud mot kjønnslemlestelse

handlingsalternativ. Utgangspunktet er fire sentrale dokumenter utgitt de siste fire årene. To handler spesifikt om kjønnslemlestelse og to om vold mot barn:

- Sosial- og helsedirektoratets veileder fra 2004 ”Praktisering av ny bestemmelse om avvergelsesplikt i lov om forbud mot kjønnslemlestelse” (fem sider)⁶³
- Barne- og likestillingsdepartementet, Helse- og omsorgsdepartementet og Justis- og politidepartementets brev av 2. juli 2007 med tittelen ”Regelverket knyttet til kjønnslemlestelse” (fire sider)⁶⁴
- Sosial- og helsedirektoratets rundskriv fra 2006 om *helsepersonells* opplysningsplikter i saker om barnemishandling og alvorlig omsorgssvikt⁶⁵
- Barne- og familiedepartementets veileder ”Formidling av opplysninger og samarbeid der barn utsettes for vold i familien” fra 2005⁶⁶

Direktoratets veileder ble utgitt da den spesifikke avvergelsesplikten ble innført i 2004, mens departementenes brev kom i kjølvannet av NRK-dokumentaren i juni 2007. Begge dokumenter er gjeldende retningslinjer, og på Sosial- og helsedirektoratets nettside påpekes at veilederen og brevet må ses i sammenheng.⁶⁷

⁶³ Sosial- og helsedirektoratet Veileder IS-1193 08/2004: Praktisering av ny bestemmelse om avvergelsesplikt i lov om forbud mot kjønnslemlestelse av 15. desember 1995 nr. 74 http://www.shdir.no/vp/multimedia/archive/00000/IS-1193_976a.pdf

⁶⁴ Brevet ble sendt ut til en lang rekke offentlige instanser, yrkesorganisasjoner og frivillige organisasjoner.

⁶⁵ Den fullstendige tittelen på rundskrivet er IS-17/2006 ”Helsepersonells plikt og rett til å gi opplysninger til barneverntjenesten, politiet og sosialtjenesten i saker som dreier seg om; - mishandling av barn i hjemmet - andre former for alvorlig omsorgssvikt av barn - misbruk av rusmidler under graviditet”. http://www.shdir.no/vp/multimedia/archive/00011/IS-17_2006_11850a.pdf

⁶⁶ BFD Q-1088B Veileder ”Formidling av opplysninger og samarbeid der barn utsettes for vold i familien” 16.6.2005 http://www.regjeringen.no/nb/dep/bld/dok/veiledninger_brosjyrer/2005/Formidling-av-opplysninger-og-samarbeid-.html?id=88169

Tilsvarende formuleringer gjenfinnes i BFD Rundskriv Q-24 mars 2005 ”Barnevernet og taushetsplikten, opplysningsretten og opplysningsplikten” http://www.regjeringen.no/upload/kilde/bfd/rus/2005/0002/ddd/pdfv/243383-q-24_rundskriv_taushetsplikt.pdf

⁶⁷ http://www.shdir.no/publikasjoner/veiledere/praktisering_av_ny_bestemmelse_om_avvergelsesplikt_i_lov_om_forbud_mot_kj_nnslemlestelse_2907

Hva sier dokumentene?

Først skal vi sammenholde de to dokumentene om kjønnslemlestelse, med fokus på hva de sier om opplysningsplikten til barnevernet. Sosial- og helsedirektoratets veileder fra 2004 gjentar Helsedepartementets begrunnelse for en særlov. Et eget avsnitt om ”Forholdet mellom bestemmelsen om avvergelsesplikt og annet relevant regelverk” henviser til de generelle pliktene i straffeloven og profesjonslovene, herunder opplysningsplikten til barnevernet, og det heter blant annet:

”Det er uklartheter med hensyn til hvordan bestemmelsene i disse lovene kan gjøres gjeldende i situasjoner hvor det foreligger mistanke om kjønnslemlestelse.”

Første setning i departementenes brev i 2007 slår derimot entydig fast at ”kjønnslemlestelse er mishandling og uttrykk for alvorlig omsorgssvikt”. Dermed gjelder opplysningsplikten til barnevernet på samme måte som for barnemishandling:

”Opplysningsplikten [til barnevernet] gjelder blant annet når det er grunn til å tro at en jente blir mishandlet i hjemmet eller utsatt for andre former for alvorlig omsorgssvikt, for eksempel kjønnslemlestelse.” (vår parentes)

Denne tolkningen står i kontrast til ikke bare Sosial- og helsedirektoratets veileder fra 2004, men også til begrunnelsen for den spesifikke avvergelsesplikten.⁶⁸ Vi mener det er problematisk i seg selv at det sendes ut motstridende signaler. At myndighetene understreker at veilederen og brevet må ses i sammenheng, løser neppe problemet. Men, kan man spørre, er dette egentlig så farlig, hvis den spesifikke avvergelsesplikten likevel sier det samme som den generelle opplysningsplikten til barnevernet? Et viktig spørsmål blir da om det er noen forskjell på de to. Vi skal se på hvordan innholdet i bestemmelsene forklares i de ulike dokumentene, med hensyn til kunnskapskrav på den ene siden, og handlingsalternativ på den andre.

⁶⁸ Den begrunnelsen som gjaldt hull i straffeloven, går vi ikke inn på her. Jamfør Sosial- og helsedirektoratets rundskriv om helsepersonells opplysningsplikter i saker om barnemishandling og alvorlig omsorgssvikt (2006): ”Det stilles strengere krav til visshet for at helsepersonellet skal ha opplysningsplikt etter straffeloven § 139, enn for at helseopplysninger skal gis etter helsepersonelloven § 31.” Vårt anliggende er ikke primært å diskutere lovtolkninger eller behovet for særlover, men å vise at den nåværende rettstilstanden kan framstå som uklar.

Kunnskapskravet

Vi starter med kunnskapskravet slik det formuleres i de to dokumentene om kjønnslemlestelse. Først fra Sosial- og helsedirektoratets veileder fra 2004:

”Avvergesplikten inntreer når den aktuelle yrkesutøver eller ansatte har kunnskap som tilsier at det er *mest sannsynlig* at en kjønnslemlestelse vil bli utført. (...) Det er altså ikke et krav at vedkommende positivt vet at det planlegges en kjønnslemlestelse. Det er tilstrekkelig at vedkommende holder det som mer sannsynlig at en jente vil bli kjønnslemlestet enn at hun ikke vil bli det.” (vår utheving)

”Følgende opplysninger bør vurderes spesielt:

- opplysninger om en forestående utenlandsreise hvor barnet drar med familien, eller på ferie til familiens hjemland og hjemlandet er et land som statistisk har mange tilfeller av kjønnslemlestelse
- kjennskap til at foreldre er positive til praksis av kvinnelig kjønnslemlestelse
- kjennskap til at jentas søstre er kjønnslemlestet
- informasjon fra jenta selv eller en som står henne nær om at kjønnslemlestelse planlegges eller er sannsynlig”

Det understrekes at en forestående utenlandsreise ikke er tilstrekkelig; det må være noe mer som ligger til grunn. Direktoratet påpeker at loven normalt inntreer i de tilfeller der man kjenner til at en jente er omskåret og hun har søstre.

Ovennevnte liste av holdepunkter nevnes også i departementenes brev fra 2007. Mer generelt heter det her at:

”Helsepersonellet, yrkesutøveren eller den ansatte har avvergesplikt når det er *begrunnet mistanke* om at kjønnslemlestelse kan skje. Det må foretas en konkret vurdering i den aktuelle situasjon. Det er altså ikke et krav at vedkommende positivt vet at det planlegges en kjønnslemlestelse. *Terskelen for kunnskap må således ikke legges for høyt.*” (våre uthevinger)

Så sammenligner vi med tilsvarende formuleringer om kunnskapskrav i dokumentene om vold mot barn. Sosial- og helsedirektoratets rundskriv om helsepersonells opplysningsplikter i saker om barnemishandling fra 2006 sier følgende om opplysningsplikt til barnevernet:

”Plikten til å utlevere opplysninger til barneverntjenesten, inntreer når det er *”grunn til å tro”* at barnet blir mishandlet i hjemmet eller det foreligger andre former for alvorlig omsorgssvikt. Det kreves ikke at den som skal gi opplysninger har sikker viten om at barnet er i en situasjon som beskrevet ovenfor, men vedkommende må ha noe mer enn en vag mistanke. Det må være holdepunkter for at barnet blir utsatt for mishandling eller andre former for alvorlig omsorgssvikt. Det er viktig å presisere at det som må ligge til grunn

for opplysningsplikten, er en vurdering av risikoen for at barnet skades eller står i fare for å bli skadet i omsorgssituasjonen. Dette innebærer at det stilles krav til en vurdering av forholdet.” (vår utheving)

Departementenes brev fra 2007 ser ut til å legge opp til et noe svakere kunnskapskrav (”begrunnet mistanke”) enn veilederen fra 2004 (”mest sannsynlig”). Det kan se ut som om man i 2007 ønsker å legge ”listen” for den spesifikke avvergelsesplikten mer på nivå med den generelle opplysningsplikten til barnevernet, slik det formuleres i rundskrivet om barnemishandling. Dette er imidlertid ikke entydig. Vi er for øvrig usikre på om slike juridiske nyanser blir fanget opp av alle som leser materialet. Noen vil nok heller feste seg ved setningen der departementene uttrykkelig sier at terskelen ikke skal legges for høyt. Hva så med handlingsalternativene som angis?

Handlingsalternativ

La oss først se på Sosial- og helsedirektoratets veileder om den spesifikke avvergelsesplikten fra 2004. Under overskriften ”Hvordan skal yrkesutøver eller ansatt handle for å oppfylle avvergelsesplikten?” heter det:

”Det bør skilles mellom en ”ikke nær forestående” og en ”umiddelbar forestående” kjønnslemlestelse: Dersom den planlagte kjønnslemlestelsen ikke er nær forestående, bør de yrkesutøvere som vanligvis har samtaler med foreldrene *først forsøke å avverge ved å etablere et samarbeid med jentas foreldre eller andre nærstående*. For yrkesutøvere eller ansatte som vanligvis ikke har samtaler med foreldrene, vil det ikke være like naturlig å ta direkte kontakt med jentas foreldre eller nærstående. Vedkommende yrkesutøver eller ansatt bør da melde fra til barnevernet. Ved å gi slik melding til barnevernet har vedkommende oppfylt sin avvergelsesplikt. Det videre ansvaret for å forsøke å avverge kjønnslemlestelse ligger da hos barnevernet.” (s. 6, våre uthevninger)

Vi vil sammenligne disse formuleringene med de råd som gis i de to dokumentene om yrkesutøvers plikter i forbindelse med vold mot barn. Først et sitat fra Barne- og familiedepartementets veileder som gjelder for samtlige yrkesutøvere, ”Formidling av opplysninger og samarbeid der barn utsettes for vold i familien” fra 2005:

”Opplysningsplikten *faller ikke bort selv om vedkommende selv forsøker å avhjelpe situasjonen*. På tross av at flere instanser eller tjenester legger stor vekt på samarbeid med familier som har problemer, kan de *ikke på dette stadiet foreta en nærmere vurdering* av om det ut i fra hensynet til barnet og familien er best å gi opplysningene videre til barneverntjenesten eller ikke.” (pkt 4.3 s. 24)

Så til Sosial- og helsedirektoratets rundskriv om *helsepersonells* opplysningsplikter i saker om barnemishandling fra 2006. I forlengelsen av sitatet om kunnskapskrav, som vi har gjengitt over, sies det:

”Helsepersonellet skal imidlertid *ikke selv overta barneverntjenestens rolle og fortsette undersøkelsene* for å avklare bekymringen på egen hånd. Er vilkårene for opplysningsplikten til stede, skal det meldes.” (s. 10, vår utheving)

Veilederen om kjønnslemlestelse gjør altså to skiller: Mellom ”ikke nært forestående” og umiddelbart forestående” kjønnslemlestelser og mellom de yrkesutøvere som vanligvis har samtaler med foreldrene og de som ikke har det. Vi er usikre på om dette er skiller som gjøres relevant i andre saker der det er mistanke om mishandling og alvorlig omsorgssvikt. Ordlyden i avvergelsesplikten er ”ved anmeldelse eller på annen måte”, og veilederen legger eksplisitt opp til at særlig helsepersonell i ikke-akutte saker gjennom *samtale og samarbeid* forsøker å *avverge selv* før de eventuelt melder saken videre til barnevernet. Slike råd gis ikke i materialet om barnemishandling, der det tvert imot presiseres at det går grenser for slikt samarbeid, og der det i større grad legges opp til å melde til barnevernet når man først sitter med ”grunn til å tro”. Disse forskjellene har åpenbart sammenheng med reelle forskjeller i overgrepens art. Som vi allerede har vært inne på, skiller kjønnslemlestelse seg fra andre former for mishandling og omsorgssvikt ved å være éngangshandlinger. Når det gjelder mistanke om barnemishandling og seksuelle overgrep vil denne ofte være grunnet i mer eller mindre tydelige tegn på allerede utførte overgrep, mens kjønnslemlestelse per definisjon ikke er et pågående overgrep. Det kan derfor synes enda viktigere å bruke samtale for å finne ut om mistanken er tilstrekkelig begrunnet.

For øvrig lurer vi på hva det innebærer at man *først* skal forsøke å avverge selv. Veilederen om kjønnslemlestelse sier ingenting om hva som skal til for at helsepersonell skal slå seg til ro med at deres forsøk på å avverge har lyktes, eller når de eventuelt etter først å ha forsøkt selv, skal melde videre til barnevernet. Er det slik at det å forsøke i selv er tilstrekkelig, eller forutsettes det at man ved fortsatt tvil, skal melde saken videre?

I departementenes brev fra 2007 sies det ikke noe om å avverge selv gjennom dialog, kun at avvergelse ”kan gjøres ved å melde fra til barnevernet”.

Når det gjelder handlingsalternativene er det med andre ord forskjell mellom dokumentene. De som handler om vold mot barn legger vekt på at begrunnet mistanke utløser opplysningsplikten til barnevernet, og at helsepersonells og andres forsøk på å undersøke videre og hjelpe til selv ikke kan komme i stedet for melding til barnevernet. Veilederen om kjønnslemlestelse fra 2004 legger vekt på dialog, samarbeid og egne forsøk på å avverge (i ikke-

nært forestående tilfeller). En årsak til dette er at veilederen tar utgangspunkt i den spesifikke avvergelsesplikten, mens opplysningsplikten til barnevernet kommer mer i bakgrunnen. I departementenes brev fra 2007 signaliseres imidlertid at man nå er vel så opptatt av opplysningsplikten til barnevernet, og dette er kanskje forklaringen på at andre yrkesgruppers samtale og samarbeid med foreldrene ikke får tilsvarende plass.

Plikter ved utført kjønnslemlestelse

Når det gjelder tilfeller der yrkesutøvere blir kjent med at en jente har vært utsatt for kjønnslemlestelse, gjelderplikten i de tilfeller man kjenner til eller har en begrunnet mistanke om at jenta har behov for og ikke får medisinsk behandling. Her er Sosial- og helsedirektoratets veileder og Departementenes brev på linje. Opplysningsplikten trer ikke inn når hensikten kun er å straffeforfølge foreldre eller andre. Taushetsplikten veie tyngre enn å straffe lovbrudd.

Hva kan barnevernet gjøre?

Brevet befatter seg også med barnevernets rolle og verktøy. Ved fare for at en jente i nær fremtid kan bli omskåret, kan barneverntjenestens leder, uten samtykke fra foreldre, umiddelbart fatte et midlertidig akuttvedtak om å plassere jenta utenfor hjemmet. De kan da kontakte politiet for blant annet å få inndratt pass for å forhindre at hun reiser ut. Hvis barnevernet får melding om at en jente er omskåret, må barnevernet sikre at hun blir undersøkt slik at hun kan få nødvendig helsehjelp og annen oppfølging. Hvis foreldre motsetter seg undersøkelse kan barnevernet reise sak for fylkesnemnda. Nemnda kan vedta at hun skal gjennomgå nødvendig medisinsk undersøkelse og behandling. Barnevernet kan også vurdere å overta omsorgen for henne.

La oss oppsummere. For at de rettslige pliktene virkelig skal bidra til å hjelpe barn som utsettes for eller risikerer kjønnslemlestelse, og at rettssikkerheten til barn, foreldre og yrkesutøvere skal ivaretas, er det viktig at alle er innforstått med hvilke regler som gjelder og hvordan de skal praktiseres. Som det framgår, finner vi til dels ulike tolkninger og en del uavklarte spørsmål i informasjonsmaterialet. Vi oppfatter det som at disse nyanseforskjellene både gjenspeiler endringer i tolkning over tid og uenighet mellom de involverte forvaltningsorganer.⁶⁹ Vårt hovedpoeng i denne sammenheng er at slike nyanseforskjeller kan ha medvirket til at reglene framstår som uklare for de som

⁶⁹ Se for eksempel Statens helsetilsyns høringsuttalelse der man mente at eksisterende bestemmelser var dekkende, jmfør Helsetilsynets rundskriv IK-20/2001 "Rettslige problemstillinger i forhold til kvinnelig omskjæring.

skal praktisere dem.⁷⁰ Mot denne bakgrunn, er det grunn til å spørre hvordan de ulike instansene oppfatter sine forpliktelser. Er de trygge på hvilke plikter som gjelder og hva disse innebærer, eller opplever de reglene som uklare? Innenfor de rammer prosjektet gir har vi stilt få og enkle spørsmål som først og fremst sikter mot å gi noen indikasjoner på situasjonen, ikke en fullstendig analyse. Vi understreker at våre respondenters svar avspeiler deres forståelse av lovbestemmelsene slik de *har vært* formidlet fram til nå. Deres fortolkninger kan derfor ikke sammenholdes med den rettsfortolkning som er utviklet i det siste. Vi har da heller ikke ønsket å felle noen ”dom” over respondentenes forståelse av lovverket, men gi et helhetsinntrykk av hvorvidt lovgiver har lyktes i å formidle pliktene til de som skal utøve dem.

Siden det så langt har vært mest fokus på den spesifikke avvergelsesplikten, valgte vi å fokusere på denne i våre spørsmål. Samtidig har vi gjort et skille mellom de plikter som gjelder for å avverge, og de som gjelder når kjønnslemlestelse er utført. For sistnevnte tilfeller har vi valgt ordlyden ”meldeplikt ved gjennomført omskjæring”. Vi ser at ”meldeplikt” ikke er helt presist i juridisk forstand, men oppfatter at det er vanlig i bruk blant våre respondenter. Svaralternativene spør dels om melding til politiet, dels til barnevernet.

Instansenes vurderinger av avvergelsesloven og meldeplikten ved utført kjønnslemlestelse

De ulike instansene ble bedt om å svare i hvilken grad de var enige i at avvergelsesloven er uklar. Tabell 5.1. viser fordelingen på de enkelte instanser og svarkategorier i prosent. Vi har skilt ut skolehelsetjenesten fra de øvrige helsestasjonene (barn og ungdom), fordi deres svar skiller seg såpass fra de andre⁷¹

⁷⁰ Høgskolen i Oslo skrev en rapport om helsestasjoner i 2005, og den inkluderte helsestasjoners kunnskaper om kvinnelig omskjæring. Rapporten konkluderte med at helsestasjoners kunnskap om avvergelsesloven var mangelfull og at det ikke var etablert adekvate rutiner. Fokus var på å få journalført at temaet var tatt opp, men det var mindre fokus på hvordan man tok opp temaet. (Ref: Olsen, B. C. R., Markussen, M. K. og Tschudi-Madsen, C. 2005)

⁷¹ Våre henvendelser var stilet til leder for den enkelte instans, og vi antar at det varierer hvorvidt rektor, barnehagestyrer og øvrige ledere har innhentet synspunkter fra sin stab eller besvart for egen del.

Tabell 5.1 Grad av tilslutning til utsagnet om at avvergelsesloven er uklar. I prosent

	Helt enig	Litt enig	Både/og	Litt uenig	Helt uenig	N
Barnevern	7	23	37	11	22	110
Helsestasjon	6	20	20	26	32	34
Skolehelsetjenesten	7	7	50	21	14	15
Skoler	0	18	36	36	18	11
Barnehager	3	44	31	6	12	18

Et slående trekk er den store spredningen, både mellom ulike typer av instanser og innenfor samme type instans. La oss først se på fordelingen på grader av tilslutning til om loven er uklar. Det er få som er helt enige i at loven er uklar, men om vi legger til de som er litt enig, får vi en andel på 30 prosent i barnevernet og hele 47 prosent av barnehagene. Det er færre av de øvrige instansene som oppfatter loven som uklar. Ser vi på de som synes avvergelsesloven er rimelig klar ("helt uenig" eller "litt uenig") ligger denne andelen på fra knappe 20 til knappe 60 prosent, med lavest tilslutning fra barnehagene (18 prosent) og høyest fra skolene (54) og helsestasjonene (58). Mellom 20 og 50 prosent har svart "både/og". Her utmerker skolehelsetjenesten seg ved at så mange som halvparten av de spurte har krysset av for dette svaret.

Så ser vi nærmere på fordelingen innen de ulike typer instanser. Barnevernskontorene fordeler seg jevnt med en tredjedel på hver av de svarkategoriene; helt eller litt enig, helt eller litt uenig, og både/og. Dette må regnes som en bemerkelsesverdig stor spredning innenfor en og samme etat. Spredningen er noe mindre innen de øvrige etatene, men like fullt betydelig. Blant helsestasjonene, de som jobber med ungdom og de som har ansvar for barn sett under ett, oppgir imidlertid et klart flertall at de vurderer loven som klar. Det fremgår ikke av tabellen, men vi kan opplyse om at det særlig er de som jobber med ungdom som vurderer det slik.

Også blant skolene er det flest som vurderer loven som rimelig klar. I skolehelsetjenesten er det derimot mange, halvparten, som svarer både/og. Barnehagene skiller seg ut ved at en stor andel mener loven er uklar. Her er knappe halvparten litt eller helt enig i utsagnet.

Når det gjelder instansenes vurdering av meldeplikten der kjønnslemlestelse er utført, finner vi i tabell 5.2 en spredning som langt på vei tilsvarende den vi fant for vurdering av avvergelsesplikten. Mellom en tredjedel og halvparten av de ulike instansene mener at plikten er rimelig klar (helt uenig og litt uenig). Også her er det barnehagene som har størst oppslutning om at loven er uklar, og skolehelsetjenesten mener oftest at den er både klar og uklar. For barnevernets og barnehagenes del er det flere som oppfatter meldeplikten ved utført kjønnslemlestelse som rimelig klarere enn avvergelsesplikten.

Tabell 5.2 Grad av tilslutning til utsagnet om at meldeplikten ved gjennomført kjønnslemlestelse er uklar. I prosent.

	Helt enig	Litt enig	Både/og	Litt uenig	Helt uenig	N
Barnevern	7	22	19	17	35	110
Helsestasjon	9	20	26	9	32	34
Skolehelsetjenesten	7	14	43	14	21	15
Skoler	0	18	27	18	36	11
Barnehager	3	38	19	12	25	18

Instansenes forståelse av avvergelses- og meldepliktene

Vi stilte spørsmålet: ”Det har vist seg at der er ulike oppfatninger om avvergelsesplikten. Hvilke påstander om bruk av avvergelsesplikten er etter deres mening mest i tråd med deres egen forståelse?” Her skulle respondenten sette kryss ved det eller de alternativene som var mest i tråd med egen forståelse. Det var altså mulig å krysse av flere steder. Siden barnevernet er mottaker av meldinger om mistanke eller påviste tilfeller av kjønnslemlestelse, er spørsmålene til barnevernet utformet annerledes enn til de andre instansene, og presenteres til slutt.

I det følgende har vi lagt vekt på å beskrive svarfordelingene. Vi vil i liten grad sammenholde svarene med en ”fasit”. Dette skyldes at vår hensikt primært har vært å få et helhetsinntrykk av de ulike instansenes forståelse. Men det henger også sammen med at vi mener det ikke alltid foreligger noen klar fasit. I enkelte tilfeller vil vi imidlertid kommentere det vi ser som manglende samsvar mellom vår forståelse av lovverket og noen av de forståelser som fremkommer her.

Tabell 5.3 viser hvor stor andel av de ulike instansene som sa seg enige i de ulike påstandene om avvergelsesplikten. Langt de fleste er enige i at loven trer inn når det er mistanke om at omskjæring kan skje. Barnehagene skiller seg imidlertid ut ved at kun halvparten forstår det slik. Barnehagene har imidlertid stor oppslutning om utsagnet om at de er pålagt å varsle barnevern eller politi hvis de har mistanke om at omskjæring kan skje. Her er de på linje med de andre instansene. Jevnt over 80 prosent av de ulike instansene oppfatter at de er pålagt å kontakte barnevern og politi i slike tilfeller. En noe mindre, men likevel stor andel (henholdsvis 43 og 60 prosent) helsestasjoner og særlig skolehelsetjenesten forstår det som at de skal varsle barnevern eller politi hvis egne forsøk på å avverge ikke fører frem.

Tabell 5.3 Helsestasjoner, skolehelsetjenesten, skoler og barnehagers forståelse av avvergelsesloven. I prosent

	Helsestasjon	Skolehelsetj.	Skoler	Barnehager
Loven trer inn når det er mistanke om at omskjæring kan skje	89	87	91	56
Loven trer inn når det er mistanke om at omskjæring kan skje med andre familiemedlemmer	66	53	55	22
Pga. min taushetsplikt kan jeg kun forsøke å avverge ved å kontakte foreldrene	0	0	0	11
Jeg er pålagt å varsle barnevern eller politi hvis jeg har mistanke om at omskjæring kan skje	80	73	82	78
Jeg skal varsle barnevern eller politi hvis mine egne forsøk på å avverge ikke fører frem	43	60	27	22
N=	35	15	11	18

At loven ikke entydig trer inn når det er mistanke om at kjønnslemlestelse kan skje med andre familiemedlemmer er en forståelse som deles av alle instansene og særlig er dette tydelig for barnehagenes del. At nesten halvparten av skolehelsetjenesten og skolene mener at avvergelsesloven ikke gjelder i forhold til yngre søstre er påfallende, og at bare to av ti barnehager mener at avvergelsesloven gjelder i slike tilfeller er et signal om at denne siden av loven må bli klarere formidlet. For øvrig forstår et par barnehager avvergelsesloven slik at de på grunn av taushetsplikten ikke kan trekke inn andre instanser, men kun forsøke å avverge ved å kontakte foreldrene på egenhånd.

Vi har også invitert respondentene til å ta stilling til utsagn som gjaldt meldeplikt i tilfeller der kjønnslemlestelse er gjennomført. Tabell 5.4 viser at samtlige skoler forstår det som at de har meldeplikt til barnevern eller politi i slike tilfeller. De fleste barnehager, samt et noe mindre flertall av helsestasjonene og skolehelsetjenesten, er av samme oppfatning. En tredjedel av barnehagene mener at de alltid skal melde politiet i slike saker, mens de fleste av de øvrige instansene ikke er enige. To av de atten barnehagene (11 prosent) mener at taushetsplikten stopper dem fra å melde, og en tilsvarende andel oppfatter at hensynet til barnets beste gjør at meldeplikten noen ganger må settes til side.

Tabell 5.4 Helsestasjoner, skolehelsetjenesten, skoler og barnehagers forståelse av meldeplikten ved gjennomført kjønnslemlestelse. I prosent

	Helsestasjon	Skolehelsetj.	Skoler	Barnehager
--	--------------	---------------	--------	------------

Jeg har alltid plikt til å melde fra til barnevern eller politi når jeg får kjennskap til at en jente er omskåret etter innflytting til Norge	57	67	100	78
Jeg har plikt til å melde fra for å straffe- forfølge foreldrene	17	20	0	11
Kjennskap til at en jente er omskåret skal meldes til politiet	17	7	9	33
Jeg har meldeplikt for å forsikre om at pasienten får tilstrekkelig medisinsk og psykologisk behandling	43	40	27	28
Taushetsplikten stopper meg fra bruk av meldeplikt	3	0	0	11
Hensynet til barns beste gjør at meldeplikten noen ganger må settes til side	17	0	0	11
Vi må vurdere i hvert enkelt tilfelle om barnet er utsatt for omsorgssvikt	26	33	18	28
N=	35	15	11	18

Dette synet finner vi også tilslutning til ved noen helsestasjoner, men ikke i skolen og skolehelsetjenesten. En tredjedel av helsestasjoner/skolehelsetjenesten og barnehagene mener at de må vurdere i hvert enkelt tilfelle om barnet er utsatt for omsorgssvikt. Kun få skoler forstår det slik. 40 prosent av helsestasjonene og skolehelsetjenesten bifaller for øvrig utsagnet ”jeg har meldeplikt for å forsikre om at pasienten får tilstrekkelig medisinsk og psykologisk behandling”, mens en tredjedel av skolene og barnehagene er enig. Vi antar at svarene gjenspeiler at helsestasjonene og barnehagene mener de står i en annen posisjon enn skolene for å vurdere barnets situasjon mer helhetlig, og eventuelt følge opp en familie på egen hånd.

Til slutt ser vi på barnevernkontorenes forståelse. I tabell 5.5 finner vi barnevernets oppfatning av andres plikter og egne handlingsalternativ.

Tabell 5.5 viser at så å si samtlige barnevernkontor mener at andre instanser har meldeplikt til barnevernet når det er mistanke om at kjønnslemlestelse kan skje.

Tabell 5.5 Barnevernets forståelse av andres plikter og egne handlingsalternativ. I prosent

	Barnevern
Andre instanser har meldeplikt til barnevernet når det er mistanke om at omskjæring kan skje	97
Andre instanser har meldeplikt til barnevernet når det er mistanke om at omskjæring kan skje med andre familiemedlemmer	62

For å forhindre en antatt forestående omskjæring <i>kan</i> barnevernet foreta en omsorgsovertakelse	70
For å forhindre en antatt forestående omskjæring <i>må</i> barnevernet foreta en omsorgsovertakelse	11
Andre instanser må melde fra til politiet hvis en antatt omskjæring er nært forestående	65
N=	110

Barnevernet oppfatter denne forpliktelsen entydig. Som vi så tidligere mente også 80 prosent av helsestasjonene at de har meldeplikt til barnevernet, men en del ser ut til å mene at de først bør prøve selv. Vi har ikke spurt barnevernet om hvorvidt de mener det er riktig at helsefolk prøver selv først.

Når mistanken om kjønnslemlestelse gjelder andre familiemedlemmer er barnevernet på linje med helsestasjonene. Om lag to tredjedeler mener at dette ligger som en forpliktelse i avvergelsesloven. To tredjedeler av barnevernkontorene mener politiet alltid skal få meldinger hvis man antar at en omskjæring er nært forestående.

Når barnevernet får en bekymringsmelding knyttet til avverging er ett av de mulige tiltakene å få utferdiget en midlertidig omsorgsovertakelse ved hjelp av fylkesnemnda. Ett av ti barnevernskantorer sier at de i slike saker er forpliktet til å overta omsorgen, mens sju av ti mener at dette er en mulighet de kan overveie.

Meldeplikten til barnevernet for allerede utført kjønnslemlestelse er ikke absolutt, i følge barnevernets vurderinger. I følge tabell 5.6 mener halvparten av barnevernskantorene at barnevernet bare skal kobles inn når barnet ikke på annen måte får tilstrekkelig medisinsk og psykologisk behandling. Dette er i tråd med reglene slik vi forstår dem. Hvis helsevesenet følger opp behandlings- og omsorgsbehovet, er det ikke lovpålagt at saken meldes til barnevernet. Tre fjerdedeler mener også at de i hvert enkelt tilfelle de blir kontaktet må vurdere om barnet er utsatt for omsorgssvikt. Vel 60 prosent mener at de har plikt til å gi opplysningene til politiet om at en jente er kjønnslemlestet.

Tabell 5.6 Barnevernets tolkning av meldeplikt ved gjennomført kjønnslemlestelse. I prosent

	Barnevernet
En instans har meldeplikt til barnevernet når de selv ikke er i stand til å gi jenta tilstrekkelig medisinsk og psykologisk behandling	51
Barnevernet har plikt til å gi opplysninger til politiet om at jenta er omskåret	63
Barnevernsloven forhindrer at barnevernet kan anmelde en gjennomført omskjæring da det ikke er gjentakelsesfare på	3

det enkelte barn	
Vi må vurdere i hvert enkelt tilfelle om barnet er utsatt for omsorgssvikt	75
N=	109

Oppsummering og drøfting

Vi skal oppsummere noen hovedtrekk. For det første er så godt som samtlige instanser som har besvart vårt spørreskjema innforstått med at taushetsplikten ikke er til hinder for å trekke inn andre instanser ved begrunnet mistanke om forestående kjønnslemlestelse. Et påfallende trekk er imidlertid at en stor andel i samtlige yrkesgrupper ikke vurderer at avvergelsesplikten gjelder når det er mistanke om at kjønnslemlestelse kan skje med andre familiemedlemmer. Barnehagene utmerker seg ved å være de som i størst grad synes reglene er uklare. Helsepersonell synes i større grad enn de andre å oppleve at de er forpliktet til å gjøre egne forsøk på å avverge.

Vi kan ikke vite sikkert hva respondentene legger i svaret ”både/og”. Det kan tenkes at de synes noen deler av loven er mer uklare enn andre deler. Det kan også være de har i tankene at de forstår lovens bokstav, men er usikker på hvordan den skal operasjonaliseres. For eksempel kan det hende de oppfatter det som klart at de har plikt til å forsøke å avverge, men at de synes det er mer uklart hvorvidt de selv skal gå inn i saken, eller henvende seg til barnevernet. Det kan også være at de tenker loven er uklar mht. hva som utgjør berettiget mistanke, eller hva som angis som tilstrekkelig innsats for å avverge. Skolehelsetjenesten kan kanskje være i tvil når bekymringen gjelder en søster som ikke går på skolen. Er det de som skal ta opp tema og innkalle foreldrene til samtale, eller skal de melde fra til helsestasjonen eller barnevernet?

Hvordan skal vi tolke resultatene som helhet? Viser vår undersøkelse at loven er uklar, eller at den er uklar for dem den gjelder? Og hva innebærer det at loven er uklar? Vi har ingen fullgode svar på disse store spørsmålene, men samlet tilsier våre data at en hel del oppfatter loven som uklar, og at en del kan ha misforstått deler av den. Mange opplever den som utfordrende og vanskelig å praktisere. Eller snarere: Den må praktiseres i vanskelige situasjoner, og de er ikke alltid trygge på hvordan de skal gjøre det. Likeledes er det vanskelig å vurdere hvorvidt ens forsøk på å avverge har ført fram. Kan man stole på at det foreldrene sier, stemmer? Og har de full kontroll i forhold til andre slektninger som ønsker å fortsette tradisjonen? Her er to sitater som illustrerer noen av de dilemmaene særlig ansatte ved helsestasjoner og skolehelsetjenester står i:

”Jeg forstår den [loven], men det er alltid grenseoppganger – hvor stor er bekymringen, og hvor stor bekymring må jeg ha før jeg eventuelt melder til barnevernet – inndratt pass, stoppe ved grensen, dramatikk, dramatikk ... Vi må kjenne på magefølelsen, på egen uro. OK, de har mottatt informasjon, men så er det jo det med den uroen – hvor sterk den er. Det er vanskelig.”

”Det er vanskelig å vite om det virker eller ikke. I de fleste tilfeller sier de at de ikke gjør det, at de har sluttet med det. Jeg vet jo ikke om jeg når inn – kan opplyse om helsekonsekvenser osv. Noen ganger føler jeg meg trygg på at dette er noe de mener, andre ganger er jeg ikke like overbevist. Men jeg har ikke noen andre virkemidler. Men vi må dokumentere at vi har gjort det. Vi har informasjon som virkemiddel og plikt til å opplyse.”

Vi har særlig festet oss ved helsestasjonenes og skolehelsetjenestenes dilemmaer. Ansatte ved helsestasjoner og skolehelsetjenester må håndtere vanskelig dilemmaer ved at de står i en posisjon der de i større grad enn mange andre instanser er i stand til å gripe fatt i egen mistanke, og aktivt forsøke å avverge ved egen innsats. Det kan virke som om flere av de ansatte i disse instansene oppfatter sin plikt til å avverge først og fremst som noe de selv skal gjøre gjennom dialog med foreldrene. Imidlertid er det enkelte helsestasjoner og skolehelsetjenester som praktiserer et handlingsrom utover dialogen – for eksempel ved at de får foreldre til å skrive under på egenerklæringsskjema, der de bekrefter at de vet at det er ulovlig. Videre er det flere som inngår tverrfaglig samarbeid for å diskutere de vanskelige sakene, og likeledes enten anonymt eller ikke tar kontakt med barnevernet for samtaler om hvordan og hvorvidt de skal gå videre med saken. Det må her opplyses at halvparten av barnevernskontorene i kartleggingsundersøkelsen har oppgitt at de har et godt samarbeid med helsestasjoner, noe som indikerer at det kan være en relativt hyppig og god kommunikasjonslinje mellom de to instansene.

Vårt inntrykk er at disse instansene ser rutiner som et viktig middel for å forebygge stigmatisering. Særlig før sommeren og ferietid oppstår det imidlertid situasjoner der for eksempel skolehelsetjenesten må ha såkalte akuttamtaler med foreldre/elever i forbindelse med utenlandsreise. ”Noen ganger har det gått greit og andre ganger har det blitt tatt veldig negativt opp og ikke blitt noen god opplevelse”, var den en som sa. Ønsket var å prøve å forhindre at noe ble akutt – ved å ha rutiner – samtidig som de har avvergelsesplikten:

”Det er forskjell på å kalle inn nye elever fordi det er rutine og det å faktisk kalle inn en familie fordi det er en bekymring – vi vet din datter har sagt at hun skal reise alene til hjemlandet eller sammen med bestemor ... Altså, du har en helt annen kontekst, og det blir mye vanskeligere. Det må vi bare innrømme..., og så må vi tenke på hvordan vi skal gjøre det med sikkerhet i vårt eget arbeid. Det er dyptgripende hendelser i et menneskes liv, så vi skal ikke ta lett på det. Vi må være varsomme samtidig som vi må gjøre vår plikt. ... Men samtidig

hvis vi vet at noen skal til Somalia, at ingen har tatt det opp før, da sitter du i et dilemma for du tenker at du har en plikt. Opplysningsplikt – avvergelsesplikt – hvor langt går den? Kommer den jenta tilbake og det viser seg at hun er omskåret, selv om man ikke alltid kan tidfeste når de ble omskåret – de tankene er mye vanskeligere enn planlagte samtaler hvor man tar det opp på rutineplan fordi eleven er ny eller har begynt i første klasse.”

Her er det viktig å minne om at det er substansielle forskjeller mellom kjønnslemlestelse og andre former for barnemishandling og alvorlig omsorgssvikt, spesielt med hensyn til å innfri kunnskapskravet. Vi har allerede påpekt at en samtale kan være særlig aktuelt når det dreier seg om én enkelt forestående handling, og ikke pågående mishandling eller forhold som kan settes i sammenheng med en generell dysfunksjonalitet i familien. Vi er imidlertid usikre på om det går et klart nok skille mellom den samtalen som er nødvendig for å innfri kravet om ”begrunnet mistanke” og den samtalen som er ment å avverge? Sagt på en annen måte: Kan denne doble vekten på samtaler og dialog, gjøre at det å melde til barnevernet synes uforholdsmessig lite nærliggende, sammenlignet med andre former for barnemishandling og overgrep? Ser vi konturene av at avvergelsesarbeid ”på annen måte” i noen tilfeller handler om å informere og innhente foreldrenes muntlige forsikring, på en måte som forhindrer at saker meldes til barnevernet?

”Jeg har jo ingen andre virkemidler” uttalte en av våre informanter i helsevesenet. Hun fortalte at det hender at hun etter en samtale med noen foreldre sitter igjen med en tvil. Når foreldre bedyrer at de ikke vil omskjære datteren, kan hun virkelig stole på det? Vedkommende mente at hvis uroen vedvarer, etter å ha snakket med elev og foresatte, bør man melde fra til barnevernet. Hun mente at å melde fra til barnevernet nok burde gjøres oftere enn det var blitt gjort. Når dette ikke blir gjort, kan det nok ha flere årsaker. Kanskje mener noen at de har gjort det som kan gjøres i en slik situasjon. Kanskje kobler noen sin vurdering til faren for å skade tilliten mellom pasient og helsevesenet, slik at både foreldre og barn ikke vil oppsøke hjelp om de skulle ha behov. Dette er et vektig argument, men vi mener det er grunn til å problematisere det. For det første; tillit er noe som går begge veier. Vi tenker da på situasjoner der helseutøveren ikke vet om hun kan stole på foreldrene, når de forsikrer om at omskjæring er helt uaktuelt. For det andre vil vi framheve at ”pasienten” her ikke er en entydig størrelse. Man må også ta høyde for at jenter som ser at helsepersonell ikke griper inn, kan miste tilliten til helsevesenet.

Nærhet og tillit er for øvrig også noe som nevnes som forutsetning for å kunne ta opp ømtålige tema som kjønnslemlestelse. Som vi har sett tidligere, gjenspeiles dette også i våre intervjudata. En av våre informanter utfordrer imidlertid denne forståelsen når hun snakker om barnehagens rolle. Hun hevder at det kan være vanskelig for barnehagepersonell å melde fra til barne-

vernet nettopp *fordi* de har så nær relasjon til foreldrene. En informant fra barnevernet nevnte at barnehagepersonell er forpliktet til å informere foreldrene om at de har meldt bekymring til barnevernet. Det er kun i visse alvorlige saker at foreldrene ikke skal informeres, og mistanke om forestående kjønnslemlestelse vil neppe kvalifisere til dette unntaket, mener informanten.

Et spesielt vanskelig eksempel er i de tilfellene der en jente skal på ferie til sin bestemor, og yrkesutøveren ikke er i stand til å prate med bestemoren om temaet. Er det da tilstrekkelig at foreldrene bedyrer at jenta ikke skal omskjæres? Ville det i slike tilfeller være nødvendig å varsle barnevernet slik at de kunne gjøre en selvstendig vurdering og eventuelt sette i verk konkrete, forebyggende tiltak? For eksempel kunne barnevernet varsle foreldrene om at jenta ville bli vurdert undersøkt når hun kom tilbake. Hvis foreldrene er motstandere av omskjæring, slik de hevder, ville dette kunne gi dem et konkret grunnlag for å forhindre at bestemor tok saken i egne hender. Vårt anliggende er imidlertid ikke å foreslå konkrete tiltak fra barnevernets side, men generelt påpeke at barnevernet har noen verktøy, metodisk og rettslig, som de andre instansene ikke har. Blant annet kan barnevernet sitte med informasjon om familien som skolen eller helsestasjonen ikke er kjent med.

Sammendrag

Vi har gjennomgått myndighetenes veiledningsmateriale om avvergelsesplikt og opplysningsplikt, både generelt og spesifikt i forhold til kjønnslemlestelse. Inntrykket er at dette materialet samlet sett sender ut tvetydige signaler.

De ulike instansene er spurt om hvorvidt de oppfatter avvergelsesloven som klar eller uklar. Her finner vi stor spredning både mellom ulike instanser og innad i den enkelte type instans, noe som i seg selv tyder på behov for informasjon og klargjøring. Drøye halvparten av skolene og helsestasjonene mener at loven er klar, mens dette gjelder for vel en tredjedel i barnevernet og skolehelsetjenesten. En relativt stor andel av samtlige instanser er helt eller delvis enig i at loven er uklar. Dette gjelder særlig barnehagene. Når det gjelder meldeplikt i tilfeller der kjønnslemlestelse har funnet sted, finner vi det samme mønsteret, men noen flere oppfatter denne som klar enn det som gjelder for avvergelsesplikten. På den andre side kan det se ut som om mange oppfatter denne som mer absolutt enn den er.

Vi har dessuten undersøkt respondentenes forståelse av avvergelsesplikten, samt hvilke plikter de har når en kjønnslemlestelse er foretatt. Så godt som alle er innforstått med at taushetsplikten ikke er til hinder for å trekke inn andre instanser i en sak. Her utpeker barnehagene seg ved å oppfatte pliktene som

mindre omfattende enn de øvrige instansene. Helsepersonell mener i større grad enn de andre at de er forpliktet til å gjøre egne forsøk på å avverge før de varsler barnevern eller politi. Et annet påfallende trekk er at en stor andel i samtlige yrkesgrupper ikke vurderer at pliktene gjelder når det er mistanke om at kjønnslemlestelse kan skje med andre familiemedlemmer. Dette gjelder særlig barnehagene der kun 22 prosent er innforstått med dette.

Etter vår mening er det bekymringsfullt at en relativt stor andel av de som skal praktisere lovbestemmelsene, og som risikerer å bli straffet for å ikke gjøre det, oppfatter disse som uklare. Denne oppfatningen kan skyldes at respondentene ikke har satt seg tilstrekkelig inn i lovverket, eller at det materialet de har satt seg inn i er flertydig, men det kan også reflektere at lovverket, eller deler av det, er uklart. Vi spør blant annet om den generelle opplysningsplikten til barnevernet har kommet i skyggen av den spesifikke avvergelsesplikten i kjønnslemlestelsesloven. I så fall bør man være oppmerksom på mulige uintenderte konsekvenser. Det kan være behov for å gå opp klarere grenser mellom hva andre instanser kan og bør gjøre, og hva som er barnevernets oppgaver.

I følge den nye handlingsplanen mot kjønnslemlestelse skal det utarbeides en mer utfyllende veileder for de ulike instansene (tiltak 1). Vår undersøkelse bekrefter behovet for en omforent og entydig tolkning av sentrale lovbestemmelser, samt forholdet mellom disse. Det er i tillegg stort behov for et brukervennlig informasjonsmateriale som operasjonaliserer lovverket for de som skal praktisere det, med særlig vekt på de vanskeligste situasjonene. Man bør være åpen på dilemmaer og konfliktstoff, samt gi yrkesutøverne konkrete råd om grenseoppganger, gjerne med bruk av eksempler. Heller enn å ta utgangspunkt i et abstrakt "generelt" bilde, bør man i et slikt materiale gå ut fra ulike, konkrete, virkelighetsnære situasjoner som kan oppstå, og der den enkelte er forpliktet til å gjøre vurderinger. Det bør dessuten satses mer på å utvikle og formidle konkrete metoder og verktøy som hjelper yrkesutøverne å ivareta sine plikter. "Den vanskelige samtalen" er et stikkord. Her må det bygges videre på eksisterende kompetanse og erfaringer. Arbeidet med veiledere og metoder bør i størst mulig grad forankres i det bredere feltet "vold og overgrep mot barn".

Tiltak

Personer fra berørte grupper og organisasjoner

Vi har spurt representanter fra de berørte gruppene og organisasjoner hva de mente var viktig i arbeidet mot omskjæring. De skulle også gi konkrete forslag til tiltak. Under følger en oppstilling av hva de fremhevet som var sentralt.

Dialog og informasjonsarbeid

For å skape varig holdningsendring er det viktig med dialog. Varige holdningsendringer tar tid. Informasjon og opplysning er kjernen i endringsarbeidet. Argumenter om at praksisen er skadelig, og har negative helsemessige og seksuelle konsekvenser har gjennomslagskraft.

Alle må få kunnskap om at omskjæring ikke har sammenheng med religion. Det etterlyses at også at andre religiøse ledere enn de muslimske kommer på banen. Dessuten må andre samfunnsledere med autoritet uttale seg. Ikke alle går i moskeen.

Generelt er folk klar over at det i Norge er forbud mot kvinnelig omskjæring. Det er imidlertid viktig å ikke skremme med lovverket, men informere. Kunnskapsnivået er høyere i dag, men ikke godt nok. Dette gjelder særlig nyankomne. Tiltak her kan være systematisk informasjonsformidling i alle asylmottak, og samlinger for de som ikke går på skole.

Kvinner er den viktigste mottakergruppen av kunnskap, men også barn og unge. Isolerte grupper, også de som selv isolerer seg, er dessuten viktig å nå. For mange er det vanskelig å delta fordi de mangler språkferdigheter, utdanning og kunnskap.

Det fremheves at menn må engasjere seg mer, slik at kvinner er sikre på at menn godtar uomskårne jenter. Viktige stikkord er tillit, tålmodighet, respekt og toleranse.

Internasjonal satsing

Personene fra de berørte gruppene understreker også at det er nødvendig med et internasjonalt fokus. Det må jobbes på tvers av landegrensener, og se land og prosjekter i sammenheng. I forhold til opprinnelseslandet fremhevet flere at kvinnelig omskjæring er en dimensjon ved fattigdom. Det er viktig å gi kvinner makt og innflytelse ("empowerment") for å bekjempe vold mot kvinner. Noen så behovet for å gi omskjærere alternative levebrød, opplæring og utdanning.

Kontakt og informasjonsflyt mellom Norge og opprinnelsesland er omfattende. Økt motstand i opprinnelseslandet vil gjøre det lettere også for de som bor i Norge og reiser hjem på ferie.

Helhetsperspektiv

Mange fremhevet at et helhetlig perspektiv på livssituasjonen til familiene er viktig. Til tross for at de er opptatt av å jobbe mot kvinnelig omskjæring, kan andre problemer være vel så viktig å ta tak i. Noen nevnte tiltak for ungdom for å forebygge kriminalitet, rusmisbruk og frafall fra videregående skole. Å styrke kvinne- og mødrerollen står sentralt. Skolen er krevende, og det er utfordrende for foreldre og aleneforeldre å hjelpe til med lekser og stille opp hvis de ikke mestrer språket, er uten nettverk, ikke kan lese og skrive, og ikke forstår meldinger fra skolen. Aktuelle tiltak er leksehjelp, samt å styrke foreldrenes kompetanse gjennom å gi tilbud om skolegang, utdanning og arbeid. Det er viktig å nå de isolerte gruppene (uavhengig av etnisk tilhørighet); ikke bare de nyankomne men også de som var mye isolert i hjemmet.

Ensidig oppmerksomhet og konstant fokus på tvangsekteskap og omskjæring gjør at mange blir lei av temaet, og mange ønsker og trenger fokus også på andre viktige områder. Det nevnes for eksempel mer allsidige temaer som barneoppdragelse, skole og arbeid. "Vi er mer enn bare omskjæring". Temaet kvinnelig omskjæring kunne med fordel integreres i temaer som for eksempel barneoppdragelse.

Det ble påpekt at samfunnets fokus på omskjæring gjør at pengene kanaliseres til dette arbeidet, mens andre innsatsområder også trenger støtte, blant annet for å styrke språkerfardigheter, rekruttere til arbeid, og øke innsats når det gjelder helse, oppdragelse og skole.

Bruke egne folk i miljøet

For å lykkes i arbeidet mot kvinnelig omskjæring er det viktig å bruke personer fra miljøene, såkalte "brobyggere". Ved å kunne bruke eget språk kan informasjonen formidles bedre og bredere. Det er også viktig å kjenne til lokale kulturelle forskjeller. Disse når også lettere ut til isolerte familier. Bruk av nettverk er essensielt. Flere mente man måtte være nøye med hvem som fikk penger, og hva man fikk igjen for dem.

Langsiktige strategier og ikke sensasjon

Flere var kritiske til at innsatsen mot kvinnelig omskjæring hadde blitt gjennomført som et tidsavgrenset prosjekt, og at arbeidet var for fragmentert og uten kontinuitet. Arbeidet preges av at man begynner hele tiden på nytt; nye prosjekter med nye folk, i stedet for å bygge videre på det som fungerte, og ta i bruk erfaringer som er gjort. Det ble etterspurt hvem som aktivt jobbet forebyggende nå slik OK-prosjektet gjorde. En del var kritisk til bekjempelse gjennom strakstiltak, og argumenterte for det møysommelige og kontinuerlige arbeidet. At temaet var sensasjonspreget og ble brukt i en politisk kamp ble også betraktet som lite konstruktivt.

Omsorg til omskårede

Det var viktig ikke bare å ha fokus på forebygging men også være opptatt av hvordan de som allerede var omskåret hadde det. Å snakke med dem, høre hvordan de hadde det, gi dem seksualundervisning og påpeke at de ikke var skadede men fullverdige kvinner var viktig. Man måtte vise respekt for den eldre generasjonen og forhindre at de ble eller følte seg stigmatisert.

Formidlingsmåter

For å nå frem må informasjon ikke bare formidles på ulike språk, men gjennom bruk av muntlige og visuelle formidlingsformer. Det ble også foreslått å bruke tradisjonelle formidlingsmåter som teater og sang, og å overføre informasjon via kulturelle arrangementer.

Barnevern, helseinstanser, skoler og barnehager

Vi spurte de ulike offentlige instansene om hvilke tiltak de mente ville kunne bedre arbeidet mot kjønnslemlestelse.

Barnevernet foreslår

- Opplysningsvirksomhet til familier fra de aktuelle landene om loven mot kjønnslemlestelse, om skadene ved inngrepet og dens konsekvenser.
- Trekke inn religiøse ledere og engasjerte personer fra de aktuelle miljøene.
- Øke kompetansen i skoler, barnehager, fastleger, helsestasjoner og sykehus.
- Utarbeide en konkret veileder, gjerne med eksempler, til skoler og barnehager med steg for steg hva som kan gjøres ved fare for omskjæ-

ring i risikoland eller andre faresignaler, og hvordan disse indikatorene kunne identifiseres.

- Styrke samarbeid og rutiner innenfor kommunen for å sikre felles tverrfaglig forståelse. Eventuelt opprettet egne team.
- Øke kompetansen og informere om meldeplikt til profesjoner som jobber med barn, bl.a. gjennom informasjonskampanjer.

For egen del:

- Utarbeide rutiner i forhold til bekymringsmeldinger,
- Å drive opplæring av ledere og saksbehandlere,
- Øke kunskapsnivået om de aktuelle landene
- Styrke samarbeid med asylmottak,
- Sette av nok tid til å følge opp barn og familier.
- Se særlig på hvordan man kan avverge at barn blir plassert i hjemlandet i småbarnsalder.

Helsestasjoner for barn og unge foreslår:

- Holdningsskapende arbeid. Unngå krisemaksimering. Stikkord var åpenhet, tid og kunnskap
- Formidle god informasjon
- Bruke ressurspersoner fra land der det praktiseres, ikke kun spesialister
- Bedre rutinene ved skolene for å følge opp familier ved utreise
- Nå de aktuelle familiene tidligere med informasjon

For egen del

- Gode rutiner
- Bruke tolk
- God tid til samtaler
- Temaet må tas opp tidlig, mens mor er gravid, og jevnlig deretter på kontrollene
- Etske diskusjoner blant kollegaene
- Skolere seg i lovverket
- Støtte kollegaer i vanskelige saker
- Drøftet anonymiserte case
- Inngå samarbeid med for eksempel sosiallærere ved skolene
- Ett forslag var å sende OK-prosjektets skriftlige materiale til alle landets helsestasjoner – vedkommende helsestasjon hadde først nylig blitt klar over at dette materialet eksisterte, og fant det svært fruktbart i arbeidet mot omskjæring

Skolehelsetjenesten forslår

- Gruppene må selv ta tak i tematikken
- Imamene må snakke om temaet og fraråde det
- Lage brosjyrer med informasjon om loven og skader av omskjæring.
- Gi familier fra aktuelle land og særlig nyankomne opplæring i norsk lovverk.
- At tema blir rutinemessig tatt opp på konsultasjoner allerede fra fødselskontrollen og senere, slik at omskjæring blir et tema alle vet de vil møte.

For egen del:

- Øke kompetansen
- Få mer tid til å ta opp tema på en ordentlig og systematisk måte
- Utarbeide illustrasjoner for jenter i undervisningsøyemed
- Opprette jentegrupper for jenter fra de aktuelle landene, eventuelt utenfor skoletid
- Undersøke jenter før og etter utenlandsreiser, samt ved en fastsatt alder.

En skolehelsetjeneste hadde gode rutiner og erfaringer i sitt arbeid, men erfarte at all oppmerksomheten i media om temaet vanskeliggjorde arbeidet mot omskjæring, og at det var negativt for arbeidet at det kun ble fokusert på somaliere.

Legevakt

Legevaktene var opptatt av å forebygge at kvinner som skulle føde ikke var åpnet på forhånd, og foreslo å innføre rutine med en obligatorisk underlivsundersøkelse i svangerskapsomsorgen. Det ideelle er at kvinner åpnes i andre trimester, men det forutsetter at fastleger og helsestasjoner har kunnskap nok for å inkludere dette i svangerskapsomsorgen.

Av andre tiltak de foreslo var:

- Opplysnings- og holdningskampanjer i ulike kvinnemiljøer og blant aktuelle grupper
- Økt informasjon til skoler, barnevern, helsesøstre og fastleger
- Samarbeid mellom helsepersonell og innvandrerforeninger
- Opprette hjelpetelefoner
- Hjelp til utsatte familier

- Innføre obligatorisk underlivsundersøkelse i svangerskapsomsorgen for å forhindre at kvinner kommer igjensydd til fødsel

Gynekologiske poliklinikker

De gynekologiske poliklinikkene fremhevet dialog, tillit og opplysning som en fruktbar vei å gå:

- Informasjons- og diskusjonsmøter der ledere og imamer deltar
- Tilgjengelig helsepersonell
- Lavterskeltilbud som innga tillit, å vise til straffelov og politi kunne medføre at pasientene unngikk å komme selv med komplikasjoner.
- Innføre avtaler i forbindelse med utenlandsreiser til hjemlandet.
- Obligatoriske samtaler og informasjon med foreldre

Barneavdelinger

Fra barneavdelingene ble det foreslått en generell kompetansebygging også internt, for eksempel ved foredrag på legemøter på avdelingen. Dessuten:

- Bedre rutiner med å melde tilfeller videre
- Øke kompetansen til alle yrkesgrupper som har med barn å gjøre.
- Gi bedre informasjon til mødre

Skoler

Skolene var opptatt av å øke kompetansen og kunnskapsnivået både hos foreldre og fagfolk. Dessuten:

- Innarbeide gode rutiner ved skolene for å melde bekymring videre
- Ha rutiner på hvordan skolen formidler bekymring til foreldre
- Tett oppfølging av jentene gjennom helsestasjonen, skolehelse-tjenesten og fastlegen.

Barnehager

Barnehagene etterspurte først og fremst å øke egen kompetanse og kunnskap:

- Klargjøre hva som lå i risikoatferd
- Innarbeide rutiner for hvordan de skulle håndtere denne type saker
- Informasjon om avvergelseslov og meldeplikt. En barnehage kjente f.eks. ikke til avvergelsesloven.
- Obligatorisk helsesjekk av minoritetsspråklige barn hos lege og helsestasjon etter opphold i utland

Oppsummering

Som en oppsummering av forslagene presentert av de berørte gruppene og organisasjoner og de ulike instansene kan man si at samtlige fremhevet opplysning og informasjon som viktig i arbeidet. Det var relativt bred tilslutning til at endring av praksis også går gjennom å vise til lovverk, først og fremst som et preventivt tiltak. Det ble pekt på dilemmaene mellom omsorg og kontroll, f.eks. ved å opprettholde tilliten hos befolkningen til lavterskeltilbud når konsekvensen også kunne føre til straffeforfølgelse. Religiøse ledere måtte involveres i arbeidet; både muslimske og ledere fra andre religioner samt andre samfunnsledere. Instansene foreslo utvikling av rutiner og kompetanseheving for de ulike instansene. Det var viktig å bruke folk fra de berørte gruppene i arbeidet. Barnevernet så særlig behov for å nå ut til instansene med informasjon om meldeplikt. Andre instanser etterlyste kompetanse i å anvende avvergelsesloven og meldeplikten. Jevnlig oppfølging av barn, avtaler om samtale og eventuell underlivssjekk i forbindelse med utenlandsreiser ble nevnt av flere. Man måtte se kvinnelig omskjæring i sammenheng med en bedring av generell livssituasjon. Man burde ta i bruk tidligere erfaringer, informasjonsmateriell og kompetanse som for eksempel OK-prosjektet bygget opp og videreutvikle dette.

Obligatorisk underlivsundersøkelse

Obligatoriske underlivsundersøkelser har vært et aktuelt tema siden tidlig på 1990-tallet. I utgangspunktet var diskusjonen om undersøkelser knyttet til seksuelle overgrep. Statens Helsetilsyn besluttet at rutinemessig undersøkelse av jenter skulle avsluttes ved ett års alder. Debatten har siden blusset opp med jevne mellomrom, og med ulike begrunnelser. Underlivsundersøkelser som tiltak mot kvinnelig omskjæring har engasjert mange. Diskusjoner dreier seg om hvorvidt underlivsundersøkelser bør innføres på generelt grunnlag, som del av en helhetlig kroppsundersøkelse, eller om underlivsundersøkelser skal innføres som et forebyggende og/eller avslørende tiltak mot kvinnelig omskjæring. Videre, hvis underlivsundersøkelser skal innføres som tiltak mot omskjæring, skal det da gjennomføres på alle jenter eller kun på jenter fra "risikosonen", skal det være frivillig, obligatorisk, eller fortsette som dagens praksis, på indikasjon. Ulike instanser, organisasjoner og enkeltpersoner har uttalt seg. Temaet ble tatt opp senest 8. april 2008 i Stortinget. Positive til underlivsundersøkelser er bl.a. barneombud Reidar Hjermann og Likestillings- og diskrimineringsombudet Beate Gangås, Human Rights Service og politikere fra flere partier. Andre politikere derimot, Norsk Gynekologisk Forening, Rådet for legeetikk, Norsk Barnelegeforening og direktør Preben Aavitsland i Folkehelseinstituttet har uttalt seg negativt. Landsgruppen av helseøstre har uttalt at de ikke prinsipielt er imot, og ikke tror det er traumatisk for

jentene, forutsatt at den inngår som en naturlig del av en helkroppsundersøkelse. Tiltaket krever imidlertid ytterligere opplæring, da det er mange grader av omskjæring som ikke er lette å oppdage⁷². I en kronikk i Tidsskriftet for Den Norske Lægeforening i 2007 argumenterer Gulla, Myhre og Bratlid⁷³ for undersøkelse, og oppsummerer diskusjonen rundt undersøkelser. De refererer til en undersøkelse fra Trondheim som viser at de aller fleste av barna ikke opplevde noen del av undersøkelsen som spesielt traumatisk. Samtidig viser de til en undersøkelse fra USA i 2005 der en betydelig andel leger identifiserte genital anatomi feilaktig⁷⁴. ”Sett i lys av de siste 15 års praksis er det liten grunn til å tro at forholdene ved norske helsestasjoner og poliklinikker er bedre”, konkluderer de.⁷⁵

Sosial- og helsedirektoratet foretok i 2007 en vurdering av ulike sider ved en eventuell innføring av obligatorisk undersøkelse av alle jenter og av jenter i den såkalte risikogruppen. Direktoratet anbefalte ikke innføring av dette tiltaket blant annet basert på følgende begrunnelser:

- Det må foretas en endring i pasientrettighetslovens bestemmelser om pasientens og foreldrenes rett til å samtykke til helsehjelp, jf. punkt 2.8
- Å benytte helsetjenesten for straffeforfølgingsformål vil være et brudd med tidligere praksis
- Klinisk observasjon av alle jenters genitalia etter at de er undersøkt som nyfødte, vil ha lav kostnadseffektivitet
- Nesten hele barnepopulasjonen (99 prosent) ligger utenfor målgruppen, og tiltaket kan derfor ikke begrunnes helsefaglig
- I tillegg vil en masseundersøkelse av barns genitalia kunne være etisk problematisk blant annet fordi den kan oppleves som psykisk belastende
- Det foreligger heller ingen dokumentasjon på at obligatorisk klinisk observasjon av jenters genitalia vil forebygge kvinnelig omskjæring
- Siden inngrepet kan finne sted ved ulik alder, vil rutinemessig undersøkelse av genitalia måtte gjennomføres gjentatte ganger gjennom jentenes oppvekst, skal undersøkelsen ha tilsiktet avskrekkende effekt

⁷² <http://www.tvedestrandsposten.no/Innenriks/article2847772.ece>

⁷³ http://www.tidsskriftet.no/index.php?vp_SEKS_ID=1587049

⁷⁴ Kun 84 prosent identifiserte urinrørsåpningen korrekt, 71 prosent jomfruhinnen og 89 prosent de store kjønnsleppene

⁷⁵ Johndotter (2008) refererer som fra tilfeller i Sverige der jenter har blitt diagnostisert omskåret av fagpersoner for i neste omgang å ha fått avkreftet dette av andre eksperter. Dette underbygger oppfatningen om enten mangelfulle kunnskaper hos fagpersoner eller også at det i noen tilfeller er svært vanskelig å påvise.

- Innføring av screening vil kunne medføre tap av tillit til helsetjenesten (som igjen er basert på frivillighet og tillit), som igjen vil kunne undergrave helsepersonellens mulighet til å yte god helsehjelp, herunder forebyggende helsetiltak
- Det vil være vanskelig å beholde tillitsforholdet dersom helsepersonell blir pålagt å gjennomføre obligatoriske undersøkelser for å avdekke straffbare forhold. Hensyn knyttet til etterforskning, straffeforfølgning og kriminalitetsforebygging er knyttet til politiets og påtalemyndighetens virksomhet og hører ikke under helsetjenestens formål.

Mange av de samme vurderingene ble gjort for en eventuell innføring av obligatorisk undersøkelse av jenter fra "risikogruppen", men der var det i tillegg argumentet med stigmatisering, og at det er vanskelig å finne frem til en hensiktsmessig avgrensning av hvilke jenter som befinner seg i risikogruppen, både med hensyn til nasjonalitet, folkegruppe og alder. Ved avgrensning av personkretsen ville også problemstillinger knyttet til førstegenerasjons innvandrere og senere generasjoner komme inn.

Videre vurderte direktoratet det dit hen at det allerede er lovhjemmel som gir grunnlag for tvungen klinisk undersøkelse der det er mistanke eller indikasjon på at omskjæring har skjedd. Hvis helsepersonell får mistanke om at omskjæring har skjedd, kan de be om samtykke fra foreldrene til å få jenta undersøkt. Nekter foreldrene å gi slikt samtykke, kan helsepersonell melde fra til barnevernet hvis de mener det er grunn til å tro at barnet blir mishandlet i hjemmet eller det foreligger andre typer omsorgsvikt. Fylkesnemnda kan igjen treffe vedtak om undersøkelse. Direktoratet vurderer det derfor dit hen at det allerede er lovhjemmel for tvungen undersøkelse i det gjeldende lovverket.

Norsk Institutt for menneskerettigheter har som tidligere nevnt fått i oppgave av Barne- og likestillingsdepartementet å utrede de ulike juridiske sidene ved obligatorisk underlivsundersøkelse.

Dagens situasjon

I dag undersøkes nyfødte jenters kjønnsorganer på barselavdelingen. Utover dette gjøres det kun på indikasjon som kløe, utflod, blødning, smerter, skade og mistanke om skade eller overgrep.

Ulike politikere og sivile aktører har foreslått å innføre obligatoriske undersøkelser av alle jenters kjønnsorganer ved dagens helsekontroller, altså en screening eller en masseundersøkelse av symptomfrie jenter. Screening er en undersøkelse rettet mot alle for å oppdage sykdom eller skade på et tidlig stadium, slik at man kan rette opp, behandle eller forebygge. Forutsetningen er at det finnes behandling eller tiltak. Hensikten med det nåværende forslaget er forebygging - å avverge at omskjæring skjer. I de tilfellene der omskjæring avdekkes skal jentene tilbys oppfølging og behandling.

Helsestasjonsvirksomheten i Norge er basert på frivillighet og samtykke. Tvangsundersøkelser har ikke vært en del av helsestasjonsarbeidet, og innføring av obligatoriske underlivsundersøkelser vil slik sett være et brudd på denne praksisen. Straffebestemmelser benyttes på bestemte områder, men håndheves av barnevern, politi og domstoler. Til tross for at helsestasjonene er basert på frivillighet, ligger det allerede en grad av obligatorisk virksomhet, fordi foreldre har plikt til å medvirke til at barnet deltar i helsekontroller (Sosial- og helsedirektoratets Rapport 2007 IS-1372). Foreldrene står fritt til å velge helsestasjon eller eventuelt fastlege. Hvis dette ikke blir gjort, skal det foretas hjemmebesøk, og deretter varsle barnevernet. Dagens helsekontroller er pr. i dag 14 kontroller av barn mellom 0-4 år og 12 kontroller av barn mellom 5-20. De pårørende skal være informert om, og ha samtykket til disse undersøkelsene.

I kartleggingsundersøkelsen spurte vi gynekologiske poliklinikker, fødeavdelinger, barneavdelinger og legevakter om det var knyttet usikkerhet til å konstatere omskjæring. 80 prosent av barneavdelingene og to tredjedeler av legevaktene og de gynekologiske poliklinikkene svarte "ja" til dette. At prosenten er høyere hos barneavdelingene kan muligens knyttes til at de spesifikt jobber med barn, og at å avdekke omskjæring hos små jenter er enda vanskeligere enn hos voksne kvinner. En alternativ tolkning er at barneavdelingene har mindre spesialistkunnskap om omskjæring enn legevaktene og gynekologiske poliklinikkene, noe som er lite trolig.

ISF spurte også gynekologiske poliklinikker, fødeavdelinger, barneavdelinger, legevakter, helsestasjoner, skolehelsetjenester og representanter fra organisasjoner om deres tanker rundt obligatorisk underlivsundersøkelse av alle jenter.

Helsestasjoner

Et flertall av helsestasjonene var skeptiske til og/eller imot undersøkelse. Tilbakemeldingene pekte på de ulike argumentene for og imot, både etiske og praktiske momenter, men også hva en eventuell undersøkelse vil avdekke.

Av de som var positive, ble det argumentert for at det burde innføres som et forebyggende tiltak, tilsvarende når testiklene hos gutter undersøkes. Dette må da inn i veilederen for helsestasjoner. Det burde inkluderes i de ordinære konsultasjoner på helsestasjonen og i skolehelsetjenesten. Det var uenighet om når en screening skulle finne sted; det var akseptabelt med undersøkelse opp til fire års alder, så årlig kontroll for jenter i risikogruppene. En forutsetning er at det ble utført av spesialister, og at det ble sikret at jenta fikk oppfølging.

Det var imidlertid et flertall som var skeptiske til undersøkelse, også blant de som fremførte argumenter *for*. Et moment som gikk igjen var skepsis til om denne type tiltak ville avdekke alle tilfeller, fordi omskjæring kan finne sted i alle aldre, både i ungdomsskolealder og over 16 år. For de eldre alders-

gruppene anså man at undersøkelsen kunne oppfattes krenkende. Spørsmålet om hvem som eventuelt skulle foreta undersøkelsen ble også tatt opp. "Vi har ikke nok opplæring til å utføre dette som helsesøstre. Skolen har ikke skolelege lenger, slik at det da måtte bli en oppgave for fastlegene." Manglende ressurser ble påpekt som en begrensning. Likeledes ble det stilt spørsmålsteget ved hva man gjør med eventuelle funn. Spørsmålet om obligatorisk oppmøte på helsestasjonen for gjentatte kontroller på større barn ville eventuelt være en ny praksis. Hva skulle gjøres med de som ikke møter?

Skolehelsetjeneste

De med en viss positiv innstilling til undersøkelse mente det burde gjennomføres før to-års alder. Etter dette ville det være krenkende for jenta. Et annet forslag var at det gjennomføres til og med undersøkelsen ved skolestart.

Flertallet var imidlertid skeptiske. Ett argument var at det ikke ville gi oss det man forsøker å avverge. Også her ble det stilt spørsmål om hvem som hadde god nok kompetanse til å utføre undersøkelsen. De var kritisk til når og hvor ofte undersøkelsen skulle skje; én gang, én gang i året, eller hver gang noen har reist utenlands. Én skolehelsetjeneste foreslo at det burde være en frivillig undersøkelse hos fastlegen i samarbeid med helsesøster. I de tilfellene der jenta hadde smerter, og foreldrene ikke ville la henne undersøkes, skulle man gå via barnevernet for tvangsundersøkelse.

Legevakt og gynekologiske poliklinikker

Legevaktene og de gynekologiske poliklinikkene var udelt negative til undersøkelse. Argumenter var at man ikke mente dette var egnet virkemiddel. Eventuelt måtte undersøkelsen være mer målrettet enn å gjøre den obligatorisk, noe som kunne føre til å stigmatisere grupper. Obligatoriske undersøkelser økte sjansen for falske mistanker. Det kunne bidra til å undergrave tillit mellom helsevesenet og befolkningen. Å undersøke alle norske jenter ville være helt uhensiktsmessig med tanke på omskjæring. Undersøkelse ville være ressurskrevende, og innebære unødig undersøkelser av friske jenter. Hvis undersøkelsen skulle ha forebyggende effekt må den gjentas høyt opp i alder. Overgangen til mindre omfattende inngrep gjør det vanskelig å avdekke selv om man er fagperson med spesialistkunnskap. Det må gjøres av kvalifisert personell, og forskningsbasert, med protokollføring. Det finnes ikke hjemler for å utføre en slik undersøkelse under tvang, da må lovverket endres.

Barneavdelinger

Barneavdelingene var enten negative til undersøkelse eller usikre og tvilende. Argumentene mot var at det ville være vanskelig å gjennomføre som en del av ordinære undersøkelser. En annen påpekte at det ville være "en masse unødige undersøkelser av friske jenter". Det ble påpekt at hvis det var uvilje hos for-

eldrene ville dette smitte av på barna, som igjen ville gjøre det vanskeligere å gjennomføre undersøkelsen. Vedkommende poengterte deretter at det skal sterk mistanke og gode argumenter til for å gjennomføre undersøkelse i nar-kose. Og til slutt mente vedkommende at en undersøkelse ikke ville forhindre et senere overgrep.

Personer fra berørte grupper og organisasjoner

På spørsmålet om hva representanter fra berørte grupper og organisasjoner tenkte om en obligatorisk underlivssjekk av alle, var det kun én som var for dette. Vedkommende anså ikke en underlivssjekk som sjikanering eller som overgrep, men som et tegn på at man tok arbeidet mot kvinnelig omskjæring alvorlig.

De andre var imot underlivssjekk (en annen var for men kun ved indikasjon). Det ble ansett som en krenkelse å undersøke barn uten foreldrene samtykke. En fremhevet tvangsaspektet, dette underkjente de voksne som var ansvarlige for jentene. Underlivsundersøkelser og tvang kunne føre til at familiene forlot Norge, noe som ikke hjalp jenta. Særlig at eldre jenter ble sjekket, ville bryte med deres tradisjonelle bluferdighet.

I diskusjonene rundt en eventuell innføring av underlivssjekk kom det tydelig frem at de berørte gruppene har mange forestillinger om hva en eventuell underlivsundersøkelse eller generell helsesjekk innebærer. Noen mente også at enkelte barn allerede blir undersøkt uten at foreldrene vet det.

Noen henviste til at jenter blir undersøkt på helsestasjonen. En kvinne husket at datteren ble undersøkt av helsesøster og lege da hun var noen måneder gammel uten at hun ble spurt. Hun likte det ikke, men det var verre hvis store jenter ble undersøkt; ”hvis man bare kommer og sjekker store jenter på skolen og i barnehagen”. Det var greit hvis jenta var syk. ”Vi vet også at jenter blir undersøkt, av helsesøster f.eks. når de tar av bleia på første samtale med foreldrene”, sa en annen.

Flere var av den oppfatningen at det forelå forslag om at jenter skulle undersøkes på flyplassen eller andre steder når de kom tilbake fra ferier i utlandet. En person lurte på om man ble fratatt barna på flyplassen, om barnevernet kom eller om man ikke fikk reise ut. Noen var usikre på hvem som skulle undersøkes. En person sa at ”hvis en familie reiser flere ganger i året; det blir mange undersøkelser for samme jente”. Vedkommende trodde med andre ord at jenter skulle undersøkes ved hver utenlandsreise. ”I fjor hadde politiet kommet på døra til en familie som skulle på ferie til Somalia”, sa en annen, ”og døtrene ble undersøkt, men det ble ikke funnet noe. Barna fikk sjokk og spurte foreldrene sine om politiet skulle komme tilbake og undersøke dem. Det kan være problematisk når folk bare blir stoppet på gata eller flyplassen når de kommer hjem.”

Noen var blitt fortalt av andre at undersøkelsen av jenter allerede hadde begynt. Vedkommende hadde da fortalt at det var ulovlig, fordi myndighetene

ikke hadde kommet med det tiltaket enda. ”Men folk er forskjellige, og har forskjellig kunnskap om hvordan systemet er bygget opp og det er veldig enkelt å bli lurt. Vi har fått en del klager, en del jenter har blitt undersøkt på ferien og etter ferien”. Dette var barn som gikk på skolen. Hun visste ikke i hvilken sammenheng de har blitt undersøkt, ”men kanskje har skolen eller barnevernet sagt at de må komme inn for undersøkelser”. Hun lurte litt på hvordan dette hang sammen, for underlivsundersøkelser var jo ikke innført så hun. Hun hadde formidlet til familien at de kunne nekte og hvis dette ble vanskelig skulle de kontakte organisasjonen.

Flere var opptatt av at underlivssjekk ville føre til at folk dro fra Norge, eller unngikk helsekontroller pga. motstanden mot detaljkontroll fra myndighetene.

Mange somaliske familier flytter fra Norge fordi barna deres har blitt kontrollert i barnehagen og sånn og de har ikke omskåret barna. Det er ubehagelig og uverdlig. ... familier har flyttet til England pga dette ... Slike kontroller kan gjøre foreldre redde, eller at de unngår helsestasjoner, helsepersonell... (Mann)

Vedkommende forteller om en familie som flyttet dagen etter at barnet ble sjekket i barnehagen.

... det har skjedd flere steder i Oslo, og foreldrene har ikke blitt spurt. Det betyr at man ikke har noen respekt for mennesker når man ikke har samtykke. ... Det betyr at helsestasjoner sjekker barn i barnehager uten tillatelse.

Flere mente at barnehagene kontrollerte barna, og sa seg uenige i at barnehagene skulle gjøre dette. Dette var det imidlertid et par personer som syntes var urimelig;

”Hvordan kan man skifte bleie på små barn i barnehagen uten å se? Hvorfor lager de så stor sak ut av det? De har jo allerede gitt noen ansvaret for å skifte bleier... Om man vil eller ikke, dette blir kontrollert allerede, hvorfor ikke formalisere det?”

”I barnehagen”, sa en mann, ”er det umulig å ikke se, man skifter jo bleie, det er ikke noen kontroll, man ser det jo bare, det er ikke noe problematisk i det.”

Det er åpenbart at mange mener barnehager og helsestasjoner driver kontroll av jentene, enten dette er ønsket eller uønsket. Det er likeledes mange oppfatninger om hvordan det norske helsevesen, barnevern og politi forholder seg til underlivsundersøkelser. Det går ikke frem hvorvidt de er motstandere av denne type undersøkelse på generelt grunnlag, fordi de mener at genitalia skal være private, eller om motstanden oppstår fordi hensikten er å avsløre omskjæring. Det siste gjelder i større grad tillitsbrudd, mistro, følelse av å bli overkjørt, og ikke bli involvert i beslutninger om sine egne barns liv.

Oppsummering

Flertallet av tilbakemeldingene uttrykket skepsis eller motstand mot obligatoriske underlivsundersøkelser av jenter som tiltak mot kvinnelig omskjæring.

De som er for nevner argumenter som:

- Gjennomføres som rutinemessig undersøkelse
- Undersøkelser av små barn er uproblematisk
- Undersøkelser vil ha preventiv virkning

De som er skeptisk eller har inntatt et standpunkt mot argumenterer for at:

- Det er vanskelig å påvise omskjæring, dette gjelder særlig de mindre omfattende formene som er blitt mer vanlige. Hvem skal i såfall utføre undersøkelsen?
- Ved hvilken alder skal den utføres? Alder for omskjæring forlenges i dag til ungdomstiden. Skal undersøkelsen gjentas, og hvor ofte?
- Hvem skal undersøkes? Hvordan defineres risikogruppen?
- Ressurser i helsevesenet vil benyttes til unødige undersøkelser
- Skal det være frivillig eller tvang? Hva gjør man i de tilfeller familierne ikke møter opp?
- Hva gjør man med eventuelle funn?
- Tvang kan føre til at familier forlater landet eller jente sendes til slektninger i opprinnelseslandet

Det kom også tydelig fram i intervjuene at det er mye usikkerhet hos de berørte gruppene på hvordan en eventuell underlivsundersøkelse vil arte seg, og at mange er opptatt av at jenter undersøkes også per dags dato. Også her kommer dilemmaet opp mellom omsorg og kontroll. I særdeleshet var personer fra berørte miljøer opptatt av at en følelse av kontroll, mistenkeliggjøring og manglende tillit fra det offentlige ville kunne føre til at noen foreldre ville kunne unngå helsekontroller eller flytte.

Vår vurdering av underlivsundersøkelse

Vi mener at

- Spørsmålene fra helsevesenet om hvem som har kompetanse til å utføre underlivsundersøkelser, ved hvilken alder dette skal gjøres og hvor gjentakende de skal være, viser til vesentlige svakheter ved tiltaket.

- Tiltaket kan virke forebyggende, men kan like gjerne stimulere til en strategisk tilpasning fra familiens side der inngrepet utsettes i tid.
- Det er vanskelig å definere risikogruppe. Om vi skal legge til grunn at det har skjedd en betydelig endring i holdninger til omskjæring, vil det å kun definere risiko ut fra opprinnelsesland være problematisk.

Med utgangspunkt i disse momentene er vi skeptisk til at underlivsundersøkelse er et treffsikkert tiltak. Vi vil i stedet anbefale at

- Det innhentes erfaringer om selektiv bruk av underlivsundersøkelse i saker hvor det er begrunnet mistanke om at omskjæring er gjennomført. Formålet her vil være å utvikle standardiserte rutiner for hvordan barnet eventuelt skal undersøkes medisinsk.
- Skolehelsetjenesten tilføres ressurser for å gjennomføre en helseforebyggende samtale med alle elever, og der informasjon og handlingsstrategi angående kjønnslemlestelse formidles til aktuelle elever.

Momenter å være oppmerksomme på

Fra instansenes tilbakemeldinger kommer det frem at de ønsker kunnskap for eksempel i forhold til temaet kvinnelig omskjæring og hva avvergesloven og meldeplikten innebærer. De ser også behov for utarbeidelse av rutiner. I den nye handlingsplanen er kompetanseheving en del av tiltakene. Videre står det i handlingsplanen at man skal øke kompetanseutvikling for å bedre samarbeidsrutinene og at samarbeidsrutiner mellom førstelinjetjenesten og andrelinjetjenesten skal gjennomgås. Ifølge handlingsplanen skal også kompetansen hos barnevernet økes spesielt. Det er viktig at gode praksiser formidles til andre instanser. Utarbeidelse av standardrutiner bør også bygge på den kompetansen som allerede finnes i miljøene. I dette ligger også hvordan arbeidsfordelingen kan gjøres mellom de ulike instansene.

Det er noen momenter vi tenker kan være nyttige å vektlegge i det videre arbeidet.

- Hvilke kriterier skal være indisier for mistanke både på at omskjæring kan komme til å skje og at det kan ha skjedd? Skal utenlandsreise være tilstrekkelig, eller bør det være andre kriterier i tillegg? Hvis det er slik at man nå ønsker at barnevernet skal varsles ved alle mistanker, som tydeliggjort i den nye handlingsplanen, og at det ikke lenger skal være slik at man enten kan melde til barnevernet "eller på annen måte" forsøke å avverge at omskjæring skjer, kan et pålegg om meldeplikt for alle mistanker føre til et stort antall bekymringsmeldinger. Slik den spesifikke avvergesplikten står nå, skal man søke å avver-

ge ved å melde fra eller på annen måte å søke å avverge; altså man kan forsøke ved selv å gå inn i samtaler med familiene.

- Videre, hvis man skal spesifisere mistankeindisier på at omskjæring har skjedd, er det mye som tyder på at klassiske tegn på infibulasjon, altså menstruasjonssmerter, lang tid på do ikke alltid vil være tilstrekkelige indisier. Det er mye som tyder på at i den grad kvinnelig omskjæring skjer vil det i økende grad være klitoridektomi, eksisjon og prikking som blir gjennomført. Disse innebærer ikke igjensyning og dermed ikke obstruksjon av urin og menstruasjonsblod.
- En eventuell overgang til andre typer enn infibulasjon innebærer også at det vil stille langt større krav til kompetanse for å avdekke hvorvidt omskjæring faktisk har skjedd eller ikke. Et ønske om økende grad av meldinger til barnevern og/eller politi innebærer at flere barn eventuelt må bli undersøkt. Et sannsynlig scenario er at instanser som skal undersøke, i tilfeller der de er usikre, vil henvise disse sakene videre til spesialist, noe som vil føre til økte henvisninger eller økt andel ubekreftede mistanker. Da det er stor variasjon mht. ulike fagfolks kompetanse på jenters og kvinners genitalia (som ulike sykehusinstanser og helsestasjoner har oppgitt, undersøkelse fra USA viser og som feildiagnostisering fra Sverige jfr. Johnsotter 2008 påpeker) vil dette stille større krav til hvem som skal avdekke omskjæring. Hvis det er slik at man ønsker å føre omskjæringssaker for retten blir det særdeles viktig av hensyn til rettssikkerheten at diagnostisering er korrekt. Johnsdotter (2008) går detaljert inn i en rettssak ført i Sverige der en far ble dømt i en omskjæringssak. Saken tydeliggjør vanskelige vurderinger i en slik type sak der spørsmålet er hvem av omsorgspersonene som er ansvarlig og når inngrepet skjedde. Dette vil særlig bli vanskelig å få oversikt over i konfliktfylte familier, der det er konflikt mellom ektefeller eller mellom foreldre og barn. Hvis personer i en familie presenterer ulike scenarioer for hva som har skjedd, hvilken person skal man feste lit til?
- Utfordringen for instanser er hva de skal gjøre med de vanskelige sakene. Hva gjør de med familier som flytter, og som de ikke blir i stand til å følge opp? Et barns journal følger ikke barnet ved flytting. Spørsmålet da blir hvordan informasjon viderefremmes. Hva skal de gjøre ved utenlandsreiser? Videre, hva gjør de i saker der de etter å ha forsøkt å avverge, fremdeles har en uro eller tvil, og man er usikker på om man har nådd igjennom?

- Fra intervjuene med personer fra berørte grupper og organisasjoner kom det frem at noen personer i de berørte miljøene føler at den eneste interessen som vises dem er i forbindelse med kvinnelig omskjæring. Mange ønsker derfor ikke å delta i samlinger der kvinnelig omskjæring annonseres som tema. Utfordringen er å få personer til å endre praksis hvis de ikke selv betraktes av andre og betrakter seg selv som allierte i arbeidet. Flere påpekte at følelsen av å bli (over)kontrollert, detaljstyrt eller mistenkeliggjort, selv om de selv er imot praksisen, medførte at de reagerte negativt på innsatsen, at de ikke ønsker å lytte eller samarbeide. De mente også at familier kunne komme til å flytte eller unngå å bruke helsevesenet. Flere oppgir at miljøet er gjennomslukt, men at man ikke vet hva som foregår hos isolerte personer og grupper. Det er derfor viktig at disse nås med informasjon og eksponeres for andre impulser. Tillit og at man ønsker deres beste, blir sentralt. To strategier peker seg ut; rettighetsfokus og helhetlig tilnærming.
- Det legges betydelig vekt, både i Norge og internasjonalt, på å involvere religiøse ledere, og å foreta en tekstfortolkning og offentlig religiøs avklaring av kvinnelig omskjæring. Dette for at troende ikke skal forstå kvinnelig omskjæring som religiøst påkrevd. Man bør imidlertid være oppmerksom på at å oppfordre personer til gå til teksten, og søke etter hva som er den rette tro, også kan forsterke oppmerksomheten på rettroenhet generelt. Det kan være et fruktbart tiltak i arbeidet mot omskjæring, men kan også virke autoritetsforsterkende for eksempel overfor jenter som ønsker å leve mindre tradisjonsbundet, på områder som klesdrakt, livsstil eller andre valg som kan møtes med moralsk fordømmelse.
- Det er viktig at jenter og kvinner som allerede er omskåret får kunnskap om hvor de kan få hjelp til åpning. I tiden fremover vil en stadig større gruppe omskårede jenter komme i seksuell, gravid og fødende alder. Tilbakemeldinger fra helsestasjoner er at mange omskårede kvinner og jenter ønsker og trenger informasjon. De kan trenge informasjon om omskjæring eller seksualitet, hvorfor det er ønskelig at de åpnes i andre trimester før fødsel, informasjon om hva en slik åpning innebærer, om det innebærer nye smerter i etterkant osv. I forbindelse med ungdomsintervjuene kom det frem at mange har hørt at det å åpnes innebærer mye smerte. Denne redselen fører igjen til at de utsetter å få det gjort, noe som medfører angst under fødsel, eller keisersnitt, noe de heller ikke ønsker. Mange har heller ikke hørt om de gynekologiske poliklinikkene, og at de har kompetanse på temaet, og

driver med gjenåpning. Mange jenter gjennomgår en sorgprosess som de kan ha behov for å bearbeide.

- En ukjent fremtidig faktor som muligens vil kunne påvirke utbredelsen av kvinnelig omskjæring i negativ retning internasjonalt, er WHO's anbefalinger om at menn bør omskjæres da det kan forhindre HIV-smitte fra kvinner til menn⁷⁶. Å skulle anbefale at menn omskjæres samtidig som man sterkt fraråder det for kvinner kan være vanskelig å forstå i ulike lokalsamfunn, all den tid kvinnelig omskjæring alltid praktiseres i land der mannlig omskjæring også praktiseres. Den tenkte sammenhengen mellom mannlig og kvinnelig omskjæring er f.eks. beskrevet av Rye (2002) fra Etiopia. Blant de han hadde kontakt med, ble mannlig og kvinnelig omskjæring sett som konstituerende bestanddeler av hverandre og med sterke bånd til hverandre. WHO's nye anbefaling ble debattert blant forskere ved den siste konferansen til Forskning om kvinnelig omskjæring (FOKO) i Finland i september 2007.

Våre forslag til tiltak

Tiltak må ta utgangspunkt i at holdningsendringer er i gang, og at utbredelsen er gått ned.

- Tiltak må støtte opp om berørte gruppers arbeid mot kvinnelig omskjæring og motivasjon for endring, med fokus på foreldre.
- Informasjon til nyankomne grupper, bl.a. av flyktningshelsetjenesten og i norskundervisning må videreføres.
- Menn og religiøse menigheter må utfordres til å uttrykke sin holdning.
- Vi finner at utdanning, økt selvstendighet og teologisk kompetanse, også blant jenter/kvinner bidrar til holdningsendringer. Tiltak må derfor sees i sammenheng med familiens livssituasjon og jenter og kvinners utdanning og deltakelse i samfunnet.
- Skolehelsetjenesten må få en mer framtrædende plass og tilføres flere ressurser. Vi foreslår at informasjon og samtale med jenter inngår som del av skolehelsetjenestens tilbud til alle barn, hvor de gis anledning til en samtale der vanskelige familieforhold, vold og mobbing kan tematiseres.
- Oppfølging av barn som uteblir fra barnehager og skoler.

⁷⁶ http://www.who.int/hiv/mediacentre/MCrecommendations_en.pdf

-
- Behov for standardrutiner for samtaler og undersøkelser ved bekymringsmeldinger sendt til barnevernet bør avklares.
 - Tverretatlig samarbeid og kompetansebyggende tiltak i barnevern, helsetjenesten og skoler og barnehager bør styrkes.
 - Ytterligere klargjøring av hva avvergelses- og meldeplikten innebærer for de instansene den gjelder for, også for personell ved sykehusene.

Konklusjon og anbefalinger

Her følger en sammenfatning av studien av utbredelse av kvinnelig omskjæring av jenter som vokser opp i Norge i dag før vi avslutter med noen anbefalinger til det videre arbeidet.

Omfang

Vi har nærmet oss spørsmålet om *hvor mange jenter som kjønnslemlestes i Norge i dag* på to måter. For det første har vi avgrenset antallet jenter som befinner seg i en alder der kvinnelig omskjæring er vanlig i opprinnelseslandet. Den andre tilnærmingen er gjennom en kartleggingsundersøkelse der vi har summert tilfeller av utført omskjæring kjent gjennom barnevernet og et strategisk utvalg helsestasjoner, skoler og barnehager, legevakter, barneavdelinger og gynekologiske poliklinikker/fødeavdelinger. Omfanget drøftes avslutningsvis på bakgrunn av den informasjon vi har fått om utbredelse gjennom intervjuer med personer fra de berørte gruppene og andre ressurspersoner og organisasjoner som har erfaring med arbeidet, samt forskning og data på internasjonale trender og eventuelle endringer.

Gjennom en *analyse av SSBs befolkningsstatistikk* for jenter/kvinner under 20 år fra seks land der kvinnelig omskjæring er mest utbredt, har vi fått vite at det i dag finnes omlag 3800 jenter (innvandrede og etterkommere) i aldersgruppen der omskjæring er vanlig i opprinnelseslandet. Nesten 1300 jenter er i dag yngre enn vanlig alder for omskjæring i opprinnelseslandet. Vi har avgrenset undersøkelsen til seks land. Andre land der omskjæring praktiseres, kjennetegnes enten av at den prosentvise andelen som praktiserer dette i hjemlandet er lav, at det praktiseres bare av enkelte etniske grupper, at dette er grupper som i liten grad migrerer, eller at antall migranter fra disse landene er svært lav i Norge. Vi mener derfor at anslaget vi gir, dekker den berørte gruppen.

Antallet jenter i aldersgruppen der omskjæring er vanlig i opprinnelseslandet er framkommet ut fra informasjon om utbredelse i opprinnelseslandet, vanligste alder ved omskjæring, samt befolkningsstatistikkens informasjon om

alder i dag og alder ved innvandring. I rapporten er det gjort beregninger for barnebefolkningen for hver av de seks landene.

Tallene angir størrelsen på de to kategoriene, men dette sier ikke noe om hvor mange jenter som har vært utsatt for omskjæring. Vi definerer ikke risikogruppe som identisk med de to kategoriene, ut fra kunnskap om endringsprosesser både i opprinnelseslandet og i Norge. Vi mener definisjon av risikogruppe må baseres på mer spesifikke kriterier.

Gjennom *kartleggingsundersøkelsen* finner vi få kjente tilfeller av omskjæring. Den viser at

- Til sammen er det innrapportert til oss 15 tilfeller av påvist kjønnslemlestelse, fem i 2006 og ti i 2007. Ett tilfelle er rapportert inn av barnevernet, 12 av helsestasjoner og tre av sykehusavdelinger.⁷⁷

Vi har også undersøkt hvor mange bekymringsmeldinger og mistanker som de samme instansene har hatt de siste par årene.

- Til sammen er det rapportert inn til oss 111 bekymringsmeldinger/bekymringer for de to årene.
- Barnevernet hadde 12 ikke henlagte saker pr 1 januar 2008.

I kartleggingsundersøkelsen ble det for 2006 innrapportert til oss i alt 16 bekymringsmeldinger fra barnevernet og syv bekymringer fra helsestasjoner, skoler, barnehager og sykehusavdelinger. For 2007 ble det rapportert om 56 bekymringsmeldinger fra barnevernet og 32 bekymringer fra de øvrige instansene.

Av de mottatte bekymringsmeldingene til barnevernet, utgjør tre ganger så mange avverging som allerede utført omskjæring. Det er også en betydelig økning fra 2006 til 2007 i antall bekymringsmeldinger som gjelder avverging. Når det gjelder mistanke om allerede utført omskjæring omfatter dette relativt få saker, og utgjør like mange begge år. Dette forteller at økt mistanke først og fremst gjelder avvergelse. Det økte antall bekymringsmeldinger om avverging i 2007 er trolig et utslag av sommerens fokus på temæt og utenlandsreiser. En økning i antall mistanker vitner om en større bevissthet hos instansene, men ikke om størrelsen på omfang. De aller fleste sakene ble avsluttet etter undersøkelse, og antall bekymringer om gjennomført omskjæring er lik for de to årene.

Gapet mellom kjente påviste tilfeller og størrelsen på den aktuelle aldersgruppen er svært stor. Hvordan kan dette forklares?

⁷⁷ Det ene tilfellet fra helsestasjoner er identisk med saken innmeldt til barnevernet

Vi har ikke fanget opp alle kjente tilfeller i vår undersøkelse. Vi antar at det finnes flere kjente tilfeller i skolehelsetjenesten, helsetjenesten for ungdom og gynekologiske poliklinikker. Dette er trolig ikke store tall.

Vi finner at bekymring med etterfølgende samtaler med foreldre kan ha virket preventivt. Med få unntak er sakene avsluttet etter nærmere undersøkelser. Av samtlige bekymringsmeldinger som er rapportert til oss fra barnevernet har kun én sak resultert i påvist omskjæring. I noen få tilfeller vet vi positivt at oppfølging har avverget planlagt omskjæring i opprinnelseslandet. I flere tilfeller har det imidlertid ikke vært grunn til mistanke.

Vi har stilt spørsmål om hjelpeapparatet/helsetjenesten fanger opp alle tilfellene. At de ikke fanger opp at jenter utsettes for omskjæring kan ha med beredskapen til disse institusjonene og tjenestene å gjøre. Av de kjente tilfellene av omskjæring som er rapportert inn til oss, er en av de fem tilfellene fra skolehelsetjenesten og alle de seks tilfellene fra helsetjenesten for ungdom, saker der jentene selv har fortalt om at de har blitt omskåret.

Et annet moment her er antagelsen om at enklere former for inngrep (klitoridektomi, eksisjon og prikking) overtar for mer omfattende inngrep, og at dette er vanskeligere å oppdage. Vi vet også at at omskjæring kan utsettes til spørsmål om ekteskap blir aktuelt.

En tolkning av det lave antall kjente tilfeller kan være at de mange endringsfaktorene bidrar på forskjellige måter til at praksisen foregår i mindre omfang enn det som har vært antatt. Etnisk tilhørighet er ikke et tilstrekkelig kriterium for å definere risikogruppe; man må også se på mer spesifikke kriterier. Vi har også registrert at mange kjente inngrep kan ligge lenger bak i tid. Dette gjelder tilfeller av omskjæring som vi har fått kjennskap til i kartleggingsundersøkelsen og fra intervjuer og henvendelser til organisasjoner og andre instanser. Vi har vært i kontakt med flere som offentlig har uttalt seg om omfang og hevdet at det er stort. Selv nevner de et begrenset antall saker fra 1998 til et tidspunkt før 2005. De gjengir ikke kjennskap til saker de siste to årene. Undersøkelsen viser også at:

- *Legevaktenene og barneavdelingene vi har vært i kontakt med oppgir at de aldri har mottatt jenter med akutte komplikasjoner som blødninger eller infeksjoner. Dette tyder på at jentene omskjæres i utlandet.*
- *Det er økende grad av ønske om og gjennomføring av defibuleringer/reverseringer⁷⁸ som finner sted på gynekologiske poliklinikker av unge og voksne kvinner.*

⁷⁸ Åpning av infibulasjon

Ut fra dette konkluderer vi med at selv om antall påviste kjønnslemlestelser antagelig ligger noe høyere enn det vi har kunne avdekke gjennom vår undersøkelse, er omfanget antagelig lite i forhold til størrelsen på den aktuelle aldersgruppen hvor kvinnelig omskjæring er vanlig i opprinnelseslandet. Vi støtter derfor hypotesen om at mange har sluttet med praksisen. En tradisjon som mister sin mening i nye omgivelser kan svekkes raskt (Hernlund og Shell-Duncan 2007). Vi mener derfor det er all grunn til å lytte til de berørte grupper og deres framstilling av viktige endringsfaktorer for å finne hensiktsmessige tiltak i det videre arbeidet.

De fleste fra de berørte gruppene og organisasjonene mener at omfanget av kjønnslemlestelse er langt mindre enn det den offentlige debatt gir inntrykk av. Det er imidlertid vanskelig å anslå hvor mange som viderefører tradisjonen. De færreste kjenner til tilfeller selv, men kan ikke se bort fra at det skjer. Noen mener at det ikke lenger forekommer i deres miljøer. Miljøene er gjennomsiktige, men det er noen grupper hvor holdninger til omskjæring er lite kjent for andre.

Premisser for endring

Etter vår vurdering er det vesentlige faktorer som gjør at vi ikke uten videre kan gå ut fra at utbredelse i opprinnelsesland kan overføres til situasjonen i Norge. Vi vil påpeke de vesentligste, først med utgangspunkt i hva som skjer i opprinnelseslandene:

- Internasjonal forskning og resultater har vist at kvinnelig omskjæring er en dynamisk sosial praksis. Dette faktum kan forklare hvorfor et fenomen med høy utbredelse i opprinnelseslandet kan gå ned i eksil.
- Anslagstall for Somalia, som utgjør den største berørte gruppen, er basert på en antatt oppfatning om utbredelse. Endringer de siste årene i Somalia, særlig i urbane områder, kan derfor være vesentlige uten at dette har nedfelt seg internasjonalt i antatte utbredelsestall.
- Det er økende motstand i opprinnelseslandene, men mange steder vanskelig å være blant de første som bryter ut.
- Det er generelt en økende motstand i urbane områder
- Det er en generell overgang fra mer omfattende til enklere former for inngrep (som klitoridektomi og prikking) som antas å skyldes kunnskaper om skader, lovgivning, og at foreldre ønsker å foreta et minst mulig inngrep
- Kvinnelig omskjæring praktiseres fordi man tror at det på ulike måter lønner seg; antagelser om at det sikrer ekteskap, sikrer jomfruelighet før ekteskap, forhindrer stigmatisering, kurerer sykdommer, eller for-

di det er en korrekt religiøs handling. Når disse grunnene faller bort blir det større åpenhet for å endre praksis.

- Kunnskap om lovverk, om helsemessige konsekvenser og religiøse fortolkninger bidrar til å øke motstanden.
- Den politiske situasjon i opprinnelseslandet kan begrense mulighet til å reise tilbake. Innføring av lov mot omskjæring i opprinnelseslandet, slik tilfellet er bl.a. i Eritrea, kan føre til endret legitimitet. Borgerkrig, som i Somalia og Sierra Leone, har ført til at tradisjonene i sin hjemlige kontekst ikke har kunnet opprettholdes på samme måte som før.

Vi mener følgende momenter kan være særlig relevante for den norske konteksten:

- Personer fra berørte miljøer og organisasjoner samt unge jenter oppgir at uomskårne jenter ikke stigmatiseres i Norge; hvis noen føler seg utsatt og stigmatisert er det jenter som er omskåret.
- Personer fra berørte grupper og jenter er av den oppfatning at gutter fra de berørte miljøene vil gifte seg med jenter som ikke er omskåret.
- Kunnskap om helseplager, seksualitet og kritiske refleksjoner over tradisjoner i opprinnelseslandet oppgis som viktig for holdningsendring og øker motstand.
- Utdannet helsepersonell fra berørte grupper som er mot kvinnelig omskjæring har gjennomslagskraft i miljøene.
- Mange er opptatt av at omskjæring ikke er pålagt i religionen, og at denne kunnskapen må formidles også i opprinnelseslandet.
- Loven mot kjønnslemlestelse er kjent. Den brukes både i diskusjoner innad i miljøene i Norge og som argument når familier møter forventninger og press i opprinnelseslandet .
- Forskning (Johnsdotter 2002, Talle 2008, Talle 2007a, Fangen, K. og Thun, C. 2007) viser at ønsket om at jenter skal være anstendige til de gifter seg "sikres" ved økt religiøsitet og mer tildekkende klesplagg. Klesplagg og religiøsitet overtar funksjonen omskjæring tidligere hadde.

Offentlige institusjoners innsats; rutiner og kompetanse

Vi har i vår undersøkelse også undersøkt hvordan offentlige institusjoner som skoler og barnehager i tillegg til hjelpeapparat og helsevesenet har en beredskap i forhold til kjønnslemlestelse og kan bidra i arbeidet.

Vi finner at det er ulik praksis når det gjelder å følge opp en mistanke eller påvist tilfelle av omskjæring innenfor samme instans. Dette kan ha flere års-

ker. Ulike saker krever ulik oppfølging. Det kan også være ulike muligheter for å følge opp sakene i forskjellige kommuner. Likevel mener vi at standardrutiner og beredskap for å følge opp ulike typer samtaler kan styrke innsatsen til de ulike profesjonene. Dette er også noe profesjonene selv etterspør.

Vi finner at helsestasjoner ikke alltid kontakter barnevernet, men følger opp en mistanke selv. Dette kan forklares bl.a. med at de har kompetanse til å behandle saken selv, og ønsker å sikre fakta om hva som har skjedd før eller samtidig med at andre kobles inn. Videre vil de ikke nødvendigvis være fritilt fra taushetsplikten i tilfeller der en jente er påvist omskåret.

Barneavdelinger melder at de har liten befatning med slike saker, men ønsker mer kunnskap. Vi har ikke forholdt oss til allmennleger, men vi antar at også de møter jenter som er omskåret. Hvilken rolle de har når det gjelder for eksempel å følge opp saker der en omskåret jente har yngre søsken, er lite belyst.

Vi påpeker også at jentenes involvering i samtaler og utredning må diskuteres. Når det gjelder søsken til jenter hvor det er knyttet mistanke om forestående eller utført omskjæring, foreslår vi at det utarbeides standardrutiner for dette. I dag varierer det i hvilken grad søsken følges opp.

Når det gjelder politianmeldelser er det også forskjellig praksis. Av tilbakemeldinger til oss fra kartleggingsstudien fremgår det at seks saker er politianmeldt de siste to årene. Det lave antallet kan skyldes at sakene reiser ulike oppfølgingsbehov. Det kan også være forskjellige holdninger til å involvere politiet, at vurderinger av barns beste fører til at politiet ikke kontaktes, at en eventuell omskjæring ikke anses som umiddelbart forestående eller at instansen ikke uten videre er fritatt for taushetsplikten ved avdekking av gjennomført omskjæring.

Oppsummert finner vi at innsatsen i de aktuelle instansene bør styrkes når det gjelder:

- Å utarbeide standardrutiner for samtaler og eventuell medisinsk undersøkelse om nødvendig
- Øke instansers beredskap, også i kommuner som har lav andel befolkning fra de berørte gruppene
- Arbeide forebyggende, styrke opplysningsarbeidet
- Øke kompetansen, både om tradisjonen, kommunikasjon og oppfølging
- Styrke rutiner og kompetanse i tverretattlig samarbeid om temaet
- Skolering i lovverk og prosedyrer

Ulike instansers vurdering og forståelse av lovverket

Vi har gjennomgått myndighetenes veiledningsmateriale om avvergelsesplikt og opplysningsplikt, både generelt og spesifikt i forhold til kjønnslemlestelse. Inntrykket er at det foreliggende materialet samlet sett sender ut tvetydige signaler.

Vi har spurt de ulike instansene om hvorvidt de oppfatter avvergelsesloven som klar eller uklar. Her finner vi stor spredning både mellom ulike instanser og innad i den enkelte type instans, noe som i seg selv tyder på behov for informasjon og klargjøring. Drøye halvparten av skolene og helsestasjonene mener at loven er klar, mens dette gjelder for vel en tredjedel i barnevernet og skolehelsetjenesten. En relativt stor andel av samtlige instanser er helt eller delvis enig i at loven er uklar. Dette gjelder knapt halvparten av barnehagene, mens helsestasjonene er de som i størst grad opplever loven som klar. Når det gjelder plikten til å melde fra om at kjønnslemlestelse har funnet sted, finner vi stort sett det samme mønsteret.

Vi har dessuten undersøkt respondentenes forståelse av avvergelsesplikten, samt hvilke plikter de har når en kjønnslemlestelse er foretatt. Så godt som alle er innforstått med at taushetsplikten ikke er til hinder for å trekke inn andre instanser i en sak. Her utpeker barnehagene seg ved å oppfatte plikten som mindre førende enn de øvrige instansene. Helsepersonell mener i større grad enn de andre at de er forpliktet til å gjøre egne forsøk på å avverge før de varsler barnevern eller politi. Et annet påfallende trekk er at en stor andel i samtlige yrkesgrupper ikke vurderer at pliktene gjelder når det er mistanke om at kjønnslemlestelse kan skje med andre familiemedlemmer. Dette gjelder særlig barnehagene der kun 22 prosent er innforstått med dette. Når det gjelder plikt til å melde fra om allerede foretatt kjønnslemlestelse spriker oppfatningene noe mer, men mange synes å oppfatte denne som mer absolutt enn den er.

Etter vår mening er det bekymringsfullt at en relativt stor andel av de som skal praktisere lovbestemmelsene, og som risikerer å bli straffet for å ikke gjøre det, oppfatter disse som uklare. Denne oppfatningen kan skyldes at respondentene ikke har satt seg tilstrekkelig inn i lovverket, men det kan også reflektere at lovverket, deler av det eller formidlingen av lovverket, er uklart. Vi vil anbefale at myndighetene i sitt nye veiledningsmateriale formidler en omforent og entydig tolkning av sentrale lovbestemmelser, samt forholdet mellom disse. Det er stort behov for et brukervennlig informasjonsmateriale som operasjonaliserer lovverket for dem som skal praktisere det, med særlig vekt på de vanskeligste situasjonene. Det bør dessuten satses mer på å utvikle og formidle konkrete metoder og verktøy som hjelper yrkesutøverne å ivareta sine plikter.

Tiltak

Vi mener at tiltak må ta utgangspunkt i at holdningsendringer er i gang, og at utbredelsen har gått ned. Tiltak må støtte opp om berørte gruppers arbeid og motivasjon for endring, med primærfokus på foreldre. Vi finner at:

- *Opplysningsarbeid og mobilisering i miljøene virker*
- *Kunnskap om generell kvinneanatomi og helse virker.* Informasjon om helsekonsekvenser av inngrepet og kunnskap for å imøtegå eventuelle oppfatninger om at omskjæring er gunstig og nødvendig for utvikling av kvinnelighet har vist seg å ha gjennomslagskraft.
- *Utdanning virker.* Dette gjelder både barn og foreldre, og vi foreslår særlig opplæringstilbud til mødre uten utdanning fra opprinnelseslandet, mulighet for arbeid og deltakelse i samfunnet.
- *Teologisk kompetanse virker:* Det legges betydelig vekt, både i Norge og internasjonalt, på å involvere religiøse ledere, og å foreta en tekstfortolkning og offentlig religiøs avklaring av kvinnelig omskjæring. Dette for at troende ikke tolker kvinnelig omskjæring som religiøst påkrevd. Det er viktig at også kvinner/jenter besitter denne teologiske kompetansen
- *Lovverket virker:* Lov mot kjønnslemlestelse gir et viktig signal, og brukes som argument mot press fra familie i opprinnelsesland. Loven virker forebyggende. Det reiser seg imidlertid en del dilemmaer som vi tidligere har vært inne på.

Informasjon til nyankomne grupper, bl.a. av flyktinghelsetjenesten og i norskundervisning må videreføres. Menn og religiøse menigheter må utfordres til å uttrykke sin holdning. Informasjon bør formidles gjennom et vidt spekter av kanaler og formidlingsformer. Bruk av endringsagenter fra hjemlandet til informasjonsarbeid i Norge, og omvendt, kan også være konstruktivt i det preventive arbeidet.

Helsetjenesten og hjelpeapparatet

Når det gjelder tiltak knyttet til barnevernet og helsetjenesten foreslår vi innsats på særlig tre områder:

- Skolehelsetjenesten bør få en mer framtrædende plass i arbeidet. De forholder seg til alle barn og i den mest aktuelle alderen for omskjæring. Skolehelsetjenesten må i såfall tilføres flere ressurser. Vi foreslår at informasjon og samtaler med jenter gjøres til fast del av konsultasjoner hos skolehelsetjenesten. Dette gis som et allment tilbud til alle elever der de har anledning til å ta opp vanskelige sider ved sin livssi-

tuasjon slik som konfliktfulle familieforhold, vold og mobbing. Skolehelsetjenesten vil også kunne ha kompetanseoppbyggende oppgave overfor lærere og for elever.

- Barnevernet trenger kompetanseoppbygging generelt, og økt beredskap i forhold til de vanskelige sakene. Uklarte spørsmål i dag er bl.a. hvilke saker som skal anmeldes og hvordan barnets beste skal ivaretas i slike saker.
- Tverretattlig samarbeid og kompetansebyggende tiltak i barnevern, helsetjenesten og skoler og barnehager bør styrkes. I tillegg kan regionale kompetanseteam være viktig for å øke beredskapen på lokalt nivå.

Underlivsundersøkelse

Når det gjelder underlivsundersøkelse har vi spurt instansene innenfor helsetjenesten om deres synspunkter og kompetanse på feltet. Vi konkluderer med at

- Kritiske spørsmål fra helsevesenet om hvem som har kompetanse til å utføre underlivsundersøkelser, ved hvilken alder dette skal gjøres og hvor gjentakende de skal være, viser til vesentlige svakheter ved tiltaket.
- Tiltaket kan virke forebyggende, men kan like gjerne stimulere til en strategisk tilpasning fra familiens side der inngrepet utsettes i tid.
- Det er vanskelig å definere risikogruppe. Om vi skal legge til grunn at det har skjedd en betydelig endring i holdninger til omskjæring, vil det å kun definere risiko ut fra opprinnelsesland være problematisk.

Med utgangspunkt i disse momentene er vi skeptiske til at underlivsundersøkelse er et treffsikkert tiltak. Vi vil i stedet anbefale at

- Det innhentes erfaringer om selektiv bruk av underlivsundersøkelse i saker hvor det er begrunnet mistanke om at omskjæring er gjennomført. Formålet her vil være å utvikle standardiserte rutiner for hvordan barnet eventuelt skal undersøkes medisinsk ved mistanke.
- Skolehelsetjenesten tilføres ressurser for å gjennomføre en helseforebyggende samtale med alle elever.

Det er noen momenter vi tenker kan være nyttige å vektlegge i det videre arbeidet.

- Hvilke kriterier skal være indisier for mistanke både på at omskjæring kan komme til å skje og at det kan ha skjedd? Skal utenlandsreise være tilstrekkelig, eller bør det være andre kriterier i tillegg?
- Hvis man i veiledere skal spesifisere mistankeindisier på at omskjæring har skjedd, er det mye som tyder på at klassiske tegn på infibulasjon ikke alltid vil være tilstrekkelige indisier pga. overgang til mindre omfattende inngrep .
- En eventuell overgang til andre typer inngrep enn infibulasjon innebærer at det vil stille langt større krav til kompetanse for å avdekke hvorvidt omskjæring faktisk har skjedd eller ikke. Hvis omskjæringsaker skal føres for retten blir det særdeles viktig av hensyn til rettsikkerheten at diagnostisering er korrekt. Videre, hvis personer i en familie presenterer ulike scenarier for hva som har skjedd, hvilken person skal man feste lit til?
- Utfordringen for instanser er hva de skal gjøre med de vanskelige sakene. Hva gjør de med familier som flytter, og som de ikke blir i stand til å følge opp? Hva skal de gjøre i saker der de etter å ha forsøkt å avverge, fremdeles har en uro eller tvil, og man er usikker på om man har nådd igjennom?
- Flere fremhevet at manges følelse av å bli kontrollert og mistenkeliggjort, til tross for at de selv er imot praksisen, virker negativt på holdningsarbeidet. I tillegg til informasjon er to strategier viktige; rettighetsfokus og helhetlig tilnærming til barns/familiens livssituasjon i de berørte grupper.
- Det er viktig at jenter og kvinner som allerede er omskåret får kunnskap om hvor de kan få hjelp til åpning.

Våre anbefalinger

Det er nødvendig å tilpasse tiltakene til antagelsen om at omfanget av jenter som vokser opp i Norge i dag som utsettes for kjønnslemlestelse er lavere enn antatt. Det er viktig å igangsette treffsikre tiltak.

Funnene i vår studie støtter opp om at de tiltak den nye handlingsplanen legger opp til, treffer viktige innsatsområder. De vektlegger imidlertid barnevernets rolle, men nevner i liten grad skolehelsetjenesten. Vi mener at denne institusjonen har et vesentlig potensiale i arbeidet mot kjønnslemlestelse. Også helsetjenesten for ungdom er viktig for unge jenter som har vært utsatt for kjønnslemlestelse.

Vi finner i liten grad et barneperspektiv i innsatsen. Barns inkludering i egne saker i barnevernet og helsetjenesten er under faglig utvikling. Saker som omhandler kjønnslemlestelse reiser vanskelige dilemmaer, og hvordan barn skal inkluderes i slike saker krever avklaring og omtanke. Dette bør det

derfor fokuseres særskilt på. Vår erfaring er at de unge sitter med mange spørsmål og begrenset kunnskap. De etterspør veiledningstjeneste som de har tillit til og som er kompetente på de områdene de trenger råd.

Vi mener å finne at det arbeidet som har blitt satt i gang i regi av OK-prosjektet, ressurspersoner i helsevesenet og i miljøenes informasjonsarbeid og argumenter mot tradisjonen har virket og ført til endringer i holdninger hos mange. Dette arbeidet bør støttes videre. Likeledes finner vi at informasjon til nyankomne flyktninger via helsetjenesten, samt asylmottak og norskopplæring, er viktig å videreføre. Et av argumentene fra ressurspersoner i miljøene er at endringsarbeid kan øke gjennomslagskraften om det knyttes til foreldrenes behov og innsats når det gjelder barnas skolegang og oppvekstsituasjon mer generelt. Vi tenker også at det kan være viktig i det preventive arbeidet å gi foreldre verktøy til å håndtere utfordringer tilknyttet barn og unges oppvekst i Norge, for å forebygge at foreldre ser omskjæring som en nødvendig strategi for å forhindre at døtre handler på tvers av foreldrenes verdier.

Litteratur

Abusharaf; R. 2004: "Southern Sudanese – A community in exile", i L. Manger og Munzoul, A.M.A *Diasporas within and without Africa. Dynamism, Heterogeneity, Variation*. Uppsala: Nordiska Afrikainstitutet

Ahmadu, F. i "Rites and Wrongs: An Insider/Outsider Reflects on Power and Excision" i Shell-Duncan, B. og Hernlund, Y. 2000: "*Female "Circumcision" in Africa. Culture, Controversy, and Change*. Lynne Rienner Publishers, Boudir London"

Barne- og familiedepartementet: Strategi mot seksuelle og fysiske overgrep mot barn» (2005–2009)

Barne- og likestillingsdepartementet 2008: Handlingsplan 2008-2011. Handlingsplan mot kjønnslemlestelse.

Barne- og likestillingsdepartementet: Handlingsplan mot tvangsekteskap 2008-2011

Bentzen, T. og Talle, A. 2007: *The Norwegian International Effort against Female Genital Mutilation*. Norad study 1/2007. Norad, Norge

Berggrav, M., Tharaldsen, S., Strøm, N. and Debesai, T. Y.: Norad Collected Reviews 18/2007: *Review of Female Genital Mutilation/Cutting (FGM/C) Projects in Eritrea*. Norad, Norge

Blom, S. og Henriksen, K. 2008: *Levekår blant innvandrere i Norge 2005/2006*. Statistisk Sentralbyrå Oslo-Kongsvinger

Central Statistical Agency 2006: *Ethiopia. Demographic and Health Survey 2005*. Addis Ababa, Ethiopia. ORC Macro, Calverton, Maryland

Engebrigtsen, A. og Fuglerud, Ø. (2007): ”Ungdom i flyktningfamilier. Familie og vennskap – trygghet og frihet?” NOVA rapport 3/2007

Fangen, K. 2008: *Identitet og praksis. Etnisitet, klasse og kjønn blant somalier i Norge*. Gyldendal Norsk Forlag A/S, Oslo

Fangen, K og Thun, C. 2007: *Unge somaliske kvinner snakker om omskjæring* i Sosiologi i dag, årgang 37, nr. 3-4/2007.

Fanthorpe, Richard 2007: “Sierra Leone: The influence of the secret societies, with special reference to female genital mutilation.” A Writenet Report commissioned by United Nations High Commissioner for Refugees, Status Determination and Protection Information Section (DIPS)

Gulla, K., Myhre, A. K., og Bratlid, D. 2007: “Er underlivsundersøkelse av førskolejenter krenkende?” i Tidsskrift for Den Norske Lægeforening nr. 18 2007

Health Unlimited 2003: “A Report on the Assessment of Level of Awareness in and Discussion on Issues of FGM/FGC, Safe Motherhood and STI/HIV/AIDS among Somali-Speaking Horn of Africa Community, Nairobi”

Hernlund, Y. og Shell-Duncan, B. 2007: ”Transcultural Positions. Negotiating Rights and Culture” i Hernlund, Y. og Shell-Duncan, B. (Eds.) *Transcultural Bodies*. Rutgers University Press, New Brunswick, New Jersey and London 2007

Holm-Hansen, J., Haaland, T., Myrvold, H.: *Flerkulturelt barnevern. En kunnskapsoversikt*. NIBR Report 2007:10

Jaldesa, G. W., Askew, I., Njue, C. and Wanjiru, M. 2005: “Female Genital Cutting among the Somali of Kenya and Management of its Complications” http://www.popcouncil.org/pdfs/frontiers/FR_FinalReports/Kenya_Somali.pdf

Johansen, E. B. 2007: *Endring innenfra. Sluttrapport for OK-prosjektet 2001-2004. Ledd i Regjeringens handlingsplan mot kjønnslemlestelse 2000-2003*. NAKMI

Johansen, E. B. 2006: *Experiences and perceptions of pain, sexuality and childbirth. A study of Female Genital cutting among somalis in Norwegian*

Exile, and their health care providers. Faculty of Medicine, University of Oslo

Johansen, E. B. 2005: *Fra kunnskap til handling. Håndbok om kvinnelig omskjæring for helse- og sosialarbeidere, pedagoger og ansatte i mottak.* Oslo: OK prosjektet

Johnsdotter, S. 2008: *Ali och den svenska rättvisan. Det första könsstympningsmålet. Égalité Malmö*

Johnsdotter, S. 2007: "Persistence of Tradition or Reassessment of cultural Practices in Exile?" i Hernlund, Y. og Shell-Duncan, B. (Eds.) *Transcultural Bodies.* Rutgers University Press, New Brunswick, New Jersey and London 2007

Johnsdotter 2005: "Är könsstympningen i Sverige belagd nu?" i Läkartidningen Nr. 35 2005 Volym 203

Justis- og politidepartementet: Handlingsplan mot vold i nære relasjoner 2008-2011 Vendepunkt

Kiwasila, H.L. 2007: "FGM Interventions: Achievements, Challenges and Prospects in the Light of the National Plan of Action to Accelerate the Elimination of FGM and other Harmful Practices in Tanzania." Paper presented. Women's Research and Documentation Project Association (WRDP)

Lidén, H., Rusten, H. og Aarset, M. F. 2008: *Å høre barn i utlendingssaker.* ISF rapport 2008:002. Institutt for samfunnsforskning

Morison, L.A, Dirir, A., Elmi, S. Warsame, J. og Dirir, S. 2004: "How Experiences and Attitudes Relating to Female Circumcision Vary According to Age on Arrival in Britain: A Study Among Young Somalis in London" in *Ethnicity and Health* Vol. 9, No. 1, februar 2004. sider 75-100

National Statistics and Evaluation Office 2003: *Eritrea Demographic and Health Survey 2002.* Asmara Eritrea. ORC Macro, Calverton Maryland, USA

Olsen, B. C. R., Markussen, M. K. og Tschudi-Madsen, C. 2005: *Helsestasjonen – en flerkulturell møteplass.* Høgskolen i Oslo. HiO Rapport 2005 nr. 9

Population Reference Bureau 2006: "Abandoning Female Genital Mutilation/Cutting. An in-depth look at promising practices".
<http://www.prb.org/Reports/2007/AbandoningFemaleGenitalCutting.aspx>

Qvortrup, Jens (2008) *Childhood and generation*. Foredrag på konferansen. Childhood -yesterday, today, tomorrow. Trondheim 23. april 2008

Rye, S. 2002: *Circumcision in Urban Ethiopia: Practices, Discourses and Contexts*. Department of Social Anthropology, University of Oslo

Schmidt, G. og Jakobsen, V. 2004: *Pardannelse blandt etniske minoriteter i Danmark*, Socialforskningsinstituttet København 2004

Sosial- og helsedirektoratet 2007: "Utredning om klinisk observasjon av barns kjønnsorganer for å forebygge kjønnslemlestelse". Rapport IS-1372

Sosial- og helsedirektoratet 2004: "Praktisering av ny bestemmelse om avvergesplikt i lov om forbud mot kjønnslemlestelse av 15. desember 1995" nr. 74. IS-1193

Statens Helsetilsyn 2000: *Veileder for helsepersonell i Norge om kvinnelig omskjæring*. IK-2723. 5-2000

Talle, A. 2008: *Kvinnelig omskjæring: holdninger og praksis blant somaliske kvinner i Norge*. Rapport pr. 1. oktober 2007. Sosial- og helsedirektoratet, Oslo

Talle, A. 2007a: "Female circumcision in Africa and beyond. The Anthropology of a Difficult Issue" i Hernlund, Y. og Shell-Duncan, B. (Eds.) *Transcultural Bodies*. Rutgers University Press, New Brunswick, New Jersey and London 2007

Talle, A. 2007b: "From "Complete" to "Impaired" Body: Female Circumcision in Somalia and London i Ingstad, B. og Whyte, S. R. Eds. 2007: *Disability in local and global worlds*, University of California Press, Berkeley

Talle, A. 2003: *Om kvinneleg omskjæring. Debatt og erfaring*. Samlaget Trondheim.

Teigen, M. og Langvassbråten, T. 2008: "Public debate on female genital mutilation: Participation, knowledge, argumentation". Paper presented at the 14th Nordic Migration Researchers' Conference 14-16 November 2007, Bergen. ISF paper 2007:016

UDI/UNEs arbeidsgruppes rapport 2006 "Vurdering og behandling av spørsmål om kjønnslemlestelse i utenlendingsdirektoratet og utlendingsnemnda". Rapport fra en arbeidsgruppe . Oslo 2006

UNICEF 2005a: *Changing a harmful convention: Female genital mutilation/cutting*

UNICEF 2005b: *Female genital mutilation/cutting. A statistical exploration.*

UNICEF (2006), *Female Genital Mutilation/Cutting. Technical Note. A human rights-based approach to FGM/C programming: Coordinated strategy and action plan for FGM/C abandonment in a single generation.*

Utenriksdepartementet: Plan for Regjeringens internasjonale arbeid mot kjønnslemlestelse av jenter

WHO 2008: Eliminating Female genital mutilation. An interagency statement. OHCHR, UNAIDS, UNDP, UNECA, UNESCO, UNFPA, UNHCR, UNICEF, UNIFEM, WHO -

World Bank/UNFPA (2004), *Female genital mutilation/cutting in Somalia* (henviste til en WHO-undersøkelse fra 2000)

LOVVERK og RUNDSKRIV

Lov om forbud mot kjønnslemlestelse ble vedtatt i 1995 (lov 15. desember 1995 nr 74).

Lov om barneverntjenester (barnevernloven) Lov av 17. Juli 1992 nr. 100 om barneverntjenester.

Avvergelsesloven ble innført i 2004 som et tillegg §2 til loven mot kjønnslemlestelse fra 1995.

Brev. Kortfattet orientering om regelverket knyttet til kjønnslemlestelse (Barne og likestillingsdepartementet, Helse- og omsorgsdepartementet og Justisdepartementet 2007).

Spesifikke om kjønnslemlestelse

Departementene: Handlingsplan mot kjønnslemlestelse 2008-2011

http://www.regjeringen.no/upload/BLD/Planer/2007/Handlingsplan%20mot%20kjønnslemlestelse_net.pdf

Barne- og likestillingsdepartementet (sommeren 2007): Informasjon om forbudet mot kjønnslemlestelse i Norge. Kortfattet brosjyre

Barne- og likestillingsdepartementet, Helse- og omsorgsdepartementet og Justis- og politidepartementet. Brev av 2. juli 2007. "Regelverket knyttet til kjønnslemlestelse"

<http://www.regjeringen.no/Upload/HOD/Vedlegg/Regelverk.pdf>

Sosial- og helsedirektoratet Veileder IS-1193 08/2004: Praktisering av ny bestemmelse om avvergelsesplikt i lov om forbud mot kjønnslemlestelse av 15. desember 1995 nr. 74

http://www.shdir.no/vp/multimedia/archive/00000/IS-1193_976a.pdf

På nettsiden presiseres det at veilederen må ses i sammenheng med departementenes senere brev av 2.7.07 (over)

R. Elise B. Johansen (2005): Fra kunnskap til handling. Håndbok om kvinnelig omskjæring for helse- og sosialarbeidere, pedagoger og ansatte i mottak. OK-prosjektet.

Statens helsetilsyn, Rundskriv IK-20/2001 Rettslige problemstillinger i forhold til kvinnelig omskjæring 20.12.2001

http://www.shdir.no/vp/multimedia/archive/00006/IK-20_2001_6748a.pdf

Statens helsetilsyn: Veileder for helsepersonell i Norge om kvinnelig omskjæring. IK-2723, Oktober 2000

http://www.helsetilsynet.no/upload/Publikasjoner/veiledningsserien/veileder_helsepersonell_kvinnelig_omskjaering_ik-2723.pdf

Generelle

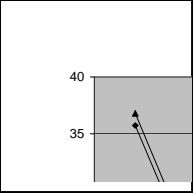
BFD Rundskriv Q-24 mars 2005 "Barnevernet og taushetsplikten, opplysningsretten og opplysningsplikten"

http://www.regjeringen.no/upload/kilde/bfd/rus/2005/0002/ddd/pdfv/243383-q-24_rundskriv_taushetsplikt.pdf

BFD Q-1088B Veileder "Formidling av opplysninger og samarbeid der barn utsettes for vold i familien" 16.6.2005

http://www.regjeringen.no/nb/dep/bld/dok/veiledninger_brosjyrer/2005/Formidling-av-opplysninger-og-samarbeid-.html?id=88169

IS-8/2004 "Helsepersonells opplysningsplikt og opplysningsrett overfor sosialtjenesten og barneverntjenesten" Saksnr. 04/2914



http://www.shdir.no/vp/multimedia/archive/00002/IS-8_2004__2161a.doc

Sosial- og helsedirektoratet. IS-17/2006 Helsepersonells plikt og rett til å gi opplysninger til barneverntjenesten, politiet og sosialtjenesten i saker som dreier seg om; - mishandling av barn i hjemmet - andre former for alvorlig omsorgssvikt av barn - misbruk av rusmidler under graviditet

http://www.shdir.no/vp/multimedia/archive/00011/IS-17_2006_11850a.pdf

Policy-dokumenter

Høring: Forslag til endringer i lov 15. desember 1995 nr. 74 om forbud mot kjønnslemlestelse (HD 3.3.2003, frist 4.6.2003)

(<http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/hoeringer/hoeringsdok/2003/Horing-Forslag-til-endringer-i-lov-15-desember-1995-nr-74-om-forbud-mot-kjønnslemlestelse.html?id=421722>)

Odelstingsprp. Nr 21 (2003-2004) Om lov om endringer i lov 15. desember 1995 nr. 74 om forbud mot kjønnslemlestelse

(<http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/otprp/20032004/Otprp-nr-21-2003-2004-.html?id=176630>)