

Rapport for tiltak 34 i Handlingsplan mot kjønnslemlestelse:

Evaluering av helsetjenestens informasjonsarbeid for å forebygge kjønnslemlestelse

Torunn Arntsen Sajjad



INNHold

1. INNLEDNING.....	3
2. UTVALG OG METODE.....	4
3. HVA STUDIEN VISER.....	6
4. ANBEFALINGER.....	11
5. REFERANSER.....	11
VEDLEGG	

FORORD

Takk til Helsedirektoratet som har gitt NAKMI oppdraget om å evaluere helsetjenestens informasjonsarbeid for å forebygge kvinnelig kjønnslemleste. Spesiell takk til Statistisk sentralbyrå ved Henning Hartvedt for å ha laget en egen befolkningsstatistikk for studien.

Takk til kollegaene Ragnhild S. Spilker og Sara Kahsay ved NAKMI og Kristin Liland, Hilde Lidén og R. Elise B. Johansen, som alle har gitt nyttige innspill og kommentarer.

Takk til alle som har deltatt i undersøkelsen og gjennom sine svar har gitt oss innsikt i en utfordrende arbeidssituasjon.

Karin Harsløf Hjelde utformet prosjektbeskrivelsen og var som fungerende direktør ved NAKMI ansvarlig for kartleggingen. Takk for godt samarbeid!

Oslo, desember 2010

Torunn Arntsen Sajjad
Prosjektleder

1.INNLEDNING

Bakgrunnen for studien er Regjeringens Handlingsplan mot kjønnslemlestelse 2008-2011 (Departementene 2008). Ett av de seks satsningsområdene i denne planen er "Tilgjengelige helsetjenester". Under denne overskriften i handlingsplanens tiltak, lyder tiltak 34 som følger: "*Evaluere informasjonsarbeidet i helsetjenesten*" (2008:11).

En viktig kontekst for studien er at helsetjenesten både har til oppgave å forebygge sykdom og skade og å behandle. For at det forebyggende perspektivet ved helsetjenester skal kunne ha en betydning, er det en forutsetning at helsetjenesten har legitimitet rent kunnskapsmessig. Sagt på en annen måte; at pasientene har tillitt til helsepersonell. Siden 1995 har Norge hatt en egen lov mot kjønnslemlestelse (Lov om forbud mot kjønnslemlestelse 1995) og i 2004 kom et tillegg til §2 i denne loven om avvergelsesplikten blant annet helsepersonell har i forhold til å avverge kvinnelig kjønnslemlestelse. Helsepersonell har også en opplysningsplikt overfor barnevernet (se: blant annet Barnevernloven §6-4, annet og tredje ledd og Helsepersonelloven §33). Helsepersonell har derfor ikke bare forebyggende og behandlingmessige oppgaver, men også en kontrollfunksjon.

Helsepersonell skal på den ene siden tilby aktuelle helsetjenester og forebygge kjønnslemlestelse hos barn og unge og på den andre siden kontrollere (avverge og avdekke) hvorvidt kjønnslemlestelse ikke finner sted/har funnet sted etter ankomst til Norge (jf. Departementene 2008: Handlingsplan mot kjønnslemlestelse, BLD og HOD 2008: Veileder om regelverk, roller og ansvar knyttet til kjønnslemlestelse og HOD 2009: Rundskriv I-5).

Dette innebærer at helsepersonell må kjenne lovverket, vite hvilke befolkningsgrupper og personer i befolkningen kjønnslemlestelse forekommer blant, vite hva det konkret betyr å skulle avverge, vite hva de skal gjøre ved mistanke om eller bekreftelse av at kjønnslemlestelse har funnet sted, hva de skal informere pasienter om (innhold) og hvordan (metoder) de skal kunne informere aktuelle befolkningsgrupper/personer i et forebyggende perspektiv.

Målsettingen med studien er å evaluere det informasjonsarbeidet helsestasjonen og helsetjeneste for ungdom/skolehelsetjenesten yter overfor pasienter og elever som har opprinnelse i land med tradisjon for kvinnelig kjønnslemlestelse, i den hensikt å forebygge kjønnslemlestelse.

Studien skal **evaluere** hvordan helsetjenesten håndterer sine informasjonsoppgaver (jf. BLD og HOD 2008 3.1.4.) i forhold til kvinnelig kjønnslemlestelse. Med "helsetjenesten" menes i denne sammenhengen helsestasjoner og helsetjeneste for ungdom/skolehelsetjenesten. Disse helsestasjonene dekker aldersgruppen 0-5 og deres foreldre, samt elever mellom 6-20 år.

To offentlige dokumenter er valgt ut som bakgrunn for evalueringen av helsetjenestens informasjonsarbeid. Den første er Rundskriv I-4/2003 der det bl.a. står følgende om kvinnelig kjønnslemlestelse og forebyggende arbeid:

”Kunnskap om at kjønnslemlestelse kan bli foretatt eller konsekvensene etter kjønnslemlestelse *må følges opp* (min utheving) i henhold til lov 15. desember 1995 nr. 74 om forbud mot kjønnslemlestelse” (Helsedepartementet 2003: 12).

Det andre er Veileder til forskrift om kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Det står følgende om forebygging av kvinnelig kjønnslemlestelse¹:

”Ansatte i helsestasjons- og skolehelsetjenesten skal ha *kompetanse og kunnskap* (min utheving) til å kunne gi informasjon til aktuelle brukergrupper, og å *forebygge* (min utheving) kvinnelig omskjæring hos jenter.” (Sosial- og helsedirektoratet 2004:36).

Studien ønsker svar på hvordan helsetjenesten håndterer sitt informasjonsarbeid angående kvinnelig kjønnslemlestelse, i hvilke sammenhenger det informeres og hvor aktivt det informeres. Ut fra dette vil studien evaluere om helsepersonell i den aktuelle helsetjenesten opplever å ha kompetanse og kunnskap for å kunne informere og følge opp med det formål å kunne forebygge kvinnelig kjønnslemlestelse.

2. UTVALG OG METODE

Utvelgelsen av helsestasjoner baserer seg på befolkningsstatistikk fra Statistisk Sentralbyrå. Statistikken viser antall personer med innvandringsbakgrunn etter innvandringskategori og landbakgrunn (SSB 2010a), innvandrere og norskfødte med innvandrerforeldre etter landbakgrunn og kommune (SSB 2010b) og innvandrere og norskfødte, etter landbakgrunn og alder i bydeler i Oslo (SSB2010c). Det ble derfor mulig å danne seg et bilde av hvor i Norge personer med bakgrunn fra land hvor det er tradisjon for kvinnelig kjønnslemlestelse er bosatt.

I tillegg laget SSB en egen statistikk for studien over tre utvalgte migrantbefolkninger; personer fra Eritrea, Etiopia og Somalia(SSB 2010 d). De ble valgt på bakgrunn av høy prosentandel som praktiserer kvinnelig kjønnslemlestelse i opprinnelseslandet og størrelsen på innvandringsgruppen i Norge (jf. Lidén og Bentzen 2008).

Statistikken viser hvilke kommuner personer med bakgrunn fra disse landene (innvandrede og norskfødte) er bosatt i. I tillegg viser statistikken i hvilke bydeler i Oslo og andre byer i Norge personer med bakgrunn fra disse landene er bosatt. Statistikken gjorde det mulig å danne seg et bilde av hvilke kommuner og bydeler som har forholdsvis mange personer med bakgrunn fra land som praktiserer kjønnslemlestelse og hvilke som har færre eller ingen, og i hvilke kommuner og bydeler som det fødes barn blant denne delen av befolkningen.

¹ Begrepet som brukes er omskjæring.

2.1.Utvalg

Utvalget omfatter 20 helsestasjoner i sentrale østlandsområder og i tre andre helseregioner.² Det ble så identifisert 15 helsestasjoner for ungdom i de samme kommunene og bydelene som de 20 helsestasjonene tilhører. Totalt omfatter derfor utvalget 20 helsestasjoner og 15 helsestasjoner for ungdom. Dette valget ble gjort ut fra en antakelse om at de fleste barn og unge er knyttet til disse helsestasjonene innenfor samme område.

11 av 20 helsestasjoner ligger i områder med forholdsvis høy andel personer fra berørte folkegrupper, mens ni helsestasjoner ligger i områder med betydelig færre fra disse folkegruppene. 10 av 15 helsestasjonene for ungdom ligger i områder med forholdsvis høy andel fra berørte grupper. Alle helsestasjonene har et befolkningsgrunnlag som tilsier at de har pasienter med bakgrunn fra folkegrupper og land der kvinnelig kjønnslemlestelse praktiseres. Statistikken viser også at det fødes barn blant dem. Utvalget består derfor både av helsestasjoner som en kan anta at har mye erfaring med foreldre og ungdom fra berørte befolkningsgrupper og helsestasjoner som har noe mindre erfaring.

2.2.Metode

Det ble utarbeidet ett spørreskjema til bruk i forhold til begge typer helsestasjoner (Vedlegg I). Spørreskjemaet ble deretter drøftet med helsepersonell, andre forskere og NAKMIs direktør. For å kvalitetssikre at oppdragsgiver ville få svar på det de ønsket med kartleggingen, gjennomgikk direktoratet skjemaet i to runder og godkjente planen for studien i møte 20/9-2010.

Skjemaene ble postlagt med frankert returkonvolutt til NAKMI og med en kode som viste hvem som hadde svart. Adresser var funnet ved hjelp av hjemmesider og telefonhenvendelser. I denne prosessen viste det seg at de som jobber med helsetjeneste for ungdom i de ulike bydelene og kommunene også jobber i skolehelsetjenesten. Spørreskjemaene ble stilet til helsetjeneste for ungdom, og er besvart av helsesøstre som jobber ved begge helsetjenestene.

Hver enkelt konvolutt inneholdt et følgebrev (Vedlegg II) med forespørsel om å delta, der det ble bedt om at helsepersonell med pasientkontakt besvarte skjemaet innen to uker. Ringerunden viste at det var store forskjeller mellom helsestasjonene med hensyn til å være tilgjengelige og kunne besvare telefoniske henvendelser. Alle som ble oppringt var positive til å skulle delta i evalueringen, og bekreftet at de ville svare når henvendelsen kom. Dette var et godt utgangspunkt for å gjennomføre studien.

Totalt ble det sendt ut ett spørreskjema til:

- 20 helsestasjoner
- 15 helsestasjoner for ungdom

² Dette er de samme 20 helsestasjonene som i Tiltak 29 (se: Sajjad 2010).

Etter en måned var det kommet inn totalt 10 av 35 mulige svar. Det ble derfor besluttet å foreta en telefonisk purrerunde for å få opp svarprosenten. Samtlige helsestasjoner som ikke hadde svart på undersøkelsen ble forsøkt kontaktet. Ved purring kom det frem at noen ikke hadde mottatt henvendelsen og andre hadde opplevd at de bare fikk deler av konvoluttene fordi den var åpnet internt. Noen hadde mottatt spørreskjemaet, og sendt det videre til personer som de mente kunne svare på undersøkelsen, og noen besvarte ikke tross gjentatte telefonhenvendelser. Oppsummert viste purrerunden at det var flere årsaker til at spørreskjemaene ikke ble besvart. Etter purrerunden besvarte følgende spørreskjemaet:

- 10 av 20 helsestasjoner (50 %)
- 7 av 15 helsestasjoner for ungdom/skolehelsetjenesten (46,7 %)

Av de 10 helsestasjonene som svarte, ligger seks i områder med forholdsvis mange fra berørte grupper og fire i områder med færre fra de berørte grupper. To av de helsestasjonene som svarte, har det de kaller forsterket helsestasjon for minoritetsspråklige og/eller egen flyktningshelsesøster. Av helsestasjon for ungdom/skolehelsetjenesten ligger to av de syv som svarte i områder med færre fra berørte grupper. Utvalget og svarene er ikke representative og resultatene derfor ikke generaliserbare. Materialet viser hvordan de helsestasjonene som har svart håndterer sitt informasjonsarbeid.

3. HVA STUDIEN VISER

3.1.Helsestasjoner

Hvem informeres når?

Svarene fra de 10 helsestasjonene viser at de som informeres om kvinnelig kjønnslemlestelse først og fremst er kvinner og foreldre. Ved tre av helsestasjonene driver også helsesøstrene utadrettet informasjonsvirksomhet til berørte miljøer gjennom frivillige organisasjoner og seminarvirksomhet, og bidrar også med sin kompetanse overfor annet helsepersonell. De informerer begge kjønn, foreldre og ungdom. De som informerer på helsestasjonen gjør dette individuelt overfor enkeltpersoner og par, i tillegg til at én også samler kvinner fra berørte grupper til gruppesamtaler på helsestasjonen.

Noen helsestasjoner informerer én gang mens andre rutinemessig informerer ved hvert møte med kvinner og foreldre fra berørte grupper. Svarene viser at det informeres på ulike tidspunkter i jentebarns liv: Ved førstegangskontakt med foreldre fra berørte befolkningsgrupper, ved et visst utvalg av kontroller eller ved alle rutinekontroller. En av helsesøstrene informerer også før feriereiser til hjemlandet. Helsepersonell har rutiner for å informere, men rutineene er forskjellige med hensyn til når og hvor ofte de informerer og hvem som informeres.

Hvordan det informeres

De hjelpemidlene som brukes i informasjonsarbeidet er brosjyrer, bøker, bilder, nettsteder, tolk og ressurspersoner. Imidlertid er det bare tre av syv som bruker noe annet enn brosjyrer; de bruker også bøker, ressurspersoner, tolk og egne power point-presentasjoner, og en av de tre bruker også nettsteder. To bruker ingen hjelpemidler i det hele tatt og en bruker bare tolk om nødvendig. De to som ikke bruker hjelpemidler, svarte at de har fått informasjonsmateriell (brosjyrer) som skal tas i bruk. Oppsummert viser svarene at det først og fremst er brosjyrer som brukes.

Reaksjoner på informasjonen

Åtte av ti svarte i positive ordelag med hensyn til hvordan de som informeres reagerer på informasjonen. En har lite erfaring og er usikker på hvordan de som informeres reagerer, og en annen svarte: ”Vanskelig å si. Engasjement hos noen.” De andre beskriver reaksjonene som ”positive”, ”De forstår at det er min plikt (å informere)” og ”Går fint å få til en dialog”.

Problematisk informasjonsarbeid?

Ingen opplever det som problematisk å vite hvem som skal informeres, og bare to svarte at de noen ganger kan oppleve det problematisk å vite hvordan de skal informere. Den ene av disse helsestasjonene har ikke mye erfaring med denne type informasjonsarbeid og de ansatte er derfor noe usikre. Helsestasjonen ligger i en av de kommunene som har færre fra berørte folkegrupper. Usikkerheten i informasjonsarbeidet handler først og fremst om pasientenes ”kultur” og i forhold til reaksjoner fra kvinner/foreldre. Ingen opplever det som problematisk å vite hva de skal informere om.

Kunnskap

På spørsmålet om de har behov for mer kunnskap for å kunne forebygge kvinnelig kjønnslemlestelse, svarte seks nei, og fire ja. Ingen av de som svarte at de kan oppleve det som problematisk å vite hvordan de skal informere, svarte ja. Den ene av de som svarte ja, utdyper at det ikke er hun personlig som har behov for mer kunnskap, men andre ved denne helsestasjonen, og at det først og fremst handler om helsepersonells egne holdninger til berørte grupper/pasienter. De andre tre svarte at de og kolleger trenger mer kunnskap generelt og kontinuerlig oppdatering, og at annet helsepersonell, som fastleger, har behov for mer kunnskap. Det nevnes ikke bare faktakunnskap om kvinnelig kjønnslemlestelse, men også kulturforståelse. Dette er helsestasjoner som ligger i områder med forholdsvis mange fra berørte grupper.

3.2.Helsestasjon for ungdom

Hvem informeres når?

Helsesøstrene svarte at de informerer elever fra berørte befolkningsgrupper i barneskole, ungdomsskole og videregående skole ved de ulike skolene, på helsestasjon for ungdom og eventuelt på helsestasjonen. Foreldre informeres når de er med sine barn på helseundersøkelser, som for eksempel ved 6-års-kontroll i 1. klasse. To informerer også ungdom og voksne som deltar i voksenopplæring. Noen informerer rutinemessig ved spesifikke alderstrinn, som 6, 11 og 15-årsalder eller jenter i 8. eller 10. klasse, mens andre viser til at de bare informerer elever som de får vite at skal på ferie til hjemlandet, eller som selv oppsøker dem. I tillegg informeres det når jenter fra berørte grupper formidler at de har mage-/underliv-/vannlatingsproblemer, og nyankomne elever i mottaksklasser og på asylmottak. Gjennom helsestasjon for ungdom/skolehelsetjenesten informeres unge fra berørte befolkningsgrupper og også i noen grad elever generelt, men det er ulik praksis i forhold til hvem som informeres og på hvilket tidspunkt i de unges liv som det informeres.

Hvordan det informeres

Det informeres enten individuelt og/eller i grupper, og helsesøstrene er enten oppsøkende og/eller ikke-opsøkende i forhold til målgruppen. Det betyr at det informeres på ulike måter avhengig av den enkelte helsetjeneste og helsesøster. Ved tre av helsestasjonene for ungdom/skolehelsetjenesten undervises det i grupper, og ved to av skolene undervises det også når elevene har seksualitet/samliv/prevensjon i 10. klasse og i 8. klasse når temaet er helse. Svarene viser at det er store forskjeller mellom de ulike skolehelsetjenestene med hensyn til helsesøstrenes engasjement i forhold til tematikken. Noen har rutinemessige informasjonsopplegg overfor grupper av elever eller overfor enkeltelever og andre informerer bare når de blir oppsøkt av jenter fra målgruppen.

Tolk brukes hvis det er nødvendig, ellers brukes brosjyrer, bøker og materiell fra OK-prosjektet og NAKMI som hjelpemidler. To nevner at de også bruker nettsteder og to bruker ressurspersoner i slike informasjonssamtaler. Den ene av disse ressurspersonene oppgis å være jordmor ved helsestasjonen.

Reaksjoner på informasjonen

Reaksjonene fra de unge på den informasjonen helsesøstrene yter beskrives å variere fra de som ikke sier noe eller er direkte avvisende til de som er positive og gjerne overtar undervisningen. Noen elever viser at de kan mye om tematikken uten å knytte det til egenopplevelse. Jenter kan beskrive problemer som de har hørt av jenter som er kjønnslemlestet og hva det medfører av problemer. Dette tror imidlertid helsesøstre at kan være egenopplevelser. Noen få av elevene gir tilbakemeldinger om at de er irriterte over at tematikken tas opp, men de fleste reaksjonene er positive blant jenter. Gjennom enkeltsamtaler med jenter og generell informasjon i grupper, rekrutteres flere jenter til individuelle samtaler, og helsesøstre får tilbakemeldinger om at det er godt å kunne snakke med noen. Gutter reagerer med sjokk og vemmelse.

Problematisk informasjonsarbeid?

Alle svarte nei på spørsmålene om det er problematisk å vite hvordan de skal informere og hva de skal informere om. Alle unntatt en svarte nei på spørsmålet om det er problematisk å vite hvem som skal informeres. Den som svarte ja, begrunnet dette med at det ikke er prioritert i en travel hverdag. Den samme helsesøsteren utdypet at tematikken berøres når den er aktuell, og at hun ikke er oppsøkende i forhold til å skulle informere i videregående skole. En av de andre helsesøstrene utdypet at hun mener at de vil kunne nå ut til flere aktuelle berørte med informasjon om de informerer bredere enn i dag, dvs, bringer tematikken inn i den undervisningen de allerede har i dagens skole.

En av helsesøstrene utdypet at hun skulle ønske at hun hadde tid til å informere alle trinnene på ungdomsskolen for å øke kunnskapsnivået generelt, og ikke bare informere elever fra utsatte grupper. Hun har selv kunnskap, men ønsker å bidra til at kunnskapsnivået generelt økes for å bidra til at jenter og kvinner fra berørte grupper ikke stigmatiseres.

Kunnskap

Fire av syv helsesøstre svarte at det ikke er behov for mer kunnskap om kjønnslemlestelse for å kunne forebygge dette. De andre tre svarte at det er behov for mer kunnskap i det ordinære hjelpeapparatet, i spesialisthelsetjenesten og på sykehus, og at de i mye større grad skulle ønske at kvinner som har en egenerfaring kan bidra i informasjonssammenheng. En annen skrev at de har for få brukere fra berørte grupper til å klare å få gode rutiner i forhold til informasjonsarbeidet.

3.3.Oppsummering og evaluering

Helsesøstre ved helsestasjonene har rutiner for å informere kvinner og foreldre, men rutinene er forskjellige med hensyn til *når* i et barns liv det informeres og *hvor ofte* de informerer.

Helsestasjon for ungdom/skolehelsetjenesten informerer unge fra berørte befolkningsgrupper og også i noen grad skolens elever generelt, men det er ulik praksis i forhold til hvem som informeres og på hvilket tidspunkt i de unges liv det informeres. Sammenfattet viser dette at det både ved helsestasjonene og helsestasjoner for ungdom/skolehelsetjenesten er ulike rutiner for hvorvidt det informeres én gang, f.eks. ved første møte, eller om det informeres ved flere anledninger, f.eks. ved alle helseundersøkelser eller møter.

På helsestasjonene informeres berørte kvinner og foreldre individuelt. Noen av helsesøstrene informerer også berørte grupper utenfor helsestasjonen. På helsestasjon for ungdom/skolehelsetjenesten informerer helsesøstrene først og fremst enkeltelever, men noen

informerer i grupper, som regel i klassesituasjoner. Noen av helsesøstrene er oppsøkende overfor elever/ungdom, mens andre ikke er oppsøkende og informerer bare på forespørsel.

Helsesøstrene bruker først og fremst brosjyrer som hjelpemiddel i informasjonsarbeidet. I tillegg brukes tolk der det er språkproblemer. Imidlertid brukes også bøker, nettsteder, ressurspersoner og lignende av enkelte, mens andre ikke bruker noen form for hjelpemidler. Det ser ut til at de helsesøstrene som ikke bare informerer individuelt, også er de som generelt er mest aktive i informasjonsarbeidet om kvinnelig kjønnslemlestelse. Noen av disse aktive helsesøstrene gir uttrykk for behov for mer kunnskap.

Studien viser hvordan helsetjenesten informerer (individuelle samtaler, grupper, brosjyrer osv, ved ett eller flere møter) om kvinnelig kjønnslemlestelse. Spørsmålet er derfor om de metodene som brukes er hensiktsmessige. I en skolehverdag der unge mennesker daglig bruker pc og internett vil det være naturlig også å bruke internett i informasjonsarbeid som berører aktuelle temaer for de unge. Når bare to helsesøstre bruker nettsteder som hjelpemiddel i informasjonsarbeidet overfor de unge, ser dette ut til å være en lite brukt metode for å nå de unge i dette arbeidet. Spørsmålet er om alle helsesøstre behersker dette mediet, og om manglende kompetanse kan forklare at så få bruker det.

Helsesøstrene fra begge helsetjenestene opplever stort sett ikke at det er problematisk å vite hvem de skal informere, hva de skal informere om og hvordan de skal informere. Imidlertid viser kartleggingsstudien av Tiltak 29 (Sajjad 2010) at helsesøstre ønsker skriftlig informasjon fra fødeavdelinger når mødre er kjønnslemlestet. Dette mener de ville lette deres informasjonsarbeid tidsmessig og gjøre det mer målrettet. De oppgir at de sjelden får denne informasjonen.

Noen helsesøstre viser til at de har få fra berørte grupper og at mindre praktisk erfaring og aktivitet i informasjonsarbeidet gir dårligere kompetanse. Studien viser også at helsetjenesten i stor grad har kunnskap til å kunne informere aktuelle personer/miljøer, men de savner oppdatering av kunnskap. Studien av Tiltak 29 viser at et flertall av helsepersonellet som deltok opplever å ha nok kunnskap om kvinnelig kjønnslemlestelse, men 17 av 39 svarte at de har behov for mer kunnskap. Kunnskapen blant helsetjenestens helsepersonell er ulikt fordelt. I denne evalueringen av Tiltak 34 svarte 10 at de ikke har behov for mer kunnskap for å kunne informere, mens syv svarte at de har behov for mer kunnskap. Dette betyr at selv om et flertall opplever at de har nok kunnskaper på feltet kjønnslemlestelse til å kunne informere om tematikken, viser begge studiene at det fortsatt er behov for mer kunnskap blant helsepersonell. Dette erklærte behovet for kunnskap, sammenholdt med at ikke alle helsesøstre er oppsøkende, indikerer at det er usikkert hvorvidt informasjon blir gitt til alle personer fra berørte miljøer og om de anvender adekvate metoder i informasjonsarbeidet for å kunne ”følge opp” (Helsedepartementet 2003:12) og ”forebygge kvinnelig omskjæring hos jenter” (Sosial- og helsedirektoratet 2004:36).

Et kritisk spørsmål er om det i et holdningsskapende arbeid, som det å skulle bidra til å forebygge kvinnelig kjønnslemlestelse, er nok å informere én gang eller bare ved at personer fra målgruppen selv henvender seg til helsetjenesten. De som svarer at de rutinemessig informerer personer fra berørte befolkningsgrupper ved flere rutinemessige kontroller/møter bidrar

sannsynligvis i større grad enn de som bare informerer en gang til å forebygge kjønnslemlestelse. De som i tillegg til å informere individuelt også informerer grupper (elever/kvinner osv) bidrar til at kunnskapen blir spredt til miljøer og at det derigjennom kan bli legitimt å snakke om. Informasjonen kan dermed sette i gang viktige holdningsskapende prosesser blant flere enn enkeltkvinner/par/elever og samtidig være en støtte for enkeltpersoner. Omvendt viser evalueringen at helsepersonell som bare informerer én gang og som i skolehelsetjenesten ikke er oppsøkende, ikke kan sies å følge opp.

4. ANBEFALINGER

Studiens resultater gir grunnlag for følgende anbefalinger:

- At det gis retningslinjer for hvilke metoder helsepersonell skal bruke i sitt informasjonsarbeid og hvem som kan/skal inkluderes i informasjonsarbeidet.
- At det utarbeides retningslinjer for når og hvor ofte informasjon om kvinnelig kjønnslemlestelse skal gis, slik at det sikres at alle berørte grupper blir informert flere ganger for derigjennom å sikre at informasjonen når aktuelle personer.
- At helsepersonell tilbys årlige etterutdanningskurs i informasjonsarbeid i forbindelse med kvinnelig kjønnslemlestelse.
- At det vurderes på hvilken måte ressurspersoner fra berørte miljøer kan bidra systematisk i informasjonsarbeidet i samarbeid med helsepersonell.
- At det gjennomføres en studie blant elever/ungdom fra berørte befolkningsgrupper om deres informasjonsbehov og opplevelse av informasjonsarbeidet.
- At det gjennomføres en egen studie av fastlegers informasjonsarbeid.

5. REFERANSER

Barne- og likestillingsdepartementet (BLD) og Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) (2008): *Veileder om regelverk, roller og ansvar knyttet til kjønnslemlestelse*. Oslo.

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

Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) (2009): *Forebygging av kjønnslemlestelse – tilbud om samtale og frivillig underlivsundersøkelse til jenter/kvinner med innvandringsbakgrunn*. Rundskriv I-5. Oslo.

Helsedepartementet (2003) *Om kommunenes helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten*. Rundskriv I-4.

Lidén, Hilde og Bentzen, Tonje (2008): *Kjønnslemlestelse i Norge*. Rapport nr 8. Oslo: Institutt for samfunnsforskning.

Lov om barneverntjenester (Barnevernloven) (1992) (Lov 07-17 nr 100) og tillegg til §2 (Avvergesloven) (2004). Oslo: Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet.

Lov om forbud mot kjønnslemlestelse (Kjønnslemlestelsesloven)(1995)(Lov 12-15 nr 74). Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.

Lov om helsepersonell m.v. (Helsepersonelloven) (1999) (Lov 07-02 nr 64). Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.

Sajjad, Torunn Arntsen (2010) *Kartlegging av informasjonsrutiner mellom helsestasjoner og sykehus om kvinnelig kjønnslemlestelse*. Oslo: NAKMI.

Sosial- og helsedirektoratet (2004) *Kommunenes helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten*. Rundskriv I5-1154.

Statistisk sentralbyrå (2010a): *Personer med innvandringsbakgrunn, etter innvandringskategori og landbakgrunn*. Oslo-Kongsvinger.

Statistisk sentralbyrå (2010b): *Innvandrere og norskfødte med innvandrerforeldre, etter landbakgrunn og kommune*. Oslo-Kongsvinger.

Statistisk sentralbyrå (2010c): *Innvandrere og norskfødte, etter landbakgrunn og alder. Bydeler i Oslo*. Oslo-Kongsvinger.

Statistisk sentralbyrå (2010d): *Personer etter region, landbakgrunn, tid og innvandringskategori*. (Alle kommunene i landet). Oslo-Kongsvinger.

VEDLEGG

Vedlegg I

Spørreskjema til helsetjenesten om det informasjonsarbeidet som gjøres for å forebygge kvinnelig kjønnslemlestelse (KLL).

Sett ring rundt svaralternativet når det er ja- eller nei-svar og fyll inn med egne ord (beskriv) når det er åpne spørsmål. Ikke gi eksempler som kan personidentifiseres. Alle spørsmålene handler om kvinnelig kjønnslemlestelse (KLL).

Hvilken helsetjeneste arbeider du ved?

Hvilken funksjon har du som besvarer skjemaet?

1. I hvilke sammenhenger informerer du om KLL?

2. Hvem informeres om KLL?

- Berørte miljøer
- Foreldre
- Kvinner
- Menn
- Ungdom

3. Hvor ofte informerer du om KLL?
4. På hvilken måte informerer du om KLL (f. eks. individuelle og /eller gruppesamtaler, undervisning, seminarer, kurs)?
5. Hvilke hjelpemidler brukes i informasjonsarbeidet, som nettsteder, brosjyrer, bøker, film, ressurspersoner, tolk osv?
6. Får du tilbakemeldinger fra personer/miljøer om den informasjon du gir?
 - Nei.
 - Ja.
 - Hvis ja, beskriv/gi eksempler på tilbakemeldinger.
7. Hvordan reagerer de som informeres om KLL på den informasjonen som gis?
8. Er det problematisk å vite hvem som skal informeres?
 - Nei.

- Ja.
- Hvis ja, beskriv.

9. Er det problematisk å vite hvordan du skal informere?

- Nei.
- Ja.
- Hvis ja, beskriv.

10. Er det problematisk å vite hva du skal informere om?

- Nei.
- Ja.
- Hvis ja, beskriv.

11. Er det behov for mer kunnskap om KLL for å kunne forbygge dette?

- Nei.
- Ja.
- Hvis ja, gi eksempler.

12. Andre kommentarer: