

Rapport for tiltak 29 i Handlingsplan mot kjønnslemlestelse:

Kartlegging av informasjonsrutiner mellom helsestasjoner og sykehus om kjønnslemlestelse

Torunn Arntsen Sajjad



INNHOLD

1. INNLEDNING.....	3
2. UTVALG OG METODE.....	4
3. HVA STUDIEN VISER.....	7
4. ANBEFALINGER.....	17
5. REFERANSER.....	18
VEDLEGG	

FORORD

Takk til Helsedirektoratet som har gitt NAKMI oppdraget om å kartlegge informasjonsrutiner mellom helsestasjoner og sykehus i forbindelse med kvinnelig kjønnslemlestelse. 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 som 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 et godt samarbeid!

Oslo, desember 2010

Torunn Arntsen Sajjad
Prosjektleder

1.INNLEDNING

1.1.Bakgrunn

Bakgrunnen for kartleggingen er Regjeringens Handlingsplan mot kjønnslemlestelse 2008-2011 (Departementene 2008). Ett av de seks satsningsområdene i denne planen er Tilgjengelige helsetjenester. Under denne overskriften i handlingsplanen lyder tiltak 29 som følger:

Gjennomgå samhandlingsrutiner mellom førstelinjetjenesten og andrelinjetjenesten i helsesektoren (2008:11).

Tiltak 29 handler både om å gjennomgå rutiner for informasjon om kjønnslemlestelse mellom ulike helseinstitusjoner for å gi best mulig helsehjelp før og etter fødsel, og å bidra til å avverge at jenter blir utsatt for kjønnslemlestelse (Departementene 2008).

En viktig kontekst for kartleggingen er at helsetjenesten har til oppgave både å forebygge sykdom og skade og å behandle. 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 som blant annet helsepersonell har i forhold til å avverge kvinnelig kjønnslemlestelse. Helsepersonell har også en opplysningsplikt overfor barnevernet (se: bl.a. Barnevernloven §6-4, annet og tredje ledd og Helsepersonelloven §33). Helsepersonell har derfor ikke bare forebyggende og behandlingmessige oppgaver, men også en form for kontrollfunksjon.

Ifølge Forskrift om pasientjournal §8 (HOD 2000) skal helsepersonell registrere i pasientens journal om det er gitt råd og informasjon til pasienter og pårørende og eventuelle reservasjoner mot å motta slik informasjon. I denne sammenhengen innebærer dette at helsepersonell registrerer i pasientens journal om hun har fått informasjon og råd angående kvinnelig kjønnslemlestelse.

Studien skal kartlegge informasjonsrutiner i informasjonsskjeden mellom de to nivåene i helsetjenesten som yter helsetjenester til gravide/fødende/barselkvinner (som er kjønnslemlestet) og som også skal bidra til å avverge kjønnslemlestelse i nye generasjoner. Studien kartlegger derfor de rutiner som finnes for å sikre at informasjon følger mødre til jentebarn i berørte befolkningsgrupper. Den omfatter også en kartlegging av hvorvidt helsepersonell har rutiner for å finne ut om pasienter har bakgrunn fra befolkningsgrupper som praktiserer kvinnelig kjønnslemlestelse, slik at de vet hvem de skal ta opp tematikken med.

1.2.Problemstillinger

- Hvilke rutiner har helsestasjoner for å informere sykehus om kvinner som er kjønnslemlestet?
- Hvordan får svangerskapspoliklinikker og fødeavdelinger informasjon om at kvinner er kjønnslemlestet?

- Har føde-/barselavdelinger rutiner for å gi tilbakemeldinger til helsestasjoner om kvinner som er kjønnslemlestet og om jentebabyer som er født i familier med bakgrunn fra befolkningsgrupper der kvinnelig kjønnslemlestelse praktiseres?
- Hvordan informerer og samtaler helsepersonell med kvinner som er kjønnslemlestet og deres partnere om kvinnelig kjønnslemlestelse?

1.3.Målsetting

Kartlegge gjensidige informasjonsrutiner mellom helsestasjoner og sykehus ved svangerskapspoliklinikker og føde-/barselavdelinger angående kvinnelig kjønnslemlestelse.

2. UTVALG OG METODE

Utvelgelsen av sykehus og 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 i fertil alder 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). Disse ble valgt på bakgrunn av høy prosentandel som praktiserer kvinnelig kjønnslemlestelse i opprinnelseslandet og størrelsen på befolkningen 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 det fødes barn blant denne delen av befolkningen.

2.1.Utvalg

Utvalget omfatter åtte sykehus og 20 helsestasjoner. Seks av sykehusene ble valgt på bakgrunn av at de befinner seg i områder med et stort befolkningsgrunnlag med bakgrunn fra berørte grupper, mens to av sykehusene er i områder som har betydelig færre personer bosatt fra berørte grupper. Alle sykehusene befinner seg imidlertid i områder hvor det finnes en viss størrelse på berørte befolkningsgrupper. Sykehusene befinner seg både i sentrale østlandsområder og i tre andre helseregioner.

Valg av helsestasjoner er gjort med utgangspunkt i at de ligger i de samme områdene som sykehusene. Dette fordi en kan anta at gravide kvinners valg av sykehus bl.a. har med geografisk nærhet å gjøre i tillegg til at helsemyndighetene har definert grenser for befolkningens sykehustilhørighet. Imidlertid vil kvinner som skal føde kunne velge andre sykehus enn det som geografisk er nærmest eller som hun tilhører ifølge bosted (jf. fritt sykehusvalg). Fødende kvinner kan også bli henvist til å skulle føde ved et annet sykehus enn det som de tilhører eller som de selv ønsker på grunn av kapasitetsproblemer. Det er derfor ikke sikkert at helsestasjon og sykehus nødvendigvis forholder seg til samme kvinne.

11 av de utvalgte helsestasjonene ligger i områder med forholdsvis høy andel personer fra berørte folkegrupper, mens 9 helsestasjoner ligger i områder med betydelig færre fra disse folkegruppene. Imidlertid har alle helsestasjonene et befolkningsgrunnlag som tilsier at de har pasienter med bakgrunn fra berørte folkegrupper som også føder barn. Utvalget består derfor både av helsestasjoner som en kan anta at har mye erfaring med kvinner fra berørte befolkningsgrupper og helsestasjoner som har noe mindre erfaring.

For å kunne kartlegge informasjonsrutiner mellom helsestasjoner og sykehus ble det, i samarbeid med en helsestasjon og helsearbeidere i spesialisthelsetjenesten, bestemt at følgende skulle inkluderes i kartleggingen:

- Helsestasjoner ved jordmødre som foretar svangerskapskontroller.
- Svangerskapspoliklinikker/fødepoliklinikker/gynekologisk poliklinikker.
- Føde/barselavdelinger.
- Helsestasjoner ved helsepersonell som følger opp barselkvinner og deres babyer etter fødsler og som gjennomfører helsestasjonskontroller av barn.

Begrunnelsen er at jordmødre foretar svangerskapskontroller, som er et frivillig tilbud til alle gravide. Jordmødre henviser eventuelt (slik fastleger og andre leger også gjør) kvinner som opplever problemer i svangerskapet og/eller er kjønnslemlestet og trenger behandling (åpning) før fødsel, til poliklinikken.

Poliklinikken undersøker og behandler de som har behov for dette. Kvinner kommer til føde/barselavdelinger for å føde barn og etter fødsel følges barselkvinner og deres babyer opp av helsestasjonen innen to uker. Senere følges barn opp gjennom tilbud om helsestasjonskontroller. Helsestasjonstilbudet etter fødsel er derfor først og fremst rettet mot barn og helsefremmende/forebyggende tiltak for barn. Sykdom og helseproblemer for både barn og mødre, skal håndteres hos fastleger.

2.2.Metode

For å kunne kartlegge informasjonsrutinene i denne firedelte informasjonskjeden, ble det utarbeidet et spørreskjema tilpasset jordmors arbeid ved helsestasjonen (Vedlegg I), et til helsepersonell ved svangerskapspoliklinikken (Vedlegg II), et til helsepersonell ved føde/barselavdelingen (Vedlegg III) og et til helsepersonell ved helsestasjonen (Vedlegg IV).

Spørreskjemaene ble drøftet med helsepersonell, andre forskere og NAKMIs direktør. For å kvalitetssikre at oppdragsgiver ville få svar på det de ønsket med kartleggingen, gjennomgikk direktoratet skjemaene i to runder og godkjente planen for kartleggingen 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. Flere helsestasjoner og sykehusavdelinger ble også spurt om brevene kunne stiles til den enkelte helsestasjon og avdeling, slik at de enkelte institusjonene kunne fordele henvendelsene.

Hver enkelt konvolutt inneholdt et følgebrev (Vedlegg V) med forespørsel om å delta, der det ble bedt om at helsepersonell med pasientkontakt besvarte skjemaet innen to uker. Leder ved en av helsestasjonene ba om at spørreskjemaet ble sendt per email. Årsaken til at ikke alle fikk spørreskjemaene elektronisk, var at det i den første ringerunden ble sagt at ikke alle bruker email systematisk, og at det ville være større mulighet for å kunne nå frem til både helsestasjoner og sykehusavdelinger per post.

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 kartleggingen, og bekreftet at de ville svare når henvendelsen kom. Totalt ble det sendt ut følgende spørreskjemaer:

- Et skjema til 20 helsestasjoner ved jordmødre.
- Et skjema til 8 svangerskapspoliklinikker.
- Et skjema til 8 føde/barselavdelinger.
- Et skjema til 20 helsestasjoner ved helsepersonell etter fødsel.

Etter en måned var det kommet inn totalt 25 av 56 mulige svar. Det ble derfor besluttet å foreta en telefonisk purrerunde for å få opp svarprosenten. Samtlige sykehusavdelinger og helsestasjoner som ikke hadde svart på undersøkelsen ble forsøkt kontaktet; de fleste med hell. Imidlertid var det ett sykehus og noen få helsestasjoner som det ikke var mulig å komme i kontakt med. Ved purringen kom det frem at noen ikke hadde mottatt henvendelsen og andre hadde opplevd at de bare fikk deler av konvolutten 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. Totalt besvarte 39 av 56 spørreskjemaene. Dette var:

- 11 av 20 helsestasjoner ved jordmødre (55 %).
- 4 av 8 svangerskapspoliklinikker (50 %).
- 7 av 8 føde/barselavdelinger (87,5 %).
- 17 av 20 helsestasjoner ved helsepersonell etter fødsel (85 %).

De som hadde høyest svarprosent var helsepersonell ved fødeavdelingene og de som yter helsestasjonstjenester etter fødsel. Imidlertid ligger svarprosenten på over 50 for alle;

gjennomsnittlig på 69,6 %. I mange av besvarelsene har helsepersonell tatt seg tid til å komme med utdypende informasjon i kommentarfeltet.

Ett sykehus svarte ikke. Det ligger i et område med forholdsvis mange fra berørte grupper. Ved fire av sykehusene svarte begge avdelingene som ble bedt om å svare på undersøkelsen. Ved de to sykehusene som har forholdsvis færre pasienter fra berørte grupper, svarte begge avdelingene ved det ene av sykehusene og bare fødeavdelingen ved det andre.

De helsestasjonene som ikke svarte, ligger i områder med forholdsvis mange fra berørte grupper, mens bare én av de ni helsestasjonene som ligger i områder med færre fra berørte grupper, ikke svarte. Det betyr at de med færre fra berørte grupper i større grad svarte enn de med mange. Utvalget og svarene er imidlertid ikke representative og resultatene derfor ikke generaliserbare. Materialet viser informasjonsrutinene hos de helsestasjonene som har svart.

3. HVA STUDIEN VISER

Fremstillingen av resultatene følger samme struktur som spørreskjemaene (Vedlegg I-IV). Etter presentasjonen av de ulike besvarelsene, følger en oppsummering av resultatene.

3.1.Helsestasjonen ved jordmor

Spørreskjemaet var stilet til jordmødre ved helsestasjoner, og det var de som besvarte skjemaet.

Rutiner

Alle jordmødrene (11) svarte at de har rutiner for å finne ut om en gravid kvinne har bakgrunn fra befolkningsgrupper som praktiserer kvinnelig kjønnslemlestelse og at de har rutiner for å få vite om gravide kvinner er kjønnslemlestet. I samtaler med kvinnene spør jordmor direkte hvis hun er i tvil om den enkelte kvinne har en slik bakgrunn, og jordmor spør også kvinnene om de er kjønnslemlestet. Tre av jordmødrene tilbyr å undersøke kvinnene for å kunne ”vurdere omfanget av omskjæringen” eller ”inspisere”, som to av dem uttrykte det.

Tre av de 11 svarte at de i tillegg kan få informasjon om kjønnslemlestelse fra fastleger og/eller Helsekort for gravide, men at dette er sjelden. Svarene viser at jordmødrene mener at de har rutiner og at rutinene med å spørre og eventuelt tilby undersøkelse, oppfattes å fungere bra.

To av svarene utdyper imidlertid at det kan være problematisk å spørre når det er språkproblemer og når det må brukes tolk, spesielt når de bruker telefontolkning og tolken er mann. Noen av miljøene er små, og jordmødrene svarte at det kan være vanskelig for kvinnene å snakke om så personlige temaer som kjønnslemlestelse når det brukes tolk. En av jordmødrene svarte også at det er ”et sårbart tema” og at kvinner i den aktuelle befolkningsgruppen ofte svarer ”Vet ikke” eller ”Jeg forstår ikke” når hun tar opp tematikken med dem.

En annen svarte at det også kan være problematisk når mannen er med, mens andre nevner at mannen kan brukes som tolk hvis kvinnen vegrer seg mot å bruke profesjonell tolk. Det å være erfaren brukes som begrunnelse for at jordmødrene kan samtale direkte om tematikken, som vist i følgende utsagn: ”Jeg kjenner at det etter hvert har blitt lettere å ta opp temaet med kvinnen. Jo mer kunnskap jeg har fått jo bedre fungerer det.”

Hvordan jordmødre informerer om behandlingstiltak

Alle jordmødrene informerer kvinner om at det finnes en svangerskapspoliklinikk på sykehuset. De sier også til kvinnene at de vil formidle kontakt til sykehuset for en vurdering av kvinnen gjennom en skriftlig henvisning. Verd å merke seg er imidlertid at én av jordmødrene svarte at hun gir kvinnen informasjon om at hun selv må ta kontakt med poliklinikken.

Noen av jordmødrene svarte at de både benytter muntlig informasjon og viser bilder. En svarte at hun også gir kvinnene skriftlig informasjon. Når kvinnene ikke kan norsk, brukes først og fremst profesjonell tolk. Noen fremhever viktigheten av at det er kvinnelig tolk, mens det i praksis også brukes mannlige tolker. En av jordmødrene svarte at det i visse tilfeller kan være bedre å bruke en fortrolig venninne av kvinnen som tolk, enn en fremmed, mens noen mener at mannen også kan brukes som tolk.

I de tilfellene jordmødrene spesifiserte når i svangerskapet de henviser kvinner til vurdering ved en poliklinikk, er det et stort sprik mellom hun som skriver at kvinner henvises ”for åpning før svangerskapsuke 10” og de som med ulik ordlyd svarer at de henviser i andre trimester.

Informasjon til sykehuset før fødsel og hvordan rutine fungerer

Svarene viser at ni av 11 jordmødre henviser kvinner som er kjønnslemlestet til svangerskapspoliklinikken for en vurdering og at alle informerer om at dette tilbudet finnes. Informasjon om at kvinner er kjønnslemlestet gis poliklinikkene gjennom henvisningen. Fire nevnte også at de noterer denne informasjonen på Helsekort for gravide. Dette gjøres ikke rutinemessig.

Ti av jordmødrene svarte at de synes informasjonsrutinen og samarbeidet mellom helsestasjonen og sykehuset fungerer bra. En svarte at det ikke er noen informasjonsflyt mellom helsestasjonen og sykehuset ut over det som noteres i Helsekort for gravide, mens en svarte at de har et nært samarbeid mellom helsestasjonen og sykehuset om kvinner som er kjønnslemlestet. En annen fremhevet at det ikke finnes noen skriftlig prosedyre om denne type informasjon mellom helsestasjonen og sykehuset.

De fleste svarte benektende på spørsmålet om de får tilbakemeldinger fra sykehuset om måten de formidler informasjon til dem om gravide kvinner som er kjønnslemlestet, men en svarte at helsestasjonen og sykehuset samarbeider om å lage gode rutiner for informasjon til disse

kvinnene etter fødsel. Jordmødrene etterlyste tilbakemeldinger fra sykehuset om disse kvinnenes tilstand etter at de har født barn.

Behov for kunnskap

Et flertall av jordmødrene svarte at det er behov for mer kunnskap på helsestasjonen om kvinnelig kjønnslemlestelse, mens tre av 11 svarte nei. En av de som svarte nei, sa imidlertid at det er behov for kunnskap når det kommer nye medarbeidere.

De som ønsker mer kunnskap, svarte at de trenger jevnlig oppdatering i form av kurs og seminarer og at det alltid er noe nytt å lære, selv om de opplever at utdanningen deres i stor grad sikrer at de har kunnskap om tematikken. En svarte også at hun ønsker mer kunnskap om metoder ”for den gode samtalen”. Hun presiserte at kvinnene gjerne er sjenerte og ikke vant til åpenhet om egen kropp. En annen var opptatt av hvordan de på helsestasjonen kan bidra til at kvinner/foreldre fra berørte grupper kan håndtere press fra familie i hjemlandet i forhold til jenter i Norge.

3.2.Poliklinikken ved jordmor/og eller lege

Spørreskjemaet var stilet til svangerskapspoliklinikken ved helsepersonell som har pasientkontakt. To skjemaer ble besvart av jordmor, ett av lege og ett av jordmor og lege.

Rutiner

Alle de fire poliklinikkene som svarte får kunnskap om kvinner er kjønnslemlestet gjennom henvisning fra jordmor eller fastlege, eventuelt ved spørsmål når kvinnen kommer til ultralydundersøkelse. Et av svarene viser at det er et nært samarbeid i form av møter og telefonsamtaler med jordmor ved den helsestasjonen i kommunen som har den største befolkningen med innvandrerbakgrunn, og at to av poliklinikkene har et nært samarbeid med helsepersonell utenfor sin egen institusjon om tematikken. Det ene sykehuset ligger i et område med forholdsvis høy andel kvinner fra berørte grupper, mens det andre ligger i et område med færrest berørte. En av poliklinikkene som ligger i et område med mange fra berørte grupper, svarte at det sjelden er notert på Helsekort for gravide om kvinner er kjønnslemlestet.

På spørsmålet om hvordan informasjonsrutinene og samarbeidet mellom helsestasjoner og poliklinikker fungerer, svarte to at de fungerer dårlig og to at de fungerer bra. En av de to sistnevnte svarte at de er en del av et ressursteam/samarbeidsteam mellom en rekke ulike institusjoner i fylket i forbindelse med kvinnelig kjønnslemlestelse. De to som svarte at informasjonsrutinene og samarbeidet fungerer bra, er de samme som har et nært samarbeid med andre og som beskriver at de har utarbeidet egne rutiner for å følge opp kvinner fra berørte grupper. De to svarte også ja på at eksisterende rutiner for informasjon mellom helsestasjoner og poliklinikken fyller deres behov for informasjon om kvinner som er kjønnslemlestet, mens de to

andre svarte nei. En av de sistnevnte svarte at det bør være notert i Helsekort for gravide (med kvinnens samtykke).¹ Alle poliklinikkene svarte at de skriver det inn i kvinnens journal når hun er kjønnslemlestet, og to svarte i tillegg at de noterer det på Helsekort for gravide hvis kvinnen tillater dette.

Behov for kunnskap

En av poliklinikkene svarte at de trenger mer kunnskap om kvinnelig kjønnslemlestelse, mens de andre svarte nei. Den som svarte ja befinner seg i et område med mange berørte kvinner. De fire svarene viser at de to poliklinikkene som har et samarbeid med helsepersonell utenfor egen institusjon og som har jobbet bevisst med prosedyrer, samarbeid og kompetanse blant ansatte, opplever at samarbeidet er godt både i forhold til helsestasjonene og kvinner som er kjønnslemlestet. Det kan tyde på at det ikke er antall kvinner fra berørte områder som er avgjørende for hvordan de ansatte opplever situasjonen, men innarbeidede rutiner og informasjons-/kompetansesamarbeid.

3.3.Føde/barselavdelingen ved jordmor/lege

Syv føde/barselavdelinger besvarte spørreskjemaet. De som svarte var først og fremst flere jordmødre i fellesskap eller jordmor og lege sammen. To skjemaer ble besvart av jordmor alene.

Rutiner

De syv fødeavdelingene svarte at de får kjennskap til at kvinner er kjønnslemlestet på tre måter: Fra journalnotat fra svangerskapspoliklinikken, Helsekort for gravide eller ved undersøkelse. Hvis det ikke er notert i journalen eller på helsekortet, spør de kvinner som har bakgrunn fra aktuelle befolkningsgrupper.

Fem av sju avdelinger svarte at de ikke rutinemessig mottar informasjon fra helsestasjoner og svangerskapspoliklinikker om kvinner som er kjønnslemlestet, mens to svarte ja og at de enten mottar dette gjennom journal fra poliklinikken eller Helsekort for gravide. Seks av sju fødeavdelinger ønsker bedre utfylte Helsekort for gravide og at kvinner blir henvist til poliklinikkene i god tid før en fødsel.

Fire av sju avdelinger svarte nei på spørsmålet om eksisterende rutiner for informasjon fra helsestasjoner og poliklinikker fyller avdelingens behov for informasjon om kvinner som er kjønnslemlestet, mens tre svarte ja. De som svarte nei begrunner dette med at det er tilfeldig om informasjonen står på helsekortet og hvilke kvinner som blir fulgt opp før fødsel. De svarte

¹ Kartleggingen har ikke stilt spørsmål om det er slik at kvinner motsetter seg at denne opplysningen skrives inn i helsekortet, og av den grunn ikke noteres.

derfor at de trenger informasjon i forkant av en fødsel, og informasjon om hvilken informasjon kvinner har fått før de kommer til fødeavdelingen.

På den annen side svarte fire av sju at de ikke rutinemessig fører det i epikrisen når kvinner er kjønnslemlestet. To svarte ja og to svarte ”bare etter inngrep/medisinsk behandling og når det oppstår komplikasjoner som må følges opp”. Den ene av de som svarte ja, svarte at det rutinemessig skal skrives som merknad i epikrisen.

Ifølge alle svarene er den eneste kommunikasjonen mellom føde/barselavdelingen og helsestasjoner/fastleger etter fødsel gjennom epikrisen. Den sendes både til kvinnens fastlege og helsestasjonen. Noen poengterer at dette bare gjøres etter kvinnens samtykke. En av avdelingene sender også epikrise til jordmor, og en avdeling poengterer at informasjon om barnet sendes helsestasjonen og informasjon om kvinnen sendes til hennes fastlege.

Ingen helsestasjoner eller fastleger gir tilbakemelding til sykehusene om den informasjonen sykehuset gir dem. Bare ett sykehus har fått tilbakemelding om at sykehuset ”glemmer å notere” at kvinner er kjønnslemlestet, noe avdelingen mener at kan stemme. Dette er et av de sykehusene der de to nærliggende helsestasjonene beskriver at det er et godt samarbeid mellom dem, sykehuset og andre etater med hensyn til kjønnslemlestelse.

Seks av sju svarte at de ikke informerer helsestasjoner om at mødre/foreldre er informert om egenomsorg og norsk lovgivning angående kjønnslemlestelse, mens en svarte ja og at det skrives i merknadsfeltet i epikrisen.

Informasjon til kvinner

Kvinnene informeres om hvordan de skal forholde seg til sårbehandling, sex, etterkontroller osv. på samme måte som kvinner generelt informeres. En avdeling poengterte imidlertid at det er for tilfeldig hvordan denne informasjon tas opp, og at de har for lite kunnskap på avdelingen om kjønnslemlestelse, slik at informasjonen ikke blir god nok. Ved dette sykehuset ble det også svart at det er tilfeldig hvordan det informeres om kjønnslemlestelse, for eksempel, at det er forbudt. Et annet sykehus svarte at de ikke informerer kvinner om temaer i forbindelse med kjønnslemlestelse, mens fem fødeavdelinger svarte at de informerer om denne tematikken ved utreisesamtalen. Et sykehus poengterte at de også gir ut skriftlig informasjon.

De to sykehusene som henholdsvis informerer tilfeldig og som ikke informerer, er de som har det laveste pasientgrunnlaget blant befolkningsgrupper som har tradisjon for kvinnelig kjønnslemlestelse. En av avdelingene fremhever et ønske om felles retningslinjer for informasjon til denne pasientgruppen og begrunner det med at helsepersonell er usikre på hvordan de kan ta opp tematikken med kvinnene. Ved dette sykehuset svarte svangerskapspoliklinikken at de har et godt samarbeid med helsestasjoner og andre etater utenfor sykehuset. Svaret fra fødeavdelingen tyder imidlertid på at samarbeidet ikke oppleves like godt internt mellom avdelingene.

Kartleggingen viser at det er variasjoner mellom de enkelte avdelingene med hensyn til hvem de informerer om temaer i forbindelse med kjønnslemlestelse. En avdeling informerer bare de som ikke er kjønnslemlestet, men som har født jentebarn, en avdeling informerer de som er lemlestet og har født jentebarn, en avdeling informerer både de som er lemlestet og de som ikke er det (fra befolkningsgrupper som praktiserer dette) og som har født jentebarn. De resterende informerer alle som er kjønnslemlestet og har født barn uavhengig av kjønn.

Behov for kunnskap

Fire av sju svarte at det er behov for mer kunnskap om kvinnelig kjønnslemlestelse på føde/barselavdelingene og tre svarte nei. De som svarte ja, sa at de generelt har behov for oppdateringer, selv om en av dem svarte at de har grunnleggende kunnskap. De ønsker også hjelp til å strukturere den informasjonen de gir ut til berørte kvinner for å sikre at informasjonen de gir ut er ”enhetlig”, som en svarte, eller som en annen svarte: ”Få spredt kunnskapen (om kjønnslemlestelse) og lage gode rutiner for samtalen etterpå.”

3.4.Helsestasjonen ved helsesøster/lege

De som svarte fra helsestasjonene var 16 helsesøstre, en lege og ei jordmor. Legen svarte sammen med en av helsesøstrene.

Rutiner

Kartleggingen viser at de aller fleste har rutiner for å finne ut om foreldre har bakgrunn i befolkningsgrupper som praktiserer kjønnslemlestelse, at de spør kvinnene om de selv er lemlestet, at de mener at eksisterende informasjonsrutiner fra sykehuset til helsestasjonen ikke fyller helsestasjonens behov for informasjon og at de ønsker rutinemessig informasjon om at mødre er kjønnslemlestet. I det følgende skal de enkelte svarene presenteres.

15 av 17 svarte at de har rutiner for å finne ut om foreldre tilhører befolkningsgrupper som praktiserer kvinnelig kjønnslemlestelse, mens to svarte nei. De fleste av de 15 svarte at de har skriftlig informasjon om hvilke land kjønnslemlestelse praktiseres i, som de kan slå opp i om de er i tvil, og noen poengterte at de har god kunnskap om hvilke befolkningsgrupper som praktiserer kjønnslemlestelse.

På spørsmål om hvordan helsestasjonen får vite om en mor er kjønnslemlestet, svarte 15 at de får informasjonen ved å spørre kvinnene. I tillegg til å spørre mor svarte en at de også kan få det fra jordmor, som de har et godt samarbeid med, og en svarte: ”Det står i fødselspapirene”. En av helsesøstrene svarte at de ikke får vite om en mor er kjønnslemlestet hvis hun ikke selv forteller det, og en svarte at de ”ikke er opptatt av mor, men av barnet”.

16 svarte at de ikke mottar informasjon fra føde/barsel om mødre er kjønnslemlestet (bare informasjon om barnet), mens en svarte ja; at det står i journalen (Den samme som over

svarte: ”Det står i fødselspapirene”.) En av de 16 svarte at det ikke er aktuelt å få denne informasjonen om mødre, fordi det er barnet kontrollene handler om. 15 svarte at rutiner for informasjon fra sykehuset til helsestasjonen ikke fyller helsestasjonens behov for informasjon, mens to svarte ja. Dette var de samme to som henholdsvis svarte at informasjonen står i journalen og at informasjonen ikke er aktuell.

På spørsmål om det er noe de savner eller ønsker at var annerledes med hensyn til informasjonsrutinene fra sykehuset til helsestasjonen, svarte 16 ja og en nei. De som sa ja, beskriver på ulik måte at de ønsker rutinemessig informasjon om at mødre er kjønnslemlestet.² I tillegg svarte en at de har lite erfaring og derfor trenger denne informasjon å støtte seg til når de skal ta opp tematikken med foreldre, og en annen svarte at de generelt sett ønsker bedre utfylte epikriser. Når de besvarte det siste spørsmålet i spørreskjemaet (”Andre kommentarer om kommunikasjonen mellom helsestasjonen og sykehusene”), svarte de at de ønsker rutinemessig informasjon fra sykehusene om kvinner som er kjønnslemlestet, og at de har behov for å vite hva som er gjort i informasjonskjeden før foreldre kommer til helsestasjonen etter en fødsel. Dette begrunnes både med hensyn til tidsbruk på helsestasjonen og at det vil være lettere å informere når de vet hva det tidligere er informert om.

Informasjon til kvinner/mødre/foreldre

De fleste svarte at de gir generell informasjon (om sårbehandling osv.) til barselkvinner som er kjønnslemlestet om deres situasjon etter fødsel, mens to henviser til samtale med jordmor. En av disse helsesøstrene svarte også at de ”us (undersøker) om de (kvinner) ville ønske å bli sydd igjen”.³ To helsesøstre svarte at de ikke informerer om barselsomsorg, fordi det ikke er deres oppgave, men fastleger og jordmødres oppgave. En helsestasjon svarte at de ikke har kapasitet til etterkontroller av kvinner som har født.

Det er også noe variasjon blant helsestasjonene i forhold til hvem de informerer om kvinnelig kjønnslemlestelse for å forebygge dette. Åtte svarte at de informerer de som selv er kjønnslemlestet og har født jentebarn, samt de som ikke er lemlestet, men kommer fra befolkningsgrupper/land der dette er utbredt og har født jentebarn. 7 svarte at de informerer alle kategoriene i spørreskjemaet (se vedlegg IV), en svarte at de informer de som er kjønnslemlestet og har født jentebarn, en svarte at de informerer de som ikke er kjønnslemlestet, men som kommer fra befolkningsgrupper/land der dette er utbredt og som har født jentebarn.

Alle unntatt tre svarte at det er helsesøster som informerer, mens to svarte at også helsestasjonslege og jordmor informerer. En skrev at hun sjekker med kvinnene om fastlegen har tatt opp de samme temaene rundt kjønnslemlestelse. Svarene hun får er ”nesten alltid nei”.

² To av helsesøstrene svarte at de fra 1/1-2011 vil få denne informasjonen rutinemessig i fødselsepikrisen.

³ Dette er som kjent ikke tillatt.

Alle bruker tolk hvis mødre/foreldre ikke behersker norsk når de informerer. På spørsmålet om hvordan det informeres/samtale svarte de aller fleste at de snakker med kvinnen/foreldrene enten med eller uten skriftlig støttemateriell. Bare to helsestasjoner nevnte at de deler ut en brosjyre om kjønnslemlestelse. En helsestasjon viser til at de har et eget helsestasjonsprogram, der de rutinemessig snakker med foreldre om kjønnslemlestelse med utgangspunkt i erfaringer og holdninger fra foreldrenes egne familier. To andre helsestasjoner har laget egne veiledere for hvordan informasjonsarbeidet skal gjennomføres.

Kartleggingen viser at det er stor variasjon mellom helsestasjonene i forhold til når i et barns liv de tar opp kjønnslemlestelse for å forebygge dette; fra de som svarte at de gjør det rutinemessig ved alle barnekontroller til de som svarte at de bare gjør det ved nyfødtsamtalen/hjemmebesøk eller ved én av de senere barnekontrollene.

På spørsmål om de opplever noe som problematisk i forhold til å skulle informere mødre/foreldre svarte ni nei, syv ja og en vet ikke. En av de som svarte nei sa at de ikke opplevde det som vanskelig fordi de forholder seg til de faste rutinene på helsestasjonen som sier når de skal ta opp tematikken. En annen svarte at de har hatt et eget program i flere år for hvordan de informerer, og opplever at dette fungerer bra, og en tredje at foreldre er lei av at temaet stadig blir tatt opp.

En av de som svarte ja, sa at tidsbruken utgjør en utfordring for helsestasjonen. Andre sa at de ikke vet om foreldrene svarer sant, at det er et ubehagelig, sensitivt tema og at helsepersonell er ubekvemme med å snakke om det, at kvinner som er kjønnslemlestet kan forsvare at de er lemlestet og at det oppleves som mistenkeliggjøring av foreldre. En svarte også at de ikke får skikkelige rutiner fordi de har få foreldre i denne kategorien og at helsepersonell ikke helt forstår sine egne fordommer og derfor lar dem komme til syne i møter. Dessuten beskriver de språkproblemer og misforståelser, samt vanskeligheter med å få fatt i tolk.

Behov for mer kunnskap

13 av 17 helsestasjoner svarte at de ikke har behov for mer kunnskap om kvinnelig kjønnslemlestelse. De begrunnet sitt svar f.eks. slik: ”Vi har jobbet systematisk med tema(et) og har et utvidet tilbud til disse. Vi har ressurspersoner ansatt.”

Fire svarte ja til at de trenger mer kunnskap på helsestasjonen. De spesifiserte at de trenger kontinuerlig oppdatering, at de aldri blir utlært selv om de deltar på kurs og fagdager, og at de trenger mer kunnskap om hvordan de kan ta opp tematikken på en god måte overfor foreldrene. En av disse helsestasjonene viser i sin totalbesvarelse at de har gode rutiner for hvordan de tar opp tematikken og at de har et nært samarbeid med ressurspersoner utenfor helsestasjonen om tematikken. En annen helsestasjon svarte at de trenger basiskunnskap om hvor kjønnslemlestelse praktiseres og om ulike typer kjønnslemlestelse. Denne helsestasjonen er en av de ni som har færre av målgruppens berørte.

3.5.Oppsummering og diskusjon

Helsepersonell skal på den ene siden tilby aktuelle helsetjenester og forebygge kjønnslemlestelse 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 eller ha rutiner for å finne ut dette, 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 og hvordan de skal kunne informere aktuelle befolkningsgrupper/personer i et forebyggende perspektiv.

I denne kartleggingen er problemstillingene knyttet til informasjonsrutiner mellom helsestasjoner og sykehus og mellom helsestasjon/sykehus og pasienter fra berørte grupper. Kartleggingen følger informasjonsrutiner gjennom informasjonskjeden fra svangerskap til fødsel og tiden etter fødsel.

Kartleggingen viser at de første i informasjonsskjeden, jordmødrene, har rutiner for å finne ut hvorvidt gravide kvinner og foreldre har bakgrunn fra befolkningsgrupper som praktiserer kvinnelig kjønnslemlestelse og å finne ut om kvinner selv er lemlestet; de har i stor grad kunnskap om dette og spør kvinner ved første møte.

Imidlertid ser det ut til at et fåtall noterer opplysninger om kjønnslemlestelse på Helsekort for gravide, men ni av 11 henviser kjønnslemlestede gravide kvinner til svangerskapspoliklinikker og i henvisningen kommer opplysningen om kvinnens situasjon frem.

Svangerskapspoliklinikkens svar viser at de får informasjon om kjønnslemlestelse gjennom henvisninger og eventuelt gjennom den rutinemessige ultralydundersøkelsen.

Føde/barselavdelingene får informasjonen gjennom poliklinikkens journalnotat (for de kvinnene som har vært der), Helsekort for gravide, ved direkte spørsmål eller ved undersøkelse. Når det står i journalnotatet, har kvinnen vært til medisinsk vurdering/tiltak før fødsel, men ikke alle kvinner som er kjønnslemlestet har vært på svangerskapspoliklinikken før fødsel.

For at fødeavdelingen skal kunne yte best mulig fødselshjelp til kvinnen og barnet, viser studien at fødeavdelingene ønsker bedre utfylte Helsekort for gravide og rutinemessig informasjon om kvinner som er kjønnslemlestet, noe fem av syv sier at de ikke får. Svangerskapspoliklinikkene ønsker også at det noteres på Helsekort for gravide når kvinnen er kjønnslemlestet.

Kartleggingen viser at helsesøstre/leger som møter barselkvinner og foreldre etter at barnet er født, også har rutiner for å finne ut om kvinnene/foreldrene tilhører berørte grupper ved å spørre. De etterlyser imidlertid også informasjon om hvilke kvinner som selv er kjønnslemlestet og hva kvinner/foreldre er informert om tidligere, fordi de ikke får tilgang til denne informasjonen gjennom fødselsepikrise eller Helsekort for gravide. De ønsker derfor at det skal bli en særskilt

rubrikk i helsekortet om kjønnslemlestelse. Hvis så skjer og denne rubrikken benyttes, vil både sykehusene og helsestasjonene ved helsesøstrene etter fødsel få bedre tilgang til informasjon om kvinnens situasjon, slik de ønsker. De som allerede noterer at kvinner er kjønnslemlestet, gjør dette i merknadsfeltet i helsekortet, slik de sier at de skal. Derfor er det ikke gitt at et eget merknadsfelt i seg selv vil gi bedre utfylte helsekort, hvis ikke rutinen for å fylle ut kortet er innarbeidet. Derfor trengs en kvalitetssikring av at rutinene ikke bare finnes, men benyttes.

Studien stiller ikke spørsmål ved om helsepersonell opplever at kvinner som er kjønnslemlestet ikke ønsker at denne informasjonen skal viderefremmes. Et spørsmål er derfor i hvilken grad kvinner eventuelt motsetter seg at det noteres på Helsekort for gravide eller i epikrisen.

Ser vi på svarene fra fødeavdelingene, som sier at de ønsker dokumentasjon om kvinnens situasjon gjennom bedre utfylte helsekort, er det interessant at de samme avdelingene svarer at de selv ikke rutinemessig noter at kvinner er kjønnslemlestet og at informasjon er gitt.

Kartleggingen viser at informasjonsflyten mellom de ulike institusjonene først og fremst er skriftlige og den oppleves som mangelfull. Noen helsestasjoner og sykehus inngår dog i et spesifikt samarbeidsprosjekt om kjønnslemlestelse, og i ett tilfelle svarte jordmor at hun noen ganger kan ta en telefon til sykehuset.

Helsepersonell, spesielt ved helsestasjonene, viser høy bevissthet rundt behovet for å bruke tolk når det er språkproblemer. De er også klar over at det kan være problematisk å bruke mannlig tolk. Poenget med å spørre hvordan helsepersonell informerer når det er språkproblemer er å undersøke om informasjonen som gis har mulighet til å bli forstått eller ikke av kvinner og foreldre.

Det er stor variasjon mellom helsepersonell i forhold til hvilke mødre/foreldre som informeres i et forebyggende perspektiv (om at kvinnelig kjønnslemlestelse er forbudt osv). Når de som har fått guttebabyer også informeres, er et av argumentene som brukes følgende: ”Gratulerer! Denne gangen er det er gutt, men neste gang kan det være en jente og da skal du vite at kjønnslemlestelse er forbudt.” Spørsmålet som kan stilles er om det å informere foreldre til både gutter og jenter er hensiktsmessig (jf. debatten om omskjæring av gutter, der det også fra medisinsk hold har kommet forslag om å forby dette). Det kan dessuten være av betydning hvorvidt mor er kjønnslemlestet eller ikke mht risiko i neste generasjon. Ut fra dette er det relevant for helsepersonell som informerer mødre/foreldre å vite om mor er kjønnslemlestet eller ikke.

Oppsummert viser kartleggingen:

- At det eksisterer informasjonsrutiner, men at disse ikke fyller helsepersonells behov for informasjon.
- At helsepersonell har uttrykt behov for at informasjonsflyten må bedres gjennom hele informasjonskjeden.
- At helsepersonell ønsker skriftlig dokumentasjon når kvinner er kjønnslemlestet, men at de selv ikke nødvendigvis noterer det.

- At helsepersonell ønsker skriftlig informasjon om hvilken informasjon som er gitt kvinner/foreldre (jf. Forskrift om pasientjournal §8 2000).
- At de fleste har rutiner for å finne ut hvem som tilhører berørte grupper og som er kjønnslemlestet.
- At det er stor bevissthet rundt bruk av tolk, men at ikke bare kvinnelig tolk brukes når tematikk som er typisk kjønnnet (graviditet/kjønnslemlestelse) tas opp.
- At et flertall opplever å ha nok kunnskap om kvinnelig kjønnslemlestelse, men at 17 av 39 svarte at de har behov for mer kunnskap på feltet.
- At noen få helsestasjoner har utarbeidet en egen veileder for hvordan informasjonsarbeidet overfor kvinner/foreldre skal gjøres, og at dette gir dem en forståelse av å mestre dette arbeidet godt.
- At de få som inngår i prosjekter/deltar i formaliserte samarbeid om kvinnelig kjønnslemlestelse, samt de selv har utarbeidet sin egen veileder, er mest fornøyde med informasjonsrutiner og arbeidet på dette feltet.
- At det kan se ut til at innarbeidede rutiner og samarbeid med annet helsepersonell er viktigere for opplevelsen av at rutinene fungerer enn hvorvidt institusjonen befinner seg i et område med mange eller færre pasienter fra berørte grupper.

4. ANBEFALINGER

Studiens resultater gir grunnlag for følgende anbefalinger:

- At det gis tydelige og enkle rutiner for rask nedtegning av informasjon som følger pasienten.
- At Helsekort for gravide inneholder en rubrikk for avkryssing om kjønnslemlestelse.
- Rutinemessig nedtegning av at kvinner er kjønnslemlestet og hvilken informasjon som er gitt for å bidra til at informasjonsflyten går lettere mellom de ulike tiltakskjedene.
- Minne helsepersonell på at de etter loven skal notere at pasienten er informert og om eventuell reservasjon mot informasjon. For å kunne notere dette rutinemessig bør Helsekort for gravide inneholde en rubrikk for avkryssing av dette.
- Lage system for kvalitetssikring av at disse rutinene følges.
- Klar instruksjon om hvilke mødre/foreldre som skal informeres om kjønnslemlestelse.
- Instruks om bruk av kvinnelig tolk.
- Tilbud om årlige etterutdanningskurs om etterspurte temaer.

- En kartlegging av hvilke rutiner fastleger har for å informere gravide kvinner, mødre til jenter og helsestasjon/fødeavdeling.
- Kartlegging av hvordan pasienter og foreldre fra berørte grupper opplever det informasjonsarbeidet som gjøres av fastleger.

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.

Helse- og omsorgsdepartementet (2000): *Forskrift om pasientjournal*.

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.

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

A: Spørreskjema til jordmødre ved helsestasjoner angående informasjonsrutiner om kvinnelig kjønnslemlestelse (KLL).

Sett ring rundt svaralternativet når det er ja- eller nei-svar og fyll inn med egne ord (beskriv) når det er andre spørsmål. Ikke gi eksempler som kan personidentifiseres. Alle spørsmålene handler om kvinnelig kjønnslemlestelse (KLL), men av lethetshensyn presiseres ikke dette alltid. Vi ber om at spørreskjemaet blir besvart av jordmødre som foretar svangerskapskontroller.

1. Har jordmor rutiner for å finne ut om en gravid kvinne har bakgrunn fra befolkningsgrupper som praktiserer KLL?
 - Nei.
 - Ja.
 - Hvis ja, hvilke rutiner benyttes?

2. Hvordan får jordmor vite om en gravid kvinne er kjønnslemlestet?

3. Er det noe som er problematisk i forhold til å innhente informasjon om kjønnslemlestelse fra en gravid kvinne og/eller hennes partner?

4. Hvordan informeres kvinner som er kjønnslemlestet om mulige behandlingstiltak før fødsel?

5. Hvordan informerer/samtaler jordmor om KLL når kvinnen ikke behersker norsk?

6. Hva gjør helsestasjonen for å informere svangerskapspoliklinikken og/eller fødeavdelingen før fødsel om gravide kvinner som er kjønnslemlestet? Beskriv hvordan du informerer.

7. Hvordan synes du at informasjonsrutinene og informasjonssamarbeidet mellom helsestasjonen, svangerskapspoliklinikken/føde-/barselavdelingen angående kvinner som er kjønnslemlestet fungerer?

8. Får helsestasjonen tilbakemeldinger fra sykehuset om helsestasjonens måte å formidle informasjon om gravide kvinner som er kjønnslemlestet?

- Nei.
- Vanligvis ikke.
- Noen ganger.
- Ja.
- Hvis ja/noen ganger, beskriv:

9. Er det behov for mer kunnskap på helsestasjonen om KLL?

- Nei.
- Ja.
- Hvis ja, hva er det behov for mer kunnskap om?

10. Andre kommentarer angående kommunikasjonen mellom helsestasjonen og sykehuset:

Vedlegg II

B: Spørreskjema til svangerskapspoliklinikken angående informasjonsrutiner om 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), men av letthetshensyn presiseres ikke dette ved hvert spørsmål. Vi ber om at skjemaet blir besvart av helsepersonell med pasientkontakt.

Hvilken funksjon har den/de som fyller ut skjemaet?

1. Hvordan får poliklinikken vite at en gravid kvinne er kjønnslemlestet?
2. På hvilken måte får poliklinikken informasjon fra helsestasjoner/leger om gravide som er kjønnslemlestet?
3. Hva er innholdet i informasjonen?
4. Hvordan fungerer informasjonsrutinene og informasjonssamarbeidet mellom helsestasjonen og svangerskapspoliklinikken når kvinner er kjønnslemlestet?

5. Fyller eksisterende rutiner for informasjon fra helsestasjoner til poliklinikken, poliklinikkens behov for informasjon om kvinner som er kjønnslemlestet?

6. Er det noe dere savner eller ønsker var annerledes med hensyn til informasjonsrutiner og samarbeidet mellom henvisende instans (fastlege/helsestasjon) og poliklinikken?

7. Hvilke rutiner har poliklinikken for å informere fødeavdelingen om gravide kvinner som er kjønnslemlestet?

8. Er det behov for mer kunnskap på poliklinikken om kvinnelig kjønnslemlestelse?
 - Nei.
 - Ja.
 - Hvis ja, hvilken type kunnskap er det behov for?

9. Andre kommentarer angående kommunikasjon og samarbeid om kvinner som er kjønnslemlestet:

Vedlegg III

C: Spørreskjema til føde-/barselavdelinger angående informasjonsrutiner om kvinnelig kjønnslemlestelse.

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), men av letthetshensyn presiseres ikke dette ved hvert spørsmål. Vi ber om at skjemaet blir besvart av jordmødre/leger som har regelmessig pasientkontakt.

Hvilken funksjon har den/de som fyller ut skjemaet?.....

1. Hvordan får avdelingen vite om den fødende kvinnen er kjønnslemlestet?

2. Mottar avdelingen rutinemessig informasjon fra helsestasjoner/svangerskapspoliklinikken om kvinner som er kjønnslemlestet?
 - Nei.
 - Ja.
 - Hvis ja, på hvilken måte får dere denne informasjonen?

3. Fyller eksisterende rutiner for informasjon fra helsestasjoner/ svangerskapspoliklinikken til fødeavdelingen, avdelingens behov for informasjon om kvinner som er kjønnslemlestet?
 - Ja.
 - Nei.
 - Hvis nei, beskriv hvorfor.

4. Hvordan informerer fødeavdelingen fødende kvinner (som er kjønnslemlestet) om behandling i forbindelse med fødselen (åpning, keisersnitt osv.)?

5. Føres det rutinemessig i epikriser når mødre er kjønnslemlestet?
 - Ja.
 - Nei.
 - Bare etter inngrep/medisinsk behandling eller når det oppstår komplikasjoner som må følges opp.

6. Hvor sender avdelingen fødselsepikrise?
 - Til helsestasjoner.

- Til fastleger.
 - Til både helsestasjoner og fastleger.
7. Hvilke andre informasjonsrutiner har avdelingen for å informere helsestasjoner og fastleger om mødres status angående kjønnslemlestelse etter fødsel?
8. Er det noe dere savner eller ønsker annerledes med hensyn til informasjonsrutiner og samarbeid mellom føde-/barselavdelingen og helsestasjoner/fastleger?
9. Får føde-/barselavdelingen tilbakemeldinger fra helsestasjoner og/eller fastleger om sykehusets måte å formidle informasjon om mødre som er kjønnslemlestet?
- Ja.
 - Nei.
 - Hvis ja, hvilke tilbakemeldinger får avdelingen?
10. Hvordan informerer dere kvinner som er kjønnslemlestet etter fødsel om sårbehandling, sex, etterkontroller osv?

11. Hvordan informerer/samtaler dere med mødre/foreldre om KLL (at det er forbudt osv.) før hjemreise?

12. Hvilke mødre informeres om KLL? (Marker de alternativene som er aktuelle.)

- De som er kjønnslemlestet og har født jentebarn.
- De som er kjønnslemlestet og har født barn (uavhengig av kjønn).
- De som ikke er kjønnslemlestet, men kommer fra befolkningsgrupper/land der dette er utbredt og har født jentebarn.
- De som ikke er kjønnslemlestet, men kommer fra befolkningsgrupper/land der dette er utbredt og har født barn (uavhengig av kjønn).

13. Blir helsestasjoner informert om at mødre/foreldre er informert om egenomsorg og norsk lovgivning angående KLL?

- Nei.
- Ja.
- Hvis ja, hvordan blir de informert?

14. Er det behov for mer kunnskap på føde-/barselavdelingen om KLL?

- Nei.
- Ja.
- Hvis ja, hvilken type kunnskap er det behov for?

15. Andre kommentarer angående kommunikasjonen mellom sykehuset og helsestasjoner:

Vedlegg IV

D: Spørreskjema til helsepersonell ved helsestasjoner angående informasjonsrutiner om 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), men av letthetshensyn presiseres ikke dette ved hvert spørsmål. Vi ber om at helsepersonell som følger opp barselkvinner og deres babyer etter fødsler og som gjennomfører helsestasjonskontroller, besvarer skjemaet.

Hvilken funksjon har den/de som fyller ut skjemaet?.....

11. Har helsestasjonen rutiner for å finne ut om foreldre tilhører befolkningsgrupper som praktiserer KLL?

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

12. Hvordan får helsestasjonen vite om en mor er kjønnslemlestet?

13. Mottar dere rutinemessig informasjon fra føde-/barselavdelinger etter fødsel om mødre som er kjønnslemlestet?

- Nei.
- Ja.
- Hvis ja, på hvilken måte mottar dere denne informasjonen?

14. Fyller eksisterende rutiner for informasjon fra sykehus til helsestasjonen, helsestasjonens behov for informasjon om KLL?

15. Er det noe dere savner eller ønsker var annerledes med hensyn til informasjonsrutiner fra sykehus til helsestasjonen?

16. Hvordan samtaler helsestasjonen med barselkvinner som er kjønnslemlestet om deres helse etter fødsel, f.eks. i forhold til sex, sårbehandling og etterkontroll?

17. Hvordan informerer/samtaler helsestasjonen med mødre/ foreldre om KLL etter fødsel for å forebygge dette?

18. Hvilke mødre/foreldre blir informert om KLL for å forebygge dette? (Marker ett eller flere alternativer.)

- De som selv er kjønnslemlestet og har født jentebarn.
- De som er kjønnslemlestet og har født barn (uavhengig av kjønn).
- De som ikke er kjønnslemlestet, men som kommer fra befolkningsgrupper/land der dette er utbredt og som har født jentebarn.
- De som ikke er kjønnslemlestet, men som kommer fra befolkningsgrupper/ land der dette er utbredt og som har født barn (uavhengig av kjønn).

19. Hvem informerer?

Helsesøster.

Lege.

Annen:

20. Hvordan informerer helsestasjonene om KLL når mødre/foreldre ikke behersker norsk?

21. Er det noe som er problematisk i forhold til å informere mødre/foreldre om KLL?

22. Er det behov for mer kunnskap på helsestasjonen om KLL?

- Nei.
- Ja.
- Hvis ja, hvilken type kunnskap er det behov for?

23. Andre kommentarer om kommunikasjonen mellom helsestasjonen og sykehusene: