



Godt fundament



Evaluering av handlingsplanen mot kjønnslemlestelse 2008-2011. Sluttrapport. August 2012

Oxford Research er et skandinavisk analyseselskap. Vi dokumenterer og utvikler kunnskap gjennom analyser, evalueringer og utredninger slik at politiske og strategiske aktører kan få et bedre grunnlag for sine beslutninger. Vi kombinerer vitenskapelige arbeidsmetoder med kreativ idéutvikling for å tilføre våre kunder ny kunnskap. Vårt spesialfelt er analyser og evalueringer innen nærings- og regionalutvikling, forskning og utdanning samt velferds- og utdanningspolitikk.

Oxford Research har kontorer i Kristiansand, Stockholm, København og Brussel og retter sitt arbeid mot det nordiske og det europeiske markedet.

Se www.oxford.no for mer informasjon om selskapet

Oxford Research:

NORGE

Oxford Research AS
Østre Strandgate 1
4610 Kristiansand
Norge
Telefon: (+47) 40 00 57 93
post@oxford.no

DANMARK

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

SVERIGE

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

BELGIA

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

Tittel:	Godt fundament
Undertittel:	Evaluering av handlingsplan mot kjønnslemlestelse. Sluttrapport
Oppdragsgiver:	Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet
Prosjektperiode:	2008-2012
Prosjektleder:	Tor Egil Viblemo og Dag Ellingsen (midlertidig)
Forfattere:	Dag Ellingsen, Tore Neset, Tor Egil Viblemo, Sara Johnsdotter, Rune Stiberg-Jamt og Anne Margrethe Sørli
Kort sammendrag:	Evaluering av helheten og enkelttiltak i regjeringens handlingsplan mot kjønnslemlestelse. I denne rapporten, som er sluttrapporten, har vi satt fokus på forankring og gjennomføring av planen, på resultater og på handlingsplanen som helhet.

Forord

Oxford Research har arbeidet med evaluering av handlingsplanen mot kjønnslemlestelse over fire år. Vi leverte første delrapport høsten 2009, andre delrapport i 2010, tredje delrapport i 2011 og vi har nå fulgt planen ut den tiltenkte planperioden. Handlingsplaner har en særstilling som verktøy i offentlig forvaltning ved at de er sektorovergripende og involverer en rekke aktører. Det gjør dem til spennende studieobjekter. Det er vårt mål at denne sluttrapporteringen skal gi økt innsikt, ikke bare om implementering og resultater av tiltakene i planen, men også om handlingsplanarbeid som sådan.

Vår ekspert og samarbeidspartner professor Sara Johnsdotter påpeker at denne evalueringen antakelig er den eneste i Europa på sitt felt.

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

Kristiansand, 9. august 2012



Harald Furre

Adm. dir.

Oxford Research AS

Innhold

Kapittel 1.	Kort sammendrag	9
1.1	Mandat	9
1.2	Metode	9
1.3	Bakteppe	9
1.4	Forankring og implementering	10
1.5	Hvilke effekter?	10
1.5.1	Modent for «mainstreaming»?	11
Kapittel 2.	Innledning.....	12
2.1	Et demografisk bakteppe	12
2.1.1	Befolkningsutviklingen.....	12
2.1.1	Sterk vekst	12
2.1.2	Høy fruktbarhet	12
2.1.3	Mange henter ektefelle fra Afrika	12
2.2	Levekår	13
2.3	Det politiserte feltet	13
2.3.1	Den vanskelige diskusjonen om omfanget.....	14
Kapittel 3.	Evalueringsoppdraget	16
3.1	Underveisrapportering.....	16
3.1.1	Første delrapport.....	16
3.1.2	Andre delrapport	16
3.1.3	Tredje delrapport.....	17
3.2	Evalueringsstilnærming.....	17
3.3	Struktur i rapporten	18
Kapittel 4.	Metode.....	19
4.1	Kvalitativ metode og data.....	19
4.1.1	Dokumentstudier	19
4.1.2	Intervjuer	19
4.1.3	Casestudier	21
4.1.4	Observasjoner/deltakelse møter og samlinger.....	21
4.1.5	Ekspertvurdering fra professor Johnsdotter	21
4.2	Kvantitativ metode og data.....	21
4.2.1	Surveyer mot departementer, direktorater og fagmiljøer høsten 2009	21
4.2.2	Surveyer og kartlegginger - enkelttiltak.....	22
4.2.3	Andre kartlegginger	23
A:	Bruk av handlingsplan.....	24

Kapittel 5.	Handlingsplan som verktøy.....	25
5.1	Handlingsplanen i et policyperspektiv	25
Kapittel 6.	Gjennomføring og implementering.....	27
6.1	Institusjonalisering	27
6.1.1	Institusjonalisering – BLDs koordinering	27
6.2	BLDs funksjon som koordinator og pådriver.....	27
6.2.1	Overordnet bilde av BLDs koordinerende funksjon	27
6.3	Konklusjon: God og aktiv koordinering	30
6.3.1	Et grunnlag for god «sildring»?.....	30
B: Effekter av handlingsplanen	32
Kapittel 7.	Økt kompetanse- og kunnskapsformidling.....	33
7.1	Nasjonal kompetansefunksjon.....	33
7.1.1	Metodikk 2012	33
7.1.2	Temafelter	33
7.1.3	Forsknings- og utviklingsarbeid	34
7.1.4	Formidling og tilrettelegging	35
7.1.5	Kompetansefunksjonen	37
7.1.6	Rådgivnings- og veiledningsfunksjonen	37
7.1.7	For mange hatter?	38
7.1.8	Handlingsplanens effekter	38
7.1.9	Handlingsplanen 2012.....	38
7.1.10	Oppsummering	38
7.2	Bevisstgjøring av nyankomne innvandrere om kjønnslemlestelse og konsekvensene	39
7.2.1	Betydelig variasjon i praksis	39
7.2.2	Utfordringer i praksis ved implementering i den enkelte skole	40
7.2.3	Oppsummert.....	40
7.3	Foreldrenettverk i skolen	40
7.3.1	Oppsummert.....	41
Kapittel 8.	Forebygging og holdningsskapende arbeid i berørte miljøer.....	42
8.1	Beskjeden kunnskap	42
8.1.1	Fersk holdningsundersøkelse.....	42
8.1.2	Resistente holdninger?.....	43
8.1.3	Samsvar eller likedanning?	43
8.1.4	Levekår.....	43
8.2	Økonomisk støtte til frivillige organisasjoner	44
8.2.1	Resultater	44
8.3	Ressursgruppene i helseregionene	45

8.3.1	Nettverk.....	46
8.3.2	Aktørmangfold.....	46
8.3.3	Resultater.....	47
8.4	Oppsummert om forebygging og holdningsskapende arbeid.....	47
Kapittel 9.	Tilgjengelige helsetjenester	48
9.1	Mål og tiltak.....	48
9.2	Implementering og forankring	48
9.2.1	Metode	48
9.2.2	Helsetjenesten generelt	48
9.2.3	Spesialisthelsetjenesten og helsestasjonene	49
9.2.4	Helsestasjoner og privatpraktiserende jordmødre	49
9.2.5	Frivillige underlivsundersøkelser	50
9.2.6	Mulige effekter av Handlingsplanen	50
Kapittel 10.	Oppsummering og diskusjon	52
10.1	Forankring og implementering	52
10.2	Hvilke effekter?	53
10.2.1	Modent for «mainstreaming»?	53
Kapittel 11.	Vedlegg	55
11.1	Kommentar fra professor Sara Johnsdotter til evalueringen av den norske regjeringens <i>Handlingsplan mot kjønnslemlestelse</i>	55
11.1.1	En sammenlikning mellom den norske og svenske regjeringens handlingsplaner	55
11.1.2	Evaluering i Norge, men ikke i Sverige	55
11.1.3	Vanskeligheter med å måle effekter og spørsmålet om omfang.....	56
11.1.4	To ulike tilnærminger: dialogbaserte tilnærminger eller avskrekkingsstrategier?	56
11.1.5	Genital screening og tvangsundersøkelser	56
11.1.6	Identifisering av mistenkte tilfeller og tilfeller som går til domstolen.....	57
11.1.7	En siste kommentar om omfang (prevalens): kvalitative studier.....	58
11.1.8	Sammenfattende kommentarer.....	58
Litteraturliste/referanser	62	

Tabelliste

Tabell 1: Tiltakenes evalueringsperiode.....	9
Tabell 2: Tiltakenes evalueringsperiode.....	16
Tabell 3: Tiltak som evalueres i tredje delrapport.....	17
Tabell 4: Intervjuer gjennomføring av enkelttiltak 2009-2011	20
Tabell 5: Vurdering av BLD som koordinator. Spørreundersøkelse våren 2010. Antall respondenter som har svart de ulike alternativer....	29
Tabell 6: En sammenlikning mellom den norske og den svenske regjeringens handlingsplaner	59

Forkortelser

AD	Arbeidsdepartementet	KOM-FUG	Kommunalt foreldreutvalg
BLD	Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet	KRD	Kommunal- og regionaldepartementet
Bufdir	Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet	MIR	Multikulturelt Initiativ- og Ressursnettverk
Bufetat	Barne-, ungdoms- og familieetaten	NAKMI	Nasjonal kompetansenhet for minoritetshelse
FAD	Fornyings-, administrasjons og kirkedepartementet	NKVTS	Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress
FUG	Foreldreutvalget for grunnopplæringen	OK- prosjektet	Omsorg og kunnskap mot kvinnelig omskjæring, prosjekt som løp i forkant av handlingsplanen mot kjønnslemlestelse
HD	Helsedirektoratet		
HOD	Helse- og omsorgsdepartementet	PMV	Primærmedisinsk verksted
JD	Justis- og politidepartementet	RVTS	Regionalt ressurscenter om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging
KD	Kunnskapsdepartementet		
KLL	Kjønnslemlestelse	UD	Utenriksdepartementet
KJØLL- programmet	NKVTS sitt arbeid med å være en nasjonal kompetansefunksjon rettet mot kjønnslemlestelse	Udir	Utdanningsdirektoratet
		Vox	Nasjonalt fagorgan for kompetansepolitikk

Kapittel 1. Kort sammendrag

1.1 Mandat

På oppdrag fra Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet (BLD) har Oxford Research følgeevaluert arbeidet med handlingsplanen. Evalueringen har fulgt arbeidet fortløpende gjennom planperioden. Det er levert årlige delrapporter.

Departementet har ønsket kunnskap på fire områder:

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

Planen som helhet har vært løpende evaluert gjennom hele perioden, det gjelder også flere av enkelttiltakene. Noen enkelttiltak har imidlertid vært gjenstand for en spesiell evaluering i ett enkeltår, slik det framgår av oversikten i tabellen under.

Tabell 1: Tiltakenes evalueringsperiode

Nr.	Tiltak	Periode
5	Etablere en nasjonal kompetansefunksjon rettet mot kjønnslemlestelse	Årlig
20	Økonomisk støtte til frivillige organisasjoners forebyggende arbeid	Årlig
23	Videreføre og styrke arbeidet mot kjønnslemlestelse i ressursgruppene i de fem helseregionene	Årlig
13	Utvikle ressursmateriell om kjønnslemlestelse til bruk for elever og lærere	2010
15	Bruke foreldrenettverket i skolen	2011
18	Bevisstgjøring av nyankomne innvandrere om kjønnslemlestelse og konsekvensene	2011
22	Helsestasjons- og skolehelsetjenesten skal rette sitt informasjonsarbeid mot ungdom, kvinner, menn og foreldre i de berørte gruppene	2010
30	Styrke informasjon om kjønnslemlestelse i forbindelse med svangerskapskontroll	2011

Kilde: Oxford Research AS

1.2 Metode

Vi har brukt et bredt spekter av metoder i denne evalueringen, og forholdt oss til mange aktører og skriftlige kilder. Mye av informasjonen er egeninnsamlet, men det har også skjedd viktig datainnsamling i regi av NKVTS (Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress) og Nakmi (Nasjonal kompetanseenhet for minoritetshelse), en «datafangst» som fungerer godt for vårt evalueringsformål.

Vi undersøker evalueringens problemstillinger gjennom dokumentanalyse, intervjuer, og casestudier. I tillegg har vi gjennomført flere mindre spørreskjemaundersøkelser (surveyer).

Datainnsamlingen har blitt gjennomført i hele perioden 2008-2012.

1.3 Bakteppe

Det er mange forhold som gjør det vanskelig å arbeide mot kjønnslemlestelse, og som også påvirker arbeidet med å evaluere handlingsplanen. Gruppen av berørte er i betydelig vekst, gifter seg ofte med landsmenn i Øst-Afrika, har svake levekår og kan være problematisk å kommunisere med. Arbeidet skjer i en politisert kontekst der man lett kan bli oppfattet som for konfronterende og stigmatiserende – eller for dialogorientert og apologiserende.

Et særlig problem både for handlingsplanen og evalueringen er at de fleste parametere for måling av effekt (holdnings- og handlingsendring i berørte grupper) i mer klassisk forstand er borte. Dette gjør at vi legger vekt på å måle forankring og implementering på et punkt som ligger tettest mulig der effektene skal nås. Det vil i praksis si på grunnplanet i helsevesenet, skolesystemet, på mottakene etc. En måte å se på handlingsplanen på er å bruke uttrykket «sildremodell». Dermed kan man anta at jo mer som har sildret ned til grunnplanet, jo bedre har distribusjonen av kunnskap, metoder, holdninger etc. fungert.

1.4 Forankring og implementering

Handlingsplanen mot kjønnslemlestelse er et stort løft for å bekjempe et fenomen som er svært alvorlig, svært komplekst og følsomt, men som angår en veldig liten gruppe i den norske befolkningen. I våre samtaler med forskerne på NKVTS blir handlingsplanen med alle sine satsingsfelter omtalt som en nasjonal dugnad, og som internasjonalt unik. Det har sikret kontinuitet og kompetanseoppbygging. Dugnaden går på tvers av forskjellige sektorer.

Det er imidlertid krevende fordi man arbeider i spennet mellom et dialogarbeid mellom frivillige, berørte og fagpersoner ansikt-til-ansikt, samtidig som man skal forankre det i store byråkratier som helsevesen, skolevesen, politi.

Den norske handlingsplanen mot kjønnslemlestelse 2008-2011 innebærer en betydelig innsats på et lite område. Den er antakelig Europas mest omfattende og kostbare handlingsplan på dette feltet, og den er også den eneste som er evaluert. Den svenske handlingsplanen ble tildelt 3 millioner kroner. Den norske har kostet betydelig mye mer.

Det har skjedd en solid kompetanseoppbygging både gjennom handlingsplanen og det forutgående OK-prosjektet. Det meste tyder på at kunnskapen om helse-effekter, behandlingsmodeller og det norske forbudet har nådd mange. Vi har i tillegg fått et forskermiljø på vei mot den internasjonale forskningsfronten.

BLD fungerer godt som koordinator og pådriver. Men sektoransvaret begrenser handlingsrommet noe. BLD kan legge til rette for godt arbeid i andre sektorer enn de som hører under dette departementet, men kan ikke gå rett inn og sørge for at de implementeres. Vårt inntrykk er at denne prosessen får størst klangbunn i de sektorer der man føler at skoen trykker mest.

Det er viktig at handlingsplanen får gjennomslagskraft der de berørte gruppene og handlingsplanens aktører møtes. Vårt samlede og klare inntrykk er at Helsevesenet er godt skodd i møtet med kjønnslemlestelse som medisinsk fenomen, og det har en velferdsgevinst som har betydelig verdi for de berørte. Men vi er mer usikre på hvor godt dette systemet fungerer på det holdningsskapende og preventive området. Vi er ikke alene om å påpeke det vanskelige forholdet mellom behandling og atferdspåvirkning og kontroll.

På mange måter er handlingsplanen godt forankret i asylmottakene. Det er tydelig at mottakene sammen med øvrige myndigheter som møter flyktninger og asylsøkere i initialfasen i Norge, klarer å formidle et utvetydig budskap av at dette er uønskete og straffbelagte handlinger i Norge.

Vi er mer usikre på hvor godt handlingsplanen er forankret i skolesystemet. Flere av våre informanter indikerer at det er et godt stykke igjen før man har mange av «de gode samtalene» i dette systemet. Det samme gjelder barnevernet.

I det hele tatt er det mye ubehag med å ta opp temaet kjønnslemlestelse i sammenhenger hvor det ikke er umiddelbart innlysende at det må diskuteres. Begge parter i samtalen kan føle ubehaget og sjenansen. Vi tror derfor det gjøres et svært konstruktivt arbeid ved NKVTS når nettopp metodikk for å skape disse samtalene er satt på dagsorden. Arbeidet viser også behovet for å sikre at forankringsarbeidet gir et kvalitativt resultat som borger for effekter på de berørte.

1.5 Hvilke effekter?

Det er vanskelig å måle effekter av denne handlingsplanen. Vi kan imidlertid, slik vi har gjort i kapitlet om helsetjenester, bruke begrepet «addisjonalitet». Dette betyr kort sagt at planen har gitt noe ekstra som ikke hadde kommet uten planens tiltak. Et argument mot handlingsplanens selvstendige effekt, er at helsevesenet ville vært kompetent i forhold til kjønnslemlestelse uansett fordi man «må». I takt med økende migrasjon fra de aktuelle landene, kombinert med høy fertilitet, vil mange helsearbeidere stå overfor problematikken og søke kunnskap – uansett handlingsplan eller ei. Men når vi oppdager at mange helsearbeidere som knapt har forholdt seg til berørte, samtidig har ervervet seg kunnskap, så er det rimelig å tillegge dette til å være en effekt av handlingsplanen. Nå kan dette sees som overflødig kunnskap, men sett i lys av den omtalte og økende innvandringen fra berørte områder, kan det hende at kunnskapen kan komme til nytte.

Det kan også innvendes at handlings- og holdningsendringer vil komme nærmest av seg selv i grupper av innvandrere som har emigrert til en vestlig kultur der kjønnslemlestelse er helt fremmed (Mackie 2000). Men prosesser som dette trenger ofte en dytt i riktig retning. Hvis ikke den rette informasjonen foreligger, hvis ikke interessegrupper av berørte bygger opp under prosessen, så vil den i det minste

gå langt tregere. Dette er et felt der det må «iles sakte».

Helsevesenet har åpenbart en sentral rolle i forhold til lindring av komplikasjoner og smerter, god fødselshjelp etc. Men strafferetten er kanskje viktigst i forhold til avskrekking. Det norske forbudssynet og sanksjonene synes kjent, men er det nok? Eller trengs aktiv sanksjonering for å forsterke budskapet?

Mange av tiltakene i handlingsplanen er genuint nye og rettet mot dette feltet konkret, altså ikke «gammel vin på nye flasker» som enkelte andre handlingsplaner har vært kritisert for. Dette taler også for at handlingsplanen har gitt tiltak – og antakelig effekter – som ikke hadde kommet ellers.

En internasjonal sammenlikning er også en form for effektmåling eller kvasi-eksperiment. Vi hadde håpet at en sammenlikning med for eksempel Sverige kunne si oss noe forskjellene mellom to land med varierende omfang på sine handlingsplaner. Dessverre, som vår eksterne ekspert professor Johnsdotter påpeker, så blir dette komplisert når det ikke finnes noen evaluering av den svenske handlingsplanen.

Å måle de direkte effekter på de berørte i form av endrete holdninger og handlinger lar seg svært vanskelig gjennomføre av forskjellige grunner, men noen spennende forsøk på å se på endrete holdningsmønster og deres årsaker har funnet sted (Gele mfl 2012). Angsten for straff er en viktig grunn til at mange har en negativ holdning til omskjæring. Dette tyder på god kunnskap om norsk politikk på feltet, samtidig som vi reiser spørsmålet om hvor resistent holdningsendringen er.

Disse betraktningene om effekt må bli svært foreløpige, for som professor Johnsdotter påpeker:

Selv om man skulle lykkes i dette arbeidet, vil problemet som løftes frem i den norske evalueringen vedvare: det kommer fortsatt til å være svært vanskelig, om ikke umulig, å måle hvilke enkeltvise tiltak som har hatt god effekt.

1.5.1 Modent for «mainstreaming»

Er tiden inne for mainstreaming i forholdet til kjønnslemlestelse? Det vil kort sagt si at arbeidet mot kjønnslemlestelse får en plass innenfor generelt arbeid mot vold i nære relasjoner, og at det forankres i generelt arbeid innenfor helsevesenet, skolen, politiet etc. Kan arbeidet mot kjønnslemlestelse gå ut av feltet for handlingsplaner og særtiltak, og over til å være en naturlig integrert del av vanlig arbeid i helsesektor, skolesektor osv.?

Oxford Research ønsker ikke å konkludere i dette vanskelige spørsmålet, men peke på noen spørsmål som umiddelbart reiser seg:

For det første, og i forlengelsen av det vi har diskutert i denne rapporten ellers: Er tiltak mot kjønnslemlestelse så godt forankret i de rette instansene at man ikke behøver fortsatte særtiltak? Vårt inntrykk her er blandet. Det er store forskjeller mellom helsevesenet på den ene siden og skolesystemet og barnevernet på den andre i graden av forankring og implementering av handlingsplanen. Det er altså vanskelig å se for seg en komplett «mainstreaming».

For det andre: Mainstreaming vil fjerne det etnisk orienterte særpreget som mange tiltak vil ha. På mange felter er det fornuftig, men i tilfellet kjønnslemlestelse er fenomenet knyttet til relativt avgrensbare etniske grupper.

For det tredje finner vi det viktig å påpeke det ubehaget mange vil ha i forhold til å forholde seg til dette temaet. Skal man sette det på spissen, er det ofte man får et inntrykk av at kjønnslemlestelse er noe man forholder seg til når man har et absolutt imperativ til å gjøre det.

Kapittel 2. Innledning

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

Handlingsplanen legger blant annet til grunn en bekymring for at unge jenter som oppholder seg eller er bosatt i Norge skal bli kjønnslemlestet. Regjeringens handlingsplan mot kjønnslemlestelse, som ble lansert den 5. februar 2008, hadde som mål å forhindre kjønnslemlestelse av kvinner.

Gjennom handlingsplanen skal arbeidet mot kjønnslemlestelse tydelig forankres hos nasjonale, regionale og kommunale myndigheter. Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet har pådriver- og koordineringsansvaret for arbeidet med å iverksette og implementere handlingsplanen.

Før vi presenterer selve evalueringen, vil vi gjennomgå noen sentrale forutsetninger som er viktige for å forstå rammene for evalueringen. For det første vil vi presentere de spesielle demografiske trekkene ved de berørte gruppene, for det andre levekårsproblematikken og for det tredje det politiserte handlingsfeltet som mange av planens aktører må forholde seg til.

2.1 Et demografisk bakteppe

Handlingsplanen mot kjønnslemlestelse retter seg mot en befolkningsgruppe av innvandrere med bestemte trekk av demografisk og levekårsmessig karakter. Noen av disse trekkene kan det være greit å ha in mente i forbindelse med denne evalueringen, men rammene for evalueringen tillater kun at vi gjengir noen særlige trekk som vi mener har relevans. Kjønnslemlestelse er først og fremst utbredt i 28 land i Afrika og Midt-Østen, men finnes også blant grupper i India, Indonesia og Malaysia. Vi vil her konsentrere oss om innvandrere og norskfødte med innvandrereforeldre fra Etiopia, Eritrea og Somalia, fordi dette er de gruppene vi har mest statistisk informasjon om, samtidig som de er vesentlige i norsk kontekst.

2.1.1 Befolkningsutviklingen

Innvandrere og norskfødte med innvandrereforeldre fra de landene der det er flest som er berørte av kjønnslemlestelse, utgjør en svært beskjeden del av den samlede befolkningen. Mange fra den berørte gruppen bor i Oslo og omkringliggende områder på det sentrale Østlandet. Somalierne er en av de innvandrergruppene som bor mest samlet og sentralt.

2.1.1 Sterk vekst

Men innvandringen fra Øst-Afrika og særlig Somalia vokser svært raskt. I år 2000 var det snaut 5 000 somaliske menn og 4 000 somaliske kvinner i Norge. I 2011 er antallet vokst til henholdsvis 14 500 og 13 000. Også innvandringen fra Eritrea og Etiopia har økt en del i de siste årene (SSB, Statistikkbanken). Mye av veksten skyldes familiegjenforening. I 2011 var Somalia det landet som flest asylsøkere kom fra, fulgt av Eritrea og med Etiopia på en sjuende plass (Udi 2012).

2.1.2 Høy fruktbarhet

I tillegg kommer at dette er grupper med høy fruktbarhet. Kvinner med landbakgrunn fra Afrika har en samlet fruktbarhetsrate på rundt 3,2, mot et snitt for hele landet på rundt 1,9-2,0 (Henriksen, Østby og Ellingsen (red) 2010, tabell 2.2.6).

2.1.3 Mange henter ektefelle fra Afrika

Det er av åpenbar betydning for fenomenet kjønnslemlestelse hvem man gifter seg med. Poenget med omskjæring er blant annet å øke kvinners attraktivitet på ekteskapsmarkedet. Her er det to hovedgrupper som dominerer som vordende ektefeller: Andre norsk-somalierne/eritreere/etiopiere og somalierne/eritreere/etiopiere bosatt i Afrika. Den siste gruppen er størst for menn og kvinner bosatt i Norge, mellom 50 og 75 prosent. Dernest kommer den førstnevnte gruppen med mellom 15 og 35 prosent av valgte ektefeller. I sum er personer fra egen landbakgrunn valgt ektefelle i mellom 75 og 95 prosent av giftemålene. Det er bare disse landgruppene det er tilgjengelige data på (Henriksen 2010, Daugstad 2008), og dataene stammer fra perioden 1996-2007.

I sum innebærer dette:

- Den pågående og nokså store innvandringen gjør at påvirknings- og holdningsarbeidet blir en kontinuerlig prosess der stadig nye grupper må adresseres. En viktig nyansering er at det foregår aktivt arbeid mot kjønnslemlestelse i mange afrikanske land, slik at problematikken ikke er ukjent før man kommer til Norge. For noen kan risikoen for kjønnslemlestelse også være en del av grunnlaget for flukt.
- Holdninger og kunnskap blant øst-afrikanere som hentes inn i forbindelse med ekteskap vil også antakelig påvirke norsk praksis på feltet kjønnslemlestelse, i tillegg til den innflytelse som kommer gjennom kontakt med hjemlandet ellers.
- Høy fertilitet gir et relativt høyt antall barn i risikozonen for kjønnslemlestelse

2.2 Levekår

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

- Mange analfabeter
- Dårligst progresjon i introduksjonsordningen, særlig kvinnene (Djuve mfl 2011)
- Minst grad av selvberging økonomisk, noe som skyldes svak kontakt med arbeidsmarkedet.
- I en analyse av innvandrergruppers relasjon til introduksjonsstøtten, betegner man somaliere som en gruppe som er særlig vanskelig for det norske byråkratiet å forholde seg til (Djuve mfl 2011)
- Dette er innvandrergruppen som SSB har størst problemer med å oppspore i forbindelse med intervjuundersøkelser: Dette forklares antakelig av mye uregistrert flytting og utvandring. Denne mobiliteten må være viktig i forhold til kjønnslemlestelse. Mange er også usikre på om de vil forbli i Norge

- Samtidig er de gruppen som sjeldnest oppgir at de besøker hjemlandet.
- Svært mange av kvinnene er enslige mødre, noe som ellers er meget uvanlig i land med høy andel muslimer.
- Paradoks: Dette er den norske innvandrergruppen som rapporterer best helse, og særlig gjelder det kvinnene (Blom 2008 og 2010). Noe av forklaringen, men langt fra hele, er at somalierne er en ung befolkningsgruppe, men samtidig vil så godt som alle kvinnelige respondenter være omskåret. I denne gruppen skal over 80 prosent utvikle kroniske fysiske plager som en følge av inngrepet (Vangen mfl 2006).
- Svært religiøst orienterte (Henriksen 2010, Tronstad 2008 a).
- Samtidig den gruppen som oftest opplever diskriminering og psykiske belastninger i arbeidslivet (Tronstad 2008 b)
- Somalia blir av mange beskrevet som et klanstyrt samfunn (se for eksempel landinfo.no). Hvis dette mønsteret mer eller mindre opprettholdes blant somaliske innvandrere i Norge, skaper dette problemer for kommunikasjonen. OK-prosjektet ble beskyldt for å kommunisere skjevt på dette feltet (Lien 2005)

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

Mange vil også ha liten kontakt med noen vanlige «introduksjonskanaler» til det norske samfunn, særlig tenker vi på arbeidsplassen eller utdanningssystemet.

2.3 Det politiserte feltet

Forståelsen av fenomenet kjønnslemlestelse, og derav de handlingene man må foreta seg for å stoppe forekomsten, bringer en rett til en komplisert faglig debatt. Og denne debatten påvirker også kunnskapsproduksjon, tiltak og tilnærming i

møter på grunnplanet. Vi omtalte dette i evalueringen for 2011 (tredje delrapport), og viser her noen hovedpoenger:

Grovt sett handler tilnærmingene til kjønnslemlestelse om en posisjon som på den ene siden vektlegger kriminalisering og forbud. Kort og noe karikert kan dette karakteriseres som en konfrontasjonstilnærming.

Den andre posisjonen vil ikke benekte de alvorlige skadene ved kjønnslemlestelse, men vil påpeke at dette er en type handlinger som er sterkt forankret i den kulturen som de aktuelle innvandrergруппene kommer fra. Skal man komme disse handlingene til livs, må man gå inn i en dialog med de som selv er lemlestet, de som kan komme til å få sine barn lemlestet og de som står i fare for å bli utsatt for inngrepene. Tilhengerne av denne tilnærmingen legger også vekt på at denne praksisen viser seg å opphøre ikke lenge etter at innvandrerne har bosatt seg i et nytt land.

I noen sammenhenger kan det virke som om standpunktene vil være influert av generelle holdninger i forhold til innvandringen, dens omfang og konsekvenser.

2.3.1 Den vanskelige diskusjonen om omfanget

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

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

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

Lien påpeker videre at mer eksakt kunnskap om omfanget vil redusere eventuell mistillit mellom norske myndigheter, behandlere og innvandrere, hvis altså mer solide empiriske målinger hadde vist en ubegrunnet frykt. Motsatt sett kan tilliten være for stor, og overgrepene for mange hvis pålitelige målinger angir et mer betydelig omfang av inngrep. Lien avrunder med en klar anbefaling:

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

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

Dette uavklarte bildet av omfanget er selvfølgelig problematisk fordi man gjerne skulle visst noe sikrere om omfanget av et overgrep som medfører alvorlige helsekonsekvenser og som mye derfor har fått en høy strafferamme i norsk straffelov. Problemene rammer også forsøkene på å evaluere effektene av handlingsplanen mot kjønnslemlestelse. Siden denne effekten har vist seg så vanskelig å

måle, og siden det etter det vi vet ikke arbeides med å finne nye målemetoder, blir evalueringen i det følgende konsentrert om andre mål.

Vår eksterne ekspert, professor Sara Johnsdotter, oppsummerer denne problematikken slik:

Det er problematisk at de andre europeiske handlingsplanene ikke er evaluert. Og, som evalueringen av den norske planen tydelig viser, gjenstår problemet med å måle resultat av og beregne effekten av tiltakenes påvirkning på holdninger og praksis i de berørte miljøene, selv ved grundig evaluering.

Dette problemet diskuteres på feltet over hele Europa, både innenfor akademiske forskningsprosjekt og i policyarbeid i EU (og på felles arenaer for disse to feltene). Policyarbeidet i Europa har i mange år vært understøttet av opplysninger om "jenter i risiko" som igjen bygger på beregninger der man setter jenter i en viss alder og fra et visst land, eller med foreldre fra et visst land i sammenheng med hvor mange prosent av befolkningen som praktiserer kjønnslemlestelse i hjemlandet.¹

Det har blitt rettet kritikk mot denne typen beregninger fordi de ikke tar høyde for effekten av migrasjon, opinionsarbeid i de nye hjemlandene eller andre faktorer av betydning.² I dag snakker man heller om at denne typen beregninger kan utgjøre "assessments of the magnitude of the problem", men at de ikke gir grunnlag for en oppfatning av omfang (prevalens) eller antall kjønnslemlestelser (incidens).³

Arbeidet med å finne valide og reliable metoder for å måle omfang og antall (prevalens og incidens) pågår; man forsøker å finne en måte å gjøre prevalensstudier i de enkelte landene sammenliknbare med studier i andre land.⁴ Selv om man skulle lykkes i dette arbeidet, vil problemet som løftes frem i den norske evalueringen vedvare: det kommer fortsatt til å være svært vanskelig, om ikke umulig, å måle hvilke enkeltvise tiltak som har hatt god effekt.

¹ F.eks. FORWARD (2007): *Statistical Study to Estimate the Prevalence of Female Genital Mutilation in England and Wales*.

² F.eks. Johnsdotter (2008): "Experience in the diaspora with the Somali community in Sweden as an example." Key note speaker, UNICEF's conference *Stratégies concrètes pour venir à bout de l'excision: expériences réunies en Afrique et en Europe*, Bern, Schweiz, February 21-22, 2008.

³ Informasjon fra EIGEs møte "Peer-review meeting on female genital mutilation (FGM)" i Vilnius, Litauen, den 10 mai 2012.

Prevalens: omfanget på et fenomen, antall berørte i en befolkning. Hvor mange jenter og kvinner i Norge er omskjærte?

Incidens: Antall nye tilfelle i en befolkning innenfor en viss tidsramme (f.eks. ett år). Hvor mange jenter og kvinner med tilknytning til Norge blir (ulovlig) omskjærte innenfor en viss tidsperiode?

⁴ Eksempelvis samlet et tjuetall forskere og policymakers fra femten land seg hos sosialdepartementet i Haag, Nederland, 12-13 september 2011: *Expert-Group Situation Analysis FGM in Europe*. Et møte om samme tema kommer til å bli arrangert av EIGE i Paris den 1 juni 2012: *Measuring prevalence of Female Genital Mutilation (FGM) in Europe*.

Kapittel 3. Evalueringsoppdraget

På oppdrag fra Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet (BLD) har Oxford Research følgeevaluert arbeidet med handlingsplanen. Evalueringen har fulgt arbeidet fortløpende gjennom planperioden. Det er levert årlige delrapporter.

Departementet har ønsket kunnskap på fire områder:

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

I første delrapport undersøkte vi disse problemstillingene på et overordnet nivå i forvaltningen. I andre delrapport var formålet i større grad å belyse gjennomføringen av enkelttiltak i handlingsplanen. I tredje delrapport arbeidet vi med resultater. Denne sluttrapporten vil oppsummere de vesentligste erfaringene fra de tre foregående delrapportene, samtidig som den bygger på egen empiri som gjør det mulig i større grad å se resultater og effekter av planen som helhet.

3.1 Underveisrapportering

3.1.1 Første delrapport

Da første delrapport ble levert, var arbeidet med handlingsplanen kommet ca. 1 år og 9 måneder ut i en 4-årig planperiode. I første delrapport meldte vi at vårt hovedinntrykk var at implementeringen syntes å være i god gjenge. Noen av handlingsplanens tiltak var gjennomført, mens andre fremdeles var i startfasen.

Vi oppsummerte med blant annet følgende:

Det er generelt en god forankring av arbeidet med handlingsplanen i de ulike departementer og direktoratet. Arbeidet med handlingsplanen har økt graden av forankring når det gjelder arbeid mot kjønnslemlestelse.

Hovedbildet når det gjelder implementering og gjennomføring er at arbeidet med handlingsplanen

er på god vei. I betydelig grad gjennomføres arbeidet med handlingsplanen som en del av den normale forvaltningsutøvelse. Det synes som arbeidet med handlingsplanen har medført økt kompetanse, økt fokus og økt gjennomføringsevne.

Når det gjelder BLDs rolle som koordinator og pådriver for arbeidet med handlingsplanen, er hovedbildet at koordineringen har vært god og nyttig både i forhold til pådriverrolle, oppfølging og koordinering av interdepartemental arbeidsgruppe og møter med underliggende etater. BLD beskrives som kompetente, aktive og lett tilgjengelige.

3.1.2 Andre delrapport

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

Tabell 2: Tiltakenes evalueringsperiode

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

Kilde: Oxford Research AS

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

Overordnet fant vi at arbeidet med handlingsplanen var på god vei, men med variasjoner mellom ulike tiltak. Det var i hovedsak god intern styring og nok ressurser i arbeidet med handlingsplanen. Vi

pekte videre på en del konkrete utfordringer i implementeringen av de enkelte tiltakene.

3.1.3 Tredje delrapport

Tilnærmingen bygget på seks enkelttiltak som er valgt ut for evaluering. I tredje delrapport undersøkte vi tiltak, 5, 15, 18, 20, 23 og 30.

Tabell 3: Tiltak som evalueres i tredje delrapport

Nr.	Tiltak	Periode
5	Etablere en nasjonal kompetansefunksjon rettet mot kjønnslemlestelse	Årlig
20	Økonomisk støtte til frivillige organisasjoners forebyggende arbeid	Årlig
23	Videreføre og styrke arbeidet mot kjønnslemlestelse i ressursgruppene i de fem helseregionene	Årlig
15	Bruke foreldrenettverket i skolen	2011
18	Bevisstgjøring av nyankomne innvandrere om kjønnslemlestelse og konsekvensene	2011
30	Styrke informasjon om kjønnslemlestelse i forbindelse med svangerskapskontroll	2011

Kilde: Oxford Research AS

3.2 Evalueringstilnærming

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

Evalueringen av handlingsplanen mot kjønnslemlestelse er i liten grad en evaluering som bygger på statistisk målbare sammenhenger. Hovedfokuset er en kvalitativ tilnærming for å få dypere innsikt. Vi har likevel brukt begrepene resultater og effekt, for å tydeliggjøre at fokuset i tredje delrapport og denne sluttrapporten er på hvordan handlingsplanen virker i praksis.

Evalueringsskriterier

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

Handlingsplanens formål og resultatmål.

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

Aktørenes operasjonalisering av formål og resultatmål

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

Resultater og effekter

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

Grad av forankring og samarbeid i det offentlige tjenesteapparatet

Implementering og gjennomføring av planen

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

I evalueringen av tiltakene vil vi i liten grad kunne måle effekt direkte blant de berørte grupper. Det er meget utfordrende å måle denne typen effekter. Det finnes begrenset forskning om kunnskapen og holdningene til kjønnslemlestelse. Men de bidragene som dog finnes (se f.eks. Gele mfl 2011) vil presenteres og trekkes inn i evalueringen. I hovedsak vil vi basere effektdiskusjonene knyttet til kunnskap om kjønnslemlestelse og holdningsendring på synspunkter og refleksjoner blant myndigheter og utøvere i feltet og eksisterende kunnskap innen forskningen. En slik diskusjon kan belyse tiltakenes egnethet og sannsynlige resultater for forebygging og holdningsendring.

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

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

Måler ikke omfanget av kjønnslemlestelse

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

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

Metodisk er det svært komplisert å få frem informasjon og klare å få verifisert om jenter/kvinner har blitt kjønnslemlestet. Dette blant annet fordi det er straffbart, og få er villige til å fortelle om straffbare handlinger som er foretatt. De tiltak som har vært foreslått som kunne ha gitt et klarere bilde av omfanget, har alle blitt avvist.

Evalueringen av kjønnslemlestelse vil *ikke* forsøke å vurdere handlingsplanens effekt på omfanget av kjønnslemlestelse i Norge (se også Appendix A). Vi vil dog peke på noen kilder som forteller om holdningsendringer som kan medføre handlingsendringer.

3.3 Struktur i rapporten

I kapittel 3 presenterer vi våre metodiske tilnærminger, før vi i kapittel 4 går over til mer prinsipielle betraktninger om handlingsplaner som verktøy og policytilnærminger. Deretter, i kapittel 5, drøfter vi gjennomføringen og implementeringen av planen med hovedvekt på BLDs rolle som koordinator og pådriver. I kapittel 6 ser vi på målet om økt kompetanse og kunnskapsformidling: Hva har NKVTS oppnådd, hva har skjedd med opplæringen av de nyankomne? Har foreldrenettverkene i skolen spilt noen rolle? Kapittel 7 ser på det forebyggende og holdningsskapende arbeidet mot berørte miljøer. Deretter (kapittel 8) oppsummerer vi forskjellige tiltak som sikter mot tilgjengelige helse-tjenester for målgruppen, før vi får oppsummering og diskusjon.

Appendix A er kommentarer til handlingsplanen fra vår eksterne ekspert professor Sara Johnsdotter

Kapittel 4. Metode

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

Datainnsamlingen har blitt gjennomført i hele perioden 2008-2012.

4.1 Kvalitativ metode og data

4.1.1 Dokumentstudier

Oxford Research har gjennomgått et omfattende materiale med dokumenter. En del av dokumentene har blitt brukt for å få generell bakgrunnsinformasjon, begrepsforståelse og ytterligere kunnskap om problematikken omkring kjønnslemlestelse. Andre dokumenter har gitt direkte informasjon om forhold rundt tiltakene i handlingsplanen. Nedenfor følger noen eksempler på typer av gjennomgåtte dokumenter.

- Handlingsplanen mot kjønnslemlestelse.
- Aktuelle lovtekster hentet fra www.lovdatab.no
- Forskningslitteratur om kjønnslemlestelse.
- Referater fra møter i SSU.
- Referater interdepartemental arbeidsgruppe.
- Referater fra møter med underliggende etater.
- Halvårsrapporter fra BLD på fremdrift av arbeidet med handlingsplanen.

Forskningslitteratur

Som grunnlag for denne evalueringen har Oxford Research hatt tilgang til kartlegginger utført av ansatte ved NKVTS/KJØLL-prosjektet (Jonassen og Saur 2011, Lien mfl 2012) og Nakmi (Sajjad 2010a og b). Det er foretatt dokumentstudier av produkter levert av KJØLL-prosjektet, det være seg på papir, nett eller begge deler. For å kjenne noe av historikken på feltet er også evalueringen av OK -prosjektet studert (Lien 2005). Vi har også sett på den meget omfattende og nettbaserte «veiviseren» produsert av KJØLL-prosjektet.

For å bli kjent med annen kunnskapsproduksjon på feltet, samt særlig å bli kjent med den faglige debatten, har vi gjennomgått to bøker på feltet: "Omskjæring. Stopp" (Foss (red.) 2010 og "Kulturens makt. Kvinnelig omskjæring som tradisjon og tabu." (Talle 2010). Videre har vi sett på flere rapporter fra Nakmi.

Referater fra møter og resultatrapporteringer

I dokumentanalysen har vi dessuten sett på resultatrapporteringer og vurderinger. Hvert halvår har de ulike ansvarlige aktørene rapportert på fremdrift, aktiviteter og resultater.

Referater fra interdepartemental arbeidsgruppe og fra møter med underliggende etater har også gitt nyttig kunnskap om arbeidet med handlingsplanen.

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

4.1.2 Intervjuer

Intervjuer er en betydelig del av det kvalitative datatilfanget i delrapporten. Vi har benyttet intervju som underlag til alle tiltakene vi har sett på i denne evalueringen. Intervjuene har i all hovedsak vært gjennomført som semi-strukturerte intervjuer ut fra en på forhånd fastlagt intervjuguide. Det semi-strukturerte intervjuet vurderte vi som mest hensiktsmessig ut fra den antagelse at vi ville møte engasjerte og kunnskapsrike informanter. Det er da nødvendig med fastlagte tema og styring for å sikre seg at intervjuet belyser de problemstillinger som er utgangspunktet. Samtidig åpner det semi-strukturerte intervjuet for at informantene kan delta med selvstendige innspill ut over intervjuguiden.

Vi har i løpet av hele evalueringsperioden utført totalt 82 intervjuer.

Intervjuer om implementering, forankring og samarbeid høsten 2009

Høsten 2009 gjennomførte vi en rekke intervjuer med ansatte i departementer og direktorater, samt utvalgte fagmiljøer.

Det ble høsten 2009 gjennomført 20 intervjuer med totalt 21 informanter. Alle intervjuene har blitt utført som personlige kvalitative intervjuer. I ett av intervjuene hadde vi to informanter sammen.

Utgangspunktet for intervjuene har vært en semi-strukturert samtaleguide hvor informantene i stor grad har fått snakke fritt rundt fire tema knyttet til arbeidet med implementering av handlingsplanen mot kjønnslemlestelse. Temaene tar utgangspunkt i de overordnede problemstillingene og er; forankring, samarbeid, implementering og BLDs pådriver- og koordinatorfunksjon. Intervjuer hadde i tillegg til det overordnede tema et sett stikkord og tillegsspørsmål som kunne benyttes dersom informanten behøvde dette.

7 av informantene var ansatt i ett departement, 10 i ett direktorat og 4 informanter hadde annen tilknytning.

Intervjuer gjennomføring av enkelttiltak

I forbindelse med evalueringen av gjennomføringen av enkelttiltak og vurderingen av resultater og effekter, har vi gjennomført intervjuer med en rekke informanter. I særlig grad ble intervjuene gjennomført i 2010 og 2011. Tabellen nedenfor gir en oversikt over gjennomførte intervjuer.

Tabell 4: Intervjuer gjennomføring av enkelttiltak 2009-2011

Tiltak	Kilde	Antall
5	NKVTS	7
15	Utdanningsdirektoratet(FUG), MiR (KOM-FUG)	4
18	VOXx, skoleledere/lærer i voksenopplæring	8
20	Bufdir og tilskuddsmottaker	9
22	Fylkesmenn og Helsedirektoratet	9
23	HD, RVTS, NKVTS, Røde Kors, PMV, PAWA	9
30	Leger	2
Sum		49

Kilde: Oxford Research AS

En av medarbeiderne fra Oxford Research intervjuet i februar 2011 samtlige ansatte i KJØLL-prosjektet. Intervjuene var relativt løst strukturerte basert på svært forskjellig tematikk og faglig bakgrunn hos de enkelte medarbeidere. Hvert intervju varte fra 1-1,5 timer. Intervjuene hadde grovt sett to mål: Det ene var å diskutere KJØLL -prosjektets rolle i et politisert

meningsfelt. Det andre var å få en oversikt over hva prosjektet hadde levert og skulle levere i nærmeste framtid, samt diskusjon om eventuelle tilnærminger som ikke var benyttet. Noen av intervjuene er fulgt opp med tillegsspørsmål per epost i etterkant. Ett år etter ble samtlige medarbeidere i KJØLL-teamet samlet for et gruppeintervju.

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

På tiltak 18 (Bevisstgjøring av nyankomne innvandrere om kjønnslemlestelse og konsekvensene) er det gjort intervjuer med Vox (flere intervjuer) og skoleaktører i voksenopplæringen.

Tiltak 20 (Økonomisk støtte til frivillige organisasjoners forebyggende arbeid) er belyst gjennom intervjuer med Bufdir som tilskuddsforvalter. Det er også gjennomført intervjuer med to tilskuddsmottakere. Totalt er det gjennomført 9 intervjuer.

I arbeidet med tiltak 22 (Helsestasjonene og skolehelsetjenestens informasjonsarbeid mot berørte grupper) har vi intervjuet Helsedirektoratet og noen fylkesmenn.

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

Tiltak 30 (Styrke informasjonen om kjønnslemlestelse i forbindelse med svangerskapskontroll) er søkt belyst gjennom intervjuer med to leger, hvorav en med særlig bred kunnskap om feltet. I tillegg kommer studier av foreliggende evalueringer.

Intervjuer vinteren- våren 2012

Vinteren/våren 2012 gjennomførte vi en del intervjuer med ansatte i departementer og direktorater, samt utvalgte fagmiljøer.

Det ble gjennomført to gruppeintervjuer, ett med BLD og ett med NKVTS. Videre har vi gjennomført enkeltintervjuer med en del ansatte i involverte departementer, direktorater og utvalgte fagmiljøer. Vi har gjennomført totalt 11 enkeltintervjuer med ansatte i departementer, direktorater og utvalgte fagmiljøer. Videre ble det utført en datainnhenting pr. mail når det gjaldt RVTSe. Dette ble supplert av telefonsamtaler.

Utgangspunktet for intervjuene har også her vært en semi- strukturert samtaleguide rundt tema knyttet til arbeidet med implementering av handlingsplanen mot kjønnslemlestelse. Vi har tilpasset intervjuguiden til hver enkelt informant. Vi har særlig fokusert på erfaringer og resultater, samt samarbeid, implementering og BLDs pådriver- og koordinatorfunksjon.

4.1.3 Casestudier

For noen av tiltakene har vi anvendt en casetilnærming. Dette gjelder tiltak 18 og 20.

Tiltak 18. Bevisstgjøring av nyankomne innvandrere om kjønnslemlestelse og konsekvensene

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

Caseskolene er plukket ut blant de 20 største skole- ne med opplæring i norsk og samfunnsfag for innvandrere. Utvalget er gjort tilfeldig fra de 20 største skolene. Grunnlaget for utvalg er en liste sendt fra Vox der antallet som tar norskprøver er brukt som indikator som størrelse på skole. Vox hadde ikke direkte tilgjengelig antall deltakere pr. skole.

Tiltak 20. Økonomisk støtte til frivillige organisasjoners forebyggende arbeid

Vi har i 2008-2010 gjort casestudier av 5 tilskuddsmottakere/søkere. I tiltak 20 har vi i 2011 undersøkt en tilskuddsmottaker gjennom intervjuer og dokumentanalyse. I den tredje delrapporten har vi gjennomgått de dokumenter vi har hatt tilgjengelig av søknader, rapporteringer og tidligere funn. Vi har således også analysert de casestudiene som vi undersøkte i 2008-2010. Vi har videre gjennomgått søknader og rapporteringer for andre tilskuddsmottakere i årene 2008-2011. Vi har også sett på tilbakemeldinger fra en undersøkelse Bufdir har gjort

blant tilskuddsmottakerne om vurderinger av tilskuddsordningen og resultater av denne. Denne undersøkelsen ble sendt ut til 33 frivillige organisasjoner. 12 organisasjoner svarte.

4.1.4 Observasjoner/deltakelse møter og samlinger

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

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

4.1.5 Ekspertvurdering fra professor Johnsdotter

Oxford Research har bedt vår eksterne ekspert professor Sara Johnsdotter ved Malmø Universitet om en vurdering av den norske evalueringen, sett i forhold til særlig situasjonen i Sverige.

4.2 Kvantitativ metode og data

I noen tilfeller har vi supplert intervjuer med mindre spørreundersøkelser og kartlegginger.

Metoden er bl.a. benyttet for å belyse problemstillinger rundt forankring og samarbeid, implementeringen og gjennomføring overfor departementer, direktorater og underliggende etater.

Det er samtidig klart at de kvantitative undersøkelsene begrenses av få respondenter i utvalget. I sum innebærer dette at det er stor grunn til å fortolke funn fra den kvantitative delen av evalueringen med forsiktighet. Vi har derfor i størst mulig grad avgrenset både analyse og fremstilling av de kvantitative dataene til det rent deskriptive.

4.2.1 Surveyer mot departementer, direktorater og fagmiljøer høsten 2009

Vi gjennomførte en surveykartlegging høsten 2009. Denne spørreundersøkelsen rettet seg mot departementer og direktorater, samt utvalgte fagmiljøer.

I spørreundersøkelsen ble det blant annet spurt om implementeringen av tiltakene og handlingsplanen,

forankring og samarbeid og vurdering av BLDs koordineringsfunksjon.

Med utgangspunkt i blant annet de oversikter BLD har over kontaktpersoner i de ulike departementer og direktoratet som er involvert i arbeidet med handlingsplanen mot kjønnslemlestelse, fikk vi en oversikt over relevante personer i departementer, direktorater og utvalgte fagmiljøer.

I undersøkelsespopulasjonen inkluderte vi i utgangspunktet personer som arbeider med handlingsplanen mot kjønnslemlestelse i sentralforvaltningen dvs. departementer og direktorater, men vi inkluderte også ansatte i VOX og Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress (NKVTS) som arbeider med handlingsplanen.

Surveyen ble sendt ut og gjennomført i september 2009. Surveyen ble sendt ut til 70 personer. Det ble gjennomført én purring etter ca. en uke. 14 respondenter ble ekskludert fra utvalget (de hadde sluttet i jobben, var i permisjon, jobbet ikke lenger med saksfeltet, eller de var ansatt i BLD). Det endelige utvalget i undersøkelsen ble dermed 56 respondenter. Det var 37 som helt eller delvis besvarte surveyen. Dette tilsvarer en svarprosent på 66 %. Det var 27 respondenter som besvarte hele surveyen. Det tilsvarer en svarprosent på ca. 48 %.

Av de 37 som besvarte hele eller deler av spørreskjemaet, var 10 ansatt i departementer, 15 i direktorater og 12 stykker var tilknyttet organisasjoner/utvalgte fagmiljøer.

Survey mot departementer og direktorater våren 2010.

Vi laget også våren 2010 en survey som ble sendt til aktører på overordnet nivå og mer utøvende nivå med spørsmål om utvikling innenfor implementering, koordinering og oppnådde resultater.

Surveyen ble sendt til representanter for involverte departementer og etater. Den er gått til kontaktpersoner hos de involverte departementene: AD, HOD, JD, KD, KR D og UD. Den har videre blitt sendt til personer hos andre aktører: VOX, UNE, UDI, politiet, NORAD, NKVTS, HiO, UiO, IMDI, H-Dir, UNG, Bufdir og Bufetat. Respondentene i denne undersøkelsen er aktører som er tilknyttet arbeidet med handlingsplanen mot kjønnslemlestelse. Respondentene er valgt ut på bakgrunn av respondentlisten som ble utarbeidet i 2009.

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

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

4.2.2 Surveyer og kartlegginger - enkelttiltak

Spørreundersøkelser rettet mot helsestasjoner – tiltak 22 – sommeren 2010

Sommeren 2010 gjorde vi en surveyundersøkelse rettet mot helsestasjoner i forbindelse med evaluering av tiltak 22 (Helsestasjons- og skolehelsetjenesten skal rette sitt informasjonsarbeid mot ungdom, kvinner, menn og foreldre i de berørte gruppene) i handlingsplanen. Vi spurte blant annet om ungdomskvinne og mannsgrupper var satt i gang og videre spurte vi om brukerkontakt

I undersøkelsen rettet mot helsestasjoner har vi gjort et utvalg av disse som er lokalisert i de store byene. Vår antagelse er at helsestasjonene i de store byene i Norge er mer eksponert mot problematikken rundt kjønnslemlestelse og derfor mest interessante i forbindelse med evalueringen av tiltak 22 i handlingsplanen. Helsestasjoner i følgende byer/kommuner er valgt ut: Oslo, Asker, Trondheim, Bergen, Stavanger, Drammen, Fredrikstad og Kristiansand. Videre har Helsedirektoratet bedt landets Fylkesmenn om å oppfordre kommuner med høy andel innbyggere fra berørte befolkningsgrupper om å sette i gang ungdoms-, kvinne- og mannsgrupper i regi av helsestasjons- og skolehelsetjenesten (jfr. Halvårsrapport våren 2011 fra BLD på fremdrift av arbeidet med handlingsplanen).

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

Respondentene ved helsestasjonen var først og fremst helsesøstre. Av de som svarte var 9 helsesøstre, 5 respondenter i administrative stillinger, 1

lege og 1 respondent med annen stilling enn de nevnte.⁵

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

Kartlegging av implementeringen av tiltak 18 (Bevisstgjøring av nyankomne innvandrere om kjønnslemlestelse og konsekvensene) våren 2011

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

4.2.3 Andre kartlegginger

Det er også en del andre kartlegginger som vi har trukket på, og som har redusert behovet for egne surveyer. Vi tenker særlig på kartlegginger produsert av Nakmi og NKVTS.

I forbindelse med evalueringen av tiltak 20 (Økonomisk støtte til frivillige organisasjoners forebyggende arbeid) har vi sett på tilbakemeldinger fra en undersøkelse Bufdir har gjort blant tilskuddsmottakerne om vurderinger av tilskuddsordningen og resultater av denne.

⁵ En uoppgitt

A: Bruk av handlingsplan

Kapittel 5. Handlingsplan som verktøy

Handlingsplaner har store likhetstrekk med strategiplaner, men er imidlertid ofte basert på et mål- og resultatstyringskonsept. Scriven (1991) beskriver handlingsplaner som programmer, hvor den samlede innsatsen til ansatte og prosjektansvarlige skal realisere bestemte og begrunnede mål. Det skal imidlertid sies at målsettinger ofte viser seg å være upresise og lite velformulerte, både i forhold til avgrensning av område så vel som målgrupper.

Handlingsplaner og strategiplaner har i den siste tiden blitt tatt i bruk som et ledd i målrettet utviklingsarbeid, og formidling av informasjon er ofte et viktig virkemiddel i implementeringsarbeidet av planene. Slike virkemidler kan komme til uttrykk i alt fra tvang til fratagelse, men og i ulike former for påvirkning. Informasjon kan i så henseende benyttes som et virkemiddel for å styre og påvirke ulike samfunnsområder, og det er gjerne målrettet, saks- og budskapsorientert informasjon. Informasjon, opplysningsvirksomhet, utdanning og rådgivning har til hensikt å hjelpe individer til å fatte et mest mulig rasjonelt valg i spesifikke handlingssituasjoner (Sverdrup 2002), og en viktig forutsetning er at målgrupper faktisk har behov for informasjon som skal hjelpe å fatte rasjonelle valg i handlingsplanens innsatsområde.

De statlige styringsmodellene kan være mer eller mindre stringente, alt avhengig av i hvor stor grad staten, eventuelt et fagdepartement eller kommune, ønsker å kontrollere og styre. I tilfeller hvor det er ønskelig at for eksempel staten skal ha betydelig kontroll og styring, kan både hovedmål, delmål, i tillegg til rammer og andre vilkår, formuleres spesifikt og konkret. De underliggende instanser eller tilsyn kan pålegges detaljert oppfølging. Slik sett har staten både kontroll og ansvar for bruk av styringsverktøyet. Et godt eksempel på bruk av mål- og resultatstyring er såkalte tverrdepartementale handlingsplaner. En tverrdepartemental handlingsplan er noe annerledes enn handlingsplaner som ikke er sektorovergripende. De er ment å være strategiske virkemidler på spesifikke områder som krever en tverrsektoriell innsats, og dette samarbeidet er organisert som et prosjekt som går over en lengre periode. De tverrdepartementale handlingsplanene består av en rekke tiltak, delmål og hovedmål. Det skal imidlertid nevnes at ikke alle virkemidler og tiltak som mål- og resultatstyring innebærer kan

være like tilgjengelig for dem som skal implementere planene.

En handlingsplan er avgrenset til et bestemt innsatsområde, og den fyller politiske funksjoner ved å synliggjøre regjeringens prioriteringer. Slik sett er det politiske vedtak og løfter som danner grunnlaget for handlingsplaner, men som skiller seg fra den løpende politikk. Handlingsplanen har også bestemte funksjoner innad i forvaltningen, først og fremst at ressurser blir øremerket, men også i betydning av å legitimere handlingsplaner på tvers av offentlige sektorgrenser. Det er klart at det også er forbundet en rekke utfordringer med implementering av handlingsplaner, ikke bare at et arbeidsfelt blir skilt ut fra andre arbeidsfelt og kan forstyrre relasjoner mellom fenomener og arbeidsoppgaver (Steen-Johansen 2011), men også handlingsplanenes interne kompleksitet som vanskeliggjør koordinering og styring. I tillegg kan ansvarsfraskrivelse og lite forankring ytterligere forverre implementering av handlingsplaner.

En annen type problematikk knytter seg til hvor mye «nytt» handlingsplanen innebærer. Er den bare en omskrivning av allerede eksisterende tiltak og allokeringer for å kunne subsumere flest mulig tiltak under planen? Eller innebærer satsingen faktisk noe nytt – noe som ikke ville blitt gjort «uansett»?

5.1 Handlingsplanen i et policyperspektiv

Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet (BLD) har hatt, og har fortsatt, det overordnede koordineringsansvaret for handlingsplanen. De ulike tiltakene er fordelt på 6 øvrige departementer med underliggende etater. Handlingsplanen mot tvangs-ekteskap 2008-2011 har som nevnt vært under BLDs koordineringsansvar, og nå er de to planene samlet i ett dokument. Justis- og politidepartementet har koordineringsansvar for Handlingsplanen mot vold i nære relasjoner, som også har noen tiltak som berører kjønnslemlestelse. I tillegg kommer planarbeid og strategier for blant annet overgrep mot barn, menneskehandel, og likestilling, som også blir trukket inn i satsningen mot kjønnslemlestelse. Dette illustrerer at kjønnslemlestelse knyttes til flere policy-felt; overgrep mot kvinner og barn, vold i nære relasjo-

ner, legemsbeskadigelse, kvinneundertrykkelse – og dessuten migrasjon og integrering.

Lidén og Bentzen (2008) påpeker at handlingsplanens tiltak veksler mellom omsorg og kontroll. En gjennomgående diskusjon i arbeidet har vært enten å vektlegge omsorgsaspektet i holdningsarbeidet og når kjønnslemlestelse oppdages, eller å ha et kontrollperspektiv på innsatsen. Posisjoneringen i debatten har delvis fulgt profesjonsgrenser (Dette påpekte også Oxford Research i sin første delrapport). Mens helsepersonell har understreket omsorgsaspektet, har andre aktører og politikere ment at regelverket og kontrollrutiner må ivaretas bedre (Lidén og Bentzen 2008:14). Forslaget om innføring av tvungen kontroll av jenters kjønnsorganer kan sees i denne sammenhengen. Også det sterke fokuset på at praksisen alene må forstås som overgrep og et eksempel på vold i nære relasjoner og vold mot barn understreker ytterligere en hardere kontroll-linje. Opp mot dette kan man sette menneskerettslige prinsipper om rett til ikke å bli diskriminert på bakgrunn av etnisitet (Lidén og Bentzen 2008, Aasen 2008). Omskjæring av jentebarna forstås nettopp som omsorg av de foreldre som fortsatt hegner om tradisjonen. Dette gjør valg av tiltak vanskelig, men bør ikke settes opp mot hverandre i et overordnet plandokument eller i vår forståelse av praksisen, men heller utgjøre aspekter som samlet sett må veies i forhold til hvert enkelt tilfelle (Lidén og Bentzen 2008:15).

Myndighetenes innsats er mangfoldig både i form av typer tiltak, og i forhold til hvor mange fagområder som er involvert nettopp fordi man både må beskytte og avverge inngrep, men også arbeide langsiktig med holdningsendring.

Hvilket departement, og dermed hvilket politikfelt, som har øverste ansvar for koordineringen av en slik kompleks og mangfoldig utfordring som kjønnslemlestelse utgjør, kan også bidra til å kommunisere regjeringens overordnede tilnærming til et problemfelt. Dette har det vært mye fokus på i forbindelse med regjeringens satsning på tvangsekteskap, som fra 2012 også er lagt til samme handlingsplan som kjønnslemlestelse. Det har lenge vært påpekt av flere forskere at tvangsekteskap ligger under flere policy-områder; vold i nære relasjoner og æresrelatert vold, familie-, og likestillingspolitikk (her i betydningen kvinnediskriminering) og innvandrers- og integreringspolitikk (Bredal 2010 og 2011, Lyngaard 2010 og Steen-Johnsen, Lidén og Aarset 2011). Denne type valg av fokus får konsekvenser for hvilke signaler man gir om hva man definerer som den overord-

nete problemsituasjonen, og dermed hvilke instanser som er best egnet til å ha det øverste koordinerende ansvaret. Innsatsen mot tvangsekteskap i Norge ble først forankret i barne- og familiepolitikken, og videre satt i sammenheng med innvandrings- og integreringspolitikken (Bredal 2011 sitert i Steen-Johnsen, Lidén og Aarset 2011:13ff). En konsekvens av dette var at problemet ble ansett som et spesielt problem, og ikke som et generelt samfunnsproblem. De senere årene har det vært en dreining mot å definere tvangsekteskap som vold i nære relasjoner, på linje med partnervold, som i kvinne- og barnemishandling. Men fortsatt konkurrerer dette perspektivet med integrasjons- og innvandrersfokuset (Bredal 2010 og Forskningsrådet 2010).

Ved fokus på integrerings- og innvandringsutfordringer defineres tvangsekteskap og trusler om vold som spesiell vold i motsetning til 'mainstream' vold i nære relasjoner. Det settes da søkelys på kultur og religion som forklarende årsak for volden, og at tiltak og løsninger må rettes deretter. Volden sees altså på som et integreringsproblem og et kulturelt anliggende. Fokuset på kultur vektlegger integrasjons- og dialogtiltak, mens fokuset på vold i nære relasjoner vil ha kontroll- og straffestrategier som viktigste tiltak (Steen-Johnsen, Lidén og Aarset 2011:22). Dilemmaet er altså om man skal sette 'hardt mot hardt' – og straffe de ansvarlige ved mistanke om tvangsekteskap, eller forsøke å få til dialog med alle involverte familiemedlemmer. Selv om erfaringer viser at en for hard linje kan føre til at mange lar være å søke hjelp, understreker IMDi at ungdommens sikkerhet må komme foran dialog med familien (IMDi 2011:8). Dette illustrerer at overordnet policy-definisjon også har relevans og får konsekvenser helt ned på praksisnivå. En handlingsplan blir i så måte både symbolsk og praktisk-organisatorisk (Steen-Johnsen, Lidén og Aarseth 2011).

Forskere er noe uenige om hva som er den beste konklusjonen, det er en tendens til 'skyttergravargumentering' – en 'enten/eller'-løsning. Steen-Johnsen, Lidén og Aarset (2011) peker på viktigheten av å kombinere alle disse tilnærmingene. Et ensidig fokus på kultur kan føre til at praksisfeltet i for eksempel førstelinjetjenesten ikke tar i bruk etablert fagkunnskap og erfaringer fra å hjelpe unge og familier i krise. Samtidig kan en ignorering av kulturelle tradisjoner føre til at man ikke tar i betraktning at det faktisk er familien som forårsaker krisen, at de unge må vernes.

Kapittel 6. Gjennomføring og implementering

Barne- og likestillingsdepartementet har ansvaret med å koordinere arbeidet med implementeringen og gjennomføringen av tiltakene i planen, i samarbeid med de øvrige involverte departementene.

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

I dette kapitlet vurderer vi koordineringsfunksjonen, samarbeid og faktisk implementering.

For å få frem ulike elementer og utfordringer knyttet til koordineringsarbeidet, implementeringen og gjennomføring av planen, brukes en kombinasjon av kvalitative intervju, mindre surveys og dokumentanalyse.

BLDs rolle som koordinerende og styrende departement har vært tilnærmet gjennom surveys i 2009 og 2010, samt enkeltintervjuer i 2009 og 2012 og et gruppeintervju i 2012.

Implementering og gjennomføring av planen i de ordinære tjenestene har vi tilnærmet oss gjennom intervjuer mot sentrale personer i sentralforvaltningen i 2009 og 2012.

Flere andre studier, eksempelvis NKVTS studie (Jonassen og Saur 2011) sier noe indirekte om kompetanse og implementering, og vil være komplementære kilder for oss.

6.1 Institusjonalisering

6.1.1 Institusjonalisering – BLDs koordinering

BLD har *koordineringsansvaret* for arbeidet med handlingsplanen mot kjønnslemlestelse. BLD utfører denne rollen gjennom å innkalle til jevnlig møter i den interdepartementale arbeidsgruppen, og to årlige møter for underliggende etater. Videre ved å påse at det rapporteres halvårlig fra ansvarlige departementer på alle tiltakene i planen. For øvrig er BLD representert i statssekretærutvalget (SSU) mot vold i nære relasjoner. Det er viktig å understreke at BLD i sin koordinatorrolle har en ren koordinerende funksjon uten *instruksjonsmyndighet*. Dette er en

konsekvens av at handlingsplanen bygger på sektorprinsippet.

BLDs koordinerende og samordnende funksjon i handlingsplanarbeidet baserer seg på samordning gjennom tversgående samarbeid, oppfølging og kommunikasjon. Dermed er den konkrete implementeringen og fremdriften formelt og reelt avhengig av eksisterende beslutningsstrukturer og organisasjonsformer innenfor de enkelte sektorer. BLDs arbeid er dermed mye av en forutsetning for at handlingsplanen gjennomføres og implementeres. Men i vårt evalueringsarbeid vil vi også ta høyde for at mye kompetanse vil skaffes på grunnplan uavhengig av hva som kommer «ovenfra».

Evalueringen av handlingsplanen skal årlig vurdere koordineringsfunksjonen. I spørreundersøkelsen til aktørene har vi stilt flere spørsmål som omhandler BLD sin koordinatorrolle.

6.2 BLDs funksjon som koordinator og pådriver

I dette underkapittelet vil vi vurdere BLDs koordinerende funksjon, samt diskutere noen utfordringer knyttet til samordning og koordinasjon av arbeidet med handlingsplanen.

Kompleksiteten i handlingsplanen mot kjønnslemlestelse stiller krav til samordning og koordinasjon. Noe forenklet kan en dele opp virkemidler for samordning i to hovedgrupper: Koordinering og pådriving.

6.2.1 Overordnet bilde av BLDs koordinerende funksjon

Hovedfunnet i delrapport 1 (2009) når det gjaldt BLDs koordinerende funksjon var positiv. BLD ble beskrevet som en aktiv koordinator. Dette gjelder både i forhold til organisering og administrasjon av den tverrdepartementale arbeidsgruppen og når det gjelder underliggende etater. Et typisk utsagn fra intervjuene i 2009 var: "BLD er aktive, ryddige og profesjonelle. De er raske til å følge opp og er tilgjengelige."

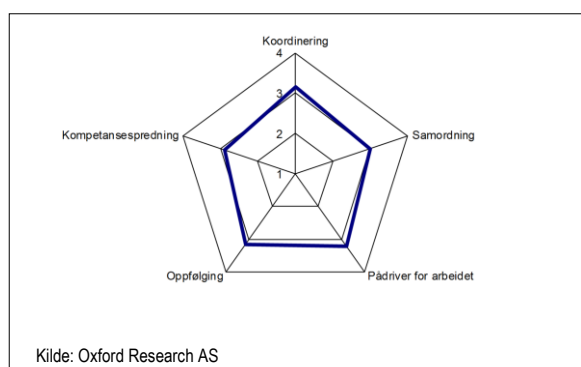
Variasjoner mellom aktørene

I 2009 fant Oxford Research noe variasjon i de involverte departementers og direktoraters syn på koordineringsarbeidet og hvilket omfang dette skal ha. Hovedfunnet var at de instanser som har få tiltak og en mer perifer rolle i arbeidet, erfarer at samordningsaktiviteten ofte blir lite relevante for dem. I motsetning til dette er instanser med flere tiltak og en mer omfattende rolle, som melder å ha stor nytte av samordningsaktiviteter gjennom den interdepartementale arbeidsgruppen og samlinger for underliggende etater.

I 2009 fant vi videre at BLD oppfattes som klare, ryddige og tydelige. Hovedbildet var videre at BLDs rolle i rapporteringen oppfattes som god. BLD ble oppfattet å være raske med eventuell oppfølging og er generelt proaktive, hevdes det i intervjuene.

I 2009 ble det positive inntrykket av koordineringsfunksjonen støttet av en spørreundersøkelse som ble besvart av 37 respondenter. Mottakerne av spørreundersøkelsen ble bedt om å vurdere tilfredsheten med BLDs overordnede prosjektstyring på en skala fra 1-4, hvor verdien 1 er "ikke tilfreds" mens verdien 4 er "svært tilfreds". Respondentene vurderer BLDs koordineringsfunksjon til ca. 3, dvs. verdien "tilfreds".

Figur 1 Tilfredshet med BLDs overordnede prosjektstyring (høsten 2009)



Resultatene fra 2009 viste at respondentene var mest tilfreds med BLDs funksjon som pådriver for arbeidet (3,23), oppfølging (3,16) og koordinering (3,16). Minst fornøyd var de med samordning (3) og kompetansespredning (2,88). Det er imidlertid små forskjeller. Det er kun mellom spørsmålet som gjelder pådriver for arbeidet og spørsmålet om kompetansespredning at det er noen særlig forskjell.

Oxford Research vurderte samlet sett koordineringsfunksjonen som god og aktiv.

Hovedfunn i delrapport 2

I delrapport 2 (2010) vurderte vi igjen koordineringsfunksjonen.

Hovedfunnet i 2010 i delrapport 2, var fortsatt en god koordinering. Imidlertid stilte Oxford Research spørsmål ved om aktørene opplevde at BLD var blitt mindre aktive i koordinatorrollen i 2010 enn i 2009. Indikasjonen var basert på følgende resultater fra en spørreundersøkelse mot aktører i departementene og direktoratene:

Tabell 5: Vurdering av BLD som koordinator. Spørreundersøkelse våren 2010. Antall respondenter som har svart de ulike alternativene

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

Kilde: Oxford Research AS

16 av 19 respondenter sier seg uenig (helt eller delvis) i at BLD har vært en aktiv pådriver i arbeidet med handlingsplanen. Bare to er enig. 12 av 19 er uenig (helt eller delvis) i at BLD har vært en effektiv koordinator for arbeidet med handlingsplanen. Fire er helt eller delvis enig i dette. Vi finner særlig negative vurderinger på spørsmål om å etterspørre framdrift og være en aktiv pådriver. Spørsmålet om BLD følger opp og etterspør framdrift i arbeidet med handlingsplanen er det som får lavest skåre. 14 av de 17 som svarer på dette spørsmålet er uenig i at BLD gjør dette. Dette resultatet er overraskende sett i lys av at BLD etterspør rapportering to ganger i året. Svarene fra surveyen i 2010, er mer kritiske til BLDs utøvelse av koordineringsfunksjonen enn funnene i 2009.

Spørsmålet blir om dette er uttrykk for en reell endring? Det er flere forhold som gjør at det ikke er metodisk forsvarlig å sammenlikne resultatene fra 2009 og 2010. For det første er det ikke helt de samme respondenter (selv om en del er de samme). Videre var ikke skalaen i 2009 helt identisk med den som ble brukt i 2010, endelig var også svaralternativene noe forskjellig formulert. Tallene er derfor ikke direkte sammenlignbare. Vi kan dermed ikke si med sikkerhet at det har skjedd en endring.

Men hvordan skal vi forstå resultatene i 2010?

Resultatene gir tilsynelatende et bilde av at BLD ikke oppleves som en aktiv koordinator og styrer av handlingsplanen. Resultatet kan skyldes skjev-

heter i respondentgruppen. Det kan tenkes at det særlig er de misfornøyde som har svart.

Sluttevalueringen 2012

På bakgrunn av stort frafall og de noe overraskende resultatene i surveyen fra 2010, bestemte vi oss for å gjøre igjen en del intervjuer blant aktuelle departementer og direktorater. Formålet var å få utdypet deres oppfatning av BLDs rolle og utøvelse av koordineringsfunksjonen. Vi ønsket å få utdypet hva som eventuelt tidligere har vært oppfattet som en lite aktiv oppfølging, hva som oppfattes med tydelig styring og få en forståelse som går «bak tallene». I 2012 har vi derfor gjennomført en rekke intervjuer med departementer, direktorater og sentrale fagmiljøer, både som individuelle intervjuer og som et gruppeintervju. Et viktig forbehold i denne datainnsamlingen er at planlagte gruppeintervjuer med sentrale personer i HOD (Helse- og omsorgsdepartementet) og HD (Helsedirektoratet) ikke ble gjennomført. HOD støtter imidlertid hovedinntrykket av at BLD oppfattes som en aktiv og ryddig koordinator og at det er en god dialog i møteplassene.

Disse intervjuene, og det som fremkommer i disse, er viktige i forhold til styring og koordinering siden informantene nå har et mer helhetlig inntrykk og erfaring gjennom fire år. Noen av informantene vi har intervjuet har imidlertid begrenset fartstid i arbeidet med handlingsplanen 2008-2011. En del av disse har imidlertid før intervjuet konferert med kollegaer.

Hva er så hovedinntrykket når det gjelder BLDs koordineringsrolle?

Hovedinntrykket er at BLD oppfattes som en aktiv og ryddig koordinator. Det har etter hvert oppstått en god dialog i møteplassene. En informant uttrykker seg eksempelvis slik om den interdepartementale arbeidsgruppen:

BLD har koordinert helt utmerket, og det har vært veldig greit for vår del. I arbeidsgruppen har det dessuten vært en veldig grei og åpen tone, vi har kunnet spørre dersom det har vært noe vi har lurt på.

Hovedbildet er også at møtene for underliggende etater har fungert bra. Det er noen variasjoner i vurderingene, men det er ikke fremkommet klare negative kommentarer om BLDs utøvelse av koordineringsfunksjonen. Det er imidlertid noen av de intervjuete som kun har deltatt på møter i 2012.

Vi har også spesifikt spurt etter om det har vært tydelig nok styring fra BLDs side. Hovedbildet er at styringen har vært god. Det understrekes av flere informanter at det ligger i handlingsplanenes struktur at det er de enkelte departementer som har ansvaret for utøvelsen og gjennomføringen (sektorprinsippet). To eksempler:

Styringen dreier seg for det meste om det å lage sånn som handlingsplaner, og deretter blir det å oppfordre til at det gjennomføres. Det er det som er med sektorprinsippet, at alle har hvert sitt ansvar, og det eneste man kan gjøre er å oppfordre til at det følges opp.

Ja, det må man si. Sånn generelt er det et dilemma at mye av dette temaet og feltet ligger i helsedirektoratet, og BLD har ingen styringslinjer dit. Men sånn er det bare, det er en del av strukturen.

De samme informantene har i 2012 også blitt spurt om det har vært gitt nok informasjon fra BLDs side. Svarene er også her gjennomgående positive.

6.3 Konklusjon: God og aktiv koordinering

Det har vært varierende oppfatninger av BLDs rolle som koordinator og pådriver opp gjennom de årene handlingsplanen har vart. Med unntak av en del negative ytringer i 2010, er inntrykket hos Oxford Research at BLD har hatt en god hånd med dette.

Misnøyen i 2010 kan skyldes en kombinasjon av noen underliggende konflikter som siden er avklart, samtidig som vårt metodiske design har variert på en måte som gjør at man skal være forsiktede med å dra forskjellene for langt.

6.3.1 Et grunnlag for god «sildring»?

Et viktig formål med handlingsplanen mot kjønnslemlestelse er at arbeidet mot kjønnslemlestelse skal få en tydeligere forankring i det offentlige tjenesteapparatet. Forankring betraktes som at et tiltak eller lignende blir en *integrert og institusjonalisert*⁶ del av forvaltningens organisasjon og virksomhet. Konkret betyr dette at forvaltningens arbeid (både overordnet og utøvende) mot kjønnslemlestelse skal være en normal del av tjenestene og arbeidet. Målet er at handlingsplanen medfører at spesifikke tiltak i forvaltningen er unødvendige etter 2011. Kompetansen, samarbeidsstrukturene og tjenestetilbudet skal med andre ord være der når handlingsplanen er slutt og skal fungere som en del av normal forvaltningsutøvelse, ikke som spesifikke ad-hoc tiltak eller sterkt personavhengig.

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

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

Innenfor de rammene som et slikt arbeid setter, finner Oxford Research at BLD har fungert som en god koordinator. Vi har tidligere påpekt problemer som:

⁶ I forhold til handlingsplanen mot kjønnslemlestelse er institusjonaliseringen først og fremst at arbeidet mot kjønnslemlestelse blir en del av sektoransvaret og en del av det normale linjeansvaret.

- Overlappende handlingsplaner
- Manglende samordning av tiltak
- Manglende horisontal og samordnet infrastruktur
- Visse ulikheter i virkelighetsforståelse mellom forskjellige aktører

Denne typen problematikk finner vi lite av i det intervjumaterialet vi har samlet inn i 2012. Vi tar sjansen på å tolke det slik at samarbeidet har funnet en form som reduserer denne formen for kritikk, eventuelt har aktørene akseptert at slike problemer til en viss grad er «noe man må leve med».

Etter dette «topp-perspektivet» beveger vi oss mer mot grunnplanet eller grasrota i arbeidet mot kjønnslemlestelse. Hvis «sildringen» har vært vel-

lykket, er det viktig at den har nådd tvers gjennom «systemet» og fått effekt på grunnplanet. Først skal vi gjennom en analyse av kunnskapsproduksjonen og –formidlingen på feltet, representert ved analysen av NKVTS. Som vi skal se, er dette en aktør som både bidrar til «sildringen» gjennom systemet, men som også har sine direkte kontakter til grunnplanet i skole, helsevesen og blant berørte grupper. Deretter ser vi på handlingsplanens mulige effekter innen helsevesenet, skolesystemet, på mottak og blant berørte grupper.

Etter denne gjennomgangen blir det igjen anledning til å løfte blikket for en oppsummering av handlingsplanens forankring, samt samarbeidet på forskjellige nivåer, vertikalt og horisontalt.

B: Effekter av handlingsplanen

Kapittel 7. Økt kompetanse- og kunnskapsformidling

Handlingsplanen forutsetter en bred satsning på samarbeid, kompetanseheving og kunnskapsformidling. En forutsetning for å få dette til, er etablering av en kompetansefunksjon som kan distribuere kunnskap til involverte tjenester.

7.1 Nasjonal kompetansefunksjon

Tiltak 5 "nasjonal kompetansefunksjon" handler om etablering av en nasjonal kompetansefunksjon rettet mot kjønnslemlestelse. Tiltaket er lagt til NKVTS som et eget program og en egen prosjektgruppe med ansvar for dette feltet (KJØLL). Tiltaket er formulert som følger:

Tiltak 5. Etablere en nasjonal kompetansefunksjon mot kjønnslemlestelse.

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

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

Oxford Research har evaluert arbeidet ved KJØLL-prosjektet på NKVTS ved to anledninger tidligere, som deler av vår årlige rapportering. Metodikken har først og fremst vært intervjuer med ansatte og brukere, samt dokumentstudier.

Et overordnet inntrykk har hele veien vært at man «er i rute» med det man skal levere, og at man har et godt sammensatt og velfungerende kompetansemiljø.

I rapporteringen i 2011 la vi vekt på det politiserte feltet som forskergruppen og dens formidling og veiledning arbeider innenfor, og de komplikasjoner dette medfører. Et annet problem er mangelen på effektmål.

I denne siste evalueringen vil vi gå gjennom de feltene som evalueringen omfatter, men tillate oss å peke på to ytterligere utfordringer:

For det første har det store arbeidspresset på NKVTS etter tragedien 22/7-2011 også påvirket arbeidet for de fleste av de ansatte i KJØLL-prosjektet. Noen forsinkelser på flere av arbeidsfeltene skyldes altså dette.

For det andre viser det seg at mye av formidlings- og veiledningsarbeidet som miljøet skal ivareta, erfaringsmessig er nødt til å bli utført av egne medarbeidere for å gi et tilfredsstillende resultat. Dette påvirker også ressursbruken internt, til dels bort fra forskningen. Dette peker igjen tilbake på noe av problemet med å forske innen en følsom, politisert kontekst. Det viser også fordelene og ulempene ved at en forskerdominert organisasjon som dette har flere oppgaver enn forskning. De andre oppgavene stjeler tiden fra forskningen, samtidig som forskningen og de andre oppgavene kan berike hverandre gjensidig.

7.1.1 Metodikk 2012

I denne siste evalueringsrunden vil vi gjøre opp status for denne enhetens arbeid per mai/juni 2012. Vi baserer oss på gjennomgang av foreliggende publiseringer fra gruppen, samt gjennomgang av tiltakets nettside. Vi trekker også inn inntrykkene fra tidligere evalueringer.

Videre har vi våren 2012 gjennomført et gruppeintervju der fem deltakere fra prosjektet var til stede. Dette var et semistrukturert intervju der vi benyttet oss av brede tematiske punkter kombinert med klart definerte spørsmål. Store deler av intervjuet hadde mer preg av samtale enn intervju. Gruppeintervjuet ble gjennomført av senioranalytiker Dag Ellingsen.

Videre har vi sett på tilsendt statistikk for treff på hjemmesider og lest ferdige og nesten ferdige publikasjoner.

7.1.2 Temafelter

Evalueringsrapporten på dette tiltaket er konsentrert om fem hovedfelter som KJØLL/NKVTS har ansvaret for:

1. Forsknings og utviklingsarbeid

2. Tilrettelegging og formidling av tilgjengelig kunnskap
3. Kompetanseutvikling
4. Rådgivning og veiledning ovenfor yrkesutøvere og ansatte som jobber på feltet
5. Nettverksbygging

NKVTS og KJØLL-prosjektet har i tråd med oppgavene nevnt over, ansvaret for handlingsplanens tiltak nr 6 og 25:

Tiltak 6. Kartlegge hvem som jobber med kjønnslemlestelse og deres kompetansebehov

Tiltak 25. Videreutvikle informasjonsmateriell om kjønnslemlestelse

Disse to tiltakene vil bli diskutert under de aktuelle punktene under. Mange av oppgavene og tiltakene som KJØLL-programmet har ansvaret for vil gå over i hverandre, dette vil også gjenspeiles i vår framstilling. I tillegg har NKVTS fått ansvar for andre tiltak:

Tiltak 8 (Kartlegge omfanget av saker og kompetansebehov i det kommunale barnevernet knyttet til kjønnslemlestelse) arbeidsoppgaver herfra ble inkludert i kartleggingen

Tiltak 19. (Opprettelse og drift av en nasjonal rådgivningsgruppe). Referansegruppen ble omgjort til Resursgruppen og Prosjektet var sekretariat for denne.

Tiltak 10: (Kjønnslemlestelse som tema i foreldreveiledningsprogrammet). Prosjektet deltok i gjennomføringen av tiltak 10 ved å holde kurser i forhold til ICDP-programmet

7.1.3 Forsknings- og utviklingsarbeid

I denne rapporten er det to forskningsartikler klare til utgivelse som vil bli kort omtalt, samt «veilederen» som er viktig (denne siste publiseringen er først og fremst av formidlende og veiledende art, og får plass under dette punktet, men nevnes her fordi den må sees som forskningsbasert). Vi vil også tilnærme oss en vurdering av KJØLL-prosjektet som forskningsmessig helhet, og miljøets posisjon internasjonalt

Forskning:

Forskningsprogrammet til KJØLL-prosjektet har fått overskriften «Kjønnslemlestelse i en norsk kontekst -

erkjennelsesmessige og psykososiale forhold». Prosjektet har fire delprosjekter:

1. En kunnskapsteoretisk analyse av pionerens paradigmeskifte og erkjennelsesmessige konsekvenser.
2. Betydninger, forståelser og erfaringer knyttet til kjønnslemlestelse blant jenter med minoritetsbakgrunn på videregående skoler i Oslo.
3. Opplevelse og forståelse av kjønnslemlestelse i en transnasjonal kontekst - forklaringens betydning for mestring.
4. Kjønnslemlestelse i et manns og familieperspektiv.

To nye artikler fra forskergruppen er nå klare til trykk, og de har vi fått ettersendt. De to artiklene som er klare for publisering er begge skrevet av Mona Iren Hauge og relaterer seg til forskningsfelt 2 (Kjønnslemlestelse blant jenter på videregående skole i Oslo- Hauge 2012 a og b).

NKVTS har tidligere bestilt følgende fra Nasjonalt Kunnskapssenter for Helsetjenesten:

- "Effectiveness of interventions designed to reduce the prevalence of female genital mutilation/cutting"
- "Psychological, social and sexual consequences of female genital mutilation/cutting (FGMC/C): a systematic review of quantitative studies".
- "Factors promoting and hindering the practice of female genital mutilation/cutting (FGM/C)".

Følgende NKVTS-rapporter er også utgitt:

- Jonassen/Saur: 2011: «Kjønnslemlestelse i Norge». NKVTS rapport
- Lien/Schultz/Borgen 2011: «Intervensjon mot kjønnslemlestelse». Rapport 2/2011

Videre er følgende artikler levert til tidsskrifter fra NKVTS-medarbeidere:

- Hauge, Mona Iren (2012): "Research with young people on female Circumcision: Negotiating Cultural Sensitivity, Law and Transparency."
- Hauge, Mona Iren (2012): "Er det på grunn av omskjæringa du ikke skal gymme?" Læreres tilnærminger og jenters håndtering av omskjæring som tema i skolen".

Flere artikler er under vurdering i tidsskrifter

Flere artikler er altså til godkjenning og gjennomgang, og kan derfor ikke kommenteres her. Oxford Research vil igjen påpeke problemene ved at praksisrettet forskning og dens resultater må bruke så lang vei til publisering. Dette er ikke en kritikk av KJØLL-prosjektets arbeid, men en problematisering av de rammevilkår som er satt for forskningen og dens publisering.

Vi har også fått den ferske rapporten «Intervensjon mot kjønnslemlestelse. Erfaringer fra tilbudet «Samtaler og frivillige underlivsundersøkelser»». NKVT Rapport 2/2012. Den er skrevet av Lien, Schultz og Borgen. Den vil bli omtalt under kapitlet om helse og helsetjenester (kap. 8).

«Den vanskelige samtalen»

Hauges to artikler omhandler metodiske og etiske problemer med å få tematisert og diskutert temaet kjønnslemlestelse eller omskjæring blant ungdommer i videregående skole. De temaene hun omtaler er viktige og går til kjernen i en del av den problematikken som det endringsorienterte arbeidet mot kjønnslemlestelse innebærer.

Artiklene er tydelige på komplikasjonene ved å ta opp temaet – også blant norsk-somalier selv. Vi kan ikke referere fra disse artiklene før de er publisert, men disse komplikasjonene har vært omtalt av Hauge tidligere, og er et problemfelt som flere forskere i KJØLL-prosjektet er opptatt av i sin forskning: Det må bygges opp tillit mellom forskere og berørte, mellom helsepersonell og berørte, før man gradvis kan komme noen vei i forsknings- og endringsarbeid. Dette er også et felt der det tar tid å få innpass. Det må bygges tillit mellom forskere og informanter, det er ikke bare å «sende ut en survey», slik forskerne formulerer det. Informantene er sårbare.

På vei mot forskningsfronten?

Når forskerne på KJØLL-programmet blir bedt om å plassere forskningsfronten på feltet internasjonalt, omtaler man miljøene i Nederland og USA som å være langt framme. I Sverige finnes også en rekke anerkjente forskere, et miljø er under utvikling i Sveits.

Miljøet i Norge er på mange felter på vei mot den internasjonale forskningsfronten etter hva Oxford Research kan bedømme. Man har systematisk bygget et godt miljø, bygget nettverk og hevet sin kompetanse. Det er mye interessant forskningsstoff på

vei fra KJØLL-prosjektet, dvs de artiklene vi har omtalt fra Hauge, samt de som vil komme fra Lien og Schultz.

Forskergruppen har nylig vært på en forskningskonferanse i Nairobi, den eneste rene FGM-konferansen hittil. Her hadde KJØLL-prosjektet en egen workshop med presentasjon av sin forskning. Samme sted skal det dannes et «Centre of Excellence». Det er sendt søknad om midler til Norad – en søknad som NKVTS støtter. NKVTS påpeker at de har gode forbindelser i forskningsfeltet.

I FOKO-nettverket (Nordisk nettverk for forskning om kvinnelig omskjæring) har NKVTS-sekretariatet ansvaret for årets konferanse 18-20.oktober. Flere internasjonale størrelser kommer, noe som tilsier at nettverket og NKVTS oppfattes som sentrale i det internasjonale miljøet.

Oxford Research mener det er grunn til å tro at serien av år med handlingsprogrammer og parallell oppbygging av kunnskap, har gitt det norske forskningsmiljøet midler slik at det har vært en kontinuitet på feltet, og dette er unikt internasjonalt.

7.1.4 Formidling og tilrettelegging

NKVTS er gitt ansvaret for Handlingsplanens tiltak 25. Videreutvikle informasjonsmaterieil om kjønnslemlestelse.

Oxford Research har tidligere gjennomgått og evaluert publikasjoner fra KJØLL-prosjektet ved NKVTS, og berømmet dem for et godt grep ved at de understreker normen om at kvinner skal ha råderett over egen kropp og seksualitet. Dette kommer svært godt fram i brosjyren "Kroppen din er perfekt fra naturens side" (del av tiltak 25). Her går man på en måte til kjernen av problematikken: Dette er noe den enkelte skal bestemme over selv når man er voksen nok. I det norske samfunnet legger vi vekt på at kvinner selv skal ha kontroll over egen kropp og seksualitet. KJØLL-prosjektet kombinerer et barneperspektiv, et menneskerettighetsperspektiv, et familieperspektiv og et kjønnsperspektiv.

To nye brosjyrer retter seg mot berørte grupper. Den ene har tittelen «Er det lurt å omskjære døtrene sine?». Innretningen på brosjyren er god og i henhold til NKVTS-prosjektets øvrige strategi. Men den inneholder også et mindre vanlig element i andre brosjyrer og annet materieil fra NKVTS, og det er de mange referansene til lover og konsekvenser av

lovbrudd: Det nevnes fire argumenter av denne typen man kan bruke hvis noen vil presse en til å omskjære ens datter, ett av dem er for eksempel «Når jeg sitter i fengsel kan jeg ikke hjelpe min familie». Hvis det er allment kjent at ingen har fått (fengsels)straff for kjønnslemlestelse i Norge, blir dette argumentet svekket. På den annen side kan argumentet også brukes selv om man er i mot kjønnslemlestelse ut fra et barne- og helseperspektiv, men trenger et argument som også er slagkraftig overfor eldre slektninger i opprinnelseslandet.

Det blir i samme brosjyre også understreket den lange foreldelsesfristen som forhold knyttet til kjønnslemlestelse har:

«Den juridiske foreldelsesfristen begynner å løpe når jenta har fylt 18 år. Etter det har hun 10 år på seg for å bestemme om hun vil anmelde foreldrene sine hvis hun er omskåret. Det betyr at du ikke kan være trygg noen gang hvis du har omskåret datteren din. Som voksen kan hun bli bitter og sint og gjøre foreldrene sine juridisk ansvarlig for omskjæringen slik at de må i fengsel.»

Dette er for det første en betydelig rettsliggjøring av forholdet mellom foreldre og barn, noe som er en følge av lovverket på feltet. Det kan ha kraftig allmennpreventiv effekt, men kan også tenkes å forsterke en allerede sterk sosial kontroll for å hindre at døtre kan gå til slike skritt som å anmelde sine foreldre. KJØLL-prosjektet kan derfor ikke kritiseres for å på denne måten ha vist konsekvensene av en allerede eksisterende lovgivning og bevisstgjort berørte grupper om dette. Snarere er det slik at det som formidles etter Oxford Research sin oppfatning tydeliggjør innebygde motsetninger i handlingsplanen som helhet.

I tillegg inneholder brosjyren noen formuleringer som *kan* misforstås på grunn av språklig uklarhet: «Det er IKKE lurt å omskjære jenta si – for da slipper du å være skyld i at barnet får problemer og skader...». Dette bør rettes på nett og ved opptrykk.

Den andre brosjyren rettet mot berørte grupper heter «Omskåret?» - med undertittelen «Alle landets helseregioner tilbyr åpne operasjoner». Den er utgitt i samarbeid med Nakmi, og har mer preg av «ren» helseinformasjon.

Siste store utgivelse er altså «Veiviseren». Veiviseren er et web-basert opplegg som viser kilder til kunnskap om kjønnslemlestelse. KJØLL vurderer dette selv som et godt tiltak. De har fått gode tilbakemeldinger fra BLD og andre interessenter, mange har

også vært med i produksjonen av den. Veiviseren fikk stor oppmerksomhet rundt lanseringen i april 2011. Deretter har den vært vist hos fylkesmennene, og gjort kjent for RVTS-ene, POD, Bufdir og innvandrerorganisasjoner.

Det foreligger ingen systematisk tilbakemelding på brukernes opplevelse av Veiviseren, men NKVTS har hørt fra fornøyde enkeltbrukere som uoppfordret melder tilbake.

Veiviseren skulle opprinnelig hett «Veileder», men dette begrepet er helt spesielt i helsesystemet, og ville krevd løpende godkjenning av alt som står der fra Helsedirektoratet.

Oxford har hatt tilgang på treffstatistikk på veiviseren på nettet. Statistikken gir et bilde av et sted som brukes rimelig jevnt og ofte, gitt hvor spesielt temaet er. De temaene som hyppigst etterspørres går på:

- Hva man skal gjøre ved bekymring for kjønnslemlestelse
- Hvordan skape en dialog om kjønnslemlestelse
- Tilgjengelige ressurser
- Forebygging
- Fenomenbeskrivelse
- Komplikasjoner

Noe sjeldnere vises interesse for

- Kjønnslemlestelse påvist
- Barnevernstjenestens rolle

Veiviseren skal være mal for en tilsvarende veiviser i forbindelse med overgrep mot barn, noe som indikerer at man både eksternt og internt oppfatter den som en suksess. Oxford har navigert rundt på de forskjellige temaene som veiviseren angir, og opplever dette som et oversiktlig og godt web-område med lettfattelige innganger og tekster. Vi vil dog anbefale en mer systematisk innhenting av informasjon fra brukergruppen når man nå skal gjøre nye framstøt for å gjøre websiden kjent:

Presentasjonen og «promoteringen» av veiviseren og annet materiell fikk en brå stopp etter tragedien 22/7-2012, der så å si hele NKVTS har hatt mye å gjøre i etterkant. Nå skal man ta opp igjen arbeidet på forskjellig vis:

- Det skal lages en egen «promopakke» av alt brosjyremateriell, filmer etc som NKVTS distribuerer
- Det skal legges link til veiviseren på en serie andre nettsteder (av typen RVTS)
- Veiviseren skal lanseres på nytt sammen med en del øvrig materiale
- Man skal også vurdere å presentere den utover Norge (Norden, Europa, Afrika)

Oxford Research vurderer det slik at formidlingsarbeidet er blitt mer proaktivt og oppsøkende enn før. Det inneholder også flere referanser til den delen av handlingsplanen som vektlegger kriminalisering. Annen informasjon (se Gele mfl 2012) gir inntrykk av at trusselen om kriminalisering virker og blir forstått.

På den annen side vil Oxford Research mer prinsipielt reise spørsmålene: Hvor lenge har trusselen effekt uten at det foregår reell sanksjonering? Kan kriminaliseringen lede til en form for instrumentalitet? Det vil si at man avstår fra inngrepene fordi det er forbudt – eller sørger for å gjøre på det på en måte som ikke oppdages - samtidig som de alvorlige helsemessige følgene og krenkingen av integritet blir skjøvet mer i bakgrunnen. Se for øvrig vår omtale av temaet holdningsendring i kapittel 8.

7.1.5 Kompetansefunksjonen

Hvilken kompetanse og faglig bakgrunn forskerne ved KJØLL skulle ha er ikke entydig beskrevet i handlingsplanen. Hvilke valg har NKVTS gjort og hvorfor? I følge forskningsmiljøet var valget av personalsammensetning noe tilfeldig – noe det vel måtte bli. Man var avhengige av den søkermassen som kom på oppstartstidspunktet, og den viste seg å være tverrfaglig. Man har følgende sammensetning per i dag:

1 sosialantropolog, 1 psykolog, 1 pedagog, 1 lege med spesialistutdanning og 1 master i sosialt arbeid, i tillegg til en kommunikasjonsrådgiverstilling

Man er altså blitt tverrfaglige, og regner det som en styrke. Miljøet kan jobbe både med konsekvenssiden, og det som handler om å endre atferd (pedagogikk).

Miljøet er homogent på en måte, i det alle er kvalitativt orienterte forskere. Dette er fordi man anser at slike metoder er best egnet i tilnærmingen til feltet. Man har ønsket seg et kvantitativt tilskudd til tider,

men vektlegger at flere i miljøet har kompetanse på slik metodikk og også bruker det i sine analyser. Men i første omgang måtte man ha substansiell kulturkunnskap på feltet. Informasjon fra flere av de berørte i målgruppen er ellers vanskelig tilgjengelig, noe som igjen peker mot behovet for langsom bygging av tillit gjennom god faglig og tematisk forankring.

I KJØLL regner man det som en styrke å ha kontakt med berørte og de som jobber i feltet.

Miljøet har et generelt problem med å bare bruke prosjektansatte. I mange tilfeller må man bruke egen kompetanse, man kan ikke bare delegere. Dette innebærer at forskerne har vært tungt inne i de andre funksjonene ved KJØLL. De har prøvd seg med eksterne kommunikasjons/PR-folk uten særlig hell. De var for distanserte fra feltet til å gi forsvarlig kommunikasjon mot blant andre målgruppen av berørte i innvandrer miljøene.

7.1.6 Rådgivnings- og veiledningsfunksjonen

NKVTS er tillagt ansvaret for Handlingsplanens tiltak nr. 6. «Kartlegge hvem som jobber med kjønnslemlestelse og deres kompetansebehov»

Evalueringen på dette feltet tar utgangspunkt i det man generelt vet om kompetansebygging, implementering og forankring på kjønnslemlestelsesfeltet. Kort gjengitt kan man si at KJØLL, Nakmi og andre har levert en samlet kompetanse som er nok til å «serve» feltet av praktikere i helsevesenet, skolen, på mottak og i politi og barnevern. Kunnskapen er formidlet på en måte som burde gjøre den greit tilgjengelig for den som søker.

Det er mer komplisert å si hvor mange som har søkt og tilegnet seg kunnskapen, se kapitlene om helse og skole (kap. 7). Men et hovedinntrykk er at mange av dem som har hyppig kontakt med berørte grupper, og da særlig i helseapparatet, har solid kompetanse.

Forskerne i KJØLLgruppen er nå opptatt av hvordan de kunnskapsrike medarbeiderne på helsestasjoner, skoler etc skal få budskapet videre til de berørte. Vi ser her to interessante strategier:

1. «Den vanskelige samtalen». Dette perspektivet tar utgangspunkt i at både norske «systemrepresentanter» i skole og helsevesen, samt de berørte selv, har barrierer for å ta opp temaet, noe som resulterer i taushet fra begge sider. Det er stor usikkerhet rundt samtalen og KJØLL-prosjektet har forsøkt å gi

forskningsbasert informasjon som kan brukes til å trygge fagfeltet i møtet med målgruppen. Denne kompetansen blir svært essensiell for minoritetsrådgiverne som i følge Handlingsplanen 2012 skal bli stadig mer vesentlige i kontakt- og påvirkningsarbeidet.

2. Det andre grepet er at KJØLL har bygget opp et nettverk av kontakter i de afrikanske miljøene. Denne nettverksbyggingen var særlig aktiv under datainnsamling i 2010-2011, og mindre aktiv i 2012 etter som det har vært nødvendig å få tid til å forske og publisere. Men organisasjonene blir gjennomgående betegnet som en suksess, og som mer selvgående nå. De har brukt det KJØLL har laget og tilpasset det til sitt formål. Organisasjonene er også knyttet til flere land og folkegrupper (Nigeria, Sudan, kurdere) enn før da det bare var somaliere. Det er også mer fokus på ungdom, ikke bare voksne kvinner.

7.1.7 For mange hatter?

Kan det være en spenning mellom alle de rollene KJØLL-teamet er tildelt, både forskning, rådgivning og kompetansebygging?

Forskergruppen opplever at dette med rollekompleksitet aktualiseres regelmessig. De har oppgaver som gjør dem ulike universitetsforskere, og de er mye mer ute i miljøet. KJØLL-teamet tror omverdenen klart ser når de er formidlere eller rådgivere og når de er forskere, og har ikke møtt noen misforståelser.

I KJØLL opplever man at dette med «alle hattene» er et teoretisk dilemma: «Omverdenen forventer anvendbar forskning, og det leverer vi! Vi har snarere fått skryt for nærhet til gruppen». De er frie forskere uavhengige av myndighetene, og dette har ikke dempet dem, men snarere beriket dem.

7.1.8 Handlingsplanens effekter

Vi stiller oss her to spørsmål: Ville KJØLL-miljøet ha eksistert i nåværende omfang uten Handlingsplanen 2008-2011? For det andre har vi bedt forskerne ved KJØLL å vurdere effekten av handlingsplanen som helhet. En del av diskusjonen nedenfor vil derfor finnes igjen i andre kapitler i denne evalueringen.

I KJØLL-prosjektet ser man at det norske miljøet har fått en tyngde og kontinuitet som man ikke ser i andre og sammenlignbare vestlige land. De mener også at handlingsplanene setter Norge i en særstilt internasjonalt.

Det blir påpekt at kombinasjonen av tydelighet og midler er unik. Dette gjelder også tvangsekteskap. Norge har en sterk posisjon også i Afrika, gjennom betydelige midler brukt til anti-kjønnslemlestelse-arbeid der også.

«Handlingsplanen har satt systemet i sving, det har blitt en nasjonal dugnad.», uttaler KJØLLgruppens leder Inger-Lise Lien. I for eksempel Storbritannia skjer det også mye på kjønnslemlestelses-feltet, men her er det berørte grupper og NGOer (Non-governmental organizations) som er aktive. Det er noe spesielt i Norge ved at man har den gode forankringen i det offentlige apparatet.

KJØLL-prosjektets medlemmer påpeker også at temaet i de siste årene har vært mindre i media, men høyt på dagsorden i «systemet».

Forankringen og implementeringen i offentlige etater og nettverk av berørte er altså åpenbart til stede. Forskerne er mer usikre på omfanget av reelle atferds- og holdningsendringer i de berørte miljøene.

På den annen side kan man være rimelig trygg på at berørte grupper kjenner det norske samfunnets holdninger overfor kjønnslemlestelse, gjennom påvirkning på mottak, i voksenopplæring og introduksjonskurs osv.

7.1.9 Handlingsplanen 2012

Er tiden inne for mainstreaming i forholdet til kjønnslemlestelse? Det vil kort sagt si at arbeidet mot kjønnslemlestelse får en plass innenfor generelt arbeid mot vold i nære relasjoner, og at det forankres i generelt arbeid innenfor helsevesenet, skolen, politiet etc.

Her har KJØLL-temaet ikke noe entydig standpunkt. På den ene siden må man ha eget fokus på kjønnslemlestelse, ellers vil mainstreaming gjøre at man mister det særskilte. På den andre siden: Ved å nedtone det særskilte kan man få en mer åpen inngang til temaet.

Et generelt problem er turnover blant praktikere. Kunnskapen kan forvitte. Det kommer også stadig nye innvandrere fra aktuelle områder, påpekes det fra KJØLL-gruppen.

7.1.10 Oppsummering

Det har skjedd en solid kompetanseoppbygging både gjennom handlingsplanen og det forutgående OK-prosjektet. Det meste tyder på at kunnskapen om helse-effekter, behandlingsmodeller og det norske forbudet har nådd mange. Vi har i tillegg fått et fors-

kermiljø på vei mot den internasjonale forskningsfronten.

7.2 Bevisstgjøring av nyankomne innvandrere om kjønnslemlestelse og konsekvensene

Et annet av tiltakene som handler om å øke kompetanse- og kunnskapsformidlingen er formulert som følger:

Tiltak 18 Bevisstgjøring av nyankomne innvandrere om kjønnslemlestelse og konsekvensene

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

Ansvarlig: AID

Gjennomføring: 2008–2011

Vi har undersøkt hvordan det arbeides i praksis med opplæring innenfor kjønnslemlestelse i voksenopplæringen norsk og samfunnsfag for innvandrere.

Rett og plikt til opplæring i norsk og samfunnskunnskap for innvandrere ble lovfestet 1. september 2005. Hovedregelen er at de som får opphold med mulighet for bosettingstillatelse, har både rett og plikt til 300 timer opplæring, fordelt på 250 timer norsk og 50 timer samfunnskunnskap. Det er verd å merke seg at opplæringen i 50 timer samfunnskunnskap skal skje på et språk som deltakeren forstår godt.

I følge Vox-speilet 2009 deltok totalt 26 292 innvandrere i opplæring i norsk og samfunnskunnskap. Det er flere kvinner enn menn som har deltatt i opplæringen. Kvinneandelen for 2008-2009 var på 61 prosent. I 2008 var hver tredje innvandrer som deltok i norskopplæring bosatt i Oslo og Akershus. I følge Vox- speilet er det også relativt mange inn-

vandrere i opplæring i Hordaland og Rogaland. Det er årlig mellom 20000 og 30000 innvandrere som deltar i norsk og samfunnsopplæringen for innvandrere. Langt fra alle disse kommer fra risikoland for kjønnslemlestelse.

Vox har produsert undervisningsmaterieill. Det er utviklet et deltakerhefte med undervisningsopplegg for nyankomne innvandrere i tematikken "Vold i nære relasjoner, tvangsekteskap og kjønnslemlestelse". Deltakerheftet er oversatt til mange språk. Det er også utarbeidet et hefte for lærerne - "Lærerens bok", som inneholder fagartikler om temaene og veiledning til deltakerheftet. Dette materialet ble sendt ut til skolene etter hvert som lærerne hadde deltatt på etterutdanningskurs.

Undervisningsmaterialet synes fornuftig og godt faglig fundert. Noen av skolene gir likevel tilbakemelding om at det er utfordrende å bruke materialet for deltakere med svake språkferdigheter. Samtidig er det indikasjoner på at det er meget vanskelig å få til en kunnskapsbasert dialog i praksis. Dette gjelder på tross av at lærere og skoler forteller om økt kunnskap og kompetanse om tematikken kjønnslemlestelse og godt lærematerieill.

7.2.1 Betydelig variasjon i praksis

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

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

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

7.2.2 Utdfordringer i praksis ved implementering i den enkelte skole

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

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

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

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

Det er også viktig å presisere at selv om man ikke er helt i mål med implementeringen på den enkelte skole, betyr ikke det at en ikke har gjort en god innsats. Forhold ved tiltaket og kjennetegn ved organisasjonen kan forklare en del av utfordringene.

7.2.3 Oppsummert

Det er i liten grad kunnskap og erfaringer med resultater av opplæringen. Dette er delvis et resultat av at en del av skolene i liten grad har gjennomført opplæring om kjønnslemlestelse. Man er i stor grad fortsatt i planleggings- og implementeringsfasen. Det er videre vanskelig å vurdere resultater når det gjelder endringer i kunnskaper og holdninger.

7.3 Foreldrenettverk i skolen

Innen kompetanse- og kunnskapsformidling har det vært et mål å engasjere foreldrenettverk i skolen. Tiltak 15 er formulert som følger:

Tiltak 15. Bruke foreldrenettverk i skolen

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

Den sentrale aktiviteten er *informasjonsarbeid*. Slik tiltaket er formulert, gir det etter vår vurdering betydelig valgmuligheter i fortolkning, strategi og gjennomføring. Gjennom evalueringen ble det klart at det i liten grad har gått ut aktiv informasjon fra de sentrale aktørene. Hovedspørsmålene i evalueringen har vært fokusert rundt:

- Hvordan har de sentrale aktørene fortolket oppgaven med å drive informasjonsarbeid?
- Hvilken tilnærming til informasjonsarbeid har de valgt?
- Hvordan har de sentrale aktørene eventuelt samarbeidet?
- Hva er erfaringene/vurderingene av informasjonsarbeidet

Vi har videre forsøkt å få kunnskap om hvorvidt tematikken belyses i foreldreutvalg i kommunene/skolene. Hvilket materiell er utarbeidet og brukes? Det fortelles at det oppleves som vanskelig å ta opp. Det er en av grunnene til at MIR ikke systematisk har tatt opp kjønnslemlestelse. Hos FUG (Foreldreutvalget for grunnopplæringen) sentralt er bevisstheten om kjønnslemlestelse som en del av vold i nære relasjoner høyt oppe. Kjønnslemlestelse har i diverse sammenhenger vært et tema som har

vært presentert, for eksempel i forhold til mobbe-manifestet. Det har også ved enkelte tilfeller vært eksterne foredragsholdere som har tatt opp tematikken.

FUG har imidlertid ikke brukt eller distribuert noe eget undervisningsmaterieell vedrørende kjønnslemlestelse. FUG har heller ikke iverksatt noen spesifikke tiltak i forhold til kjønnslemlestelse. Hovedinntrykket til FUG er at kjønnslemlestelse i liten grad er tema i foreldreutvalg. I alle fall er det få henvendelser sentralt til FUG om denne problematikken. I 2010 fikk FUG mellom 400-500 henvendelser fra foreldre og foreldreutvalg. De fleste gjaldt mobbeproblematikk og spesialundervisning. Det var ingen i 2010 som spesifikt gjaldt kjønnslemlestelse. Vi har intervjuet Kommunalt foreldreutvalg i en større norsk by, med høy innvandreandel. I denne kommunen har kjønnslemlestelse aldri vært tema på foreldremøter de siste 3-4 årene og det er heller ikke kommet noen forespørsler fra foreldreutvalg/foreldre. Kommunalt foreldreutvalg i denne byen mener kjønnslemlestelse nok er et for vanskelig og sensitivt tema til at det blir tatt opp i foreldreutvalg. Det pekes også på at foreldreutvalgene ved de enkelte skolene spiller en forholdsvis liten rolle og at det i praksis ofte er liten fokus på det forebyggende arbeidet (informasjonsarbeid). Foreldregruppen er generelt lite brukt og det kommunale foreldreutvalget i denne kommunen peker på at kjønnslemlestelse gjelder noen få utvalgte land. Det er andre temaer som i praksis får størst

oppmerksomhet, slik som mobbing, trivsel og spesialpedagogikk. Det kommunale foreldreutvalget i denne kommunen vurderer det som lite realistisk, gitt dagens funksjon til foreldreutvalgene, at disse skal aktivt drive informasjonsarbeid og forebyggende arbeid om kjønnslemlestelse.

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

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

7.3.1 Oppsummert

Det er pekt på noen utfordringer, bl.a. at foreldregrupper ved de enkelte skolene har liten rolle generelt og særlig liten rolle i det *forebyggende* arbeid og at de "store" mer generelle sakene tar fokus, slik som mobbing, trivsel og spesialpedagogikk.

Kapittel 8. Forebygging og holdningsskapende arbeid i berørte miljøer

8.1 Beskjeden kunnskap

Handlingsplanen tar sikte på å endre holdningene til kjønnslemlestelse i berørte grupper, for på den måten å endre handlingene, dvs at man skal slutte med omskjæring av egne barn.

Dette er et uhyre komplisert analysefelt. For det første har vi (hittil) ingen representativ undersøkelse som viser holdningene til fenomenet blant innvandrere fra aktuelle land. Vi har heller ingen indikatorer på om det faktisk kan ha forekommet kjønnslemlestelse i Norge

For det andre vil en eventuell representativ undersøkelse ikke kunne si noe om hvorvidt holdningene har blitt påvirket av handlingsplanen 2008-2011, i det vi ikke har noen tilsvarende undersøkelse fra før handlingsplanen og dens tiltak ble iverksatt.

For det tredje er det komplisert å finne representative utvalg av innvandrere fra det viktige landet Somalia. I SSBs levekårsundersøkelser blant innvandrere er det denne landgruppen hvor frafallet er størst. I disse undersøkelsene er temaet bredt, mens en eventuell undersøkelse der kjønnslemlestelse er et hovedtema vil kunne få svært selektive frafall mht. hvem som ønsker å besvare spørsmål om dette.

Videre er det alltid problematisk med surveyer der man spør folk om holdninger til temaer som er kriminalisert. Man kan spørre om holdninger til «allemannssynder» som trafikkforseelser og mindre skatteunndragelser, men å få folk til å erklære seg som tilhengere av å begå lovbrudd som legegmsbeskadigelse – eller kjønnslemlestelse, er noe annet. De fleste vil selvfølgelig vegre seg mot å inkriminere seg selv på denne måten. Vi kan imidlertid antakelig ta det for gitt at de fleste innvandrere fra berørte land i Norge vil kjenne til lovforbudet.

Selv om vi altså må forlate en evaluering av Handlingsplanen med denne typen metodikk, er det likevel svært interessant å se på de undersøkelsene i Norge der man har kvalitative tilnærminger til innvandreregrupper som har negative holdninger til

kjønnslemlestelse. Vi ser altså bort fra diskusjonen om disse holdningene er representative eller ei, og interesserer oss mest for hvordan de negative holdningene begrunnes.

8.1.1 Fersk holdningsundersøkelse

Den nyeste og mest omfattende undersøkelsen av holdninger til kjønnslemlestelse i Norge, er en undersøkelse foretatt av norsk-somalieren Abdi A Gele mfl og publisert i *International Journey of Womens Health* i 2012. Gjennom ansikt-til-ansikt-intervjuer og fokusgrupper har Gele mfl nådd 38 norsk-somalier, 17 menn og 21 kvinner. Med unntak av 2 personer, uttrykte alle motstand mot kvinnelig omskjæring. Hvorvidt dette er representativt skal vi altså la ligge her. Det mest interessante er begrunnelsene man gir for å være motstandere av praksisen. Oppsummerende angir Gele mfl fire former for begrunnelse:

- Praksisen skaper helseproblemer
- Religionen krever ikke omskjæring
- Praksisen er smertefull og ødelegger mye av grunnlaget for kvinnelig seksualitet
- Påvirkninger fra de sosiale omgivelsene i Norge som uttrykker klare negative holdninger

Interessant nok er det mannlige respondenter som i størst grad er opptatt av de negative effektene for kvinnelig seksualitet, mens kvinnene selv snakker mer om religion, smerte og helseproblemer. Svært interessant er det også å merke seg at statusen som ikke-omskjært kvinne er høy også på partnermarkedet, altså det motsatte av hva som var meningen med selve omskjæringen.

Artikkelen gir ikke noe klart bilde av hvilke typer argument som står absolutt sterkest, mange av de gjengitte utsagnene viser en blanding av argumenter. Noen har alltid opplevd at skikken hadde helseskader, men regnet den som religiøst nødvendig. Andre sier rett ut at det er lovforbudet som holder dem borte fra omskjæring.

Mange peker også på det sterke sosiale presset for omskjæring som kommer fra eldre slektninger i Somalia, særlig bestemødrene til deres barn. I den

forbindelse er det av stor interesse hvor mye press man kan motstå.

8.1.2 Resistente holdninger?

I en sammenheng som dette er det viktig at eventuelle endrete holdninger er godt befestet, dette fordi det altså er viktig å tåle det presset mot omskjæring som kan komme fra eldre slektninger og andre.

I argumentasjonen for ikke å kjønnslemleste barn kan man grovt sett skille mellom tre typer argumentasjon:

De helsemessig/psykologisk/likestillingsmessig forankrete: Kvinner har krav på kontroll over egen kropp, barn har krav på vern mot overgrep som skaper betydelig helsemessig komplikasjon og risiko, kvinner har krav på en kropp som gir fullverdig seksuelt utbytte etc.

De mer religiøst forankrete argumentene: Omskjæring er ikke forankret i religion, du kan trygt la være å omhandle dine barn uten å bryte med religiøse regler.

De legalistiske argumentene: I Norge er det strengt forbudt ved lov å omskjære sine barn, du vil derfor risikere straff og/eller utvisning fra landet hvis du er medvirkende til kjønnslemlestelse av barn.

Hvis vi antar at det har skjedd klare holdningsendringer på dette feltet, slik Gele mfl (2012) argumenterer for, blir det interessant hvordan man begrunner sine nye holdninger. Kan man anta at holdningsendringer av kategori 1 (helse og seksualitet) er mer varige enn andre? Men at 2 og 3 har «raskere» effekt. Eller er det slik at argumentene begrunnet i manglende religiøs forankring og norsk lovforbud er best egnet overfor press fra slektninger i opprinnelseslandet.

For å vise kompleksiteten i saksfeltet: Vi må også ta hensyn til risikoen for «trass»: Et for sterkt press fra majoritetssamfunnet kan gjøre at man går i en forsvarsposisjon og bruker kjønnslemlestelse som identitetsmarkør.

8.1.3 Samsvar eller likedanning?

Sosiologen Wilhelm Aubert (1954) brukte begrepene «samsvar» og likedanning i diskusjonen av lovens og straffens atferdspåvirkende funksjon. Som regel ser man at det er et betydelig samsvar mellom folks atferd og lovbudene. For eksempel er det ytterst få som begår drap. Aubert mener at dette er «samsvar» i den forstand at vi avstår fra

slike holdninger fordi vi har internalisert en holdning til dem som avskyelige, uønskete osv., at våre nærmeste tar sterk avstand fra slike handlinger, og at det betyr mindre hva strafferettsapparatet gjør overfor lovovertrederen. Vi ville uansett ikke gjort det. «Likedanning» betyr at lovforbudet og trusselen om sanksjoner faktisk får oss til å avstå fra handlingen. Et typisk eksempel vil være trafikkforseelser.

Auberts resonnement og begrepsbruk tilsier at holdningspåvirkning fra «egne» antakelig er mer effektiv enn fra norske «sosiale agenter» i skole, helsevesen etc. Ved en del av innvandringen kan man anta at holdningene søkes påvirket i flere trinn: Ved klare beskjeder på mottak og voksenopplæring. Ved påvirkning gjennom kontakt med norsk helsevesen, og dernest ved kontakt med norsk-somalier og andre som har internalisert nye handlings- og atferdsmønstre. Dette viser hvordan det i takt med økt innvandring er en pågående prosess med stadig «input» nedenfra.

8.1.4 Levekår

Liden og Berntzen 2008 har gjennomgått litteratur som ser på hva som påvirker tendensen mot å la være å omskjære jenter. Flere av disse tendensene ser ut til å bunne i bedringen av levekår og særlig kvinners utdanningsnivå. I tråd med det vi skriver om levekår i kapittel 2.2, er det et betydelig forbedringspotensial for levekårene for særlig somaliske innvandrere.

Flere forskere på feltet, med Mackie (2000) som den tydeligste eksponenten, argumenterer for at en situasjon der viktige grupper tar avstand fra kjønnslemlestelse, innebærer potensiale for en selvforsterkende prosess der endringer skjer raskt. Argumentasjonen er på en del felter overbevisende, men vi vil påpeke at endringsmodellen må ta hensyn til den påvirkning som skjer gjennom ekteskap med partnere i opprinnelseslandet, samt den stadige innvandringen av nye berørte som ikke kjenner til holdnings- og atferdsmønstre i Norge. Dette peker på at kjønnslemlestelse er et felt der man må opprettholde høy beredskap.

Oxford Research vil påpeke det kompliserte i å finne effektene av Handlingsplanen og dens virkemidler i denne sammenheng, og at mye av effekt-diskusjonen må bli av svært akademisk karakter. Det viktigste er antakelig at det foregår en prosess internt i afrikanske eksilmiljøer der man får flere handlingsvalg enn før, og der det er lettere å motstå det tradisjonelle presset mot omskjæring av jenter. I en slik kontekst, og i tråd med påstandene fra moderne «behavioural economics» (Thaler and

Sunstein 2008) blir det viktig for Handlingsplaner spesielt og myndigheter generelt å «dytte/dulte» (på engelsk «nudge») avgjørelsene i riktig retning, ved å gi foreldre en «valgarkitektur» der det å avstå fra omskjæring blir det naturlige valg. Handlingsplanen 2008-2011 inneholder en rekke tiltak som antakelig «dytter» i riktig retning og påvirker allerede pågående prosesser. Flere aktører i feltet påpeker hvor viktig det er å samspille med de berørtes organisasjoner, herunder de religiøse. Oxford Research vil i tillegg peke på viktigheten av å analysere mulighetene for tydeligere rettslige budskap, samt behovet for et arbeid som tar sikte på å bedre levekårene for grupper av afrikanske innvandrere i Norge.

8.2 Økonomisk støtte til frivillige organisasjoner

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

Tiltak 20. Gi økonomisk støtte til frivillige organisasjoners forebyggende- og holdningsskapende arbeid mot kjønnslemlestelse.

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

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

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

Det er avsatt 3 millioner kroner pr. år til tilskudd til frivillige organisasjoners forebyggende og holdningsskapende arbeid. Formålet er å gi støtte til prosjekter og aktiviteter som har som mål å endre holdninger og å hindre at kjønnslemlestelse blir gjennomført på barn som har opphold i Norge. Tilskuddsordningen skal bl.a. bevisstgjøre, øke kompetansen og endre holdningene til kjønnslemlestelse blant grupper i befolkningen med opprinnelse fra land der kjønnslemlestelse fortsatt praktiseres. Tiltak 20 skiller seg fra handlingsplanens øvrige tiltak siden det er et spesifikt *prosjekttiltak*, jfr. utlysningsteksten "resultater til konkrete prosjekter og aktiviteter".

BLD er ansvarlig departement for tiltaket. I andre delrapport i 2010 diskuterte vi særlig utviklingen og implementeringen av tilskuddsordningen. Hovedfunnet i 2010 var at tiltaket var gjennomført etter tidsplanen og at det var godt implementert, samtidig som det er svært utfordrende å vurdere oppnådde resultater. Manglende kunnskap om omfanget og om hva som virker, gir utfordringer både i valg av virkemidler og strategi i tilskuddsordningen og i vurdering av resultater. Vi pekte også på at tiltaket ikke har en klar "programteori" og teoretisk begrunnelse om årsak og virkning, noe som gjør evalueringen utfordrende. Tilskuddsforvaltningen i 2011 vurderes som god. Hovedinntrykket var at tilskuddsforvaltningen oppfyller krav til generell tilskuddsforvaltning, i tillegg til de spesielle mål Bufdir selv har med tilskuddsordningen.

8.2.1 Resultater

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

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

En av informantene forteller:

"Det har skjedd en tydelig kompetanseendring og holdningsendring i organisasjonen. Nå mener folk

det er meningsfullt å arbeide med problematik-ken”.

Det er gitt og formidlet mye informasjon om helsekonsekvenser og fenomenet kjønnslemlestelse som ellers ikke ville blitt utført. Hovedspørsmålet er om informasjon og bevisstgjøring faktisk har endret kunnskaper og holdninger. Det er noe ulike oppfatninger blant informantene. Vårt hovedinntrykk er likevel at flere har erfart at forebyggende arbeid gjennom informasjon og dialog har hatt god effekt. De fleste betoner i denne sammenheng en grunnleggende dialogtilnærming der det er viktig å bygge tillit. Det pekes også på at det er svært viktig å bruke berørte/ressurspersoner i miljøene.

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

Flere informanter blant mottakerne av prosjektstøtte, mener også at tilskuddsordningen i enda større grad bør fokusere på tiltak som vektlegger *kunnskap* om de *helsemessige* konsekvensene av kjønnslemlestelse. Bakgrunnen er at informantene erfarer og har inntrykk av at det både er stort behov for kunnskap om helsemessige konsekvenser og at kunnskapen blir tilegnet. Det å nå isolerte grupper, religiøse ledere, samt menn generelt i de berørte miljøene, fremheves som viktige satsingsområder.

Flere peker på at en slik tilskuddsordning bør bygge på det omfattende arbeidet som allerede er blitt gjort og gjøres av frivillige organisasjoner. Det pekes på at man i større grad bør bruke pionerene i det forebyggende arbeidet. Et mulig fellestrekk synes å være at de i stor grad når fram til gruppene hvor det allerede er gjennomført en god del informasjonsarbeid. Dette kan komme i konflikt med hensynet til å nå grupper som hittil i mindre grad har blitt gitt informasjon.

Et annet poeng som fremheves blant noen frivillige organisasjoner, er at tilskuddstildelingen ikke bør spres vidt med for små beløp. Begrunnelsen er at informasjons- og holdningsarbeid tar tid. Flere av tilskuddsmottakerne uttrykker også at det avsettes for lite penger til de enkelte prosjekter og at man ikke opprettholder og støtter langvarig arbeid mot kjønnslemlestelse i stor nok grad.

Bufdir har påpekt at i den grad organisasjonene skal sikres en forutsigbar finansiering av driften

gjennom offentlige tilskudd, faller dette ikke innenfor formålet med denne tilskuddsordningen i handlingsplanen mot kjønnslemlestelse. Denne tilskuddsordningen handler om *spesifikk aktivitetsstøtte* og ikke driftsstøtte.

Det er klare indikasjoner på at tiltaket har ført til økt fokus og økt kompetanse blant de frivillige organisasjonene, i tillegg til nettverk i arbeidet mot kjønnslemlestelse. Det er etablert kompetanseinfrastrukturer i frivillig sektor. Det er gitt og formidlet mye informasjon om kjønnslemlestelse og om helsekonsekvenser som ellers ikke ville blitt utført.

I delrapport tre fant vi at det synes sannsynlig at det har skjedd endringer i kunnskap og forståelse som produkt av forebyggende arbeid. Vi fant det mer usikkert om det har skjedd endringer i holdninger.

8.3 Ressursgruppene i helseregionene

Som et ledd i det forebyggende arbeidet siktet Handlingsplanen mot å mobilisere grupper som kunne iverksette egne lokale tiltak mot kjønnslemlestelse.

Tiltak 23. Videreføre og styrke arbeidet mot kjønnslemlestelse i ressursgruppene i de fem helseregionene.

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

8.3.1 Nettverk

Gjennom evalueringen har vi erfart ulike oppfatninger om hvordan tiltak 23 skulle forstås. Noen informanter har pekt på at ressursgrupper for flere år siden var etablert regionalt, men at de forvitret etter OK-prosjektet. Andre har ment at det aldri har vært noe som kan kalles regionale ressursgrupper. Helsedirektoratet sier at det ikke har vært deres intensjon å bygge opp noen hierarkisk struktur med formelle ressursgrupper under hver RVTS. For direktoratet har det vært viktig å etablere nettverk. Denne forståelsen er også lagt til grunn i tildelingsbrev for 2010 og 2011, der RVTS-ene har fått oppdrag med å etablere nettverkene. Tiltak 23 synes dermed å ha blitt definert tydeligere i løpet av handlingsplanperioden. Med denne klargjøringen ser det nå ut til at arbeidet med tiltaket er godt i gang, i hvert fall i noen regioner.

RVTS mener det er helt nødvendig å ha ressurspersoner fra berørte områder for å nå frem i miljøene med ny kunnskap. Det er flere steder ansatt ressurspersoner i RVTS, med bakgrunn i berørtmiljøer, ofte i en mindre stilling. I tillegg kommer frivillige som inngår i nettverket. Fra RVTS-hold blir det påpekt at det kan være vanskelig å rekruttere personer med helsefaglig bakgrunn.

Det anses hensiktsmessig å ha personer lønnet og at disse kan ta en veileder-rolle i frivillig-nettverkene. Ressurspersonene har tilgang til mange ulike arenaer. De leverer undervisning i kvalifiseringssentra, asylmottak, i introduksjonsprogrammer og voksenopplæring. Ressurspersonene når fram til både nyankomne og de som har bodd i Norge en stund. Videre legges det nå opp til et arbeid overfor moskeene og religiøse miljøer, hvor man tar sikte på en dialog med imamene. Man har også fokus på isolerte kvinner, som har dårlig kontakt og kjennskap til samfunnet.

Flere påpeker at denne likemannstilnærmingen er et suksesskriterium i det holdningsskapende arbeidet. PMV understreker at nettverkene må bestå av personer som kjenner de ulike etniske gruppene godt og har arbeidet lenge på feltet. De sitter med en annen ekspertise enn "hvite etnisk norske med 15 års utdanning". Også i datainnsamling våren 2012 kommer det fram at det i noen regioner er vanskelig å tiltrekke og beholde ressurspersoner fra berørt-miljøer.

RVTS Øst forteller at hovedvekten av innsatsen har vært rettet mot somaliere, eritreere, etiopiere og kurdere og viser til at man har fått god tilgang til miljøene. Det er tilnyttet ressurspersoner fra hver av disse etniske gruppene. Gjennom våre intervjuer

finner vi at det er ulike meninger om hvor begrunnet denne fokuseringen har vært. Det hevdet at øvrige afrikanske etnisiteter har blitt for lite fokusert fra det offentlige. Noen mener at virkemiddelapparatet når fram til de somaliske miljøene, men ikke til de øvrige etniske gruppene som er berørt av problematikk knyttet til kjønnslemlestelse.

Blant aktørene i det forebyggende og holdningsskapende arbeidet finner vi ulike syn på hva som anses å være hensiktsmessig metodikk i arbeidet overfor målgruppene. Dette dreier seg om ulikt syn på hvor tydelig man skal kommunisere om kjønnslemlestelse. Man kan møte målgruppene på en dempet måte eller man kan gå mer eksplisitt til verks. Her synes det å være historisk eller kulturelt betingede forskjeller blant de ulike etniske gruppene.

8.3.2 Aktørmangfold

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

For å nå ut til de berørte gruppene, er ressurspersoner et viktig redskap. Det er veldig lett for "systemet" å bli opptatt av seg selv og sin posisjon og relasjonen til sine egne. Det er en fare for at en fokuserer så sterkt på de profesjonelle aktørene, at en "glemmer" å gå ut til de berørte miljøer.

"Systemet er opptatt av sine egne."

(Kilde: Informant fra ekspertnivået)

Systemet elsker å snakke med systemet, sies det. Man kan bli for dårlig på å kommunisere med de som er utenfor systemet. Vi ser tegn til at det offentlige med NKVTS, NAKMI og RVTSene, har etablert organisasjoner som konkurrerer om domene. NKVTS oppfattes som et kompetansesenter med folk som forstår problematikken godt. RVTS sin rolle oppleves av flere som mindre tydelig. Enkelte opplever at RVTS ønsker å operere som regionale varianter av NKVTS, med stor vekt på kompetansebygging. RVTS synes mindre orientert mot å jobbe direkte mot de berørte miljøene. Informanter mener at det offentlige holdningsskapende arbeidet først vil fungere tilstrekkelig hvis RVTS får anledning til å jobbe mer direkte inn mot de berørte miljøene.

Regionalt/lokalt er det mange aktører som er engasjert i det forebyggende og holdningsskapende arbeidet mot kjønnslemlestelse. I den frivillige

sektoren opererer en lang rekke aktører som blant andre Røde Kors, Kirkens Bymisjon/PMV, Amatheia, PAWA og Somalisk forening, for å nevne noen. Effektive nettverk av ressurspersoner bør ha et godt samspill med disse.

Informanter forteller at det er mange aktører som knapt vet om hverandre, og at det er lite samarbeid. Dette reiser spørsmålet om det er behov for at noen koordinerer disse aktørene. Det kan være hensiktsmessig å vurdere en form for sentralisert struktur med oppgaver som kunnskapssamling og koordinering av faglige initiativ.

Slik kan man unngå parallelle initiativ fra aktørene mot dels samme målgruppe og at informasjon «glipper» for sentrale aktører. Dette kan håndteres ved at en offentlig virksomhet med regional tilstedeværelse gis et særlig ansvar. Man kan også tenke seg en koordinerende funksjon i form av et fagråd eller liknende, med mandat fra ulike aktører.

8.3.3 Resultater

Forståelsen av at tiltak 23 handler om nettverk har nådd ut til RVTS, som nå arbeider aktivt med nettverksetablering. Det er viktig at nettverkene består av personer som kjenner de ulike etniske gruppene godt og har legitimitet der.

Det er etablert god fagkompetanse i det offentlige hjelpeapparatet.

8.4 Oppsummert om forebygging og holdningsskapende arbeid

Hovedspørsmålet i dette kapitlet er om det er oppnådd endringer i kunnskap og holdninger. En representant fra RVTS sier det slik:

Det er nå et helt annet bilde enn for noen år siden.

Det har skjedd mye blant de berørte, sier hun. Tidligere var norsk syn på kjønnslemlestelse ukjent. I dag er situasjonen en helt annen. Vi har ikke et klart bilde av hvilke tiltak som har hatt effekt. Det er nok summen av den samlede innsatsen som gir resultat.

På den annen side ser vi også at kraften i det samlede apparatet kan brukes bedre. Feltet preges av mange aktører, som til dels ikke vet om hverandre. Det kan være rom for noe mer koordinering i nettverkene.

Forholdet mellom eksperter og likemenn er sentralt. Likemenn har i mange sammenhenger bedre gjennomslag og legitimitet i berørt-miljøer. De må gis vilkår og støtte fra nettverkene slik at man sikrer kontinuitet i dette leddet. Vilhelm Auberts resonnement og begrepsbruk tilsier at holdningspåvirkning fra «egne» antakelig er mer effektiv enn fra norske «sosiale agenter» i skole, helsevesen etc. I evalueringen har vi sett at det er svært viktig å bruke berørte/ressurspersoner i miljøene. Det fremheves imidlertid at dette er utfordrende. En del steder har det lyktes å finne fram til ressurspersoner, og de er til dels knyttet formelt til det profesjonelle apparatet. Andre steder strever man med å knytte til seg slike ressurser.

Videreføring av arbeidet med forebyggende og holdningsskapende arbeid, vil styrkes med økt koordinering og antakelig med enda mer vekt på likemannsarbeid.

Kapittel 9. Tilgjengelige helsetjenester

Jenter og kvinner som er kjønnslemlestet har krav på helsehjelp og oppfølging både fysisk og psykisk, de har krav på veiledning og informasjon. Det skal også gis informasjon med sikte på bedre forståelse av fenomenet og dets helseimplikasjoner, men også for å forebygge kjønnslemlestelse av nye grupper jenter.

9.1 Mål og tiltak

Handlingsplanen 2008-2011 peker gjennom tiltakene 27-34 ut en rekke ansvarshavende i helsetjenesten i forhold til nødvendige tiltak og tjenester:

- Helsetjenesten generelt skal gi *helsehjelp og oppfølging* til berørte kvinner og jenter
- Spesialisthelsetjenesten skal gi *veilednings- og behandlingstilbud* til berørte kvinner og jenter. Dette skal skje ved (gynekologiske) poliklinikker, barneavdelinger og fødeavdelinger.
- Spesialisthelsetjenesten skal i tillegg gi informasjon om konsekvensene av kjønnslemlestelse
- Slik informasjon skal også gis av helsestasjonene i forbindelse med svangerskapskontroll, hos privatpraktiserende jordmødre og fastleger
- Gjennom kontakten med helsepersonell nevnt over skal berørte kvinner inviteres inn i forebyggingsarbeid i sine familier og blant andre som kan berøres av praksisen
- Helsestasjonene og skolehelsetjenesten skal gi et undersøkelsestilbud til berørte, samtidig som de berørte (og andre) er pliktige til blant annet å la sine barn kontrollere. Ved manglende bruk av tilbudet, skal helsetjenesten kontakte foreldrene og gjenta tilbudet. Hvis foreldrene likevel unndrar seg plikten til å medvirke, må helsetjenesten vurdere å involvere barnevernet.
- Helsetjenesten i transittmottak skal fange opp akutt behandlingstrengende asylsøkere
- Kommunehelsetjenesten og kommune legen skal følge opp aktuelle grupper av jenter og kvinner etter at de har ankommet kommunen. De potensielt berørte skal bli spurt «om de har spesielle helseproblemer som gjør at de treng-

er spesiell oppfølging eller behandling, herunder underlivsundersøkelse og gjenåpning.»

9.2 Implementering og forankring

Det er blitt foretatt en serie med surveyer rettet mot forskjellige deler av helsesektoren som har avdekket graden av implementering og forankring. Videre er arbeidet mot kjønnslemlestelse også blitt forankret i en del generelle satsinger på feltet.

9.2.1 Metode

Metodikken er i høy grad basert på studier av surveyer. Det er et generelt problem ved denne tilnærmingen at man får frafall, så også her. Generelt er det rimelig å tolke frafallsmønsteret slik at frafallet er minst for de gruppene som har hyppigst kontakt med berørte grupper og kjønnslemlestelse. Men vi ser også at mange svarer som har liten befatning med problemet. Det er altså slik at mange grupper av helsepersonell har bygget opp en beredskap rundt kjønnslemlestelse, men at de i mindre grad har nytte av den i daglig praksis.

Dette kan på en måte oppleves som en unødvendig bruk av ressurser. Vi vil imidlertid bruke funnet som en mulig indikator på handlingsplanens effekt, og se på beredskapen som en fornuftig investering sett i lys av dagens høye innvandring fra områder med mange som er berørte av kjønnslemlestelse.

9.2.2 Helsetjenesten generelt

NKVTS ved Jonassen og Saur (2011) har gjort den mest omfattende kartleggingen av instanser som arbeider mot kjønnslemlestelse i Norge. Kartleggingen omfatter både helsetjenester, asylmottak, barnevern, frivillige organisasjoner og RVTS-ene. Fordelen med dette materialet er at det er stort tilfang av både helsetjenester og andre instanser som respondenter, slik at det er mulig å sammenlikne implementering og forankring av arbeid mot kjønnslemlestelse i forskjellige instanser. Ulempen er at man har slått sammen alle respondentene fra spesialisthelsetjenesten, helsestasjonene og skolehelsetjenestene til en kategori: Helsetjenesten.

På den annen side ville det lave antallet respondenter fra særlig spesialisthelsetjenesten gjort det vanskelig med noen generalisering. Når vi nå gjenomgår Jonassen og Saur's funn, er det altså over-

for særlig helsestasjonene og skolehelsetjenestene de har utsagnskraft.

Enkelt sagt er helsetjenestene «flinkeste jenta i klassen» i forholdet til arbeid mot kjønnslemlestelse. Helsetjenestene har mest kontakt med brukergruppene. Det er også her at arbeidet mot kjønnslemlestelse er best forankret gjennom faste rutiner og skriftlige planer for virksomheten. Det er i helsetjenestene at flest ansatte har deltatt på aktuelle undervisningsopplegg, og det er her flest av de ansatte har lang erfaring på feltet.

Generelt er det ansatte i helsetjenesten som har best kunnskap om temaer i forbindelse med kjønnslemlestelse: Etske dilemmaer, norsk lovverk, psykiske og sosiale ettervirkninger etc. På to felter kunne kunnskapsnivået vært høyere: «Helsetjenestene oppgir at de kan lite om hva som virker i bekjempelse av kjønnslemlestelse og ser ut til å ha liten kunnskap om hva andre aktører og hjelpeinstanser kan bidra med. I tillegg kan de lite om hvordan de samtaler om dette temaet med brukerne» (Jonassen og Saur 2011, side 82).

Dette funnet peker mot at kompetansen i helsevesenet er størst på det som er helsevesenets klassiske oppgaver; behandling og lindring, mens til dels forebygging og ikke minst atferdsendring er oppgaver der man har mer beskjeden kompetanse. Disse feltene er da også problematiske innenfor asylmottakene og ikke minst barnevernet. I evalueringen av tiltak 5 (NKVTS) poengterer deres forskere behovet for bedre samtalemotodikk, noe som er godt tilpasset helsevesenets «kunnskapshull».

Jonassen og Saur sammenlikning viser også at helsevesenet har større bredde i arbeidsmåtene og høyere aktivitetsnivå enn de to andre instansene. Man er også hyppigere i kontakt med andre tjenester, men mange ytrer behov for økt samarbeid med barnevernet, skoler, barnehager og leger.

Et viktig funn i forhold til vår evaluering av Handlingsplanens effekter, er at relativt mange ansatte i helsetjenestene har betydelig kunnskap og beredskap i forhold til kjønnslemlestelse, til tross for liten eller ingen erfaring med temaet i sin praksis.

9.2.3 Spesialisthelsetjenesten og helsestasjonene

Nakmi har kartlagt informasjonsrutinene mellom helsestasjoner og sykehus (Sajjad 2010a). Man har kontaktet sykehus og helsestasjoner i områder der det bor relativt høye andeler personer fra Eritrea, Etiopia og Somalia. 56 spørreskjemaer gikk til 20

helsestasjoner ved jordmødre, 8 svangerskapspoliklinikker, 8 føde/barselavdelinger og et skjema til 20 helsestasjoner ved helsepersonell etter fødsel. Man fikk 39 svar i retur. Svarprosenten var høy (85 prosent og over) ved føde/barselavdelinger og helsepersonell etter fødsel, og lavere (50-55 prosent) fra helsestasjoner ved jordmødre og svangerskapspoliklinikker.

Kartleggingen viser at jordmødre, som er først i informasjonskjeden, har rutinene for å avdekke om kvinnene er i gruppen berørte (basert på landbakgrunn), og at de spør og avdekker ved første møte. Et problem er at dette i for liten grad blir notert på Helsekort for gravide.

Svangerskapsklinikken får informasjon om kjønnslemlestelse gjennom henvisning eller ved ultralyd. Føde/barselavdelingen får informasjon om berørte av kjønnslemlestelse gjennom journal fra poliklinikk (der dette er aktuelt), Helsekortet eller ved direkte spørsmål eller undersøkelse. Både fødeavdelingen og svangerskapspoliklinikken etterlyser bedre utfylte Helsekort for gravide på dette feltet. Denne informasjonen etterspørres også av helsepersonell som møter kvinnene etter fødsel. De rapporterer også at de ikke får denne informasjonen fra fødselsepikrisen i høy nok grad.

Kartleggingen viser for øvrig at mange fremdeles har ønsker om ytterligere kunnskap om temaet kjønnslemlestelse. Vi merker oss også:

«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». Dette punktet vil vi trekke inn i diskusjonen om Handlingsplanens effekt på helsefeltet.

9.2.4 Helsestasjoner og privatpraktiserende jordmødre

Nakmi har evaluert informasjonsarbeidet fra helsestasjoner for barn og foreldre og helsestasjoner rettet mot ungdom (Sajjad 2010). Man har et bruttoutvalg på 20 helsestasjoner og 15 helsestasjoner for ungdom/skolehelsetjenester. Av disse har rundt halvparten besvart skjemaet, det vil si at man har et ganske lite utvalg på 10 helsestasjoner og 7 helsestasjoner for ungdom/skolehelsetjeneste. Interessant er det å merke seg at nokså mange av de som svarer, ligger i områder der det bor relativt få fra de berørte innvandregruppene.

Undersøkelsen viser stor variasjon i når et barns liv man informerer og hvor ofte man informerer.

Dette gjelder for begge typer helsetjeneste. Brosjyrer er et mye brukt hjelpemiddel, langt mindre internett. Dette er interessant særlig i forhold til de unge, og kan tolkes som et utslag av at helsesøstrene er mindre opptatt av dette mediet enn de unge er. Svarene indikerer et fortsatt kunnskapsbehov hos både helsepersonell og berørte. Et viktig spørsmål er hvor ofte slik informasjon bør gis til de samme personene.

Det finnes lite kunnskap om informasjonsarbeidet fra privatpraktiserende jordmødre, men det synes rimelig å anta at målgruppen av berørte vil kontakte denne behandlergruppen. Vi vet også lite om hva som er situasjonen hos fastlegene som også har en rolle i arbeidet mot kjønnslemlestelse. Fylkeslegene er av HOD bedt om å ha fokus på kompetanseheving for legene.

NAKMI har fått et oppdrag knyttet til brukernes opplevelser og håndtering av helsetjenestens forebyggende tiltak. Grunnet alvorlig sykdom er oppdraget noe forsinket.

9.2.5 Frivillige underlivsundersøkelser

NKVTS har gjennomgått tilbudet «Samtaler og frivillige underlivsundersøkelser» (Lien mfl 2012). Underlivsundersøkelser av obligatorisk og frivillig karakter har vært diskutert på forskjellige stadier som et virkemiddel mot kjønnslemlestelse, samtidig som det gir et inntak til kartlegging av fenomenets omfang. Tilbudet er ikke en del av handlingsplanen, men vi mener at analysen av tiltaket peker på en problematikk av generell relevans i forhold til handlingsplanen.

Mye på grunn av etiske og rettslige betraktninger har man endt opp med et frivillig tilbud om både samtaler og underlivsundersøkelser. Tilbudet blir gitt til jenter i forskjellige aldersgrupper i grunnskolen, og var i utgangspunktet et prøveprosjekt i et utvalg kommuner og bydeler i Oslo med større grupper av berørte bosatte.

Evalueringen til Lien mfl viser at tilbudet er mottatt av de berørte i den forstand at mange møter til samtaler. Disse samtalene har positive effekter både for berørte og personale, samtidig som det gir «regelmessige påminninger» overfor de som fremdeles vurderer å få sine døtre omskjært. Men samtalene etterfølges av svært få undersøkelser. Lien mfl argumenterer for at tiltaket kompliseres på grunn av sin blanding av kontroll og behandling:

«Vi har også gjort vurderinger av positive og negative konsekvenser av tiltaket, og argumenterer for at tiltaket er et tveegget sverd, ettersom det finnes

en avvergelsesplikt bak som gjør at tiltaket står i fare for å kunne oppfattes som risikabelt. Følelsen av risiko kan lede til at målgruppen unndrar seg tilbud om helsehjelp, føler seg forfulgt og diskriminert. Dette er kostnader som har sin årsak i avvergelsesplikten og i forbudet mot kjønnslemlestelse» (Lien mfl 2012, side 71).

9.2.6 Mulige effekter av Handlingsplanen

Handlingsplanen har satt mye helsepersonell «på skolebenken» i forhold til kjønnslemlestelse. Dette har åpenbart hatt sin effekt. Videre har det vært rom for arbeid med å forankre rutiner og kunnskap i de tjenestene som retter seg mest mot brukerne. Et problem i forhold til evaluering av handlingsplanens effekt er at vi vet for lite systematisk om implementering og forankring før Handlingsplanen(e) trådte i kraft.

Et annet forstyrrende element i forhold til effektmåling er at den store innvandringen av mennesker fra Øst-Afrika i samme periode kan ha generert et kompetanse- og kunnskapssug som hadde medført opplæring, forankring og implementering fordi man «måtte». Vi kan altså si at innvandringens omfang kan ha gitt en kompetanse- etterspørsel som uansett kan ha gitt noe av den samme kompetansehevingen som handlingsplanen har gitt med sin tilbudsmodell.

Tilbud og etterspørsel, handlingsplan og kunnskapssug går selvfølgelig sammen. Handlingsplanens kompetanse og kunnskapstilbud er der når man erfarer behovet for dem. Den tydeligste indikatoren på at handlingsplanen har effekt er kanskje de dokumenterte forekomstene av kompetanse hos helsepersonell som (ennå) ikke har hatt konkret befatning med kjønnslemlestelse i sin praksis. Umiddelbart kan dette virke som enten unødig kunnskap, eller som kunnskap i beredskap. Den siste forståelsen kan være den beste, i det den stadig økende tilgangen på asylsøkere og flyktninger og familiegjenforente til disse vil medføre at nye grupper helsepersonell vil kunne trenge kunnskapen og kompetansen.

Kunnskap i beredskap gjør også at man vil se behovet for helsetjenester som ikke umiddelbart hadde blitt generert i møtet mellom helsepersonell og klient. En helsesøster på en skole vil kunne ha andre «briller» når en jente med innvandrerbakgrunn fra bestemte områder i Afrika kommer til henne med noe diffust formulerte problemer og plager.

I sum vurderer Oxford Research det slik at Handlingsplanen har medført en implementering og

forankring av kunnskap og rutiner i helsetjenestene forhold til kjønnslemlestelse som man neppe hadde sett uten planens betydelige ressursinnsats. Vi og andre har pekt på forbedringspunkter og målproblemer, men slik Jonassen og Saur (2011) viser det er helsetjenestene et steg foran i dette arbeidet. I forankringsperspektivet er det viktig å merke seg hvordan helsestasjoner, spesialisthelsetjeneste og andre som inngår i svangerskaps, fødsels- og

barselomsorgen skal få særskilt veiledning og rettledning overfor kjønnslemlestelse som et ledd i den generelle satsingen på en god omsorg på disse viktige feltene. Dette gjøres gjennom den forankringen som temaet kjønnslemlestelse har fått i Stortingsmelding nr. 12 (2008-2009) «En gledelig begivenhet. Om en sammenhengende svangerskapsomsorg, fødsels og barselsomsorg.»

Kapittel 10. Oppsummering og diskusjon

Det er mange forhold som gjør det vanskelig å arbeide mot kjønnslemlestelse, og som også påvirker arbeidet med å evaluere handlingsplanen. Gruppen av berørte er i betydelig vekst, gifter seg ofte med landsmenn i Øst-Afrika, har svake levekår og kan være problematisk å kommunisere med. Arbeidet skjer i en politisert kontekst der man lett kan bli oppfattet som for konfronterende og stigmatiserende – eller for dialogorientert og apologiserende.

Et særlig problem både for handlingsplanen og evalueringen er at de fleste parametere for måling av effekt (holdnings- og handlingsendring i berørte grupper) i mer klassisk forstand er borte. Dette gjør at vi legger vekt på å måle forankring og implementering på et punkt som ligger tettest mulig der effektene skal nås. Det vil i praksis si på grunnplanet i helsevesenet, skolesystemet, på mottakene etc. En måte å se på handlingsplanen på er å bruke uttrykket «sildremodell». Dermed kan man anta at jo mer som har sildret ned til grunnplanet, jo bedre har distribusjonen av kunnskap, metoder, holdninger etc fungert.

Vi har brukt et bredt spekter av metoder i denne evalueringen, og forholdt oss til mange aktører og skriftlige kilder. Mye av informasjonen er egeninnsamlet, men det har også skjedd viktig datainnsamling i regi av NKVTS og Nakmi, en «datafangst» som fungerer godt for vårt evalueringsformål.

10.1 Forankring og implementering

Dette er et stort løft for å bekjempe et fenomen som er svært alvorlig, svært komplekst og følsomt, men som angår en veldig liten gruppe i den norske befolkningen. I våre samtaler med forskerne på NKVTS blir handlingsplanen med alle sine satsingsfelt omtalt som en nasjonal dugnad, og som internasjonalt unik. Det har sikret kontinuitet og kompetanseoppbygging. Dugnaden går på tvers av forskjellige sektorer.

Det er imidlertid krevende fordi man arbeider i spennet mellom et dialogarbeid mellom frivillige, berørte og fagpersoner ansikt-til-ansikt, samtidig som man skal forankre det i store byråkratier som helsevesen, skolevesen, politi.

Den norske handlingsplanen mot kjønnslemlestelse 2008-2011 innebærer en betydelig innsats på et lite område. Den er antakelig Europas mest omfattende og kostbare handlingsplan på dette feltet, og den er også den eneste som er evaluert. Den svenske handlingsplanen ble tildelt 3 millioner kroner. Den norske har kostet betydelig mye mer. Eksempelvis foreslås det i budsjettproposisjonen for året 2008 (*St.prp.nr.1 (2007-2008) for budsjettåret 2008*) en økning på 18 millioner kroner til realisering av tiltak i handlingsplanen.

Det har skjedd en solid kompetanseoppbygging både gjennom handlingsplanen og det forutgående OK-prosjektet. Det meste tyder på at kunnskapen om helse-effekter, behandlingsmodeller og det norske forbudet har nådd mange. Vi har i tillegg fått et forskermiljø på vei mot den internasjonale forskningsfronten.

BLD fungerer godt som koordinator og pådriver. Men sektoransvaret begrenser handlekraften noe. BLD kan legge til rette for godt arbeid i andre sektorer enn de som hører under dette departementet, men kan ikke gå rett inn og sørge for at de implementeres. Vårt inntrykk er at denne prosessen får størst klangbunn i de sektorer der man føler at skoen trykker mest.

Det er viktig at handlingsplanen får gjennomslagskraft der de berørte gruppene og handlingsplanens aktører møtes. Vårt samlede og klare inntrykk er at Helsevesenet er godt skodd i møtet med kjønnslemlestelse som medisinsk fenomen, og det har en velferdsgevinst som har betydelig verdi for de berørte. Men vi er mer usikre på hvor godt dette systemet fungerer på det holdningsskapende og preventive området. Vi er ikke alene om å påpeke det vanskelige forholdet mellom behandling og atferdspåvirkning og kontroll.

På mange måter er handlingsplanen godt forankret i mottakene. Det er tydelig at mottakene sammen med øvrige myndigheter som møter flyktninger og asylsøkere i initialfasen i Norge, klarer å formidle et utvetydig budskap av at dette er uønskete og straffbelagte handlinger i Norge.

Vi er mer usikre på hvor godt handlingsplanen er forankret i skolesystemet. Flere indikerer at det er et godt stykke igjen før man har mange av «de gode

samtalene» i dette systemet. Det samme gjelder barnevernet.

I det hele tatt er det mye ubehag med å ta opp temæt kjønnslemlestelse i sammenhenger hvor det ikke er umiddelbart innlysende at det må diskuteres. Begge parter i samtalen kan føle ubehaget og sjenansen. Vi tror derfor det gjøres et svært konstruktivt arbeid ved NKVTS når nettopp metodikk for å skape disse samtalene er satt på dagsorden. Arbeidet viser også behovet for å sikre at forankringsarbeidet gir et kvalitativt resultat som borger for effekter på de berørte.

10.2 Hvilke effekter?

Det er som vi har sagt mange ganger vanskelig å måle effekter på klassisk vis av denne handlingsplanen. Vi kan imidlertid, slik vi har gjort i kapitlet om helsetjenester, bruke begrepet «addisjonalitet». Dette betyr kort sagt at planen har gitt noe ekstra som ikke hadde kommet uten planens tiltak. Et argument mot handlingsplanens selvstendige effekt, er at helsevesenet ville vært kompetent i forhold til kjønnslemlestelse uansett fordi man «må». I takt med økende migrasjon fra de aktuelle landene, kombinert med høy fertilitet, vil mange helsearbeidere stå overfor problematikken og søke kunnskap – uansett handlingsplan eller ei. Men når vi oppdager at mange helsearbeidere som knapt har forholdt seg til berørte, samtidig har ervervet seg kunnskap, så er det rimelig å tillegge dette til å være en effekt av handlingsplanen. Nå kan dette sees som overflødig kunnskap, men sett i lys av den omtalte og økende innvandringen fra berørte områder, kan det hende at kunnskapen kan komme til nytte.

Det kan også innvendes at handlings- og holdningsendringer vil komme nærmest av seg selv i diaspora (Mackie 2000). Men prosesser som dette trenger ofte en dytt i riktig retning. Hvis ikke den rette informasjonen foreligger, hvis ikke interessegrupper av berørte bygger opp under prosessen, så vil den i det minste gå langt tregere. Dette er et felt der det må «iles sakte».

Helsevesenet har åpenbart en sentral rolle i forhold til lindring av komplikasjoner og smerter, god fødselshjelp etc. Men strafferetten er kanskje viktigst i forhold til avskrekking. Det norske forbudssynet og sanksjonene synes kjent, men er det nok? Eller trengs aktiv sanksjonering for å forsterke budskapet?

Mange av tiltakene i handlingsplanen er genuint nye og rettet mot dette feltet konkret, altså ikke «gammel vin på nye flasker» som enkelte andre handlingsplaner har vært kritisert for. Dette taler også for at handlingsplanen har gitt tiltak – og antakelig effekter – som ikke hadde kommet ellers.

En internasjonal sammenlikning er også en form for effektmåling eller kvasi-eksperiment. Vi hadde håpet at en sammenlikning med for eksempel Sverige kunne si oss noe forskjellene mellom to land med varierende omfang på sine handlingsplaner. Dessverre, som vår eksterne ekspert professor Johnsdotter påpeker, så blir dette komplisert når det ikke finnes noen evaluering av den svenske handlingsplanen.

Å måle de direkte effekter på de berørte i form av endrete holdninger og handlinger lar seg svært vanskelig gjennomføre av forskjellige grunner som vi har omtalt tidligere, men noen spennende forsøk på å se på endrete holdningsmønster og deres årsaker har funnet sted (Gele mfl 2012). Angsten for straff er en viktig grunn til at mange har en negativ holdning til omskjæring. Dette tyder på god kunnskap om norsk politikk på feltet, samtidig som vi reiser spørsmålet om hvor resistent holdningsendringen er.

Disse betraktningene om effekt må bli svært foreløpige, for som professor Johnsdotter påpeker:

Selv om man skulle lykkes i dette arbeidet, vil problemet som løftes frem i den norske evalueringen vedvare: det kommer fortsatt til å være svært vanskelig, om ikke umulig, å måle hvilke enkeltvise tiltak som har hatt god effekt.

10.2.1 Modet for «mainstreaming»?

Er tiden inne for mainstreaming i forholdet til arbeidet mot kjønnslemlestelse? Det vil kort sagt si at arbeidet mot kjønnslemlestelse får en plass innenfor generelt arbeid mot vold i nære relasjoner, og at det forankres i generelt arbeid innenfor helsevesenet, skolen, politiet etc. Kan arbeidet mot kjønnslemlestelse gå ut av feltet for handlingsplaner og særtiltak, og over til å være en naturlig integrert del av vanlig arbeid i helsesektor, skolesektor osv.?

Oxford Research ønsker ikke å konkludere i dette vanskelige spørsmålet, men peke på noen spørsmål som umiddelbart reiser seg:

For det første, og i forlengelsen av det vi har diskutert i denne rapporten ellers: Er tiltak mot kjønnslemlestelse så godt forankret i de rette instansene at man ikke behøver fortsatte særtiltak? Vårt inntrykk her er blandet. Som nevnt flere steder er det store

forskjeller mellom helsevesenet på den ene siden og skolesystemet og barnevernet på den andre. Det er altså vanskelig å se for seg en komplett «mainstreaming».

For det andre: Mainstreaming vil fjerne det etnisk orienterte særpreget som mange tiltak vil ha. På mange felter er det fornuftig, men i tilfellet kjønnslemlestelse er fenomenet knyttet til relativt avgrensede etniske grupper.

For det tredje finner vi det viktig å påpeke det ubehaget mange vil ha i forhold til å forholde seg til dette temaet. Skal man sette det på spissen, er det ofte man får et inntrykk av at kjønnslemlestelse er noe man forholder seg til når man har et absolutt imperativ til å gjøre det.

Kapittel 11. Vedlegg

11.1 Kommentar fra professor Sara Johnsdotter til evalueringen av den norske regjeringens *Handlingsplan mot kjønnslemlestelse*

11.1.1 En sammenlikning mellom den norske og svenske regjeringens handlingsplaner

Den svenske handlingsplanen mot kjønnslemlestelse av kvinner ble vedtatt av regjeringen i juni 2003 og var den første handlingsplanen på dette området i Europa. Handlingsplanen og dens budsjett på 3 millioner kroner ble presentert i forbindelse med en internasjonal konferanse om kjønnslemlestelse av kvinner arrangert av socialdepartementet og utenriksdepartementet i Stockholm i november 2003. De fleste av målsetningene i den norske regjeringens handlingsplan har motstykker i den svenske handlingsplanen. Den norske versjonen har seks hovedområder som videre er inndelt i tiltak. Den svenske handlingsplanen har færre tiltak, og mange av tiltakene gjentas innenfor hovedområdene *Berørte folkegrupper, Berørte yrkesgrupper, Kommuner og fylker/regioner, Frivillige organisasjoner og foreninger, Fortsatt kunnskapsinnhenting og metodeutvikling, Trygghet og Internasjonalt arbeid mot kjønnslemlestelse*.

Den mest logiske måten å sammenlikne handlingsplanene på, er å sortere Sveriges tiltak innunder Norges hovedområder (se tabell 6 under). Den norske handlingsplanens hovedområde *Styrket innsats ved ferier* er ikke inkludert i den svenske planen, og området *Tilgjengelige helsetjenester* er heller ikke angitt spesifikt. Imidlertid er ett av de to overgripende målene i den svenske planen "att de flickor och kvinnor i Sverige som redan blivit könsstympade får adekvat stöd", og denne målsetningen kan sannsynligvis sorteres under området *Tilgjengelige helsetjenester* i den norske planen. Det samme gjelder for det svenske tiltaket "Fortsatt bred spridning av Socialstyrelsens utbildningsmaterial riktat till skola, socialtjänst samt hälso- och sjukvården" (*Berörda yrkesgrupper*). Det er imidlertid vanskelig å vite sikkert om en slik sortering er hensiktsmessig ettersom tiltakene ikke er mer spesifisert enn det overnevnte.

Forøvrig har den svenske handlingsplanen foreslått tiltak for alle hovedområdene i den norske planen.

Den norske planen inneholder imidlertid 41 tiltak sammenliknet med 15 tiltak i den svenske planen, og de norske tiltakene er mer detaljert beskrevet enn de svenske, som bare angis med rubrikk, målgruppe, (ansvarlig) aktør og tidsplan.

11.1.2 Evaluering i Norge, men ikke i Sverige

Ettersom den svenske handlingsplanen for kjønnslemlestelse av kvinner ikke er evaluert, er det vanskelig å sammenlikne implementeringen av tiltakene i de to landene. I den svenske handlingsplanen forpliktet det til oppfølging og evaluering: "Handlingsplanen skall följas upp årligen. Efter utgången av de tre åren skall en större utvärdering göras. Socialstyrelsen kommer att få i uppdrag att svara för den nationella uppföljningen och utvärderingen" (s. 18-19). Imidlertid har ingen slik vurdering funnet sted, noe som kanskje kan skyldes manglende formelt krav om en slik evaluering fra Socialdepartementet.

Den internasjonale konferansen som ble angitt som tiltak i den svenske handlingsplanen gikk av stabelen 10-11. november 2003. Kunnskapsbanken ble opprettet i 2004 og var tilgjengelig på socialstyrelsens hjemmeside frem til og med 2009 da den ble erstattet med mer generell informasjon. Fra 2004 ga socialstyrelsen ut flere publikasjoner om temaet rettet mot de berørte miljøene og yrkesgruppene, både på svensk og på andre språk. I 2005 ble det arrangert fire regionale konferanser i ulike deler av Sverige med ansatte som målgruppe. Socialstyrelsen publiserte etterrapportering av oppdraget i 2006.⁷

Det fremgår av denne etterrapporteringen at satsningen først og fremst handlet om kunnskapsspredning og kompetanseøkning blant profesjonelle aktører, samt en spesiell satsning på å få religiøse ledere fra ulike samfunn i Sverige til å enes om en skriftlig uttalelse som fordømmer alle typer kjønnslemlestelse (dette lyktes i 2005). Utfallet av tiltaket om økonomisk støtte til frivillige organisasjoner og foreningers forebyggende arbeid diskuteres ikke i etterrapporteringen. Det skal ha eksistert informasjon på myndighetenes

⁷ <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2006/2006-107-10>

Øvrige opplysninger om tiltak som ble vedtatt innenfor rammen av den svenske regjeringens handlingsplan bygger på en sammenstilling gjort innenfor rammen av et prosjekt ledet av EU-organet EIGE (*European Institute for Gender Equality*), "Study to map the current situation and trends of FGM in the 27 EU Member States and Croatia", der jeg samlet inn materiale for Sverige i januar-mars 2012.

internettside om hvordan organisasjoner kunne søke om midler til slikt forebyggende arbeid, men det finnes ingen opplysninger om slike søknader ble fremmet, og om midler i såfall ble bevilget.

Sverige og Portugal er de eneste EU-landene som har hatt handlingsplaner mot kjønnslemlestelse utformet på regjeringsnivå. I andre land er planene, dersom de i det hele tatt eksisterer, utformet av frivillige organisasjoner, i noen tilfeller i samarbeid med myndighetene. Alt tyder på at Norge er det eneste landet i Europa der en nasjonal handlingsplan mot kjønnslemlestelse er blitt evaluert.⁸

11.1.3 Vanskeligheter med å måle effekter og spørsmålet om omfang

Det er problematisk at de andre europeiske handlingsplanene ikke er evaluert. Og, som evalueringen av den norske planen tydelig viser, gjenstår problemet med å måle resultat av og beregne effekten av tiltakenes påvirkning på holdninger og praksis i de berørte miljøene, selv ved grundig evaluering.

Dette problemet diskuteres på feltet over hele Europa, både innenfor akademiske forskningsprosjekt og i policyarbeid i EU (og på felles arenaer for disse to feltene). Policyarbeidet i Europa har i mange år vært understøttet av opplysninger om "jenter i risiko" som igjen bygger på beregninger der man setter jenter i en viss alder og fra et visst land, eller med foreldre fra et visst land i sammenheng med hvor mange prosent av befolkningen som praktiserer kjønnslemlestelse i hjemlandet.⁹ Det har blitt rettet kritikk mot denne typen beregninger fordi de ikke tar høyde for effekten av migrasjon, opinionsarbeid i de nye hjemlandene eller andre faktorer av betydning.¹⁰ I dag snakker man heller om at denne typen beregninger kan utgjøre "assessments of the magnitude of the problem", men at de ikke gir grunnlag for en oppfatning av omfang (prevalens) eller antall kjønnslemlestelser (incidens).¹¹

Arbeidet med å finne valide og reliable metoder for å måle omfang og antall (prevalens og incidens) pågår;

⁸ At intet EU-lands handlingsplan har blitt evaluert var et spørsmål som ble tatt opp på EIGEs møte *Peer-review meeting on female genital mutilation (FGM)* i Vilnius, Litauen, den 10 mai 2012.

⁹ T ex FORWARD (2007): *Statistical Study to Estimate the Prevalence of Female Genital Mutilation in England and Wales*.

¹⁰ T ex Johnsdotter (2008): "Experience in the diaspora with the Somali community in Sweden as an example." Key note speaker, UNICEF's conference *Stratégies concrètes pour venir à bout de l'excision: expériences réunies en Afrique et en Europe*, Bern, Schweiz, February 21-22, 2008.

¹¹ Information fra EIGEs møte "Peer-review meeting on female genital mutilation (FGM)" i Vilnius, Litauen, den 10 mai 2012.

Prevalens: omfanget på et fenomen, antall berørte i en befolkning. Hvor mange jenter og kvinner i Norge er omskjærte?
Incidens: Antall nye tilfelle i en befolkning innenfor en viss tidsramme (f eks ett år). Hvor mange jenter og kvinner med tilknytning til Norge blir (ulovlig) omskjærte innenfor en viss tidsperiode?

man forsøker å finne en måte å gjøre prevalensstudier i de enkelte landene sammenliknbare med studier i andre land.¹² Selv om man skulle lykkes i dette arbeidet, vil problemet som løftes frem i den norske evalueringen vedvare: det kommer fortsatt til å være svært vanskelig, om ikke umulig, å måle hvilke enkeltvis tiltak som har hatt god effekt.

11.1.4 To ulike tilnærminger: dialogbaserte tilnærminger eller avskrekingsstrategier?

I evalueringen av den norske handlingsplanen settes det fokus på politiseringen av feltet på en hensiktsmessig måte. Usikkerheten om problemets faktiske omfang har ført til uenighet om hvordan man best bør arbeide preventivt: med fokus på dialog og respekt, eller mer offensivt med den hensikt å avskrekke?

De samme avveiningene og diskusjonene finnes også på europeisk nivå. Problemstillingen diskuteres for eksempel i en EU-rapport fra 2009: *Responding to female genital mutilation in Europe: Striking the right balance between prosecution and prevention* (ICHR 2009). Etter mange år med sterkt fokus på opprettelse av lovverk og tilpasning av eksisterende regler, rettes oppmerksomheten nå mer mot preventive tiltak og "partnership" (samarbeid mellom samfunnsinstanser og berørte miljøer).

Sentrale innslag i en mer offensiv holdning, er temaer som genital screening, tvangsundersøkelse og mer innsats i å fremme tilfeller av lemlestelse for domstolene.

11.1.5 Genital screening og tvangsundersøkelser

Genital screening av jenter i barne- eller skolehelsetjenesten er foreslått i Sverige og i andre land, hensikter både å oppdage tilfeller og å avskrekke. Forslaget har vært gjenstand for sterk debatt.¹³ Det eneste europeiske landet jeg kjenner til som tillater genital screening på barn (både jenter og gutter) er Spania, der tiltaket ikke ble innført som svar på uro for kjønnslemlestelse, men som en del av en mer generell og omfattende helseundersøkelse i barne-

¹² Eksempelvis samlet et tjuetall forskere og policymakere fra femten land seg hos sosialdepartementet i Haag, Nederland, 12-13 september 2011: *Expert-Group Situation Analysis FGM in Europe*. Et møte om samme tema kommer til å bli arrangert av EIGE i Paris den 1 juni 2012: *Measuring prevalence of Female Genital Mutilation (FGM) in Europe*.

¹³ Se t ex Johnsdotter (2009): *Discrimination of certain ethnic groups? Ethical aspects of implementing FGM legislation in Sweden*. Malmö: Malmö University. (National report, EC Daphne project "Towards an improved enforcement of FGM-legislation in Europe: Dissemination of lessons learned and capacity building of actors in legal and para-legal fields.")

Screening: systematisk søk etter en viss tilstand i en befolkning, der man også undersøker dem som ikke oppviser noen symptomer.

helsetjenesten. Slike generelle helseundersøkelser som også innebærer genitalier er også tidligere rapportert om fra visse steder i Danmark. Denne typen undersøkelser (i Spania og Danmark, muligens også andre land) har blitt utført på alle jenter uavhengig av etnisk bakgrunn, hvilket er en forutsetning for at tiltaket ikke skal stride mot diskrimineringslovgivningen. I en rapport fra WHO fra 1960-tallet, angis det avslutningsvis et antall prinsipper for screening som fortsatt kan være relevante: 1) det man screener etter skal være en alvorlig tilstand; 2) det skal finnes behandling for tilstanden; 3) screeningprosessen skal være akseptert av den gruppen som berøres; 4) screeningen skal handle om en langsiktig prosess og ikke være en engangsforeteelse.¹⁴

Å tilby frivillig genital undersøkelse for familier i berørte miljøer er en mulighet som prøves ut i Norge. Det knytter seg imidlertid vanskeligheter til hva man skal gjøre med de familiene som neker å delta frivillig. Bør jenter fra disse familiene betraktes som tilfeller der man mistenker kjønnslemlestelse og dermed anses som kvalifiserte kandidater for tvangsbasert utredning og kontroll?

Denne problematikken har vært aktuell i Sverige i forbindelse med mistanke om ulovlig omskjæring. Det mest kjente tilfellet stammer fra 2005 og førte til at Uppsala Kommun måtte betale erstatning til en jente og hennes foreldre som hadde opprinnelse fra Somalia. Etter at jenta hadde vært på ferie i Øst-Afrika, nektet foreldrene å gå med på en genital undersøkelse, og det ble besluttet å tvangsundersøke jenta. Retten fant imidlertid at mistanken ikke var substansiell nok for en så tvangsbasert undersøkelse, og dømte kommunen for diskriminering (dom fra Högsta domstolen i desember 2010).

I Sverige finnes det flere dokumenterte tilfeller av tvangsundersøkelse, altså tilfeller der jenter har blitt undersøkt mot foreldrenes viten eller vilje. Blant annet har slike undersøkelser funnet sted i Stockholm i 1998, Göteborg i 1999, Uppsala i 2005 og Karlstad i 2010. I tillegg ble ett tilfelle fra Malmö anmeldt til diskrimineringsombudsmannen (DO) i 2008. Saken dreide seg om en elleve år gammel jente med somalisk bakgrunn som ble tvunget til å dra ned bukser og truser på en rutinekontroll hos skolelegen for sjekk av underlivet. Omskjæring har ikke kunnet påvises i noen av de overnevnte tilfellene. I et par andre tilfeller har omskjæring blitt

påvist, men alt tyder på at omskjæringen hadde funnet sted før familien kom til Sverige.¹⁵

11.1.6 Identifisering av mistenkte tilfeller og tilfeller som går til domstolen

I evalueringen av den norske handlingsplanen angis følgende som en sentral problemstilling: "Hvordan kommuniserer man best straffebud til en mottakergruppe der flere vil være analfabeter? Kreves det at straffen tydeliggjøres gjennom aktiv bruk av straffettsapparatet?"¹⁶ En kritisk leser kan tolke problemstillingen som en påstand om at fravær av tilfeller som er bragt for domstolen i Norge er et resultat av at det norske straffeapparatet er passivt på området. Et slikt utgangspunkt er på linje med "konfrontasjonslinjen" der fravær av tilfeller som går til domstolen ofte forklares med at myndighetene eller samfunnet har mislyktes: helsepersonell leter ikke godt nok etter tilfeller, rapporteringen av mistenkte tilfeller myndighetene i mellom er for dårlig, politi og påtalemyndighet er ikke oppmerksomme nok etc.

Erfaringer fra Sverige viser at det kan være vanskelig å fremme tilfeller for domstolen, selv når politi og andre samfunnsinstitusjoner er oppmerksomme og handler. Det finnes imidlertid en mengde eksempler på at det svenske systemet har overreagert: Helsepersonell har identifisert tilfeller av omskjæring som spesialister i ettertid ikke finnes spor av, sosialtjensten har rapportert tilfeller til politi og påtalemyndighet til tross for taushetsplikt, tvangsundersøkelser har blitt iverksatt i tilfeller som vanligvis ville blitt regnet som tilfeller med lav grad av mistanke.¹⁷ På den andre siden av spekteret er risikoen for diskriminering og økt stigmatisering som også rammer de jentene samfunnet vil verne. Igjen handler det om balansen mellom å forebygge (*prevention*) og avskrekking (*prosecution*).

De få tilfellene som har gått til domstolen i Sverige og ledet til fellende dommer (begge i 2006) var begge initiert av jentene selv, som henvendte seg til representanter for det svenske samfunnet (i det ene tilfellet den svenske ambassaden i Addis Abeba, i det

¹⁴ WHO (1968). *Principles and Practice of Screening for Disease*. J.M.G. Wilson, G. Jungner. Geneva: WHO

¹⁵ *Discrimination of certain ethnic groups? Ethical aspects of implementing FGM legislation in Sweden*. Johnsdotter & Essén (2011): *Kvinnlig omskjæring/könsstympning i Sverige: En kunskaps- och forskningsöversikt*. Uppsala: Nationellt centrum för kvinnofrid.

¹⁶ Denne problemstillingen diskuteres i mange land i Europa: "The lack of cases is also perceived as a barrier in policy, as the role of effective prosecution of offenders as a deterrent to the practice of FGM is still absent" (forthcoming report to EIGE, *Study to map the current situation and trends of female genital mutilation*, ICHR and Yellow Window).

¹⁷ Johnsdotter (2009) *Discrimination of certain ethnic groups? Ethical aspects of implementing FGM legislation in Sweden*, Johnsdotter & Essén (2011): *Kvinnlig omskjæring/könsstympning i Sverige: En kunskaps- och forskningsöversikt*. Uppsala: Nationellt centrum för kvinnofrid.

andre tilfellet til en sosialarbeider på en skole i en forstad til Göteborg). I et tredje tilfelle, der en svensksomalisk jente ble omskåret av slektninger under et besøk i en by i Somalia, var det jenta selv som kontaktet svenske myndigheter da hun kom hjem til Sverige. (Tilfellet ble aldri tatt til domstolen fordi politi og påtalemyndighet ikke fant tilstrekkelige bevis til å knytte noen i Sverige til ugjerningen.) Samtidig har ikke tvangsundersøkelser ført til en domstolsprosess i noe tilfelle. Selv om antallet tilfeller er for få til å trekke noen sikre slutninger, viser de en tendens: unge jenters tillit til det svenske samfunnets instanser har gitt mer uttelling i form av dokumenterte ulovlige tilfeller av kjønnslemlestelse enn de repressive tiltakene.

Når det gjelder tilfeller bragt for domstolen, har enkelte rettssaker funnet sted i Europa: to i Sverige, en i Danmark, tre i Spania, to i Italia og en i Sveits (disse tilfellene har først og fremst omhandlet innvandrere fra Øst-Afrika). Unntaket fra nærmest fravær av tilfeller som er bragt for domstolen, er Frankrike med nesten 30 tilfeller. Alle tilfellene har omhandlet innvandrere med bakgrunn fra Vest-Afrika.

11.1.7 En siste kommentar om omfang (prevalens): kvalitative studier

I evalueringen sies det at:

"det [synes] som om former for intervjuundersøkelser er lite nyttige. Respondentene er vanskelige å få tak i, man er avhengig av tolk, og først og fremst: det er vanskelig å feste lit til svarene" (s.3, Tredje delrapport).

Med 15 års erfaring som kvalitativ forsker på områder er jeg ikke helt enig. Kvalitative studier med intervjuer som utgangspunkt er verdifulle for å kartlegge et berørt miljøes diskurser og logikk når det gjelder synspunkter (omskjæring av jenter er ikke det samme blant somaliere, eritreere og gambiere, eller *innenfor* disse gruppene for den saks skyld), noe som er av betydning for å kunne skreddersy kampanjer og tilpasse opinionsbygging til målgruppen.

Det har ikke vært noe problem å nå respondenter, eller informanter, og få dem til å stille opp i Sverige (gjennomførte intervjustudier blant somaliere, eritreere og etiopere, pågående studie blant kurdere). Det gjelder å nærme seg gruppene og introdusere studien med åpenhet og respekt. Å bruke tolk er dyrt og ikke fritt for aspekter som må

problematiseres, men det utgjør ikke noe hinder for å gjennomføre intervjustudier.

Kvalitative studiers validitet (eller troverdighet) bygges opp på en annen måte enn i kvantitativ forskning, og dette gjelder også studier om holdninger og kriminelle handlinger.¹⁸ Det er en forhastet konklusjon å *a priori* gå ut fra at det er vanskelig å feste lit til svarene.

Det virkelige problemet er av etisk art: i det tilfellet at forskeren får kjennskap til forhold av en slik art at det må anmeldes. I Sverige oppfordres den vanlige medborger sterkt til å anmelde forhold der barn utsettes for, eller står i fare for å bli utsatt for brudd på socialtjänstlagen (noe som er en absolutt plikt for yrkesgrupper). Videre er det en absolutt plikt å anmelde brudd på könsstympningslagen (lov om kjønnslemlestelse) til politiet. Som forsker kan man altså bli tvunget til å håndtere motsetningen mellom anmeldelesplikten og løftet til respondentene om at all informasjon er konfidensiell.

I de få forsøkene som har blitt gjort på prevalens- (omfang) og incidens (antall hendelser) studier i Europa, har man anvendt såkalt *mixed method* med den hensikt å få frem et så sammensatt bilde som mulig. Det har blant annet blitt slått fast at det er vanskelig å vurdere effektene av migrasjon uten å tilnærme seg spørsmålet kvalitativt.¹⁹

11.1.8 Sammenfattende kommentarer

Evalueringen av den norske regjeringens handlingsplan mot kjønnslemlestelse er en grundig belysning og gjennomgang av hvordan handlingsplanens tiltak er implementert i myndighetsstrukturen, og gir eksempler på hvordan tiltakene har nådd ut til de ulike virksomhetene som er angitt i planen.

De problemstillingene som diskuteres i evalueringen er på linje med de problemstillingene på dette feltet som diskuteres heftig ute i Europa. Evalueringen lykkes også med å formidle et godt forankret bilde av hvordan Norges handlingsplan blir mottatt på et polarisert felt der ulike agendaer og tilnærminger strider om å få et fortolkningsfortrinn, og der det kan oppstå domenekonflikter.

Evalueringen er unik i Europa og kan utgjøre et viktig instrument for det norske samfunnet i det fremtidige

¹⁸ For en diskusjon om validitet i intervjustudier om omskjæring i en kontekst der denne praktisen er kriminalisert, se Johnsdotter et al. (2005): "Aldrig mina döttrar": En studie om attityder till kvinnlig omskärelse bland etiopier och eritreaner i Sverige. Stockholm: Rädda Barnen.

¹⁹ Informasjon fra EIGEs møte "Peer-review meeting on female genital mutilation (FGM)" i Vilnius, Litauen, den 10 mai 2012.

arbeidet på dette feltet. I beste fall kan publikasjoner som kommer ut av dette prosjektet også fungere som inspirasjon for andre land til å jobbe videre med både handlingsplaner og vurderinger av disse.

Malmö den 15. mai 2012

Sara Johnsdotter

Professor
Fil dr i socialantropologi
Fakulteten för hälsa och samhälle
Malmö högskola, Sverige

Tabell 6: En sammenlikning mellom den norske og den svenske regjeringens handlingsplaner

NORGE – hovedområder (2008-2011)	SVERIGE – tiltak (2003-2005)
<p><i>Effektiv håndheving av lovverk</i></p>	<p>- Samle kunnskap om anmeldte brudd mot loven med forbud mot omskjæring av kvinner.</p> <p><i>Lovgivning</i></p> <p>- I utredningen om offentlighetsprinsippet og IT samt gjennomgang av lov om taushetsplikt m.m. (1998:32) kommer spørsmålet om taushet uten mistanke om grov forbrytelse til å tas opp.</p> <p><i>Lovgivning</i></p>
<p><i>Økt kompetanse og kunnskapsformidling</i></p>	<p>- Utviklingen av en kunnskapsbank med gode eksempler og erfaringer fra det forebyggende arbeidet nasjonalt og internasjonalt, informasjons- og utdanningsmaterieell, forskning m.m.</p> <p><i>Berørte folkegrupper, Berørte yrkesgrupper, Kommuner og fylker/regioner,</i></p> <p><i>Frivillige organisasjoner og foreninger</i></p> <p>- Samlet ansvar for å følge det internasjonale arbeidet og samarbeidet mot omskjæring samt se til at informasjonen spres til ulike virksomheter og organisasjoner i landet.</p> <p><i>Berørte folkegrupper, Berørte yrkesgrupper,</i></p> <p><i>Frivillige organisasjoner og foreninger</i></p> <p>- Fremme og støtte skolens utviklingsarbeid og elevenes kunnskap gjennom å øke skolepersonalets kunnskap om og kompetanse på kjønnslemlestelse og beredskap til å håndtere problematikken.</p> <p><i>Berørte folkegrupper, Berørte yrkesgrupper,</i></p>

	<p><i>Kommuner og fylker/regioner,</i></p> <p><i>Fortsatt kunnskapsinnhenting og metodeutvikling</i></p> <p>- Fortsatt bred spredning av Socialstyrelsens utdanningsmateriell rettet mot skole, sosialtjeneste og helsetjeneste.</p> <p><i>Berørte yrkesgrupper</i></p> <p>- Informasjonsmateriell om kjønnslemlestelse til politi og påtalemyndighet.</p> <p><i>Berørte yrkesgrupper</i></p> <p>- Regionale konferanser for beslutningstakere i kommuner og landsting/regioner om hvordan man kan arbeide fremgangsrikt mot kjønnslemlestelse lokalt og regionalt.</p> <p><i>Kommuner og fylker/regioner</i></p> <p>- Fortsatt kunnskapsinnhenting/ metodeutvikling om situasjonen for jenter og kvinner i Sverige som allerede har blitt kjønnslemlested, samt hvordan menn og de religiøse lederne/<i>community leaders</i> kan involveres i det forebyggende arbeidet m.m.</p> <p><i>Fortsatt kunnskapsinnhenting og metodeutvikling</i></p>
<p><i>Forebygging og holdningsskapende arbeid</i></p>	<p>- Fortsatt bred spredning av Socialstyrelsens informasjonsmateriell rettet mot berørte folkegrupper i stort.</p> <p><i>Berørte folkegrupper</i></p> <p>- Ferdigstillelse og bred spredning av informasjonsmateriell rettet først og fremst til jenter, men også til gutter, i de berørte folkegruppene.</p> <p><i>Berørte folkegrupper</i></p> <p>- Internasjonal konferanse i Stockholm med hensikt om å knytte sammen arbeidet mot kjønnslemlestelse i Sverige med arbeidet i hjemlandene.</p> <p><i>Berørte folkegrupper,</i></p> <p><i>Frivillige organisasjoner og foreninger</i></p> <p>- Utvikling og spredning av et skriv til frivillige organisasjoner og foreninger med informasjon om hvor og hvordan midler til forebyggende arbeid mot kjønnslemlestelse kan søkes.</p>

	<p><i>Frivillige organisasjoner og foreninger</i></p> <p>- Regjeringen har løftet fram det forebyggende arbeidet mot kjønnslemlestelse som et prioritert område for prosjekter innen "Allmänna arvsfonden".</p> <p><i>Frivillige organisasjoner og foreninger</i></p>
<i>Tilgjengelige helsetjenester</i>	---
<i>Styrket innsats ved ferier</i>	---
<i>Styrket internasjonal innsats</i>	- Internasjonal konferanse i Stockholm med mål om å knytte sammen arbeidet mot kjønnslemlestelse i Sverige med arbeidet i hjemlandene.

Litteraturliste/referanser

Aubert, Wilhelm (1954). *Om straffens sosiale funksjon*. Akademisk forlag.

Bredal, Anja (2011) Tackling diversity in Scandinavian welfare states. The case of domestic violence. (upublisert paper, abstract finnes på internett)

Bredal, Anja (2010) Policy på vold mot minoritetskvinner i Norge, Sverige og Danmark: På siden av eller en del av mainstream? Rapport fra delprosjekt under det Forskningsrådsfinansierte prosjektet PLUREQ. (<http://kilden.forskningsradet.no/artikkel/vis.html?tid=73194>)

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

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

Daugstad, Gunnlaug (2008). «Ekteskap over landegrensene. Ekteskapsmønster og transnasjonale familieetableringer i perioden 1990-2007.» Rapporter 2008/41. Statistisk sentralbyrå, Oslo – Kongsvinger.

Djuve, Anne Britt, Hanne C. Kavli og Anniken Hagelund. "Kvinner i kvalifisering. Introduksjonsprogram for nyankomne flyktninger med liten utdanning og store omsorgsoppgaver". Fafo-rapport 2011:02

Forskningsrådet (2010) «Gender equality, cultural diversity, religious pluralism: State policies and feminist interventions.», i *Prosjektoversikt. Program Internasjonal migrasjon og etniske relasjoner – IMER*.

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

Gele, Abdi A, Bernadette Kumar, Karin Harsløf Hjelde and Johanne Sundby (2012). «Attitudes toward female circumcision among Somali immigrants in Oslo: a qualitative study.» In *International Journal of Womens Health*. Dove Medical Press

Handlingsplan mot kjønnslemlestelse: handlingsplan 2008-2011. Departementene.

Handlingsplaner mot tvangsekteskap og kjønnslemlestelse (2012). Barne-, likestillings og Inkluderingsdepartementet.

Hauge, Mona Iren (2012 a). "»Er det på grunn av omskjæringa du ikke skal gymme?" Læreres tilnærminger og jenters håndtering av omskjæring som tema i skolen.» Norsk Pedagogisk tidsskrift – under utgivelse.

Hauge, Mona Iren (2012 b). "Research with Young People on Female Circumcision: Negotiating Cultural Sensitivity, Law and Transparency." Chapter 11 in: Kitty te Riele and Rachel Brooks (eds.). *Ethical challenges in Youth research*. Forthcoming, Routledge. Under utgivelse.

Henriksen, Kristin (2010). "Familieinnvandring og ekteskapsmønster 1990-2008." Rapporter 10/2010. Statistisk sentralbyrå Oslo – Kongsvinger.

Henriksen Kristin, Lars Østby og Dag Ellingsen (red.) (2010). «Innvandring og innvandrere 2010». Statistiske analyser 119, Statistisk sentralbyrå Oslo – Kongsvinger.

Integrerings- og mangfoldsdirektoratet (IMDi 2011) *Ikke bare tvangsekteskap. En artikkelsamling. Sluttrapport fra IMDs arbeid med Handlingsplan mot tvangsekteskap 2008-2001*.

Jonassen, Wenche og Randi Saur (2011). «Arbeid med kjønnslemlestelse i Norge. En kartlegging.». NKVTS Rapport 1/2011.

Liden, Hilde og Tonje Bentzen (2008). «Kjønnslemlestelse i Norge». Institutt for samfunnsforskning Rapport 2008:8.

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

Lien, Inger-Lise, Jon-Håkon Schultz og Geir Borgen (2012). «Intervensjon mot kjønnslemlestelse. Erfaringer fra tilbudet «Samtaler og frivillige underlivsundersøkelser». NKVTS Rapport 2/2012

Lynggard, Trine (2010) Likestilling og minoritetsungdom i Norden med fokus på sosial kontroll.. Arbeidspapir, Nordisk institutt for kunnskap om kjønn – NIKK.

Mackie, Gerry (2000). «Female Genital Cutting: The Beginning of the End». In Shell-Duncan B, Hernlund Y (ed) *Female "Circumcision" in Africa: Culture, Controversy and Change*. Lynne Rienner Publishers, Boulder, CO, US.

Oxford Research (2010). "Tid for handling Evaluering av handlingsplan mot kjønnslemlestelse. Andre delrapport."

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

Sajjad, Torunn Arntsen (2010b). "Evaluering av helsetjenestens informasjonsarbeid for å forebygge kjønnslemlestelse. Rapport for tiltak 34 i Handlingsplan mot kjønnslemlestelse.» Nakmi – Nasjonal kompetanseenhet for minoritetshelse, desember 2010.

Scriven, M. (1991). Evaluation thesaurus (4th ed.). Newbury Park, CA: Sage.
St. meld nr 12 (2008-2009). «En gledelig begivenhet».

Steen-Johnsen, Kari, Liden, Hilde, Monica Five Aarset(2011): Offentlig innsats mot tvangsekteskap. Sluttrapport- evaluering av handlingsplanen mot tvangsekteskap. Institutt for samfunnsforskning

Sverdrup, Sidsel(2002): Evaluering. Faser, design og gjennomføring. Fagbokforlaget

Talle, Aud (2010). "Kulturens makt" Høyskoleforlaget. Oslo

Thaler R. and C. Sunstein (2008). Nudge: Improving Decisions about Health, Wealth and Happiness. Yale University Press.

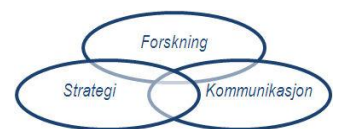
Tronstad, Kristian (2008a): «Kap. 8. Religion», i Blom og Henriksen (red). *Levekår blant innvandrere i Norge 2005/2006*, Rapporter 2008/5, Statistisk sentralbyrå.

Tronstad, Kristian (2008b): «Kap. 20. Opplevd diskriminering», i Blom og Henriksen (red). *Levekår blant innvandrere i Norge 2005/2006*, Rapporter 2008/5, Statistisk sentralbyrå.

Utlendingsdirektoratet (2012). «Migrasjon 2011. Fakta og analysar.»

Vangen S, Hoffmann R, Flo K, Lorentzen B, Sand S (2006). Omskjæring av kvinner - komplikasjoner og behandling. Tidsskr Nor Lægeforen 126, 475-7

Aasen, Henriette Sinding (2008) Menneskerettslige aspekter knyttet til kjønnslemlestelse og helseundersøkelser. Utredning for Barne- og likestillingsdepartementet levert 30.04.2008. Forfatter engasjert av Norsk senter for menneskerettigheter, i arbeidsgruppe med Anne Hellum, Kirsten Sandberg og Njål Høstmælingen.



Oxford Research AS, Østre Strandgate 1, 4610 Kristiansand, Norge, Tlf. 40 00 57 93, www.oxford.no