

Hensikten helliger middelet?

Om helsepersonells faglige overveielser av virkemidler til forebygging av kvinnelig kjønnslemlestelse.

En kvalitativ studie

Signe Sæbjørnsdotter Myklebust



Masteroppgave ved Medisinsk fakultet,

Institutt for helse og samfunn. Avdeling for sykepleievitenskap

UNIVERSITETET I OSLO

30.06. 2011



UNIVERSITETET I OSLO
 DET MEDISINSKE FAKULTETET
 Institutt for sykepleievitenskap og helsefag
 Boks 1153 Blindern, 0318 Oslo

Navn: Signe Sæbjørnsdotter Myklebust

Dato: 30. juni 2011

Tittel og undertittel:

Hensikten helliger middelet?

Om helsepersonells faglige overveielser av virkemidler til forebygging av kvinnelig kjønnslemlestelse. En kvalitativ studie

Sammendrag:

Bakgrunn: I Norge er det forbudt ved lov å utføre eller medvirke til skadelige og lemlestende inngrep på jenters og kvinners genitalia. Helsepersonell kan i Norge straffeforfølges om de forsømmer sin plikt til å forebygge eller avverge kjønnslemlestelse. Det forventes at helsesøstre og jordmødre tar opp tematikken med "utsatte grupper" og tilbyr samtale, samt undersøkelse av jenters underliv.

Hensikt: å undersøke og beskrive faglige overveielser helsepersonell foretar over virkemidler i helsestasjons- og skolehelsetjenesten for å forebygge kjønnslemlestelse av jenter i Norge.

Teoretisk forankring: Bakgrunns litteratur: Sykepleiefaglige overveielser, Kjønnslemlestelse: epidemiologi og bekjempelse globalt og nasjonalt. Nasjonale og internasjonale styringsdokumenter.

Metode: Studien har en kvalitativ tilnærming med et utforskende/ beskrivende design. Studiepopulasjonen er helsesøstre og jordmødre i den kommunale helsestasjons- og skolehelsetjenesten i Norge. Det ble sammensatt et strategisk/hensiktsmessig utvalg – 5 helsesøstre og en jordmor. Kvalitative data ble innhentet gjennom fokusgruppesamtaler og analysert og tolket ved hjelp av fenomenologisk- hermeneutisk tematisk strukturanalyse.

Funn: Studien viste at deltakerne hovedsakelig knyttet sine overveielser til virkemidlene dialog med foreldre og jenter, samt underlivsundersøkelse av jenter fra utvalgte grupper. Fenomenene som vektlegges i helsepersonellens overveielser er gjensidig tillit, kulturell sensitivitet, tvang og kontroll, effekt av forebyggende virkemidler, forholdet mellom fag og politikk, prioriteringer og dilemma helsepersonell opplever knyttet til sin egen situasjon i denne sammenhengen.

Konklusjon. Helsepersonellet i denne studien knyttet sine overveielser av forebyggende virkemidler til både brukeren, sykepleieren og konteksten for utøvelsen av de forebyggende sykepleietiltakene. De bestrebet seg på å finne fram til virkemidler som er faglig forsvarlig og kulturelt trygge.

Nøkkelord: Kvinnelig kjønnslemlestelse, faglige overveielser, helsepersonell, forebygging, virkemidler.



UNIVERSITETET I OSLO
 DET MEDISINSKE FAKULTETET
 Institutt for sykepleievitenskap og helsefag
 Boks 1153 Blindern, 0318 Oslo

Name: Signe Sæbjørnsdotter Myklebust

Date: June 30th, 2011

Title and subtitle:

The ends justify the means?

Professional deliberations concerning policy instruments to prevent female genital mutilation. A qualitative study

Abstract:

Background: In Norway it is prohibited by law to perform or contribute to harmful and mutilating operations on children's and women's genitalia (FGM). If health personnel fail in their duty to prevent or avert FGM, they are at risk of prosecution. Midwives and public health nurses are expected to take up the issue, facing exposed groups and offer dialogue and inspection of young girls' external genitalia.

Purpose: to describe the content of the professional deliberations undertaken by health personnel, regarding policy instruments/nursing means provided to prevent female genital mutilation.

Literature Review: The study presents literature on nursing deliberation, epidemiological and historical knowledge on female genital mutilation. In addition national and international governmental documents concerning the issue are presented.

Method: The study has a qualitative explorative/descriptive design. The population under study is midwives and public health nurses (PHN) employed in preventive health services for children and in school health service in Norway. A strategic sample consisting of 5 PHN and 1 midwife was conducted. Data were gathered through focus groups interview and analyzed and interpreted by a phenomenological-hermeneutic structural method.

Findings: The study shows that the participants' professional deliberations about means to prevent FGM encompassed the phenomenon's mutual trust, cultural sensitivity, coercion and control, the impact of preventive means, prioritizing, profession versus politics.

Conclusion: The participants in this study linked their deliberations of policy instruments both to aspects of clients, the professional knowledge and the context in which the preventive nurse service is to be carried out. They tried to apply nursing means which they find both professionally and culturally safe.

Key words: Female genital mutilation, prevention, policy instrument/nursing means, professional deliberations, health personnel.

*Det å ikke ha noen mening,
er også å velge,
for hvis man ikke selv har en mening,
gir man andres meninger større spillerom.*

Søren Kierkegaard

Takk

I en prosess som dette kan det nok hende at man har kjent seg nokså alene og overlatt til seg selv, tankene og ordene i blant. Det er likevel lett å erkjenne at uten omgivelsenes verdifulle støtte, ville prosjektet neppe blitt gjennomført. Mange fortjener min store takk:

Min veileder Randi Nord, som har vært velvillig og tålmodig til stede med støttende og oppmuntrende veiledning, inklusive milde, men nødvendige ”dytt”, kurskorrigering, stor kunnskap og pedagogisk innsikt.

Fokusgruppedeltakerne, som raust delte av sine refleksjoner, profesjonalitet, erfaring og tid, for å gi innblikk i et faglig krevende og sensitivt praksisfelt.

Randi Syverud, for bistand i fokusgruppesamtalen og verdifulle diskusjoner og tilbakemeldinger i etterkant

Mariann Tvetene, for gjennomlesinger av stoffet og innsiktsfulle og nyttige kommentarer og innspill.

Henriette F. Jøranli for uvurderlig starthjelp til navigasjon i databasene

Ida Sofie Solberg Stryken for verdifull hjelp til kaoskontroll.

Venner og kolleger for øvrig, mitt uvurderlige faglige og sosiale nettverk for oppmuntring og interesse underveis.

Sist, men ikke minst vil jeg takke min familie, som tålmodig har delt opp- og nedturer, bidratt med datahjelp, forpleining og praktisk avlastning, kontorfellesskap, oppmuntring og bistand på det praktiske og mentale plan. Aller sist, og absolutt ikke minst; stor takk til de to yngste for verdifull barnebarntid, som har vært en berikelse i prosessen og tilværelsen.

Innhold

INNHold	VIII
1. INNLEDNING	13
1.1 BAKGRUNN FOR VALG AV TEMA.....	13
1.2 PROBLEMSTILLING OG HENSIKT MED STUDIEN	14
1.3 AVGRENSNING:	16
2. LITTERATURGJENNOMGANG	18
2.1 BEGREPSAVKLARING.....	18
2.2 OMSKJÆRING OG KJØNNSLEMLESTELSE	21
2.2.1 <i>Omskjæring.Opprinnelse og historie. Kulturell og religiøs tilknytning.....</i>	<i>22</i>
2.3 OMSKJÆRING AV GUTTER – INTENSJON OG FOREKOMST	24
2.3.1 <i>Kvinnelig omskjæring. Utbredelse, omfang og bekjempelse på verdensbasis.</i>	<i>26</i>
2.3.2 <i>Kvinnelig kjønnslemlestelse i menneskerettighetsperspektiv.</i>	<i>29</i>
2.3.3 <i>Kjønnslemlestelse av jenter. Situasjonen i Norge</i>	<i>31</i>
2.3.4 <i>Om bekjempelse av kvinnelig kjønnslemlestelse i Norge</i>	<i>34</i>
2.4 FAGLIGE OVERVEIELSER I SYKEPLEIE	37
2.4.1 <i>Kjennetegn på faglige overveielser i sykepleie</i>	<i>38</i>
2.4.2 <i>Formål med faglige overveielser.....</i>	<i>39</i>
2.4.3 <i>Gjenstand for faglige overveielser</i>	<i>40</i>
2.4.4 <i>Grunnlag for faglige overveielser.....</i>	<i>44</i>
3. FORSKNINGSDESIGN- OG METODE	47
3.1 VALG AV FORSKNINGSDESIGN	47
3.2 METODE	48

3.2.1	<i>Rekruttering, populasjon og utvalg</i>	49
3.2.2	<i>Innsamling og bearbeiding av data. Fokusgruppe</i>	50
3.2.3	<i>Analyse</i>	53
3.3	METODEREFLEKSJON	56
3.3.1	<i>Forskningsetiske overveielser</i>	58
4.	FUNN	61
4.1	GJENSIDIG TILLIT	61
4.2	KULTURELL SENSITIVITET	62
4.3	TVANG OG KONTROLL	63
4.4	EFFEKT AV FOREBYGGENDE VIRKEMIDLER	64
4.5	HELSEPERSONELL I KLEMME	66
4.6	PRIORITERING	67
4.7	MELLOM FAG OG POLITIKK	68
5.	DISKUSJON	70
5.1	TILLIT OG SENSITIVITET I DEN TVERRKULTURELLE SAMTALEN	71
5.1.1	<i>Omsorg i tverrkulturelle samtaler</i>	71
5.1.2	<i>Sensitivitet og tillit i tverrkulturell forebyggende sykepleie</i>	73
5.1.3	<i>Overveielser knyttet til profesjonsetiske regler</i>	79
5.2	HVA VIRKER – OG HVORDAN?	82
5.2.1	<i>Samtale - nyttig eller forgjeves?</i>	83
5.2.2	<i>Underlivsundersøkelse – reell eller falsk trygghet?</i>	87
5.2.3	<i>Frivillig tilbud – med ris bak speilet?</i>	90
5.3	HELSEPERSONELL I KLEMME	92
5.3.1	<i>Helsepersonell mellom fag og politikk</i>	92

5.3.2	<i>Prioritering</i>	95
6.	KONKLUSJON	98
7.	KILDELISTE	101
	VEDLEGG	108

1. Innledning

Kjønnslemlestelse karakteriseres som et svært alvorlig overgrep og er forbudt i Norge. Det er iverksatt en rekke tiltak i flere samfunnssektorer for å bekjempe praksisen, også i helsetjenesten. Hovedfokus for denne studien er helsepersonells faglige overveielser og refleksjoner omkring virkemidler som foreslås og implementeres i helsestasjons- og skolehelsetjenesten til forebygging av kjønnslemlestelse av jenter.

1.1 Bakgrunn for valg av tema.

Verdens helseorganisasjon (WHO) regner med at det på verdensbasis de siste årene til enhver tid er så mange som mellom 100 og 140 mill. kvinner som har gjennomgått en eller annen form for kjønnslemlestelse (Fangen, et al., 2007; Sala, et al., 2001).

WHO anslår at omtrent 3 mill. jenter, (de fleste i Afrikanske land), årlig er i risiko for å bli utsatt for denne type inngrep (WHO, 2010b).

Tradisjonen med kvinnelig omskjæring kan betegnes som en kulturfremmed praksis i Norge. I noen land og kulturer er det imidlertid utbredt. Globalt er det identifisert et 30-talls land som praktiserer ulike former for kulturelt og religiøst motiverte inngrep på jenters ytre genitalia (Fangen, et al., 2007; Lidén, et al., 2008; Sosial- og helsedirektoratet, 2007; Sæverås, 2004). Med de seneste tiårenes innvandring fra flere av disse landene, har tradisjonen blitt et problemområde ikke minst helsevesenet må forholde seg til (Lidén, et al., 2008; Storhaug, 2007; Talle, 2003).

Det finnes lite pålitelig kunnskap om det totale omfanget av jenter eller kvinner som har vært utsatt for kjønnslemlestelse og som er hjemmehørende i Norge (Bufetat, 2010). Når det gjelder risikoutsatte jenter bosatt i Norge, anslår en rapport fra Institutt for samfunnsforskning at rundt 5000 jenter mellom 0 og 19 år er i vanlig alder eller er yngre enn vanlig for omskjæring i sin befolkningsgruppe (Lidén, et al., 2008).

I Norge er det forbudt ved lov og forbundet med straff å utføre eller medvirke til skadelige og lemlestende inngrep på jenters og kvinners genitalia. Lovforbudet gjelder lemlestelse av jenter som er bosatt i Norge. Det er straffbart både å gjennomføre og medvirke til denne type inngrep, både her i landet og i utlandet (opprinnelsesland eller annet) (Helse- og omsorgsdepartementet, 1995). Etter samme lovverk kan bl.a. helsepersonell straffeforfølges for å ha forsømt sin plikt til å avverge kjønnslemlestelse, uavhengig av omfang og type og om inngrepet blir utført her til lands eller utenlands. Loven i seg selv er ment å skulle virke preventivt, ettersom en regner med at straffemomentet har en avskrekkende effekt (Barne- og likestillingsdepartementet, 2008b). I tillegg er det et implisitt krav i loven at personell i ulike tjenester skal gjennomføre tiltak for å forebygge/avverge kjønnslemlestelse av jenter.

Med utgangspunkt i to handlingsplaner har norske myndigheter den siste tiårsperioden satt i verk ulike tiltak for å bidra til at omskjæring av små og unge jenter opphører, og at omskårne kvinner får den behandling og omsorg de trenger og har krav på. Blant annet ble det nasjonale prosjektet "Omsorg og Kunnskap mot Kvinnelig omskjæring" (OK- prosjektet) iverksatt fra 2001-2004 for å gjennomføre store deler av den første handlingsplanen fra 2001. (Barne- og likestillingsdepartementet, 2008a; Johansen, 2005).

1.2 Problemstilling og hensikt med studien

Det er dokumentert at omskjæring av jenter er en kvestelse som gir alvorlige helserelaterte, av og til livstruende, komplikasjoner (Fangen, et al., 2007; Sæverås, 2004). En stor del av tiltakene i gjeldende handlingsplan skal gjennomføres i helsetjenesten (Barne- og likestillingsdepartementet, 2008a). Den kommunale helsestasjons- og skolehelsetjenesten har sitt generelle samfunnsmandat gjennom en forskriftsfestet plikt til bl.a. å fremme psykisk og fysisk helse og forebygge sykdommer og skader (Helse- og omsorgsdepartementet, 2003). Den yter forebyggende helsetjeneste til barn og unge i alderen 0-20 år, gravide og deres

familier. Helsepersonellet her møter praktisk talt hele målgruppen. Tjenesten er i sentrale dokumenter utpekt som en særlig ressurs i arbeidet med å forebygge kvinnelig kjønnslemlestelse (Barne- og likestillingsdepartementet, 2008b, s. 10). Personalet består i det daglige alt vesentlig av sykepleiergruppene jordmor og helsesøster. De blir dermed sentrale aktører i det langsiktige holdningsskapende arbeidet mot kjønnslemlestelse (Barne- og likestillingsdepartementet, 2008a, 2008b).

Kim (2000, s. 34) påpeker at for å analysere et fenomen eller scenario i en sykepleiekontekst, må det først fastslås at det er sider ved fenomenet som kan hevdes å ha sykepleiefaglig ”mening” (være relevant for faget sykepleie). Hun fastslår at sykepleie er en tjeneste for å fremme og bedre folks helse og at en situasjon som krever intervensjon eller tjeneste med det som formål, er et legitimt område for sykepleie. Hovedhensikten med å forhindre at jenter utsettes for overgrep gjennom operative inngrep på genitalia uten medisinsk indikasjon, synes først og fremst å være å spare dem for smertene og traumeopplevelsen ved selve inngrepet, og helseskadene det medfører både på kort og lang sikt (Barne- og likestillingsdepartementet, 2008a). De aktuelle sykepleiergruppenes anvendelse og overveielser av virkemidler for å forebygge kjønnslemlestelse blir følgelig et legitimt område for deres forebyggende sykepleiefunksjon.

Høsten 2009 ble det på bakgrunn av politiske beslutninger innført et tilbud om samtale og frivillig underlivsundersøkelse (klinisk undersøkelse av jenters ytre genitalia) som virkemidler for å forebygge kjønnslemlestelse. Tilbudet beskrives i Rundskriv 1-5/2009 fra Helse- og omsorgsdepartementet (2009) og ble i første omgang gjennomført i skolehelsetjenesten i utvalgte kommuner og bydeler. Innholdet i rundskriv 1-5/2009 omtales nærmere i Kap. 2. Fra 2010 implementeres tilbudet i hele landet (Helsedirektoratet, 2009).

Helsepersonells arbeid i hverdagen med forebygging av dette overgrepet foregår på et kulturelt og personlig sensitivt område, i spenningsfeltet mellom ulike kulturer og i krysningpunktet mellom politiske vedtak og faglige vurderinger. Det antas at

helsepersonell både i forkant og etter implementering av tiltak vurderer forsvarligheten og egnetheten av handlingsalternativene.

På denne bakgrunn reises følgende problemstilling:

Hvilke faglige overveielser foretar helsepersonell i helsestasjons- og skolehelsetjenesten med hensyn til foreliggende handlingsalternativ for å forebygge kvinnelig kjønnslemlestelse?

Hensikten med studien er å beskrive de faglige overveielser som helsepersonell (helsesøster og jordmor) i helsestasjons- og skolehelsetjenesten foretar omkring vedtatte og foreslåtte virkemidler for å forebygge kjønnslemlestelse av jenter.

1.3 Avgrensning:

Det er ikke innenfor denne studiens ramme å diskutere ulike kulturers syn på og argumenter for og imot tradisjonsbundet praksis med omskjæring jenter. Det må ikke herske tvil om at kvinnelig kjønnslemlestelse er en uakseptabel praksis som må bekjempes.

Det er videre av stor betydning at helsepersonell også avdekker gjennomført kjønnslemlestelse for å tilby helsehjelp og evt. melde fra om straffbare forhold. Imidlertid er heller ikke dette forholdet innenfor denne studiens hensikt og problemstilling.

Studien tar for seg virkemidler for å forebygge og avverge kjønnslemlestelse og de faglige overveielser helsepersonell foretar knyttet til disse. Videre avgrenses studien til virkemidler som anvendes i den daglige helsetjenesten, ikke strakstiltak i forbindelse med sommerferier og lignende, som tjenesten også bidrar til. Melding til barnevern og politi, inngåelse av kontrakter med foreldre om å ikke kjønnslemleste døtre ved for eksempel utenlandsreiser er en del av avvergesmekanismene som benyttes, men omfattes ikke av denne studien, da dette vil være en følge av kontakt og samtale med brukerne.

2. Litteraturgjennomgang

I dette kapitlet presenteres litteratur til legitimering av tema og problemstilling og for å sette disse i sin kontekstuelle sammenheng. Dataanalysen i denne studien tar utgangspunkt i empirisk materiale fra helsesøstres og jordmødres praktisk virkelighet.

Det er hovedsakelig søkt etter relevant litteratur om forebygging av kjønnslemlestelse og faglige overveielser i databasene PubMed, Cinahl, Cochrane, Google Scholar, Google og i BIBSYS.

Det redegjøres også for norsk lov- og regelverk og andre offentlige styringsdokumenter som ligger til grunn for arbeidet med forebygging av kjønnslemlestelse.

Dataanalysen vil kunne generere ny litteratur til belysning og diskusjon av studiens funn. Først en redegjørelse for sentrale begreper i studien.

2.1 Begrepsavklaring

Terminologien som benyttes som betegnelser og benevnelser på kulturelt og religiøst motiverte inngrep på det kvinnelige kjønnsorgan er ikke entydig og til dels kontroversiell (Mladonova, 2007, ss. 5-9). Flere begrep brukes som betegnelse på samme praksis i ulike kontekster. Betydningen av de ulike termene kan imidlertid variere, avhengig situasjon, posisjon og eierforhold til de som benytter termene. I Norge brukes hovedsakelig betegnelsene omskjæring og kjønnslemlestelse. I denne studien vil begrepsbruken være variert og situasjonsbestemt, slik det påpekes hos Fangen et al. (2007) og Sæverås (2004):

Omskjæring (circumcisio) er den medisinske/kirurgiske betegnelsen på fjerning av forhud på penis og klitoris (Grünfeld, et al., 2010). Mange mener at ”omskjæring” er en altfor harmløs betegnelse på inngrep uten medisinsk indikasjon på (ytre) kvinnelige genitalia; det assosieres lett med den rituelle, mannlige tradisjonen (Lidén,

et al., 2008; Sæverås, 2004) og kanskje også med nødvendig kirurgisk behandling av menn. Overfor kvinner som har gjennomgått inngrep og folkegrupper som praktiserer skikken er imidlertid begrepet ”kjønnslemlestelse” forbundet med problemer fordi det kan virke stigmatiserende og fremmedgjørende.

”Omskjæring” benyttes der framstillingen er knyttet til gruppen det angår/grupper som praktiserer skikken, der det dreier seg om fenomenet som ”operativt inngrep” og i forbindelse med mannlig omskjæring.

Kjønnslemlestelse brukes i denne studien i tråd med Verdens helseorganisasjons (WHO) definisjon og klassifisering av kvinnelig kjønnslemlestelse (Female Genital Mutilation - FGM).

Female genital mutilation comprises all procedures involving partial or total removal of the external female genitalia or other injury to the female genital organs for non-medical reasons. It has no health benefits and harms girls and women in many ways.

WHO klassifiserer fire hovedtyper av inngrep med varierende alvorlighetsgrad:

1. Klitoridektomi: Delvis eller total fjerning av klitoris og/eller, i sjeldne tilfeller, av forhuden.
2. Eksisjon: Delvis eller total fjerning av klitoris og labia minor, evt. også labia major.
3. Infibulasjon: Innsnevring av vaginalåpningen gjennom å danne et segl ved å kutte og sy igjen de indre eller ytre kjønnslepper, evt. fjernes også klitoris.
4. Andre: Alle andre skadelige prosedyrer og inngrep på kvinnelige genitalia uten medisinsk indikasjon, for eksempel prikking, brenning, gjennomhulling (piercing) skjæring og skraping (WHO, 2010b).

I denne studien differensieres det ikke mellom de ulike typene.

WHO's definisjon impliserer at kjønnslemlestelse omfatter skade av både indre og ytre genitalia. I norsk lovverk (Helse- og omsorgsdepartementet, 1995) og andre offentlige dokumenter benyttes begrepet "kjønnslemlestelse" for å synliggjøre at inngrep uten medisinsk grunn som skader eller endrer jenters og kvinners kjønnsorganer anses som kriminelt og er et alvorlig overgrep mot deres kroppslige integritet, i tråd med WHO's definisjon (Fangen, et al., 2007; Sæverås, 2004).

Ord som inngrep, tradisjon og praksis brukes synonymt med både omskjæring og kjønnslemlestelse. Videre benyttes kvesting og vansiring i litteraturen. FGM er den vanlige forkortelsen for den engelske benevnelsen for kjønnslemlestelse og blir benyttet i framstillingen her.

Forebygging, avverging: I denne studien benyttes begrepene "forebygge, forhindre, avverge" i betydningen primærforebyggende helsearbeid: det vil si å forhindre at sykdom og skade oppstår. Her innebærer det å forhindre at skadelige inngrep på jenters kjønnsorganer overhodet blir utført (Helse- og omsorgsdepartementet, 2003; Mæland, 2010, s. 14).

Med **virkemidler/metoder** menes her ulike handlingsalternativ som er vedtatt anbefalt, og i bruk i helsestasjons- og skolehelsetjenesten, men også alternative tilnæringsmåter som foreslås og diskuteres av ulike samfunnsaktører (faglige og politiske myndigheter, media, berørte miljø, interesseorganisasjoner).

Bruker. Mottaker av helsetjenester har etter pasientrettighetsloven § 1-3a) (Helse- og omsorgsdepartementet, 1999) betegnelsen pasient. Ordet pasient gir vanligvis assosiasjoner til en syk og hjelpetrengende person. I denne studien benyttes begrepet "bruker" om barn og foreldre som er i målgruppen for forebygging av kjønnslemlestelse. Mottakere av helsestasjons- og skolehelsetjenestens forebyggende tilbud er for det meste friske barn og unge i aldersgruppen 0 til 20 år og deres familier (Helse- og omsorgsdepartementet, 2003). Brukeren her er jenter fra 0-20 år fra miljøer med etnisk bakgrunn der omskjæring praktiseres, og deres foreldre/familie.

Der det passer, brukes betegnelsen jenter, elever, barn, foreldre som betegnelse på tjenestemottakeren.

Helsepersonell: Sykepleiere med videreutdanning som jordmor og helsesøster. Nærmere om dette i metodekapitlet om populasjon og utvalg.

Faglige overveielser: Med faglige overveielser menes her at helsepersonell på bakgrunn av sin profesjonelle kompetanse og erfaring tilnærmer seg en klinisk problemstilling eller situasjon kognitivt og mentalt for å vurdere forsvarligheten av helsehjelpen som tilbys. ”Overveielser” brukes i denne studien i tråd med H. S. Kims forståelse av begrepet:

Deliberation in nursing practice refers to phenomena in the nurse-agent as she or he is mentally and intellectually addressing the clinical situation in anticipation of actual delivery of nursing services (Kim, 2000, s. 134).

Ord som refleksjon, tanker, kognitiv og mentale handlinger og aktivitet, vurderinger kan bli brukt synonymt for variasjonens skyld. Det gis en nærmere teoretisk redegjørelse for begrepet i Kap. 2.2.

2.2 Omskjæring og kjønnslemlestelse

Det er i forbindelse med denne studien søkt etter forskning relatert til virkemidler for å forebygge kvinnelig kjønnslemlestelse, samt helsepersonells overveielser av disse. Søkene viste et begrenset omfang av litteratur som har spesiell relevans for det aktuelle tema og problemstilling. Søkeresultatet bekreftes av en norsk oversiktsstudie over forskningsstudier på effekten av forebyggingsmetoder (Denison, 2009).

Forsknings- og faglitteratur om behandling av kjønnslemlestelse finnes imidlertid i rikt monn. Det ble også funnet et betydelig omfang av faglitteratur som omhandler metoder for omskjæring og for helseskadelige konsekvenser av inngrepene. Til tross for at virkemidler til forebygging ikke er belyst i særlig grad, er betydningen av

arbeid for å bekjempe skikken, nasjonalt og globalt, sterkt framhevet i litteraturen; et aspekt som presenteres i dette kapitlet.

For å sette det forebyggende arbeidet mot kjønnslemlestelse av jenter inn i sin sammenheng, gis det i det følgende en redegjørelse for det historiske, kulturelle, utbredelses- og omfangsmessige bildet av fenomenet, globalt og nasjonalt. Her er omskjæring av gutter et ikke ubetydelig aspekt.

2.2.1 Omskjæring.Opprinnelse og historie. Kulturell og religiøs tilknytning.

Det er lang tradisjon i flere kulturer for å foreta inngrep av ulik karakter på både jenters og gutters kjønnsorganer. Praksisen har eksistert i en eller annen form i nesten alle kjente sivilisasjoner gjennom historien, og det er derfor ikke mulig å knytte skikken til én spesiell kultur eller religion (Mladonova, 2007). Til tross for dette, er det likevel på det rene at skikken har en sterk kulturell og religiøs forankring i folks bevissthet. Mladonova (ibid., s. 23) hevder at uten en slik tilknytning ville den ikke eksistert i dag. Verken mannlig eller kvinnelig omskjæring omtales direkte i Koranen, men derimot i de klassiske islamske tekstsamlingene (hadith-litteraturen). De hellige skriftene til både jøder og kristne (Toráen, Bibelen) inneholder beskrivelser av mannlig omskjæring, mens kvinnelig omskjæring ikke nevnes her (Aldeeb Abu-Sahlieh, 2001, ss. 16, 69, 99; Vaage, 2002). Én forklaring på at både mannlig og kvinnelig omskjæring likevel er utbredt blant muslimer, kan være at forkjempere for skikken leter etter skjulte budskap i tvetydige vers i Koranen, og som kan tolkes i deres favør. I følge Koranen er ingenting utelatt fra de islamske skriftene.

Forkjempere for skikken kan tolke dette som at dette også gjelder omskjæring, og formuleringer kan tolkes som indirekte påbud om at omskjæring skal utføres (Aldeeb Abu-Sahlieh, 2001).

Til tross for at det er svært vanskelig å finne bevis for hvor og når det første inngrepet fant sted, er det mye som taler for at praksisen oppstod i Midt- Østen, mest sannsynlig i Egypt for flere tusen år siden. Det er også klart at praksisen utviklet seg i

mange afrikanske land og i området som i dag kalles Midt- Østen lenge før innføringen av både islam og kristendom (Mladonova, 2007).

I noen områder i Vest- Afrika ble tradisjonen etablert så sent som på 18- og 19- hundretallet og i noen samfunn innføres den til og med i våre dager (Mladonova, 2007; Sæverås, 2004). En kjenner også til at omskjæring av kvinner, eller kirurgiske inngrep på genitalia, fant sted i noen vestlige land i det 19. og 20 århundre (Mladonova, 2007).

I grupper som praktiserer omskjæring av jenter gis det mange ulike grunner. De varierer fra spirituelle, religiøse, sosiologiske, hygieniske, estetiske til seksuelle (Fangen, et al., 2007). Begrunnelsene varierer også fra land til land og fra kultur til kultur og kan ikke generaliseres til alle samfunn som holder på tradisjonen. De springer gjerne ut fra høyverdige ønsker om å beskytte mot uønskete livssituasjoner, samt å gjøre jentene til verdige og rene kvinner og aktverdige samfunnsmedlemmer. Sosial ekskludering anses som mer skadelig enn fysisk skade og smerte. Å tåle smerte kan være et poeng i seg selv, det argumenteres for at det er viktig å kjenne ”smerten fra kniven” for å bli voksen kvinne (Talle, 2003, s. 40).

Ulike typer inngrep blir sett på som et middel til å bevare jomfruelighet og kyskhet og til å avverge promiskuøs livsførsel. Det er en forutsetning for å bli gift, og forhindrer voldtekt, samt uønskete svangerskap og barn. Det skal også være et middel til å gi mannen økt nytelse. Kvinnelig dyd og moral er grunnleggende sosiale verdier i samfunn der omskjæring utføres, mulighet for ekteskap og kontroll av kvinners seksualitet ligger oftest bak den sosiokulturelle begrunnelsen. Fjerning av klitoris – som av noen ses på som et mannlige organ som kan vokse og true mann og foster, og andre urene og ”stygge” deler av kvinnelige genitalia, skal bidra til renhet og seksuell identitet. I vestlige land ble kirurgiske inngrep på kvinners indre og ytre genitalia brukt som botemiddel for tilstander som nymfomani, masturbasjon, hysteri, depresjon og epilepsi (Fangen, et al., 2007; Lidén, et al., 2008; Mladonova, 2007; Sala, et al., 2001; Sæverås, 2004; Talle, 2003)

2.3 Omskjæring av gutter – intensjon og forekomst

Som vi ser, er omskjæring av gutter en ikke uvesentlig del av det totale bildet når det gjelder religiøst og rituelt motiverte inngrep på barns kjønnsorganer, sett både i historisk og kulturelt perspektiv. Mladonova (2007) påpeker at selv om mye er uklart omkring opprinnelsen til både mannlige og kvinnelige omskjæringstradisjoner, synes det likevel sikkert at rituell omskjæring av gutter startet før innføring av inngrep på det kvinnelige kjønnsorgan. Mannlig omskjæring har bevislig funnet sted i Egypt i 5000 år, men det er usikkert hvilket innhold og motiv ved omskjæringen som fremstilles på flere tusen år gamle veggmalier (Mladonova, 2007; Vaage, 2002). Inngrepet forekommer i dag i alle samfunn der omskjæring og andre skadelige inngrep på kvinnelige genitalia finner sted. Både historisk og i våre dager forekommer imidlertid rituelt og tradisjonelt motiverte inngrep på mannlige kjønnsorgan i langt flere samfunn enn tilfellet er for omskjæring av kvinnelige genitalia (Mladonova, 2007).

På begynnelsen av 2000- tallet regnet en med at det årlig ble omskåret ca 1 000 000 gutter bare i USA, og på verdensbasis så mange som 25 000 000 (Vaage, 2002). I følge tall fra Verdens helseorganisasjon (Schmid, et al., 2008) er globalt 30 – 34 % av den mannlige befolkningen omskåret, dvs. at prevalensen av omskårne menn til enhver tid er på omkring 1 milliard, inntil ti ganger så høy forekomst som for kvinner.

Rituell omskjæring av gutter er tillatt i Norge og andre vestlige land, selv om det mangler akseptable medisinske indikasjoner for inngrepet (Sosial- og helsedirektoratet, 2007). Et unntak er selvsagt kirurgisk behandling av fimose (Vaage, 2002). Studier viser at i enkelte deler av verden kan omskjæring av gutter ha en viss forebyggende effekt på HIV/AIDS og andre seksuelt overførbare infeksjoner. Det er imidlertid uenighet i forskningsmiljøene om hvorvidt det finnes gode nok medisinske grunner til å anbefale masseomskjæring av nyfødte for å forebygge HIV/AIDS (Vaage, 2002). Inngrepet foretas ofte under svært dårlige medisinske og hygieniske forhold. Mens enkelte forskere bare finner lette og moderate bivirkninger,

hevder andre at inngrepet kan være forbundet med alvorlige komplikasjoner og dødsfall. Gjøres inngrepet uten anestesi, anses det som ikke ubetydelig ytre vold mot gutter og med risiko for langvarig negativ fysisk og psykisk effekt av smertepåvirkningen (Adelman, 2004; Bailey, 2008; Feiring, 2004; Schmid, et al., 2008; Weiss, 2007, 2010).

I Norge utføres inngrepet poliklinisk i lokalanestesi. Etterspørselen til helsevesenet etter rituell omskjæring av gutter her i landet kommer stort sett fra muslimske foreldre (Vaage, 2002). I en undersøkelse fra 2002 ble det funnet at 56 500 personer var registrert i muslimske trossamfunn i Norge. På det tidspunktet ble det estimert at det årlig fødtes i underkant av 700 gutter i denne befolkningsgruppen. Undersøkelser viser at det hvert år omskjæres bare ca halvparten så mange som fødes (ca. 350). De fleste omskjæres ikke som nyfødte eller i spedbarnsalder, men i småbarnsalder eller senere (Vaage, 2002). Siden 2002 har antallet medlemmer i muslimske trossamfunn økt til nesten 93 000, en økning på 65 % (Statistisk sentralbyrå, 2009a). Dersom en forutsetter at fødselstallene som er registrert i gruppen har økt tilsvarende og det fremdeles er ca. halvparten så mange av antall fødte som omskjæres i helsevesenet, kan det estimeres at det fødes ca. 1150 gutter i Norge og at det omskjæres 575 hvert år. Det er ikke kjent om antall registrerte i muslimske trossamfunn utgjør alle muslimer i landet, heller ikke hva som skjer med den halvparten av guttene som ikke omskjæres i helsevesenet (Vaage, 2002).

Jødene er den andre folkegruppen i Norge en kjenner til som praktiserer rituell omskjæring av gutter, og som begrunner det med et religiøst påbud (Aldeeb Abu-Sahlieh, 2001). Det Mosaiske trossamfunn teller ca. 800 personer (Statistisk sentralbyrå, 2009a). Sammenlignet med hva som er tilfellet i den muslimske befolkningen, er det ut fra dette befolkningsgrunnlaget sannsynlig at det fødes få jødiske barn (gutter) årlig i Norge.

Som for kjønnslemlestelse av jenter, reises det, med ulike begrunnelser, også i økende grad spørsmål ved og motstand mot rituell omskjæring av gutter, nasjonalt og internasjonalt. Selv om også omskjæring av gutter er forbundet med risiko for

traumer og helseskader (Bailey, 2008; Darby, et al., 2008; Dekkers, et al., 2005; Schmid, et al., 2008; Vaage, 2002; Weiss, 2010), fokuserer denne studien i det følgende kun på kvinnelig kjønnslemlestelse (Female Genital Mutilation/ FGM), virkemidler for forebygging av dette og hvilke overveielser helsepersonell foretar i sin vurdering av ulike handlingsalternativ. Begrunnelsen for dette valget er at i motsetning til omskjæring av gutter, er inngrep uten medisinsk indikasjon på kvinnelige genitalia forbudt i Norge, og helsepersonell har, i likhet med en rekke andre yrkesgrupper, lovfestet plikt til å forebygge og avverge at jenter utsettes for praksisen.

2.3.1 Kvinnelig omskjæring. Utbredelse, omfang og bekjempelse på verdensbasis.

På verdensbasis er det om lag 30 stater, de fleste afrikanske, som har utarbeidet nasjonale estimat for prevalensen av jenter og kvinner i aldersgruppen 15 – 49 år som har vært utsatt for omskjæring. Estimaten avslører store variasjoner i forekomst i de ulike land, regioner og folkegrupper, for eksempel fra 0,6 % (Uganda) til 97,9 % (Somalia) (Fangen, et al., 2007; Lidén, et al., 2008; Sosial- og helsedirektoratet, 2007; Sæverås, 2004). Situasjonen for aldersgruppen under 15 år (og over 49 år) kommer ikke fram i disse estimatene. Sæverås (2004) understreker at alle estimer er basert på svært usikre data.

I land utenfor Afrika er det dokumentert FGM i land som Indonesia, Israel, Malaysia og India. Praksisen forekommer også sporadisk i for eksempel Sri Lanka, Peru og Oman. (Fangen, et al., 2007; Lidén, et al., 2008; Sæverås, 2004). I tillegg opprettholdes praksisen i innvandremiljø i Europa, USA og Canada. En rekke faktorer påvirker innvandreres syn på nødvendigheten og berettigelsen av å opprettholde skikken i eksil. Bosted, kontakt med hjemland og eksilmiljøer i andre land, utdanningsnivå, familiens framtidsperspektiv, syn på religion og tradisjon er alle eksempler på faktorer som kan tjene som argument for å ta avstand fra denne praksisen, men også for å opprettholde den (Lidén, et al., 2008).

Verdens helseorganisasjon (WHO) anslår den globale forekomsten av kvinner som har gjennomgått en eller annen form for kjønnslemlestelse til mellom 100 og 140 mill. Globalt og internasjonalt er det et sterkt engasjement for å bekjempe denne skadelige, og av mange oppfattet som bestialske, skikken med å lemleste jenter ved inngrep på deres ytre genitalia. Til tross for økt innsats fra flere aktører og gode resultater i enkelte land, går det langsomt å redusere den totale forekomsten. Sammenligning av tall fra WHO over en tiårsperiode viser at denne prevalensen har vært relativt stabil over tid (Cottingham, 2009; Fangen, et al., 2007; Sala, et al., 2001). I Afrika regner en med at omtrent 92 millioner jenter fra 10 år og oppover lever med konsekvensene av FGM og at ytterligere ca. 3 mill. jenter årlig er i risiko for å bli utsatt for denne type inngrep (WHO, 2010b). Litteraturen på området er ikke tydelig med hensyn til om alle de 3 millioner risikoutsatte jentene faktisk blir omskåret og om dette tallet utgjør den årlige insidensen.

Når det gjelder alder for omskjæring, er det stor variasjon i ulike grupper for når i en jentes liv det skjer, alt fra spedbarnsalder til når hun er i ferd med å bli gift eller er gravid. Det registreres generelt en økende tendens til å gjennomføre inngrepet på yngre jenter enn tidligere. Det begrunnes gjerne med at hun da vil ha en begrenset mulighet til å protestere. Videre kan lav alder for utføring av inngrepet ha sammenheng med intensjonene om å ikke påføre smerte. Enkelte mener at spedbarn tar mindre fysisk og psykisk skade, ikke føler smerte, og ikke vil huske overgrepet. Andre mener at jentene trenger styrke for å tåle inngrepet og derfor ikke må være for unge (Fangen, et al., 2007; Lidén, et al., 2008; Sæverås, 2004).

Internasjonalt registreres en tendens til å gå over til de ”mildere” formene, ofte kalt ”sunna” som betyr muslimsk tradisjon og refererer til religiøst fortjenstfulle og gode handlinger innenfor islam (se for eksempel Johansen, 2005; Talle, 2008). I land der tradisjonen praktiseres er det en økende tendens til at inngrepet utføres av helsepersonell og dermed under mer betryggende helsemessige forhold. Inngrepet utføres under bedøvelse, dvs. smertefritt, og en unngår også i større grad de alvorlige komplikasjonene, noe som bidrar til å se på handlingen som ”god”. Denne

medvirkningen fra helsepersonell til opprettholdelse av praksisen, er noe som særlig bekymrer Verdens helseorganisasjon (Cottingham, 2009; WHO, 2010b).

WHO har de siste 50 årene engasjert seg i økende grad for å bekjempe denne type kvesting av jenter. Rundt 1960 oppfattet organisasjonen problematikken som et sosialt og kulturelt anliggende, og dermed utenfor dens kompetanseområde (helse). Fra å begrense sin innsats til å sende spesielle anmodninger til myndighetene i involverte land om å avskaffe praksisen, er organisasjonen i dag aktiv og førende i arbeidet med å bekjempe alle former for unødvendige og helseskadelige inngrep på jenters genitalia (Mladonova, 2007, s. 44).

En rekke land over hele verden, også der omskjæring er vanlig, har innført spesifikk lovgivning som forbyr praksisen, eller forbud gjennom annen straffelovgivning. Mange har også vedtatt og iverksatt handlingsplaner for å eliminere skikken (Aasen, 2008; Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit GmbH, 2009).

En studie som undersøkte effekten av lovforbud mot FGM i Ghana (Ako, 2009) påpeker imidlertid at grundig implementering og håndheving fra statlige myndigheters side er en forutsetning for at lovverk skal være et effektivt bidrag til å utrydde kvinnelig kjønnslemlestelse. Studier i Kenya viser at det er viktig med lovforbud mot FGM, men at grasrottilnærming på samfunnsnivå virker best:

For interventions to be effective, legal measures need to be combined with social measure. (...) Top-down legal policies have been shown to be ineffective in changing people's attitudes. Successful eradication of FGM is possible if education and dialogue between state institutions, gender and human rights groups and practising communities is strengthened. (ibid, ss. 47-54).

I mange land og kulturer der denne praksisen er vanlig, er det en organisert motstand. Siden 1960- og 70- tallet har kvinnegrupper og helsepersonell i afrikanske land drevet organisert aktivitet for å lære befolkningen om de skadelige virkningene av inngrepet og påvirke til å bringe praksisen til opphør (Mladonova, 2007, s. 24).

Den norske regjeringens internasjonale innsats beskrives i en handlingsplan som ble iverksatt i 2003. Norsk støtte kanaliseres innenfor rammen av utviklingssamarbeid gjennom enkelttiltak og prosjekter til 6 afrikanske land der kjønnslemlestelse praktiseres. Hovedmålsettingene for i innsatsen lokalt er forebygging og sosial mobilisering mot kjønnslemlestelse, behandling, rehabilitering og kompetanseheving (Utenriksdepartementet, 2003).

2.3.2 Kvinnelig kjønnslemlestelse i menneskerettighetsperspektiv.

Kvinnelig kjønnslemlestelse lar seg ikke lett kategorisere som enten helseproblemer eller brudd på menneskerettigheter (Mladonova, 2007, s. 23). Det synes likevel å være bred enighet om at inngrep av denne type på jenters og kvinners ytre genitalia er alvorlige overgrep og en grov form for fysisk vold. I følge flere kilder erkjennes det også at i tillegg til selve handlingen, er både kort- og langsiktige helseskadelige konsekvenser av overgrepet en krenkelse av barns og kvinners menneskerettigheter, integritet og verdighet (Barne- og likestillingsdepartementet, 2008a, 2008b; Sala, et al., 2001; Sæverås, 2004; WHO, 2010b).

Artikkel 24 pkt 1 i FNs Barnekonvensjon fastslår bl.a. at barn har rett til å nyte godt av den høyest oppnåelige helsestandard (*FNs konvensjon om barnets rettigheter*, 2003). Verdens helseorganisasjon konstaterer at kulturelt og religiøst motiverte inngrep på jenters kjønnsorganer ikke har noen helsemessige fordeler, men tvert i mot skader jenters og kvinners helse på mange ulike måter:

It involves removing and damaging healthy and normal female genital tissue, and hence interferes with the natural function of girls' and women's bodies. The practice causes severe pain and has several immediate and long-term health consequences, including difficulties in childbirth also causing dangers to the child (WHO, 2010a).

Videre presiserer WHO at inngrep på kvinnelige genitalia uten medisinske indikasjoner er en skadelig, tradisjonsbundet praksis som fratår barn retten til god helse:

FGM is recognized internationally as a violation of the human rights of girls and women. It reflects deep-rooted inequality between the sexes, and constitutes an extreme form of discrimination against women. It is nearly always carried out on minors and is a violation of the rights of children. The practice also violates a person's rights to health, security and physical integrity, the right to be free from torture and cruel, inhuman or degrading treatment, and the right to life when the procedure results in death (WHO, 2010b).

I tillegg til å sikre barn rett til helse, forplikter Barnekonvensjonens artikkel 24, pkt.3 partene (staten) til å treffe alle effektive og egnede tiltak for å avskaffe tradisjonsbundet praksis som er skadelige for barns helse. Partene forplikter seg også i følge artikkel 16 til bl.a. å beskytte mot innblanding i barnets privatliv og mot ulovlige angrep på dets ære eller omdømme.

Disse rettighetene understøttes også i en rekke andre internasjonale rettighetserklæringer som FNs kvinnekonvensjon og torturkonvensjon, Den europeiske menneskerettighetskonvensjon, m.fl. For eksempel inkluderer Erklæringen om eliminering av vold mot kvinner uttrykkelig kjønnslemlestelse. Barnekonvensjonen slår i artikkel 37 a fast at konvensjonspartene skal sikre at barn ikke utsettes for tortur eller annen grusom, umenneskelig eller nedverdiggende behandling eller straff (Aasen, 2008; Sala, et al., 2001; The United Nations High Commissioner for Human Rights, 2010).

Internasjonale menneskerettighetserklæringer inkluderer imidlertid også respekt for kulturelt mangfold. Kopelman (2005) viser til UNESCOs Universal Draft Declaration on Bioethics and Human Rights, artikkel 12. Her erkjennes betydningen av at kulturelt mangfold og ulikhet vises behørig respekt og hensyn. Allmenngyldige menneskerettigheter som menneskeverd og grunnleggende individuelle friheter rangeres imidlertid som høyere verdier. Hensynet til kulturelt særpreg, som for eksempel utøvelse av en helseskadelig tradisjonsbundet praksis som omskjæring av jenter, må ikke påberope seg retten til å krenke eller stå over slike rettigheter.

Sala & Duilio (2001) karakteriserer kjønnslemlestelse som et av vår tids viktigste multikulturelle spørsmål og anser det som en genuin konflikt mellom

kulturrelativistiske og universelle verdier. I følge noen retninger innen etisk relativisme finnes det ikke universelle verdier og rettigheter. Innen den kulturrelativistiske posisjonen hevdes det at ingen kultur har rett til å kritisere en annen, hver handling kan være god eller dårlig, avhengig av om den har sosial støtte eller ikke i samfunnet det gjelder. Kulturer som praktiserer omskjæring kan anse fordømmelse fra utenforstående som innblanding og kulturell imperialisme. Disse finner støtte i et kultursyn som bygger på etisk relativisme.

I motsetning til etisk relativisme, bygger universelle prinsipper og verdier på synet om at rett og galt, godt og vondt er det samme overalt, uavhengig av kulturelle forskjeller. *"The contrast between relativists and universalists shows the conflict between respect for the tradition and cultural identity and the corporate value and bodily integrity of the individual"* (Sala, et al., 2001, s. 249).

Det heter i International Council of Nurses (ICN) sine etiske regler at *"sykepleieren skal søke å skape et miljø der menneskerettighetene og enkeltmenneskets, familien og samfunnets verdier, skikker og tro respekteres"*. Det kommer ikke uttrykkelig fram hvordan ICN rangerer individuelle og kulturelle rettigheter og verdier. Rækkefølgen på forhold som skal respekteres kan tolkes som en rangering, og da settes individuelle verdier høyest også her (*Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*, 2007, s. 25).

2.3.3 Kjønnslēmlestelse av jenter. Situasjonen i Norge

Som nevnt er det begrenset pålitelig kunnskap og om prevalensen når det gjelder jenter og kvinner som bor i Norge som har vært utsatt for kjønnslēmlestelse (Bufetat, 2010). Det er begrenset åpenhet om temaet i de berørte miljøene. Én årsak til dette kan være at det er straffbart å praktisere skikken (Lidén, et al., 2008). I en kartleggingsundersøkelse om bl.a. holdninger til FGM blant somaliske kvinner fant Talle (2008) at årsaker til begrenset åpenhet kan være at omskjæring anses som et privat anliggende og at det er noe man ikke spør hverandre eller snakker med andre om. I eksil kan årsaken til ikke å snakke om temaet også være at å ikke omskjære døtrene kan være forbundet med sosial usikkerhet internt i egen gruppe mht. for

eksempel å få dem gift med menn fra sitt eget miljø. En kan derfor velge å ikke snakke om denne type personlige opplysninger (ibid).

Det råder til dels svært forskjellige oppfatninger i ulike fag- og interesse miljø om graden av forekomst. Enkelte hevder at kjønnslemlestelse utføres i stort omfang både her til lands og ved besøk i opprinnelsesland, mens andre ikke finner denne høye forekomsten (se for eksempel Lidén, et al., 2008, ss. 67-74; Johnsdotter i Shell-Duncan, et al., 2007, s. 107; Storhaug, 2007, s. 102).

I 2008 publiserte Institutt for samfunnsforskning (ISF) en rapport om omfanget av kjønnslemlestelse blant jenter som vokser opp i Norge i dag. (Lidén, et al., 2008). Forfatterne påpeker at det er metodiske begrensninger ved undersøkelsen som følge av den begrensede åpenheten om temaet. ISF- rapporten (ibid) gir ved hjelp av analyse av Statistisk sentralbyrås (SSB) befolkningsstatistikk og kartlegging av kjente tilfeller i relevante tjenester, som barnevern og helsetjeneste, et statistisk grunnlag for mulig omfang av kjønnslemlestelse i Norge. Undersøkelsen ble utført i en jentepopulasjon fra 0 – 19 år som tilhører store innvandrergupper fra Øst og Vest-Afrika med høy andel som praktiserer ulike former for kjønnslemlestelse i opprinnelseslandet. Det finnes lite kunnskap om hvordan disse og andre grupper praktiserer omskjæring i sin eksiltilværelse i Norge (ibid). I en studie om omskjæring blant somaliere i Sverige påpekte Johnsdotter (i Shell-Duncan, et al., 2007, s. 114) at det er knyttet stor grad av ambivalens til hvordan denne gruppen revurderer skikken når de er i eksil. Hun fremholdt at de kulturelle aspektene ved å opprettholde praksisen i hjemlandet er kontekstavhengig, og at alle disse aspektene blir utfordret i eksil. Livsbetingelsene, for eksempel klansystemenes rolle og forholdet mellom kjønnene, endrer seg drastisk i en eksiltilværelse. Med antakelsen om at alle foreldre har sine barns beste for øye som utgangspunkt, mente Johnsdotter at den spesielle eksilsituasjonen fører til at de fleste somaliske mødre i Sverige velger andre strategier enn omskjæring for å optimalisere døtrenes fremtidsutsikter (ibid).

Resultatene fra SSBs befolkningsstatistikk i ISF- rapporten (Lidén, et al., 2008, ss. 67, 68) viser følgende: Antall innvandrede jenter under 20 år er 2700 og tallet på

etterkommere av innvandrere i denne aldersgruppen er 3300, til sammen 6000 jenter. Av disse har 4500 bakgrunn fra Somalia. Av det totale antallet på 6000 er 1000 jenter eldre enn vanlig alder for omskjæring i opprinnelseslandet. Det antas at disse trolig er omskåret i hjemlandet før innvandring til Norge. I ISF- rapporten blir det anslått at 3800 jenter er i aldersgruppen der omskjæring er vanlig i opprinnelseslandet. Antall jenter i denne kategorien antyder størrelsen på dagens risikogruppe. 1250 jenter er yngre enn vanlig alder for omskjæring i opprinnelsesland og altså ikke antatt å være umiddelbart utsatt (Lidén, et al., 2008). De vil imidlertid vokse inn i risikogruppen og er således å anse som en del av den aktuelle målgruppen for forebyggende tiltak i helsestasjons- og skolehelsetjenesten.

Etter denne beregningen er det ca. 5 000 jenter som utgjør den totale målgruppen for helsestasjons- og skolehelsetjenestens forebyggende arbeid mot kjønnslemlestelse. I Norge er et årskull jenter på totalt rundt 30 000, dvs. at 20 årskull er på til sammen omtrent 600 000 personer. De 5000 jentene i alderen 0-19 (20) år som skal tilbys forebyggende tiltak fra helsestasjons- og skolehelsetjenesten utgjør i underkant av 1 % (ca. 0,8) av hele jentepopulasjonen i aldersgruppen.

I tillegg til analysen av SSBs befolkningsstatistikk kartla studien antall kjente tilfeller i barnevernet, helsestasjons- og skolehelsetjenesten, skoler, barnehager og sykehus av påvist kjønnslemlestelse i 2006 og 2007. Til sammen var det 16 kjente tilfeller. Ett tilfelle ble rapportert fra barnevernet og 3 fra sykehus. Fra helsestasjons- og skolehelsetjenesten ble det rapportert 12 tilfeller. Svarprosenten i denne tjenesten var 30, noe som er svært lavt, men de som svarte dekket områder med stor aktuell befolkningsgruppe. Det antas at utførelsen av de fleste kjente tilfellene ligger et stykke tilbake i tid, muligens før jentene flyttet til Norge. Seks av de 15 kjente tilfellene var blitt politianmeldt, noe som indikerer at det var mistanke om at inngrepene var utført etter innflytting til landet. (Lidén, et al., 2008, ss. 82-87). I skrivende stund (april 2010) foreligger det på landsbasis ca. 15 politianmeldelser for kjønnslemlestelse. Ingen har så langt ført til tiltale eller domfellelse (Politidirektoratet, 2010).

I en svensk kartleggingsstudie (Tamaddon, 2006) rapporterte bare 7 av 769 helsearbeidere at de i sin yrkeskarriere hadde møtt på pasienter med ”nylig utført” kjønnslemlestelse. Det hevdes at dersom praksisen hadde vært vanlig i Sverige, ville flere av respondentene, som var pediatere, skoleleger og helsesøstre, ha sett og rapportert langt flere tilfeller av nylig kjønnslemlestedede jenter. Det kan videre ikke utelukkes at noen av respondentene refererer til samme pasient, slik at antallet pasienter er lavere enn 7. Av bl.a. hensyn til behovet for anonymisering av pasienter, ble respondentene ikke spurt om når møtet med pasienten fant sted. Det innebærer at de kan ha rapportert om kvinner med ”nylig utført” inngrep som de kan ha møtt i løpet av de siste 10-20 år. Studien konkluderer med at kjønnslemlestelse sannsynligvis forekommer i liten grad blant afrikanske innvandrere i Sverige.

2.3.4 Om bekjempelse av kvinnelig kjønnslemlestelse i Norge

Lovgivning, straffeforfølging og håndhevelse av lov- og regelverk er blant tiltakene som benyttes i mange land i arbeidet med å utrydde kvinnelig kjønnslemlestelse. I Norge er alle former for inngrep som har til hensikt å endre eller skade jenters og kvinners genitalia straffbart etter Lov om forbud mot kjønnslemlestelse, også om det er utført av helsepersonell, inklusive rekonstruering av FGM. Det er etter samme lov også forbundet med straff for utvalgte yrkesgrupper, mellom andre helsepersonell, å unnlate å avverge kjønnslemlestelse (Helse- og omsorgsdepartementet, 1995).

I en relativt ny norsk rapport fra en kunnskapsoppsummering konkluderes det med at det mangler studier med høy nok metodisk kvalitet og at kunnskapsgrunnlaget er for mangelfullt til at det kan trekkes sikre konklusjoner om effekten av forebyggende virkemidler mot kjønnslemlestelse (Denison, 2009).

Imidlertid har norske myndigheter gjennom Regjeringens handlingsplan mot kjønnslemlestelse iverksatt en rekke tiltak i flere samfunnssektorer, der helsetjenesten og helsepersonell er sentrale aktører. Forebyggende tiltak, også i helsetjenesten, begrunnes med at praksisen strider mot grunnleggende menneskerettigheter for barn og kvinner, herunder retten til god helse (Barne- og likestillingsdepartementet,

2008a). Helsedirektoratet understreker at arbeidet mot kjønnslemlestelse må tas opp på et bredt forebyggende grunnlag, der også kunnskap om evt. holdningsendringer til praksisen hos gruppene det gjelder er en viktig faktor å legge til grunn (Sosial- og helsedirektoratet, 2007).

Den kommunale helsestasjons- og skolehelsetjenesten har som eneste offentlige helsetjeneste som mandat å tilby og gjennomføre anbefalte programfestede helsekontroller og samtalekonsultasjoner til alle barn og unge og deres familier. I tillegg skal det tilbys svangerskapskontroll- og omsorg til alle gravide og deres partnere i helsestasjonenes regi (Sosial- og helsedirektoratet, 2005a, 2005b)

En stor andel av barn og unge i alderen 0-20 år og deres familier benytter seg av det forebyggende helsetilbudet fra helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Det er de siste 5 årene registrert en relativt stabil oppslutning på opp mot 100 % av 2-3 åringene og rundt 90 % av elevene på 1. klassetrinn i grunnskolen (Statistisk sentralbyrå, 2009). Det blir ikke registrert oppslutning på senere klassetrinn, men en vet av erfaring at personalet i skolehelsetjenesten (som regel helsesøster) har både planlagte og uplanlagte konsultasjoner med de fleste av elevene på alle programfestede klassetrinn (Sosial- og helsedirektoratet, 2005b). Oppslutningen om tilbudet om svangerskapskontroll hos jordmor i helsestasjonen har vært økende de siste 4-5 år og var i 2009 på ca 80 % av alle gravide (Statistisk sentralbyrå, 2009). Det er derfor sannsynlig at personalet i denne tjenesten også møter en stor andel av dem som er i målgruppen for forebygging av kjønnslemlestelse.

De ordinære forebyggende oppgavene i helsestasjons- og skolehelsetjenesten omfatter undersøkelser av barnets fysiske og psykiske helse og utvikling, smittevern, inklusive vaksinerings. Helseopplysning og veiledning angående tema som samspill og tilknytning, søvn, foreldrefunksjon, ernæring, motorisk og psykososial utvikling, språk m.m. tas opp med alle i brukergruppen, tilpasset brukerens individuelle behov og forutsetninger (Sosial- og helsedirektoratet, 2005b).

I tillegg til de ordinære konsultasjonene besluttet Regjeringen høsten 2009 gjennom Rundskriv 1-5/2009 å innføre ekstra konsultasjoner i helsestasjons- og skolehelsetjenesten med tilbud om frivillig samtale og underlivsundersøkelse (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009). Myndighetene anser helsestasjons- og skolehelsetjenesten som en særlig ressurs i det forebyggende arbeidet mot kvinnelig omskjæring. Det legges spesielt vekt på personellens kompetanse og kunnskap når det gjelder å ha en åpen dialog med ulike brukergrupper. Denne dialogen skal bl.a. inneholde informasjon om fysiske og psykiske helseplager som følge av inngrepet og om at kjønnslemlestelse er forbudt i følge norsk lov (Barne- og likestillingsdepartementet, 2008b).

Det ekstra tilbudet i skolehelsetjenesten skal gis ved skolestart, på 5.klassetrinn og på ungdomsskolens klassetrinn til jenter som kommer fra land der det er en forekomst av FGM på minst 30 %. Tilbudet om underlivsundersøkelse (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009) er i realiteten en klinisk inspeksjon av jenters ytre genitalia, altså ikke en full gynekologisk undersøkelse. I en utredning om underlivsundersøkelser som forebyggende virkemiddel (Sosial- og helsedirektoratet, 2007) påpekes det at det er betydelig variasjoner i forekomst nasjonalt og regionalt der skikken praktiseres. Det innebærer at en jente fra et land som nasjonalt har en forekomst på langt over 30 % kan godt komme fra et område der det ikke forekommer FGM i det hele tatt. Tilsvarende kan en jente fra et land der forekomsten er under 30 % komme fra et område der forekomsten er mye høyere.

Når det gjelder underlivsundersøkelsen, er formålet med helsehjelpen å forhindre at kjønnslemlestelse finner sted, evt. å gi helsehjelp (behandling) til allerede omskårne jenter. Det presiseres at formålet ikke i første rekke er å avdekke mistanke om kriminelle forhold. Tilbud om underlivsundersøkelse skal gis i løpet av samtalen mellom helsepersonell (som regel helsesøster) og foreldrene/jenta. Det er lege tilknyttet helsestasjons- og skolehelsetjenesten som evt. skal gjennomføre den kliniske undersøkelsen og det skal henvises til spesialisthelsetjenesten dersom det er

nødvendig for videre utredning eller behandling (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009; Helsedirektoratet, 2009).

Tilbudet ble igangsatt gang ved skolestart 2009 i utvalgte bydeler i Oslo samt to aktuelle kommuner i Buskerud. Deretter gjennomføres det i hele landet fra 2010 (Helsedirektoratet, 2009).

2.4 Faglige overveielser i sykepleie

Innen forskningslitteratur og sykepleiefaglig teori- og kunnskapsutvikling finnes det et rikt tilfang av forsøk på presisering av hva sykepleiefaglig overveielse og refleksjon omkring praksis bør befatte seg med (se for eksempel Faust, 2002; Kim, 2000).

Videre har en rekke forfattere tatt for seg ulike karakteristika ved selve overveielserprosessen (M. Banning, 2008; M Banning, 2008 a; Faust, 2002; Funkesson, 2007; Kim, 2000) og studier av sykepleievurdering som fenomen eksisterer i et visst omfang (for eksempel M Banning, 2008 a). Det finnes også et stort omfang av studier som fokuserer på sykepleiefaglige overveielser knyttet til enkelttema, som sykepleie ved konkrete diagnoser og pasientsituasjoner (se for eksempel Beck, 2010; Funkesson, 2007).

Imidlertid er det funnet begrenset omfang av forskning som omhandler hvilke fenomener som utgjør det ”substansielle” innholdet i helsepersonells overveielser; hva de konkret tenker om handlingsalternativer de har til disposisjon i ulike pasientsituasjoner. Det har følgelig heller ikke lyktes å finne verken forskningslitteratur eller annen litteratur som tar for seg helsepersonells overveielser av virkemidler til forebygging av kvinnelig kjønnslemlestelse.

Det later til at litteraturen som er funnet om temaet overveielser tar sikte på å avklare hva som kjennetegner mentale sykepleiehandlinger (overveielser), hvilke formål de

tjener og hva som er gjenstand og grunnlag for denne type sykepleiehandlinger. Aktuell litteratur presenteres i det følgende under nevnte kategorier.

2.4.1 Kjennetegn på faglige overveielser i sykepleie

Innenfor sykepleieteori- og modellutvikling har flere forskere og forfattere behandlet temaet mental eller intellektuell aktivitet, eller handling. Kim (2000, ss. 127, 132) beskriver fenomenet som det intellektuelle eller kognitive aspektet ved profesjonelle sykepleiehandlinger- og aktiviteter (nursing work) som utføres eller erfares av sykepleiere, relatert til pasientomsorg. Hun fastslår også at den kognitive sykepleiehandlingen finner sted hos, eller i, sykepleieutøveren (nursing agent). I følge Kims tenkning omfatter sykepleiehandlinger, atferdsmessige så vel som mentale, aktiviteter som utøves både med og uten pasienten til stede, og med eller uten pasientens medvirkning, men er rettet mot hans eller hennes interesser og behov (Kim, 2000).

Som vi ser, inkluderer Kim kognitive eller mentale handlinger i form av overveielser (deliberations) i begrepet sykepleiearbeid. Hun karakteriserer det som er kjent som ”sykepleieprosessen” (se for eksempel Karoliussen, et al., 1981; Kirkevold, 1998), som også omfatter avgjørelser om og iverksetting av konkrete sykepleietiltak, som det tydeligste eksemplet på slike handlinger (Kim, 2000, s. 132).

Begrepet ”sykepleieprosess” har sin opprinnelse i flere sykepleieteorier som ble utviklet i USA på 1960- tallet med formål å definere og beskrive hva som karakteriserer god sykepleie. For eksempel utviklet I. J. Orlando i 1961 The Deliberative Nursing Process, en teori som satte søkelys på samhandlingen mellom pasient og sykepleier, vurdering av observasjoner og anvendelse av sykepleieprosessen. (Faust, 2002). Det er de trinnene i sykepleieprosessen som omhandler evaluering, vurdering og bedømming av pasientsituasjon, virkemidler og strategier osv., som her oppfattes som mental aktivitet og synonymt med innholdet i Kims ”deliberation”.

I tillegg til ”deliberatoion” benevner litteraturen sykepleieres kognitive prosesser, eller mentale aktivitet, knyttet til praksis som reasoning process, clinical reasoning, thinking, problem solving, decision making, judging osv. (M. Banning, 2008; M Banning, 2008 a; Faust, 2002; Funkesson, 2007; Kim, 2000).

Denne type vurderingskompetanse, som er et vesentlig kjennetegn på praksis i helsetjenesten, en forventet komponent i ekspertpraksis og en essensiell egenskap hos helsepersonell, kan ses som et kjennemerke på en ekspertsykepleier. Den finnes ofte hos erfarne sykepleiere i ulike spesialiteter, men også som kunnskap og ferdighet som brukes av sykepleiere på alle nivå. (M. Banning, 2008).

Kliniske resonnement har som formål å utvikle og avgjøre hvilke konkrete sykepleiehandlinger som skal anvendes for å løse en spesifikk klinisk situasjon. Denne intellektuelle prosessen preger beslutningene som fattes, og anses som formålstjenlig for tilbudet som gis i den aktuelle pasientsituasjon (patient management) (M. Banning, 2008; M Banning, 2008 a).

2.4.2 Formål med faglige overveielser

Overveielser vedrører tankeprosesser, utforskning av ideer og erfaringer, med rasjonelle konklusjoner om utøvelse av praktiske sykepleiehandlinger- og tiltak som mål. (M. Banning, 2008; Kim, 2000).

Et av hovedmomentene i litteraturen om sykepleiefaglige overveielser, er at refleksjoner og vurderinger skal sikre et godt resultat. Kims overveielsermodell konkluderer med at overveielse er forbundet med handling og orientert mot en avgjørelse og et resultat – enactment og outcome – som er til beste for pasienten (Kim, 2000, s. 135) og som tar sikte på å etablere ” *a program of actions that makes the practice coherent, meaningful, strategically effective, and sensible*” (ibid s. 139).

Sykepleieres kliniske vurderinger og avgjørelser er av stor betydning for å kunne yte trygg og effektiv omsorg (se for eksempel Faust, 2002; Funkesson, 2007; Kim,

2000). Funkesson (2007) refererer til Greenwood (1998) som skiller mellom vurderinger (overveielser) som ender enten i konklusjoner; teoretiske (hypotetisk-deduktiv), eller i handlinger; praktiske resonnement (jfr også M. Banning, 2008; M Banning, 2008 a). Når sykepleiere mangler klinisk erfaring til å håndtere en situasjon, trenger de å foreta teoretiske vurderinger og resonnement i forkant av utførelsen av tiltak og oppgaver (Funkesson, 2007). I motsetning til dette ender praktisk resonnement i utførelsen av et sykepleietiltak, dvs. resultatet av overveielsene (M. Banning, 2008). I tillegg til disse og en rekke andre former for resonnering peker Banning (2008) på det hun kaller operasjonell tenkning. Fokus for denne formen er å skjelne mellom og identifisere ulike alternativ og motstridende synspunkt som kan anvendes til å avgjøre en løsning på problemet i en aktuell klinisk situasjon.

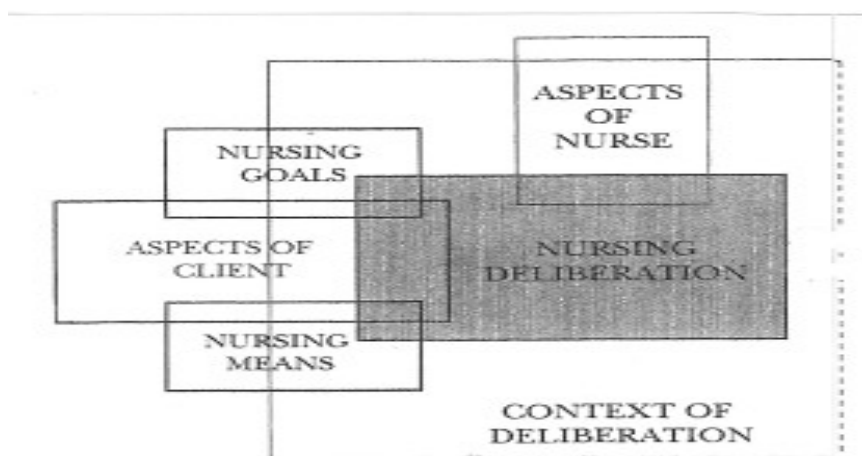
2.4.3 Gjenstand for faglige overveielser

M. Banning (2008 a) gjennomgikk i en oversiktsstudie tre tilgjengelige modeller for klinisk beslutningstaking (clinical decision making) i sykepleie: The information-processing model, the intuitive-humanist model and the clinical decision-making model. Hun hevdet at *"Clinical decision making is a unique process that involves the interplay between knowledge of pre-existing pathological conditions, explicit patient information, nursing care and experiential learning"* (ibid s. 187). Gjenstand for overveielser i alle modellene er klinisk informasjon om pasientens situasjon, symptomer, helse og behov, samt vurdering og valg av ulike handlingsalternativ (outcomes).

Også andre forfattere støtter synet på at kliniske vurderinger eller overveielser hovedsaklig dreier seg om bedømming av informasjon om en persons situasjon, behov og problemer, å prioritere og å ta avgjørelser om hva pasienten trenger av omsorg. (f.eks. Funkesson, 2007). H. S Kim (2000) har utviklet en modell der hun blant annet identifiserer konkrete aspekter ved og kategorier for overveielser i sykepleiepraksis. I tillegg til aspekter ved pasientstrukturen, vektlegger hun i modellen også momenter knyttet til den handlende sykepleieren (the nurse agent) og til sykepleiemål- og virkemidler (nursing goals og nursing means).

Kim (2000) påpeker at sykepleiearbeid består av en kompleks serie handlinger: I følge henne inkluderer sykepleiepraksis *”the cognitive, behavioral, social and ethical aspects of professional actions and activities performed and/or experienced by nurses in relation to patient care”* (ibid, s. 127). Til tross for at hun har framhevet sykepleieprosessen som den mest altomfattende måten å begrepssette sykepleie på, og som det mest eksplisitte eksemplet på mentale sykepleiehandlinger, har Kim (2000, s. 133) også kritisert synet på sykepleie som denne står for. Hun hevder at dette sykepleiesynet er lineært og at det ikke tar høyde for sykepleiens komplekse og omfattende egenskaper. For å utdype kompleksiteten i sykepleiepraksis nærmere, har hun utviklet en domenebasert metastruktur som består av områdene pasient (The Domain of Client), pasient - sykepleier (The Client-Nurse domain), praksis (The Practice Domain of Nursing) og miljø (The Domain of Environment). Innenfor praksisdomenet operasjonaliserer hun overveielsesdimensjonen i sykepleie (The Deliberation Dimension) ved å utvikle et begrepsmessig rammeverk eksplisitt for den (fig.1).

Figur 1 Overveielsesdimensjonen i sykepleie



Kilde: (Kim, 2000, s. 135). (Til høyre for den stiplede linjen ligger området for *”the dimension of enactment”* – ikke tatt med her)

Modellen illustrerer fem sett av strukturer for overveielse: 1) aspekter ved brukeren (patient), 2) aspekter ved sykepleieren (nurse-agent), 3) mål for sykepleie (nursing goals), 4) virkemidler/metoder (nursing means) og 5) kontekst.

Figur 2 Overveielseskategorier – aspekter ved pasient og sykepleier

Structure of Client		Structure of Nurse	
General Aspects	SpecificAspects	General Aspects	SpecificAspects
Problems and Their Meanings		Personal Frames of Reference	
Motivation/Commitment		Motivation/Commitment	
Value and Value Standards		Value and Value Standards	
Knowledge and Experince		Knowledge and Experince	
Capacity/ Abilities		Capacity/Competency	
History and Contextual Grounding		History and Contextual Grounding	

Kilde: (Kim, 2000, s. 137)

I Kims overveielsesmodell er strukturen "Aspect of Client" det sentrale rammeverket som den individuelle og situasjonsbestemte sykepleie er rettet mot og tar utgangspunkt i. Sykepleiehandlinger, atferdsmessige som kognitive, kan rette seg mot en for pasienten gitt situasjon eller hendelse ("specific"), eller være en helhetlig tilnærming til omsorg for den aktuelle pasienten ("general"). Strukturen omfatter elementer som relaterer seg til spesifikke problemer pasienten står overfor i en aktuell situasjon.

Strukturen "Aspects of nurse" refererer til variabilitet/omskiftelighet hos sykepleieren som muliggjør aktivering av overveielsesprosessen, og det er interessant og merke seg at de fleste kategoriene i denne strukturen er sammenfallende med kategoriene i strukturen for pasient.

Figur 3 Overveielseskategorier – aspekter ved sykepleiemål og sykepleiemidler.

Structure of Nursing Goals		Structure of Nursing Means	
General Goals	Specific Goals (Situation or Problem Specific)	General Means and Approaches	Specific Means or Strategies
ORIENTATION: Goals defined by Client Goals defined by Nurse Goals defined by Others		AVAILABILITY: Repertoire at Large Personal repertoire Conjectured Means and Approaches	

Kilde: (Kim, 2000, s. 138)

Målet med sykepleie i kliniske situasjoner kan ut fra et sykepleieperspektiv være både generelt og problem- eller situasjonsspesifikt. I en klinisk situasjon som krever sykepleiehandling, finnes et sett av mål som er identifiserbare som en kombinasjon av mål, sett og definert fra ulike perspektiv; pasientens, sykepleierens, fra pårørende og andre helsearbeidere. Det kan være varierende grad av sammenfall mellom disse målene, siden de ulike aktørene for eksempel kan være orientert mot ulike sider av pasientens helse, eller prioritere forskjellig. (Kim, 2000, s. 138).

Virkemidler i sykepleie inkluderer i følge Kim (2000) strategier som er anvendbare i kliniske situasjoner og som medfører relevante utfall for sykepleiepraksis. I modellen (tabell 2) er også virkemidler som overveielsesobjekt inndelt i to: anvendelsesområde og tilgjengelighet. Med hensyn til anvendelsesområde kan virkemidlene være generelle; i det at målet for anvendelse er pasienten som en "hel", menneskelig person. Eller midlene kan være spesifikke, ved at målet for anvendelsen for eksempel er et konkret helseproblem for en person.

Når det gjelder tilgjengelighet, foreslår Kim (ibid) at repertoaret av virkemidler kan være "allment" tilgjengelig (repertoire at large), som regel i form av allment og faglig godkjente metoder, være personlig og innehas av en gitt sykepleier (personal

repertoire), oftest oppnådd gjennom erfaring, eller de kan være antakelser (conjectured means and approaches), kun som forsøksvise ideer. På denne måten bringer sykepleieren ulike virkemidler inn i overveielsesprosessen i følge denne strukturen. I overveielsesprosessen må sykepleieren derfor sidestille elementene strukturen for virkemidler med elementene i strukturen for sykepleiemål for å etablere et handlingsprogram som møter pasientens problemer og behov.

2.4.4 Grunnlag for faglige overveielser

Strukturen som omfatter sykepleieutøveren i Kims overveielsesdimensjon har avgjørende betydning i overveielsesprosessen” *since the professional practice requires the agents primary focus on others (i.e. clients) and other-directed actions (i.e. actions for the benefits of clients)*” (Kim, 2000, s. 137). Kim bemerker at dette forholdet krever praktikerens forhandling med seg selv om paradokset som følger av sameksistensen mellom denne ”andre- orienteringen” og det faktum at menneskelige handlinger av vesen er grunnleggende selvsentret. Det betyr at praktikerens, ved å ha målene for sin praksis forankret i pasienten, går inn i overveielsesfasen både med og uten en bevisst erkjennelse av i hvilken utstrekning hennes eller hans egne aspekter er involvert.

Sykepleieres resonnement knyttet til praksis er i stor grad avhengig av omgivelsene og sammenhengen den finner sted i, noe som gjør hver situasjon unik (Funkesson, 2007). Kim hevder (2000) at konteksten for sykepleiepraksis er bakgrunnen for overveielsesprosessen. Konteksten tillegges elementer fra ulike områder i praksismiljøet, slik som fysiske, sosiale og symbolske. Motstridende krav, verdistrukturer og kultur knyttet til situasjonen og mangel på personell er andre eksempler på elementer som tilhører denne strukturen.

I Bannings oversiktsstudie (2008 a) over tilgjengelige beslutningsmodeller slås det fast at informasjonsbearbeidingsmodellen (the information-processing model) er forankret i medisinsk beslutningstaking og har en hypotetisk-deduktiv (”scientific”, ”analytical”) tilnærming. I sykepleien har modellen blitt brukt til å beskrive

sykepleieres dyktighet i diagnostisk resonnement. Hypotetisk-deduktiv tilnærming består av flere stadier og tilnærmingen forutsetter at beslutningstakerens tankeprosess følger en rasjonell logikk helt fram til en avgjørelse. I en analytisk prosess som dette er også beslutningstakerens erfaring og evne til å gjenkjenne situasjoner som innvirker på prosessen ansett som nøkkelkomponenter.

I den intuitiv- humanistiske modellen vektlegges intuisjon, forholdet mellom erfaring fra sykepleiepraksis, kunnskapen en har oppnådd gjennom den og hvordan den beriker beslutningsprosessen ettersom sykepleieren gjør framskritt profesjonelt. Denne beslutningsmodellen assosieres også med gjenkjennelse av mønstre (pattern recognition) i pasientforløp og kliniske situasjoner.

Den 3. modellen, O'Neill's clinical decision-making model fra 2005, er en multidimensjonal modell basert på en syntese av de to forannevnte (hypothetico-deduction and pattern recognition) (M Banning, 2008 a).

Banning (2008, s. 177) viser til Carr (2004) som definerer klinisk argumentasjon, eller resonnement (clinical reasoning), som *“the process of applying knowledge and expertise to a clinical situation to develop a solution”*. Videre utdypes hvilke kunnskapsformer fagutøvere anvender i overveielserprosessen:

Professionals make decisions using a variety of pre-existing knowledge forms which are supported by the use and integration of evidence. Such knowledge forms include; propositional, process, personal, functional, technical, experiential, empirical, ethical/moral, aesthetic, emancipatory and intellectual” (M. Banning, 2008, ss. 177-183).

Forfatterne det henvises til i dette kapitlet betrakter kliniske vurderinger og overveielser som en omfattende kognitiv prosess, der både teoretisk kunnskap og personlig erfaring og verdier legges til grunn. Selv om teorier og modeller har ulik epistemologisk og vitenskapsteoretisk forankring og benytter ulikt begrepsapparat, (jf. for eksempel modellene i Bannings (2008 a) oversiktsstudie og Kims (2000) modell, synes det å være en overveiende sammenfallende oppfatning av hva som karakteriserer sykepleieres kognitive prosesser, eller overveielser, og hva som er gjenstand, hensikt og grunnlag.

3. Forskningsdesign- og metode

Dette kapitlet redegjør for valg av forskningsdesign og metodologiske prosedyrer og disposisjoner for studien. For å oppnå denne studiens hensikt, er det valgt en kvalitativ tilnærming med et utforskende/beskrivende forskningsdesign. Forskning med kvalitativt design forstås her som: *”The investigation of phenomena, typically in an inn-depth and holistic fashion, through the collection of rich narrative materials using a flexible research design”*. (Polit, et al., 2004, s. 729).

3.1 Valg av forskningsdesign

Empirien i denne studien er tekstdata som består av transkribert materiale innhentet i fokusgruppesamtaler, slik helsepersonell forteller om sine refleksjoner og overveielser over problemområdet, slik de møter det i sin praktiske hverdag. Intensjonen med studien er ikke å fremskaffe generaliserbare data og resultater, men å undersøke, beskrive og forstå de individuelle og spesielle egenskapene ved overveielsene deltakerne i akkurat dette utvalget foretar (om dette spesielle problemområdet). Kvalitativ forskning dreier seg om nettopp det, ikke om å generalisere (Bjørk, et al., 2008, s. 47; Nord, 1998).

Problemområdet denne studien fokuserer, er tema som diskuteres innenfor ulike faglige rammer. Inntrykket er likevel at faglige overveielser som konkrete og aktive sykepleierhandlinger ikke tydelig er satt på dagsorden og definert som et område for forskning. Som omtalt i litteraturgjennomgangen, er det funnet svært begrenset eller ingen forskning spesifikt knyttet til denne studiens tema og problemstilling. I følge Polit og Beck er utforskende (/beskrivende) design *”A study that explores the dimensions of a phenomenon or that develops or refines hypotheses about relationships between phenomena”* (Polit, et al., 2004, s. 718). Nord (1998, s. 25) påpeker at denne typen design egner seg bl.a. til å oppdage eller definere et problem, eller dersom det er lite eller ikke-eksisterende litteratur på området. Også på denne

bakgrunn anses anvendelse av utforskende/beskrivende design for denne studien som adekvat å for å framskaffe troverdige data og funn.

Tilgang til feltet ble oppnådd ved hjelp av muntlig og skriftlig henvendelse og informasjon til ledelsen for tjenesten i ulike bydeler og kommuner som det var aktuelt å rekruttere fra (Vedlegg 3). Tjenestesteder ble utvalgt på bakgrunn av kjennskap til demografiske forhold og hvilke tjenestetilbud som eksisterte. Skriftlig informasjon om studien og skjema for samtykke ble utarbeidet og formidlet til potensielle deltakere (Vedlegg 4). Det ble videre utarbeidet tidsplan for gjennomføring av datainnhenting og ferdigstilling av studien. Det ble også gjort avtale med observatør, som deltok i fokusgruppesamlingene.

3.2 Metode

Lindseth og Nordberg (2004) argumenterer for at handlinger, situasjoner og opplevelser i sykepleiepraksis hører med til yrkesutøvernes levde erfaringer. Denne studiens hensikt og fokus er å beskrive jordmødres og helsesøstres mentale handlinger i form av faglige overveielser, forstått som sykepleiehandlinger og en del av deres subjektive erfaring i praktisk hverdag, eller sagt på en annen måte: en del av deres ”arbeidslivsverden”. Det er grunnleggende, eller essensielle, betydninger i fenomenet ”helsepersonells overveielser” som skal forsøkes avdekket gjennom analyse, tolkning og forståelse av tekstmaterialet fra fokusgruppesamtalene. Fenomenologisk forskning dreier seg om ”å forstå og beskrive erfaringer som de leves” (Nord, 1998, s. 29)

For å tilstrebe en så troverdig og gyldig prosess som mulig for å analysere, tolke og forstå denne teksten som helsepersonells ”levde praksiserfaringer”, ble derfor Lindseth og Nordbergs (2004) fenomenologisk- hermeneutisk metode for kvalitativ innholdsanalyse som metodisk tilnærming valgt som ramme for denne studien (særlig vil analysefasen bygge på denne metoden).

3.2.1 Rekruttering, populasjon og utvalg

Helsesøster gjennomfører både planlagte og ikke planlagte møter med jenter i alle aldersgrupper fra 0-20 år, men det føres ikke offentlig statistikk for oppslutning etter 1 klassetrinn i grunnskolen. Jordmor møter en relativt stor andel gravide gjennom den kommunale svangerskapsomsorgen. Når det gjelder jenter i aldersgruppen 0-20 år som er utsatt eller er i risiko for å bli kjønnslemlestet og deres foreldre, er det rimelig å anta at yrkesutøvere i helsestasjons- og skolehelsetjenesten i stor grad også møter denne målgruppen. I praksis dreier det seg først og fremst om personellgrupper med sykepleieutdanning, dvs. helsesøstre og jordmødre. For å tilstrebe et troverdig og pålitelig datagrunnlag som så godt som mulig reflekterer et sant bilde av helsepersonells erfaringer (jfr. Polit, et al., 2004, s. 430), ble disse to yrkesgruppene ansett som den mest relevante undersøkelsespopulasjon for studien av hvilke overveielser og refleksjoner helsepersonell foretar angående virkemidler i arbeidet med å forebygge kjønnslemlestelse av jenter.

For å beskrive og forstå forhold i en spesifikk gruppe, noe som er tilfelle i denne studien, kan et hensiktsmessig, homogent utvalg være egnet. Denne type utvalg er i følge Polit & Beck (2004, ss. 306, 342) ofte brukt i forbindelse med gruppeintervju og tillater en mer fokusert studie. En viss faglig ensartethet ble vurdert som et relevant utvalgs-kriterium her, siden fokusgrupper var valgt som datasamlingsmetode i denne studien.

For å rekruttere et slikt hensiktsmessig (purposive) utvalg, kjennetegnet ved yrkesutøvere med mest mulig kunnskap og erfaring relatert til studiens fokus, ble det gjort henvendelser til tjenestesteder der en på forhånd hadde kjennskap til at relevante kvalifikasjoner fantes. Den enkelte deltaker ble derimot ikke særskilt plukket ut av forskeren. Inklusjonskriteriet var kunnskap om og erfaring med forebygging av kjønnslemlestelse over en viss tid fra helsestasjons- og skolehelsetjeneste, og et reflektert og bevisst forhold til problemområdet og aktuelle forebyggende virkemidler. For å øke sjansen for et rikt datamateriale var det, til tross for fordelene med et ensartet utvalg, ønskelig at deltakerne i visse henseender var forskjellig fra

hverandre. På bakgrunn av forskerens kjennskap til tjenesteområdet, ble imidlertid ikke variabler som kjønn, alder og ansiennitet vurdert som in- og eksklusjonskriterier. Det var likevel en viss spredning både i alder og ansiennitet i utvalget som, for øvrig, utelukkende bestod av kvinner. Deltakerne kom i hovedsak fra forskjellige tjenestesteder, de fleste kjente hverandre ikke og visste ikke om hverandres deltakelse i studien på forhånd.

Opprinnelig samtykket totalt ni personer, seks helsesøstre og tre jordmødre, til å delta i studien. Planen var å dele disse i to tilnærmet like store fokusgrupper med representanter fra begge yrkesgrupper i hver. Det viste seg å være vanskelig å finne tid til å samle et tilstrekkelig antall deltakere til en hensiktsmessig gruppestørrelse. For å ikke miste tid, ble det først gjennomført én fokusgruppesamtale i en gruppe på tre; to helsesøstre og én jordmor. Det ble valgt å la denne gruppen fungere som pilotgruppe. Tre av de resterende seks deltakerne trakk seg fra studien, hvorav de to gjenværende jordmødrene. Antallet deltakere i den siste gruppen (fokusgruppen) ble dermed også tre, og denne gruppen bestod følgelig av kun helsesøstre. Det endelige utvalget bestod av totalt seks personer; én jordmor og fem helsesøstre.

3.2.2 Innsamling og bearbeiding av data. Fokusgruppe

Lindseth og Nordberg (2004) gir ingen spesifikke anvisninger for bruk av datasamlingsmetode- eller verktøy i sin fenomenologisk hermeneutiske metode utover at datamaterialet er historier eller fortellinger som er delt med en person som ønsker å undersøke den grunnleggende meningen i innholdet fra en vitenskapelig vinkel. I denne studien er fokusgruppesamtale benyttet som instrument for innhenting av kvalitative data (tekstdata). Som for kvalitativt design, er lav grad av forskerstyring og struktur i innsamling av data også et kjennetegn på fokusgrupper (se for eksempel Halkier, 2008). Videre viser Halkier til Morgan (1997) som forstår fokusgrupper som en datasamlingsmetode *”hvor data produseres via gruppeinteraksjonen omkring et emne, som forskeren har bestemt”* (Halkier, 2008, s. 11). Altså er kombinasjonen av interaksjon i gruppen og forskerstyrt emnefokus et

kjennetegn på fokusgruppe. Halkier (2008) mener at fokusgrupper skiller seg fra tradisjonelle former for intervju, individuelt og i grupper, ved å gi direkte adgang til handling (*accounts in action*), ikke bare beretninger om handling (*accounts about action*), som typisk produseres i ulike individuelle intervju typer og i mer semistrukturerte gruppeintervju.

Formålet med å anvende fokusgruppe som metode for datainnhenting i denne studien, var å dra fordel av dynamikken i gruppen for å få tilgang til fyldig informasjon på en effektiv måte.

Moderatorens rolle var å lytte og samle informasjon om hvilke tanker og meninger deltakerne hadde om temaet for studien slik det beskrives av bl.a. Kreuger & Cassey (2009) og Halkier (2008). Til tross for at emnefokus var bestemt av forskeren, ble data først og fremst produsert via høy grad av interaksjon mellom deltakerne.

Diskusjonen i gruppen var avslappet og inntrykket var at deltakerne villig delte sine synspunkt med hverandre. Samtalene ble gjennomført i møterom i helsestasjons- og skolehelsetjenestens lokaler, i denne sammenheng en nøytral arena, der både gruppedeltakere, observatør og moderator følte seg trygge og komfortable, noe Polit & Beck (2004, s. 342) påpeker som viktig for å oppnå god datakvalitet.

Fokusgruppesamtalene fant sted før forsøket med tiltakene i Rundskriv 1-5/2009 (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009) ble satt i verk, i pilotgruppen også før rundskrivet var sendt ut (men etter at tiltakene var varslet).

Moderators rolle var, foruten å lytte, å skape en atmosfære som inkluderte alle; tillate og oppmuntre deltakerne til å dele oppfatninger og synspunkt, uten press for å oppnå konsensus (Halkier, 2008; Krueger, et al., 2009), og å lede diskusjonen og samtalen på en konstruktiv og fokusert måte for å bidra til produksjon av gyldige data (jfr. Polit, et al., 2004, s. 343)

Moderatoren hadde i forkant av datasamlingen en viss forhåndskunnskap om temaet for studien. Det var likevel en utfordring å stille de riktige og viktige oppfølgende spørsmålene (Krueger, et al., 2009; Kvale, 1997).

Hensikten med å gjøre en pilotundersøkelse var å teste ut fokusgruppe som datasamlingsinstrument, uttesting av tema og spørsmålsstillinger, få trening med moderatorrollen, bruk av observatør og teknisk utstyr, samt øvelse i bearbeiding og analyse av datamaterialet. I pilotgruppen kom det imidlertid også fram svært verdifulle og relevante synspunkt og refleksjoner som fullt ut benyttes og behandles som datamateriale og ligger til grunn for studiens funn.

Det ble gjennomført en samtale i hver gruppe av 1,5 – 2 timers varighet. Samtalene og deltakernes refleksjoner i begge grupper ble satt i gang på bakgrunn av skriftlig informasjon deltakerne hadde fått på forhånd. Inngangsspørsmålet til deltakerne var: ”Hvilke faglige overveielser foretar dere som helsepersonell over virkemidler for å forebygge kjønnslemlestelse av jenter?”.

På bakgrunn av informasjon og erfaringer som ble gjort i pilotgruppen ble tema og spørsmålsstillinger avgrenset og presisert i fokusgruppen. Samtalen ble her styrt i retning av de virkemidlene som er aktuelle å bruke i deltakernes hverdag i helsestasjons- og skolehelsetjenesten; samtale med veiledning og informasjon og klinisk undersøkelse av ytre genitalia. Tiltak for eksempel i forbindelse med ferier, reiser til opprinnelsesland, brukerdrevne tiltak osv. ble ikke vektlagt her.

For å tilstrebe et pålitelig datamateriale for videre analyse, ble fokusgruppesamtalene ble tatt opp på bånd og transkribert hver for seg. Kvale (1997, s. 102) understreker at det ikke er metodisk og teoretisk uproblematisk å transkribere fra en kontekst til en annen (her fra den sosiale fokusgruppekonteksten til en skriftlig tekst). I dette prosjektet ble også observatørens notater benyttet for å forsøke å fange opp nonverbal kommunikasjon, innhold av emosjonell karakter og andre momenter som ellers går tapt i transkripsjonen av ord. Samme observatør deltok i begge grupper.

Polit & Beck (2004) påpeker at det også kan være svært krevende å dokumentere data innhentet i fokusgrupper pga. at mange snakker samtidig, plassering av mikrofon, støy på båndet osv. Her forekom det svært få problemer som kan oppstå av slike

årsaker. En viktig grunn til dette er naturligvis at det er enklere å oppfatte en samtale mellom få personer enn i en større gruppe.

3.2.3 Analyse

I likhet med innhenting og bearbeiding av fokusgruppedata, er også analysefasen forbundet med utfordringer. Til tross for at fokusgruppedata anvendes i flere kvalitative forskningstradisjoner, er det for eksempel ikke enighet blant forskere om den mest hensiktsmessige analyseenheten er gruppen eller de individuelle deltakernes responser som følge av relasjoner og interaksjoner i gruppen (Polit, et al., 2004, s. 588). Hensikten med fokusgruppe som datasamlingsinstrument er å få fram fyldig informasjon ved hjelp av interaksjonen mellom gruppedeltakerne. Halkier (2008) foreslår ulike former interaksjonsanalyse i tillegg til analyse av innhold, siden hun mener at normer og praksis som kommer til uttrykk er sosialt konstruerte fenomener.

I denne studien er analyseenheten det transkriberte, organiserte og ryddete datamaterialet fra fokusgruppene. Innholdet i datamaterialet er deltakernes meddelelser om studiens fokusområde, deres praksis når det gjelder faglige overveielser. I fenomenologisk språkdrakt kan dette betegnes som deltakernes levde erfaringer (lived experience), hvordan de opplever å ”leve med denne problematikken”.

Hvorvidt uttalelsene kommer som følge av interaksjoner i gruppen eller er selvstendige individuelle responser er ikke gjenstand for analyse, da dette anses som uvesentlig for problemstillingen.

Erfaringer fra analysen av pilotdata førte ikke til grunnleggende endringer i valg av analysemetode, men noen mindre praktiske justeringer. Data fra pilotgruppen ble strukturert etter kategoriene i Kims (2000) overveielserdimensjon allerede på meningsenhetsnivå i tekstreduksjonsprosessen. Erfaringen var at dette grepet bandt den utforskende analyseprosessen på en måte som gjorde at informasjon gikk tapt. Materialet fra fokusgruppen ble analysert uavhengig av Kims modell.

Kvalitativ metodelitteratur gir vekslende, ikke sjeldent konkurrerende anbefalinger og forslag angående kvalitative forskningsprosesser (Olsen, 2003, s. 2). Ikke minst ser dette ut til å gjelde analyseprosessen. Felles for forslagene til innholds- og tekstanalyse ser imidlertid ut til å være modeller med varierende begrepsbruk, detaljeringsgrad og antall trinn for tekstreduksjon (se f.eks. Kvale, 1997; Lindseth, et al., 2004; Polit, et al., 2004).

Polit & Beck (2004, s. 729) definerer analyse av kvalitative data på følgende måte:

“The organization and interpretation of nonnumeric data for the purpose of discovering important underlying dimensions and patterns of relationship”. Empirien i denne studien er hentet fra deltakernes levde erfaringer i egen yrkespraksis.

Helsepersonells overveielser kom til uttrykk gjennom deltakernes muntlige fremstilling av sine overveielser. For å kunne være gjenstand for analyse og tolkning, må muntlig framstilling omgjøres til skriftlig materiale. Denne type datamateriale krever en hermeneutisk analysemetode, for eksempel som beskrevet av Lindseth og Nordberg (2004), en forskningstradisjon basert på teksttolkning, *”drawing on interpretive phenomenology, that focuses on the lived experiences of humans, and on how they interpret those experiences”* (Polit, et al., 2004, s. 720).

Datamaterialet i denne studien er av en slik karakter at det er hensiktsmessig at det analytiske grepet tar utgangspunkt i en fenomenologisk – hermeneutisk posisjon.

Organisering og tolkning av data følger i hovedsak Lindseth og Nordbergs forslag til strukturell temaanalyse. Analyseprosessen er basert på en trinnvis reduksjon og tolkning av det transkriberte materialet, ikke ulikt prosessen som flere andre forfattere foreslår. Med fenomenologisk- hermeneutisk metode er hensikten å studere og avdekke vesentlige og essensielle meningselementer i levde erfaring som kommer til uttrykk.

Å tolke en tekst innebærer i følge Lindseth et. al (2004) å gå inn i den hermeneutiske sirkel, gjennom å bevege seg gjennom tre metodiske hovedtrinn: Naiv lesning, strukturell analyse og tolket helhet. I denne studien ble teksten først lest gjentatte

ganger, med en åpen, naiv innstilling for å få tak i den første fornemmelsen av meningen i teksten som et hele.

I trinn 2, tematisk strukturell analyse, som er det metodiske trinnet for tolkning, ble teksten delt i meningsenheter og deretter kondensert (reduisert) og tematisert ved hjelp av en trinnvis tolkningsprosess. Et tema er en mening som går gjennom hele eller deler av teksten og som anses å overføre en grunnleggende mening med den levde erfaringen. Tema formuleres som fortattede beskrivelser på en måte som avdekker den grunnleggende meningen.

Det varierer hos ulike forfattere hvor mange trinn en slik strukturell analyseprosess, eller tekstredueringsprosess, består av (se f.eks. Kvale, 1997; Lindseth, et al., 2004; Polit, et al., 2004). Lindseth et al. (2004) foreslår fra tre til fem trinn. De antyder at enkelte trinn bare er aktuelle ”*sometimes*” (ibid s. 150). I denne studien er den strukturelle analyseprosessen inndelt i meningsenhet, kondensert (fortattet) meningsenhet, undertema og hovedtema (se tabell 3). Fenomener som kommer fram som hovedtema er studiens funn og vil bli drøftet som tolket helhet (hovedtrinn 3) i diskusjonskapitlet.

Figur 4 viser eksempel på tekstreduksjons- og tolkningsprosessen som anvendes for å avdekke den essensielle meningen i deltakernes utsagn, slik datagrunnlaget tolkes av denne forskeren.

Figur 4: Eksempel på strukturell tematisk tekstreduksjon fra meningsenhet til funn. Etter Lindseth et al. (2004).

Meningsenheter	Kondensering (fortetting)	Undertema	Hovedtema/Funn
Lurer på om foreldre vil utsette barna sine for en undersøkelse som må dokumenteres med bilde av genitalia!	Vanskelig for foreldre å la døtre gjennomgå genital undersøkelse	Krenkende tilbud og opplevelse for foreldre og barn	Effekt av forebyggende virkemidler
Og så tenker jeg... 10.klasse – hvor morsomt er det å sette seg i en – altså – de skal jo – ja, sette seg med beina i ... Det er jo en veldig sårbar alder...	Undersøkelsen er nedverdiggende for jentene		
De det gjelder ville nok oppfattet obligatorisk undersøkelse som et overgrep, og fryktelig truende.	Opplever å bli kontrollert	Fratas autonomi og privatsfære	
Når det vises illustrasjoner av underliv, forlater menn lokalet og unge jenter ser bort.	Opplever å bli invadert		

3.3 Metoderefleksjon

Moderatoren i denne studien er novise i bruk av fokusgruppe som datasamlingsinstrument. Avveiningen mellom å la interaksjonen i gruppen drive samtalen og avbryte med oppfølgingsspørsmål var en utfordring, likeså å stille de gode og viktige oppfølgingsspørsmålene til riktig tid. Det kan ikke utelukkes at dette kan ha påvirket datamaterialet.

Polit og Beck (2004, ss. 245, 246) bemerker at det, i motsetning til kvantitativ forskning, er typisk for kvalitativ forskning at designet for studien utvikler og endrer seg underveis i prosjektførløpet og en må være forberedt på og planlegge for at uforutsette omstendigheter kan inntreffe. Dette kan være et resultat av forskerens ønske om å basere undersøkelsen på studiepopulasjonens virkelighet og synspunkter, noe som forskeren ikke kjenner til i utgangspunktet. Eller det kan være forhold som er utenfor forskerens kontroll, som frafall, at nye datasamlingsmuligheter dukker opp, endring av lokalitet osv.

Erfaringen i denne studien var at det var uhyre arbeids- og tidkrevende å finne tidspunkt som passet for alle fokusgruppedeltakere å samles på, til tross for at relativt mange ganske raskt ga positivt svar på forespørselen om å delta. Deltakerne representerte yrkesgrupper som har en presset arbeidsdag med fulle avtalebøker i lang tid framover. Det kan være en utfordring å prioritere tid til å delta i studier som denne. Opprinnelig var planen å gjennomføre samtaler i to fokusgrupper med hhv. tre og seks personer, den minste som pilotgruppe. Pga. frafallet som er beskrevet ovenfor (se Kap 3.2.2), bestod det endelige utvalget av totalt 6 personer, dvs. at datasamlingen ble gjennomført med én samtale i to grupper med tre deltakere i hver, den første som pilot som planlagt.

Hadde en vært forberedt på dette utfallet i tide, kunne det vært gjennomført to samtaler i én fokusgruppe med 6 deltakere (oppfølgingssamtale i fokusgruppen). En ville da gått glipp av pilotundersøkelsen og treningen og utprøvingen den innebar. Til en viss grad ble opplegget endret etter hvert som forutsetningene endret seg. Det ble imidlertid ikke gjort større planlagte endringer i forskningsopplegget.

Det lave antallet fokusgruppedeltakere kan være en svakhet ved denne studien, det var som beskrevet ønskelig med en noe større gruppe. Flere forfattere har ifølge Polit et al.(2004) anbefalt en fokusgruppe størrelse på 6-12 deltakere. De refererer imidlertid til Côté-Arsenault og Morrison-Beedy (1999) som anbefaler gruppestørrelse på rundt fem dersom temaet er følelsesladet eller sensitivt. Det kan i følge dem være fare for at en gruppe på fire eller mindre ikke genererer tilstrekkelig

interaksjon, særlig fordi ikke alle er like komfortable med å uttrykke sine synspunkter (ibid s. 342). På den andre siden kan det hevdes at mange også vil være ukomfortable med å uttrykke seg i større grupper, og at det kanskje ikke ville blitt generert mer interaksjon og datamateriale i en slik gruppe.

Det er ikke denne studiens hensikt å framskaffe generaliserbare funn, noe som heller ikke er siktemålet med eksplorativt/deskriptivt forskningsdesign. Fravær av generalisering er således ikke en mangel ved metoden og skal følgelig heller ikke kritiseres for det. (Bjørk, et al., 2008; Nord, 1998, s. 26). Imidlertid vil et mål på om en kan ha tillit til troverdigheten (trustworthiness) av kvalitative data og metoder i denne studien være i hvilken utstrekning funnene gjenkjennes og lar seg overføre til andre lignende grupper og situasjoner. Polit et al. (2004, s. 435) refererer til Lincoln og Guba (1985) som understreker at forskeren *”cannot specify the external validity of an inquire; he or she can provide only the thick description necessary to enable someone interested in making a transfer to reach a conclusion about whether transfer can be contemplated as a possibility”*.

3.3.1 Forskningsetiske overveielser

Denne forskerens interesse for temaet i studien er influert av min yrkesmessige posisjon (jeg er helsesøster). Gjennom det har jeg møtt problemstillinger knyttet til FGM på ulike arenaer og nivå i helsetjenesten. Kjønnslēmlestelse ser jeg på som en helt uakseptabel rituell og kulturell praksis som må forhindres og bekjempes, altså forebygges. Imidlertid er det viktig for meg at de forebyggende virkemidlene som tas i bruk gjenspeiler respekt for det enkelte individ, familie og gruppe. Videre må metodene sikre et likeverdige og rettferdige helsetjenestetilbud. Ikke minst må både brukere, helsepersonell og samfunn ha en rimelig trygghet for at metoder og virkemidler som tas i bruk har den tilsiktede virkning. Selv om det ble forsøkt unngått, kan en ikke utelukke at denne posisjonen kan ha skint igjennom i presentasjon av tema og samtalsituasjonen og slik påvirket deltakerne utsagn.

Halkier (2002, s. 12) bemerker at ”*focusgruppens ’accounts in actions’ er fokuserte ud fra forskerens for-forståelser, snarere end fra deltagerens for-forståelser*”.

I likhet med all forskning som involverer mennesker, har bruk av fokusgrupper også sine forskningsetiske aspekter (Halkier, 2008, s. 69) og det må legges omsorg i å sikre at rettighetene til deltakere i studier blir beskyttet ved å ta hensyn til retningslinjer i internasjonale etikkodekser (for eksempel Helsinkideklarasjonen) og anerkjente etiske prinsipper og retningslinjer (Polit, et al., 2004 Kap. 7).

Studien er tilrådd av Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD)/Personvernombudet på bakgrunn av prosjektbeskrivelse og søknad om igangsetting. (Vedlegg nr. 1 og nr. 2). I denne studien er forskningsetiske hensyn når det gjelder sikring av deltakernes frivillighet, anonymitet og retten til å trekke seg fra studien søkt ivarett som beskrevet i vedlegg nr. 3 og 4. Det ble også gitt informasjon om studien og hva den skulle kunne ut i og brukes til. I behandlingen og framstillingen av datamaterialet (for eksempel sitater) er uttalelser som kan identifisere deltakere, tjenestesteder eller brukere utelatt eller omskrevet for å bevare anonymitet.

De fleste fokusgruppedeltakerne var ukjente for hverandre. Unntaket var at i en av gruppene deltok en leder og en ansatt fra samme tjenestested. Moderatoren rettet i denne situasjonen sin oppmerksomhet mot i hvilken grad denne relasjonen spilte noen rolle for meningsutveksling, hvordan de evt. taklet uenighet og kontrollerte hverandre. Verken moderator eller observatør registrerte problemer i så måte.

Deltakergruppen som helhet møtte brukere med problemstillinger knyttet til forebygging av FGM i sin praksis. På grunn av for eksempel ulik ansiennitet i yrket og forskjell i demografiske forhold i den enkeltes kommune/bydel, var deltakernes kompetanse og erfaring med tema på ulikt nivå. Forskerens utfordring i denne sammenheng var å påse at alle kom like mye til orde og ta alles utsagn like alvorlig. Det tilstrebes å gjenspeile dette i presentasjon og diskusjon av funn.

Forebygging av kjønnslemlestelse av jenter er et utfordrende og sensitivt arbeidsfelt for personell i helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Deltakerne i denne studien var tydelig personlig berørt av lidelsen som inngrepet påfører jenter. De var videre sterkt faglig engasjert i hvilke forebyggende virkemidler de ble pålagt å anvende i sine møter med barn og foreldre. Det var i etterkant av samtalene likevel ikke noe som tydet på at det hadde medført påkjenninger av personlig karakter som trengte oppfølgende samtale for noen av deltakerne. Hensynet til temaets sensitive karakter ble derfor ikke vurdert som grunnlag for å danne fokusgrupper med færre deltakere enn det som anses som optimalt som i følge Polit et al. (2004, s. 342) er 6-12 personer. Det var heller ikke inntrykket at interaksjonen mellom deltakerne var begrenset fordi noen følte seg utilpass med å skulle gi uttrykk for sine tanker og refleksjoner rundt tema. Snarere kan gruppestørrelsen og homogeniteten i gruppen ha bidratt til trygghet og at det var enkelt for alle å komme til orde.

4. Funn

I dette kapitlet presenteres studiens funn. Funnene er de fenomener som framkommer som hovedtema i den tematiske analysen av datamaterialet (jfr. Lindseth, et al., 2004). Funnene inneholder i fokusgruppedeltakernes faglige overveielser (mentale sykepleierhandlinger, kognitive prosesser m.m., se f.eks. Kim, 2000) over virkemidler til forebygging av kvinnelig kjønnslemlestelse.

Deltakerne i fokusgruppen var mest opptatt av de ulike variantene av virkemidler som helsestasjons- og skolehelsetjenesten benytter i det daglige arbeidet. I tillegg til individuelle samtaler med tilbud om undersøkelse av jentenes ytre genitalia, omfatter disse også administrering og gjennomføring av nettverks- og samtalegrupper for barn/elever og foreldre. Dette innebærer informasjon og veiledning i tjenestens ordinære konsultasjoner, presentasjon av det ekstra tilbudet om frivillig samtale og underlivsundersøkelse ved skolestart, på 5. og ungdomsskolens klassetrinn (Innholdet i Rundskriv 1-5/2009). Selv om det ikke gjøres forsøk med eller innføres obligatorisk undersøkelse av jenters ytre genitalia, var dette noe deltakerne var opptatt av og som ble drøftet i gruppesamtalene.

Dataanalysen viste at det var svært mange sammenfallende meningsenheter og funn i de to gruppesamtalene. I påfølgende presentasjon og diskusjon av funn inngår pilotsamtalen på lik linje med funn fra fokusgruppeintervjuet, og samtalene behandles som en enhet. Det refereres til "fokusgruppen" og "fokusgruppesamtalen".

4.1 Gjensidig tillit

Deltakerne i fokusgruppen fortalte at de i stor grad bygger sitt tilbud om forebyggende helsehjelp på tillit. De var tydelige på at gjensidig tillit mellom brukere (elever, barn og foreldre) og helsepersonell er spesielt viktig i arbeidet med å forhindre kjønnslemlestelse av jenter. Kontrollerende virkemidler og overskridelser av brukernes grenser kan bryte deres tillit til og kontakt med helsepersonell.

Underlivsundersøkelse som virkemiddel – obligatorisk eller frivillig – mener de brukerne oppfatter som et kontrollmiddel og at dette tilbudet bidrar til å undergrave tillit og trygghet. Fokusgruppedeltakerne ønsket ikke som helsepersonell å ha en slik kontrollfunksjon overfor sine brukere, samtidig som de erkjente at de formelt har det, i kraft av å være offentlige myndighetsutøvere.

Deltakerne sa at de ikke kunne vite om brukerne faktisk mener og gjør det de sier når de forsikrer at de er i mot omskjæring, og ikke vil utsette sine døtre for det. Men de mente at det er svært uheldig hvis brukerne blir mistrodd og må ”føre bevis for uskyld”. Helsepersonell må vise brukerne tillit ved å respektere at de evt. velger bort tilbudet om frivillig samtale og/eller undersøkelse, og stole på at de står for det de sier. Én uttrykker nokså oppgitt at ”Der foreldre sier at dette (omskjæring) ønsker jeg ikke for mitt barn, så skal vi si: ’nei, de lyver nok, så vi må ta dem neste gang’ – altså det er jo noe med det da, synes jeg!”

Selv om deltakerne merker at brukerne ikke er vant til å snakke med andre om temaet omskjæring, fortalte de at de likevel opplever dialogen som åpen og tillitsfull.

4.2 Kulturell sensitivitet

Deltakerne i fokusgruppen ga tydelig uttrykk for at skikken med å lemleste jenter ved omskjæring er helt uakseptabel og at praksisen må bekjempes. De prøver i sine overveielser likevel å sette seg ”i den andres sted” og aksepterer at andres kulturelle verdier og tradisjoner er gyldige for dem og at ”våre” vestlige verdier ikke gjelder overalt. De erkjente at det ikke er lett for innvandrere som kommer hit å bli presentert for et annet syn på omskjæring enn de har hatt og blitt opplært til, og bli stilt overfor krav om å endre sin kulturelle praksis og sitt syn på den. Deltakerne hadde erfaring med at kvinner får sorgreaksjoner p.g.a. dette. ”De har trodd det var ærefult å være omskåret, her opplever de at det er et overgrep”. Deltakerne mente det er viktig å ha dialog med både jenter og foreldre om alternativ til omskjæring som anerkjennelse av jenter som ”moralske” og verdige, noe som er svært viktig i kulturene det gjelder.

Til selvironisk latter prøvde deltakerne å forestille seg hvordan ”vi” ville reagert hvis det var noe med den norske kulturen og levemåten som skulle underkastes tvang og kontroll. *”Hvor mye røyker og drikker disse (norske) foreldrene? ... Kom inn på helsestasjonen, så tar vi en liten sånn... alkotest!”* De reflekterte også over om det er verre for barn å bli - og være - kjønnslemlestet enn å leve med rus og passiv røyking eller utsettes for fysiske og psykiske overgrep osv... *”Noen barn har det... ja! vi tar bilde av alle barn for å dokumenter de som blir slått...!”*

Deltakerne gav uttrykk for erkjennelse av at omskjæring av jenter gjøres ut fra et annet kulturelt betinget syn enn deres eget på hva som er barnets beste. *”Inngrepet gjør dem veldig ”bare”, så glatte og rene som en Barbie, og det er vakkert for dem, selv om det gir dem problemer hele livet”.* Gruppedeltakerne mente at det er viktig at helsepersonell ikke benytter seg av virkemidler og språk som uhyrliggjør og mistenkeliggjør foreldre og tillegger dem onde motiver og hensikter med omskjæringen.

4.3 Tvang og kontroll

Når det gjelder obligatorisk undersøkelse av jenters kjønnsorganer som et mulig scenario, mente fokusgruppedeltakerne at det er svært uklart hva som legges i begrepet ”obligatorisk”. Betyr det at helsetjenesten pålegges å gi tilbud? Hvis det skal være obligatorisk (tvang) for noen å underkaste seg undersøkelsen, hvilke sanksjons- og tvangsmidler skulle evt. benyttes? De så ikke for seg hvordan et slikt tiltak skulle gjennomføres og stilte seg totalt avvisende til bruk av tvang i den forebyggende helsetjenesten til barn og unge.

I tilbudet om frivillig samtale og undersøkelse av genitalia til definerte grupper, opplevde deltakerne at det også ligger elementer av ”skjult” tvang. Det er uklart hva som skal utløse sanksjoner, som melding til barnevernet, og om barn og foreldre har en reell valgfrihet. Én deltaker sa: *”Det er litt sånn frivillig tvang, hvis de ikke kommer vil de bli stigmatisert”.* En annen viste til eksempler på at foreldre har følt

seg truet til å si ja til tilbudet av redsel for at barnevernet skal ta fra dem barna hvis de ikke aksepterer det. At foreldre sier nei til tilbudet om konsultasjon med samtale og underlivsundersøkelse mente de er et altfor spinkelt varslingsgrunnlag. Melding til barnevernet mente de er aktuelt på bakgrunn av en vurdering av barnets, evt. familiens, totale situasjon. *”Du melder ikke til barnevernet bare på bakgrunn av at de ikke møter til en konsultasjon hvis du ellers vet at barnet er friskt og at foreldrene er omsorgsfulle og ivaretakende”.*

Dersom de oppdager at en jente har helseproblemer som følge av tidligere utført kjønnslemlestelse og foreldrene ikke oppfyller sin plikt og sørger for adekvat og nødvendig helsehjelp for henne, oppfattet de det som klar omsorgssvikt og en opplagt varslingsgrunn. Men da var de også klare på at hensikten med meldingen er en helt annen enn å forebygge at kjønnslemlestelsen finner sted.

Å varsle på konkret mistanke om at noen er i risiko for å bli skadet så gruppedeltakerne på som en åpenbar og selvfølgelig del av jobben. De sa litt oppgitt at:... *”så klart (...) det har vi alltid gjort, der vi ser at (...) barn holder på å bli utsatt for skade, enten fysisk eller psykisk, så skal vi avverge det så godt vi kan. (...) Det er jobben vår”!*

Deltakerne trodde heller ikke at foreldre og barn/elever vil synes det er akseptabelt med underlivsundersøkelse som forebyggende virkemiddel. Det var deres erfaring som helsepersonell at ingen foreldre sier at de har til hensikt å omskjære døtrene sine; de sier de er motstandere av praksisen, og ser derfor ingen hensikt i å utsette sine barn (eller seg selv, for større jenters vedkommende) for en slik undersøkelse.

4.4 Effekt av forebyggende virkemidler

Det var fokusgruppedeltakernes oppfatning at om en jente gjennomgår én eller flere underlivsundersøkelser med negative funn, blir det dokumentert for all framtid at hun ikke er lemlestet. De mente at underlivsundersøkelse ikke forhindrer at et inngrep kan utføres i etterkant, da uten at det oppdages, siden undersøkelsen er frivillig.

Fokusgruppedeltakerne hadde ikke betenkeligheter med å ta opp temaet. De hadde tro på at dialog, med informasjon og veiledning, er avgjørende og var et mer effektivt og riktig virkemiddel. Alle fortalte at de for det meste oppnår det, både med skoleelever og særlig med voksne kvinner, selv om brukerne sier at de ikke er vant til å snakke om dette med andre. Deltakerne mente det er viktig at helsepersonell informerer om lovforbudet. Selv om de hadde forståelse for at brukerne opplever det urettferdig å bli straffet for noe som gjøres i beste mening, mente de at faren for straff kan bidra til å hindre foreldre i å utsette døtrene sine for kjønnslemlestelse.

At foreldre får kunnskap om kroppslig normalitet og sammenhengen mellom voksne kvinners helseplager og kjønnslemlestelse mener deltakerne har en direkte preventiv effekt på om de vil omskjære sine egne døtre. De siterer mødre og vordende mødre på utsagn som: *”ja men det og det og det (konkrete helseplager og problemer) kjenner jeg igjen. Men er det på grunn av det? Ja, men da skal ikke datteren min...”*

Deltakerne i fokusgruppen mente at både underlivsundersøkelsen, evt. med bilde som dokumentasjon, og mistro og mistenkeliggjøring vil virke krenkende på både jenter og foreldre. Gruppedeltakerne trodde det vil kunne oppleves truende for dem det gjelder å få tilbud om en konsultasjon med underlivsundersøkelse som de ikke har bedt om. De mente at selve underlivsundersøkelsen i gynekologisk leie, froskestilling, kalte de det, vil være svært ubehagelig, kanskje traumatisk, og oppleves som et nytt overgrep av jenter som er omskåret tidligere.

I tillegg så de alvorlig på muligheten for at mangel på personell med adekvat kompetanse kan føre til at undersøkelsen av jenters ytre genitalia ikke blir forsvarlig gjennomført. At undersøkelsen skal foretas av primærlegene, enten som fastleger eller helsestasjons- og skoleleger, hadde deltakerne i fokusgruppen fått informasjon om, til tross for at det tidligere har vært understreket fra faglig hold at det trengs spesialistkompetanse for å gjøre riktig vurdering. De var ikke komfortable med at det blir deres oppgave å tilby en undersøkelse som de er redd for vil kunne føre til feildiagnostisering som vil være til direkte skade og ulempe for både jenter og foreldre. Deltakerne var forferdet over utsikten til at manglende undersøkelses- og

vurderingskompetanse også nødvendiggjør dokumentasjon av undersøkelsen med bilde av hver enkelt jentes genitalia i journalen.

Gruppedeltakerne mente også at ordbruk, enkelte pedagogiske hjelpemidler og metoder kan virke støtende og må brukes med varsomhet. Brukere kan reagere negativt på det. De fortalte om erfaring med at menn (fedre) føler seg brydd, blir sinte, forlater lokalet og at selv unge jenter ser ned og er pinlig berørt når det brukes illustrasjoner og direkte beskrivelser av kjønnsorganer. En må være ivaretagende og omsorgsfull i dialogen når temaet tas opp. Ordet ”kjønnslemlestelse” er de for eksempel tilbakeholdne med å bruke overfor dem det gjelder. Det er ut fra en erkjennelse av at hensikten med omskjæringen fra foreldrenes side ikke er å lemleste barnet, men tvert i mot i beste mening.

Deltakerne opplevde det som utfordrende å presentere og gjennomføre det ekstra tilbudet om samtale og undersøkelse i skolehelsetjenesten uten å mistenkeliggjøre brukerne. De det gjelder kan føle seg stigmatisert når det bare er jenter fra enkelte grupper som skal få tilbudet. De understreket at det er viktig å vise at de stoler på brukerne og har tiltro til deres valg (om evt. å si nei til tilbudet).

Å ta opp temaet i en generelt sammensatt elevgruppe, mente de kan være å henge ut dem det gjelder.

Deltakerne var bevisst på at selv om innføring av forebyggende metoder og virkemidler er gjort i beste mening, skal en være svært varsom med hvordan en beveger seg i et så sensitivt område som dette. *”Selv om hensiktene på en måte er gode, er det ikke sikkert det fører så mye godt med seg i lengden”.*

4.5 Helsepersonell i klemme

På bakgrunn av uklarheten de opplevde omkring hvordan de som skal få tilbud om frivillig samtale og undersøkelse skal utvelges, og på hvilket grunnlag det skal varsles om mistanke, sa flere av deltakerne at de opplever at de kommer i det de opplever

som en gisselsituasjon, som de finner svært ubehagelig. Det blir deres ansvar og oppgave å ta og formidle disse beslutningene – på et grunnlag de mente de ikke har.

At helsepersonell ut fra sine klasselister osv. skal plukke ut dem det gjelder ut fra nasjonalitet, opplevde deltakerne i gruppen som håpløst siden det er store regionale variasjoner innad i hvert land. Dette gjør det vanskelig å vite at en finner dem som skal finnes, og stigmatiserende praksis vil hefte ved helsepersonell.

Deltakerne hadde også opplevelsen av at ansvaret for å avgjøre hvem som kan si nei til tilbud om samtale og underlivsundersøkelse er overlatt til dem. Hvem er det greit at sier nei takk, og hvem ikke? Hvem skal de tro på når de sier at de ikke akter å omskjære døtrene sine, og hvem skal de mistenke for å lyve? I noen tilfeller kan det gjelde barn og familier helsepersonellet ikke har hatt kontakt med, og grunnlaget for å vurdere melding til barnevernet er særdeles spinkelt.

Gruppedeltakerne karakteriserte det som faglig krevende å ta opp kjønnslemlestelse som tema med brukergruppen. Imidlertid opplevdes verken dette eller merarbeidet med å administrere ekstra konsultasjoner i skolehelsetjenesten som uakseptabelt for deltakerne, men en av dem sa oppgitt: ”... *hadde jeg nå bare fått lov å slippe unna (å tilby) den der undersøkelsen!*”

De var også urolige for å måtte være alene om ansvaret for melding til barnevernet ved mistanke om at en jente er i ferd med å bli utsatt for kjønnslemlestelse.

4.6 Prioritering

Når det gjelder forslaget som har vært framsatt fra ulike hold om at alle jenter i Norge skal gjennomgå en obligatorisk underlivsundersøkelse som forebyggingstiltak, var fokusgruppedeltakerne samstemte om at det ville være uforholdsmessig ressurskrevende å undersøke en så stor populasjon for et problemområde som angår en så vidt liten andel barn. ”*Man vet jo egentlig hvem det gjelder, så hvorfor skal*

man undersøke alle?" Sett i et folkehelseperspektiv mente gruppedeltakerne at det vil gå med mye ressurser til en liten gruppe.

Samtalene i skolehelsetjensten mente de også vil komme til å kreve store ressurser på bekostning av andre forebyggingsområder- og oppgaver: *"... for det kunne ha vært brukt til sånt som vi vet masse om – og det gjelder jo også i disse miljøene – (...) det vi ser om barn og ungdoms psykiske helse, altså... kosthold... fysisk aktivitet..."*.

Deltakerne mente også at innkalling og gjennomføring av konsultasjoner med frivillige samtaler og undersøkelser av genitalia ville innebære en kjempejobb og være økonomisk og ressursmessig urealistisk.

4.7 Mellom fag og politikk

Gruppedeltakerne mente at innføring av et spesielt tilbud om samtale, og undersøkelse av genitalia til utvalgte grupper, er et lite gjennomtenkt tiltak som er politisk, ikke helsefaglig begrunnet. De stilte seg uforstående til de politiske myndighetenes begrunnelser, som de mente har vært lite overbevisende, for eksempel at jenter ved hjelp av en klinisk undersøkelse av genitalia skulle få et naturlig forhold til kjønnsorganene sine. *"Ehh! Den er tynn, altså..."*! var det en som sa. De ga uttrykk for at det kan virke som ligger en skjult agenda bak. De undret seg over om at det kanskje kan ligge et behov for politisk gevinst i å bli kvitt problemet raskt. De kunne imidlertid forstå at det er et sterkt behov for å sette en stopper for denne praksisen, på bakgrunn av at rituelle inngrep på jenters kjønnsorganer er et krenkende og brutalt fysisk overgrep mot barn:

... den skjønner jeg – at politikere og folk som ikke har gått noe særlig inn i problematikken tenker at: 'det er jo så følt... at vi må redde dem vi kan, på en måte, og vi gjør alt mulig... Da tenker jeg at det kommer sånne forslag som at – da tar vi inn...! Sjekk alle...! Gjør noe!

Deltakerne i fokusgruppen mente på bakgrunn av sin nære kontakt med brukergruppen at langsiktig arbeid på flere plan, tålmodighet, dialog og tillit er veien å gå for å bekjempe kjønnslemlestelse av jenter. Følelsen av at deres tjeneste og fag

brukes i en annen hensikt enn den faglige, oppleves som demotiverende. De uttrykte sinne over å oppleve at den faglige argumentasjonen ikke blir hørt, særlig når det gjelder underlivsundersøkelsen, og at det faglige innholdet i tjenesten blir overstyrt politisk.

5. Diskusjon

I gjennomgang av litteraturen trådte det fram fire ulike aspekter ved faglige overveielser: hva som er gjenstand for overveielser, deres karakteristika, samt hva som er helsepersonells hensikt med og grunnlag for overveielser.

Fokusgruppedeltakerne var mest opptatt av virkemidlene de benyttet sin vanlige praksis, og særlig virkemidlene i de ekstra konsultasjonene de ville bli pålagt å tilby i skolehelsetjenesten; frivillig samtale og underlivsundersøkelse (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009). Studiens funn drøftes i det følgende i tilknytning til disse to virkemidlene.

Det var åpenbart at det i overveielsene som ble foretatt, var vurderinger av virkemidler og strategier (gjenstand), det beste for brukeren (formål), kunnskap, erfaring og brukerens situasjon (grunnlag), og at overveielsene var deltakernes tankeprosesser (karakteristika), slik det fremstilles hos Banning (2008), Faust (2002), Funkesson (2007) og Kim (2000).

Helsepersonell har begrenset metodisk tilfredsstillende viten om effekten av midler til forebygging av kjønnslemlestelse å støtte seg til (Denison, 2009). Det antas derfor at helsepersonellet gjorde sine overveielser på bakgrunn av intuisjon, et sett ulike tilnæringsmodeller og ved å anvende kunnskap og ekspertise som de har tilegnet seg gjennom tidligere erfaringer i yrket. I tråd med Bannings (2008; 2008 a) fremstilling, var momenter som lå til grunn for overveielsene gjenkjennelse av situasjoner som innvirker på overveielsesprosessen ”... å melde når vi ser at barn er i fare for å bli skadet har vi da alltid gjort, det er jobben vår”..., kjennskap til problemområdet og aktuelle berørte miljøer, samt faglige vurderinger” ...du melder til barnevernet på bakgrunn av en helhetsvurdering

5.1 Tillit og sensitivitet i den tverrkulturelle samtalen

Samtale er et grunnleggende virkemiddel i helsestasjons- og skolehelsetjenestens praktiske hverdag. I Kims (2000) modell er *virkemidler i sykepleie* en av hovedstrukturene sykepleieren relaterer sine overveielser til. Kim (ibid s. 138) påpeker at anvendelsen av et virkemiddel i sykepleie kan være både generell (holistisk) og rette seg mot en individuell brukers totale helse- og livssituasjon, og/eller spesifikk og rettes mot en konkret situasjon eller et problem for denne brukeren. I forbindelse med kjønnslemlestelse er samtalen generell ved at barnets eller ungdommens helse- og livssituasjon tas opp i et helhetlig perspektiv, med særlig vekt på hvordan kjønnslemlestelse vil påvirke denne. Dette kan skje enten som individuell samtale med en jente og/eller et foreldrepar, eller i gruppe. Samtalen er også spesifikk ved at man adresserer et konkret problem (kjønnslemlestelse) og i noen tilfeller en konkret situasjon (en jente er i umiddelbar fare for å bli kjønnslemlestet).

I dette avsnittet drøftes funnene *gjensidig tillit* og *kulturell sensitivitet* som fundament i den forebyggende samtalen i helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Begge funnene kan karakteriseres som mellommenneskelige verdier. Verdier er en kategori som gjenfinnes i Kim's (2000) modell for overveiellesdimensjonen i sykepleie, som element hos både sykepleier og pasient. Funnene er såvidt sammenvevd at det anses som fruktbart at de drøftes i sammenheng.

Et underliggende tema i funnene var at helsepersonells møter med brukergruppen, både barn og foreldre, må være preget av verdighet og omsorg. Det er derfor hensiktsmessig først å se på omsorgsaspektet i tverrkulturell sykepleie.

5.1.1 Omsorg i tverrkulturelle samtaler

Fokusgruppedeltakerne la stor vekt på at brukerne skal føle seg ivaretatt i samtalen. De var bevisst på at det innebærer en stor omstilling for barn og foreldre at noe de har oppfattet som ærefult og beskyttende blir møtt med forbud og avsky i det nye

landet...”så det krever at vi formidler på en måte som gjør at de føler seg ivaretatt”. En undertone i fokusgruppesamtalen var at helsepersonellet overveide bruken av virkemidler med formål å velge handlingsalternativ som de mener er omsorgsfulle, effektive og til beste for brukeren, slik bl.a. Kim (2000) beskriver hensikten med overveielser i sykepleie.

Prinsippet om velgjørenhet (beneficence) er av grunnleggende etisk verdi for helsepersonell og dermed også et vesentlig grunnlag for deres overveielser. Sykepleiens grunnlag er at den bl.a. skal bygge på barmhjertighet og omsorg. Videre skal sykepleieren ivareta pasientens verdighet og integritet (*Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*, 2007). Å vise omsorg gjennom å vurdere og gjøre hva som er det beste for brukeren, kan en si er forankret i velgjørenhetsprinsippet, som er ett av fire ”prima facie”- prinsipper. At et prinsipp er ”prima facie” (”ved første betraktning”), innebærer at det er bindende og alltid bør følges, med mindre en situasjonen oppstår som tilsier at det kommer i konflikt med et annet prinsipp som blir viktigere å følge i den gitte situasjonen (Davis, et al., 2010; Reuter, et al., 2007).

Barn og unge, og deres foreldre, som jordmødre og helsesøstre møter i helsestasjons- og skolehelsetjenesten, er etter hvert blitt en mangfoldig gruppe som preges av mange etniske og kulturelle gruppers verdier, skikker og levemåter. Hensikten med helsepersonellets samtaler med jenter og foreldre fra denne brukergruppen er å forhindre at jenter lemlestes. Handlinger som har som formål å forebygge sykdom og skade, kan sies å utgå fra den etiske fordringen om plikten til å gjøre vel.

Hovedgrunnen er å hindre de alvorlige helseskadene inngrepet medfører og er således, i tråd med Kims (2000, s. 34) resonnement, et legitimt sykepleieområde. Madeleine Leininger, en amerikansk teoretiker og pioner innen forskning og teoriutvikling i tverrkulturell sykepleie (transcultural care), holder omsorg for å være essensen i sykepleie; det som gjør sykepleie til hva det er, eller bør være. ”*Care is nursing, care is health, care is curing and care is wellbeing*” (M. M. Leininger, et al., 2006, s. 3).

Leiningers postulat ”*no curing whithout caring, but caring could exist whithout curing*” (ibid) var en grunnleggende teoretisk antakelse om at omsorg er en sterk og sentral dominerende kraft i helbredelse og velvære. Leininger forsket senere på denne antakelsen i et tverrkulturelt perspektiv. Forskningen fokuserte på *culture care* som et innbyrdes beslektet fenomen, avgjørende for å identifisere og forbedre sykepleie og helsehjelp og for å kunne vise forbindelsen mellom omsorg og kultur og mellom forskjellige kulturer – det tverrkulturelle fokus. ”*Care was a powerful and dynamic force to understand the totality in human behaviour in health and illness worldwide*” (ibid). Utvikling av metoder i kulturelatert omsorg som opprettholdt gunstige helseresultat var nødvendig. Videre ble det understreket at ”*culture was the most comprehensive, holistic and universal feature of human beings*” og at omsorg måtte forankres i kultur. Begge fenomener måtte forstås for å oppdage og imøtekomme pasientens omsorgsbehov. Leininger (2006, s. 3) hevdet også at menneskelig omsorg (care) bidrar til menneskelighet og verdighet. ”*Human care is what makes people human, gives dignity to humans (...)*”.

5.1.2 Sensitivitet og tillit i tverrkulturell forebyggende sykepleie

Å ha tillit til, sette sin lit til noen, betyr å kunne stole på den andre. Begrepet tillit forekommer ofte i sykepleielitteraturen. Etablering av en tillitsfull relasjon bruker/hjelper anses som en terapeutisk nøkkelfaktor i sykepleier- pasientrelasjonen (Hupcey, 2001; Thompson, 2003). Fenomenet er likevel bare i begrenset grad målt og operasjonalisert. En begrepsanalyse (Hupcey, 2001) utleder en definisjon som innebærer at tillit oppstår på bakgrunn av at en person har et behov som ikke kan dekkes uten assistanse fra en annen (avhengighet). Det innebærer videre en vurdering av risikoen ved å stole på at den andre vil møte dette behovet (oppfylle forventninger) og en evaluering av om handlingene til den andre samsvarer med forventningene til den som har behov for assistanse. En kan si at i arbeidet med å forebygge kjønnslemlestelse, er brukere og helsepersonell avhengig av hverandres tillit, at man stoler på hverandre. Å være avhengig innebærer en risiko for at våre forventninger til hverandre ikke blir møtt (Henriksen, et al., 2003, s. 28). Brukerens forventning om

fortrolighet og trygghet kan for eksempel brytes gjennom en ubegrunnet bekymringsmelding til barnevernet eller en feil diagnose. Eller helsepersonells forventning om ærlighet brytes fra brukerens side ved at foreldre får sin datter omskåret etter å ha forsikret helsesøster om at de er absolutt i mot praksisen.

I en studie av tillit hos foreldre til hospitaliserte barn identifiseres faktorer som hemmer og fremmer utvikling og opprettholdelse av tillit. Siden studien gjelder syke barn på sykehus, kan resultatene bare i begrenset grad være aktuelle for forebyggende sykepleietjeneste til friske barn. Å imøtekomme forventninger om ivaretagelse av både barnets og foreldrenes behov ble imidlertid identifisert som kjernefaktoren for etablering av tillit (Thompson, 2003).

Det er i samtalen med brukeren at helsepersonells grad av kulturell kompetanse og sensitivitet viser seg som grunnlag for etablering av en gjensidig tillitsrelasjon mellom partene. Et overordnet tema i funnene ”*gjensidig tillit*” og ”*kulturell sensitivitet*” var betydningen av å etablere en slik relasjon i møtet mellom bruker og helsepersonell rundt et svært følsomt tema. ”(...) *det er ikke bare som å ha vondt i en finger eller en tå (...) det er noe som er så intimt, så følsomt, at man skal være så forsiktig altså, før man beveger seg ut i dette landskapet (...)*”

I en artikkel om overveielser av sensitive tema, med utgangspunkt i temaet ”rase”, gir Warren (2006, s. 163) følgende beskrivelse: ”*Sensitive issues (...) necessarily and involuntarily reference inherited status inequalities of speakers as part of the content of speech in ways that destabilize deliberation*”. Dette innebærer, i følge ham, at *taleren* (the *who* of the speaker) undergraver *innholdet i budskapet* (the *what* of the statement) slik at det som sies mister sin kraft som virkemiddel til å løse konflikter (ibid). Det ligger en stor utfordring i at partene i møtet omkring problemstillingen forebygging av kjønnslemlestelse åpenbart har ulikt kulturelt ståsted. Deltakernes overveielser viste at de var svært bevisst på denne ulikheten: ...”*det er så forskjellig fra vår tankegang om det*”.

I fagmiljøer har Leiningers teori om transkulturell sykepleie tradisjonelt vært tolket som ”universell omsorg”, dvs. gitt uten hensyn til mottakerens farge, moralsyn eller tro (Wepa, 2005, ss. 7, 23). Det fastholdes imidlertid at teorien bygger på sensitivitet for brukerens kultur og levesett, samt medvirkning fra brukeren i utøvelse av sykepleie og at omsorg må forstås og aktualiseres i forskjellige og spesifikke kulturelle kontekster. (Claus, et al., 2004; M. Leininger, 1995).

I New Zealand har sykepleiere med minoritetsbakgrunn arbeidet med utvikling av transkulturell sykepleie, spesielt blant maoriene (Claus, et al., 2004; Wepa, 2005). Deres synspunkt er at sensitivitet overfor andres kultur ikke er tilstrekkelig for å utøve god transkulturell sykepleie. Erkjennelse av at mennesker er og lever forskjellig får ikke nødvendigvis (ønskede) konsekvenser for våre handlingsvalg. Kulturell sensitivitet vektlegges men anses, i tillegg til kulturell oppmerksomhet, som bare ett trinn på veien mot utøvelse av trygg og omsorgsfull sykepleie til mennesker fra en annen kultur enn sykepleierens (Ramsden og Papps i Wepa, 2005). Det argumenteres for at sykepleieren gjennom sin utdanning må ha utviklet kulturell trygghet (*cultural safety*) for å kunne møte pasienter på en respektfull måte og yte god og omsorgsfull sykepleie i en tokulturell kontekst.

Figur nr 5: Trinnene i prosessen mot kulturell trygg sykepleiepraksis: Kulturell oppmerksomhet (*cultural awarness*) og kulturell sensitivitet (*cultural sensitivity*).



(Kilde: Nursing Council of New Zealand i Wepa, 2005, s. 23. Oversatt av forfatteren)

Nursing Council of New Zealand beskriver kulturelt trygg sykepleie slik: *"The effective nursing or midwifery practice of a person or a family from another culture, and is determined by that person or family. (...)"* (Claus, et al., 2004). Det bør understrekes at kulturell trygg sykepleie ikke må forveksles med faglig trygg (forsvarlig) sykepleie, det er det sykepleierens ansvar å bedømme.

Åpenhet og respekt for at ikke alle lever etter de samme verdinormer eller på samme måte er en verdi (Wyller, 2005, s. 41), ikke minst for profesjonelle helsearbeidere. I samsvar med Kims (2000, s. 137) overveielseskategorier, viste helsepersonellet i denne studien innsikt i at kulturelle verdier, som kvinnelig renhet og verdighet, og i at omskjæringstradisjonen har en historisk og kontekstuell forankring for praktiserende grupper. De forstod at brukere med en sosiokulturell bakgrunn som så en smertefull kroppslig erfaring som tegn på høy moralsk standard og gode fremtidsutsikter slik det beskrives av Aldeeb Abu-Sahlieh (2001), Fangen et al. (2007), Mladonova (2007), Sala et al. (2001), Sæverås (2004) og Talle (2003) hadde vanskeligheter med å møte et helt nytt og annerledes syn på skikken. Problemer og deres betydning for pasienten er også en av kategoriene Kim (2000) har identifisert at sykepleiere knytter sine overveielser til. At deltakerne i tråd med dette også erkjente at de kulturelle forskjellene var et problem for brukerne som var av betydning for hvilke virkemidler

de kunne akseptere i arbeidet mot kjønnslemlestelse, kan være holdepunkter for at utøvelse av kulturell trygg sykepleie var et ideal for dem, om enn uuttalt. I følge Wepa (2005, s. 25) er kulturelt trygg sykepleiepraksis (...) *actions which recognise, respect and nurture the unique identity of tangata whenua (people of the land), and safely meet their needs, expectations and rights*".

Vi har sett at å innfri forventninger er identifisert som en kjernefaktor for etablering av en tillitsfull relasjon (Thompson, 2003). Overveielsene som identifiseres i denne studien tyder på at deltakerne antar at brukere forventer at helsesøstre og jordmødre har kunnskap om og respekt for deres kulturelle særpreg. Om brukernes forventninger om respekt for rettigheter og verdier imøtekommes, er muligheten for et tillitsforhold etablert og grunnlag for en god dialog lagt. Det er her viktig å merke seg at i denne studien er brukerne ikke spurt om hvilke forventninger de har.

Hupcey (2001, s. 286) hevder at en forutsetning for tillit bl.a. er at en person "*must have a need of some type*" som bare kan dekkes ved hjelp av en annen. Det kan diskuteres om foreldre og barn (ungdom) som får helsetjenestens tilbud om samtale om kjønnslemlestelse og evt. genitalundersøkelse har et egendefinert behov for denne type helsehjelp. Forebyggende helsearbeid, slik det tilbys gjennom invitasjon til konsultasjoner i helsestasjons- og skolehelsetjenesten, er i sin natur oppsøkende (Helse- og omsorgsdepartementet, 2003). Tilbudet gis på bakgrunn av helsetjenestens plikt, og dermed behov, til å sette i verk forebyggende tiltak. Foreldre og barn bestemmer selv om de har behov for samtale og informasjon om kjønnslemlestelse, evt. også en klinisk undersøkelse av genitalia, og kan på fritt grunnlag takke ja eller nei til tilbudet. At brukerne takker ja til tilbudet kan muligens tolkes som en erkjennelse av et behov, selv om det ikke springer ut fra dem selv.

Enhver har rett til å ikke måtte utlevere seg totalt, men når det gjelder tilbud om helsehjelp, bør helsepersonell kunne ha et sterkt berettiget krav om ærlighet (Christoffersen, 2005b, s. 92). Særlig når det gjelder å forhindre overgrep mot barn bør det kunne forventes at foreldrene er ærlige; i motsatt fall vil konsekvensen kunne bli at barnet ikke får den beskyttelsen det har rett til. Som følge av den gjensidige

tillitsrelasjonen har helsepersonell også forventninger til brukeren. Hvis et behov er en forutsetning for tillit, vil helsepersonells behov her være å kunne stole på at brukeren er åpen og ærlig om sitt standpunkt angående omskjæring av døtrene. Det var fokusgruppedeltakernes oppfatning at helsepersonell ikke kan vite sikkert om foreldre mener at de ikke vil utsette døtrene sine for inngrepet, selv om de sier at de er i mot omskjæring. For å imøtekomme brukerens forventning om å ikke bli mistrodd og kontrollert, velger de likevel å stole på at brukerne ikke har et annet motiv enn de gir uttrykk for. De sa hoderistende: ”*og så skal vi si: de lyver nok, så vi må ta dem neste gang...!*”

Gjensidigheten i relasjonen forutsetter at dette gjelder også motsatt vei; – foreldrenes oppfatning kan være at myndigheters og helsepersonells motiv for forebyggende tiltak er kontroll, å angripe brukerens kultur og tradisjoner eller sette jenta i fare, mens grunnen er å beskytte barnet mot vold og traumer og verne hennes individuelle, universelle rett til god helse, slik de er forpliktet til gjennom Barnekonvensjonen (*FNs konvensjon om barnets rettigheter*, 2003 Artikkel 24, punkt 1).

Det var essensielt for deltakerne i studien å være vare overfor de kulturelle verdiene som ligger til grunn for omskjæring hos berørte grupper, og den verdighet og identitet dette representerer for dem. De reflekterte også over at dette er forskjellig fra deres egen kultur. De sa: ”*Det er liksom sånn forskjell fra vår tankegang om det... Vi må akseptere (...) at det ikke er sånn som vi tenker som skal gjelde for hele verden! Er vi så sikre på at vi sitter på den eneste rette sannhet?*”

The nurse or midwife delivering the nursing or midwifery service will have undertaken a process of reflection on his or her own cultural identity and will recognise the impact that his or her culture has on his or her professional practice (Claus, et al., 2004).

Er det greit at norske foreldre ruser seg og utsetter barn for passiv røyking og vold?, ”... *lurer på hvordan vi ville reagert hvis det var noe med vår kultur som skulle kontrolleres?*” Dette var refleksjoner og utsagn i fokusgruppesamtalen. Sitatet over er

Nursing Council of New Zealand sin beskrivelse av stadiet kulturell sensitivitet i prosessen mot det brukere kan definere som kulturell trygg sykepleieutøvelse. I denne studien reflekterer deltakernes overveielser helsepersonells sensitivitet for aspekter ved egen kulturs verdsett og atferd, inkludert sin egen sykepleierkultur, hvilken maktposisjon denne setter henne i og hvordan den påvirker egen yrkesutøvelse. I møte med brukere med en annen etnisk kultur enn hennes egen er hun på dobbel hjemmebane – som bærer av majoritetskulturen og representant for sin yrkeskultur. Dette kan være, som Kim (2000) påpeker, ett av aspektene sykepleiere kan være seg bevisst eller ubevisst når de overveier sine handlingsalternativer. Utvalget i denne studien gav tydelig uttrykk for at de var svært bevisste på dette forholdet.

5.1.3 Overveielser knyttet til profesjonsetiske regler.

Det ligger i sakens natur at virkemidlene helsepersonell har til rådighet for å forebygge kjønnslemlestelse av jenter betinger møter og relasjoner mellom mennesker. Møtet i seg selv, og at tradisjonsbundet praksis som omskjæring er av svært personlig og kulturell sensitiv karakter (Mladonova, 2007; Sala, et al., 2001; Talle, 2008), krever at helsepersonell er svært bevisst på sin tilnærming. Det er derfor nærliggende å belyse funnene i et profesjonsetisk perspektiv. Ordet ”etikk” har gresk opprinnelse og betyr sedvane eller skikk (Davis, et al., 2010), det vil si hvordan man skikker seg, eller oppfører seg, overfor andre. I helsetjenesten er det først og fremst opp til helsepersonell å ta ansvar for innholdet og kvaliteten i møtet og relasjonen (Christoffersen, 2005c, s. 65), men det er heller ikke likegyldig for et godt resultat av den forebyggende sykepleieintervensjonen hvordan brukere forholder seg til helsepersonell.

Sykepleiernes yrkesetiske retningslinjer (YER), som er basert på International Council of Nurses’ etiske regler, pålegger utøverne å vise respekt for og ivareta bl.a. den enkeltes verdighet, rettigheter og retten til ikke å bli krenket (*Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*, 2007), uavhengig av for eksempel nasjonalitet og

kulturbakgrunn. Disse reglene gjelder åpenbart for jenters rett til beskyttelse, særlig fra helsepersonell, mot å bli utsatt for kjønnslemlestelse.

Sykepleiernes etiske regler omtaler eksplisitt plikten til å respektere ulike gruppers kulturelle integritet. ”Sykepleieren skal i sitt arbeid søke å skape et miljø der menneskerettighetene og enkeltmenneskets, familiens og samfunnets verdier, skikker og tro respekteres” (ICN om sykepleierne og mennesket i *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*, 2007). I profesjonsetiske kodekser for sykepleiere er ideologien at alle mennesker skal gis lik behandling, uavhengig av forskjeller som kjønn, kultur, tro, rase osv (*Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*, 2007). I sammenheng med idealet ”skal gis lik behandling”, forstått som at mennesker kan motta sykepleie uten hensyn til alle elementene som gjør dem unike, retter Ramsden (i Wepa, 2005, s. 7) en skarp advarsel:

The idea of the nursing ignoring the way in which people measure and define their humanity is unrealistic and inappropriate... People are still prepared to die in order to maintain their cultural, religious (...) integrity. It is not the place of the nursing service to attempt to deny the vital differences between people, however altruistic the rationale may be.

Snarere forutsetter Ramsden at: “... Nurses must become respectful of the nationality of human beings, the culture of human beings, the age, the sex, the political and religious beliefs of other members of the human race” (*ibid*).

Ramsdens påstand om hvor langt folk er villig til å gå for å bevare sin kulturelle og religiøse integritet bekreftes når det gjelder kjønnslemlestelse. Foreldre er til og med villig til å utsette sine egne barn for smerte og livslange plager, til og med død, for å opprettholde sin kulturelle identitet og tilhørighet. Her går det en grense for hvor langt sykepleiere kan gå for å bidra til opprettholdelse av kulturelt særpreg.

Helsesøstres og jordmødres oppgave i møte med problematikken omkring kjønnslemlestelse, er å forhindre at inngrepet finner sted og dermed hindre utøvelse av en kulturelt forankret skikk. Den universelle, individuelle retten til helse, til å ikke bli krenket og til respekt for kroppslig verdi og integritet tar forrang for og begrenser

det profesjonsetiske kravet om respekt for ulike kulturers og befolkningsgruppers kulturrelaterte skikker (Kopelman, 2005; Sala, et al., 2001).

Deltakerne i denne studien uttrykte bevissthet omkring og vurderinger av de kulturelle forskjellene i synet på hvordan lemlestende inngrep på genitalia ville påvirke liv og helse for de utsatte. At de også tok forskjellene i verdisystem alvorlig når det gjaldt spørsmålet om hva som egnet seg som midler til forebygging, vitner om det Henriksen et al. (2003, s. 187) kaller moralsk klokskap, som i praksis vil føre til valg av midler som søker å ivareta både jentas individuelle og foreldrenes/gruppens kulturelle rettigheter på best mulig måte (jfr. velgjørhetsprinsippet). I sitt standpunkt om å ikke tåle og respektere at jenter utsettes for skadelige inngrep som kulturelt betinget praksis, var de kompromissløse. Når det gjelder metodevalg for å forhindre det, tok de i sine overveielser hensyn til foreldrenes krav på respekt for sine kulturelle verdier. Om denne måten å tilby forebyggende sykepleie på kan oppfattes som kulturelt trygg, er det opp til brukerne å avgjøre (Claus, et al., 2004; Wepa, 2005).

Einat (2010) viser til kulturkonfliktteori og beskriver verdikonflikt som *“conflict between the values and norms of a certain subculture in a given society and those of the general culture”*.

Verdikonflikten ligger nødvendigvis ikke i begrunnelsene foreldre i enkelte kulturer gir for å omskjære jenter. De kan være tuftet på verdier som ikke uten videre står i motsetning til vestlig helsepersonells etiske verdier og regler, for eksempel at begge kultursyn argumenterer med det som er barnets beste, men i motsetningen i synet på hva et smertefullt inngrep på genitalia medfører. Rasjonale for tradisjonen hos utøvende grupper er at inngrepet skal sikre et godt og verdig liv, mens det for helsepersonell fra en vestlig orientert kultur strider mot et av de mest sentrale profesjonsetiske prinsipper: beneficens/nonmaleficens- prinsippet (velgjørhet/framfor alt: ikke skade). Helsepersonells forpliktelse til å forebygge at barn utsettes for skadelige inngrep på sine kjønnsorganer kan knyttes til nettopp den etiske fordringen om velgjørhet (Henriksen, et al., 2003, ss. 175, 201), et prinsipp

som tjener til å beskytte verdier som verdighet, ukrenkelighet og integritet, kroppslig så vel som kulturell.

Det er ikke vanskelig å forstå at det kan være en utfordring å vise respekt for kulturelle verdier når de resulterer i et brutalt overgrep mot forsvarsløse barn; et voldelig og smertefullt overgrep som også de som forsvarer skikken som en kultur- og tradisjonsytring vegrer seg mot å være delaktig i (Talle, 2003). Hvordan forholde seg respektfullt til foreldre som forfekter og kanskje praktiserer en skikk som ligger langt utenfor det en selv kan forsvare (Wyller, 2005, s. 44)?

Sala et al. (2001) foreslår en tilnærming som samsvarer med kulturelt sensitiv og trygg sykepleie, der kulturelle særegenheter tas på alvor når de har betydning for enkeltindivid innenfor gruppen de tilhører. For å håndtere verdikonflikten foreslår de å ta et perspektiv der en ser praksisen i lys av en ”symbolsk anerkjennelse”. Det betyr å ikke anerkjenne skikken, som krenker individets verdighet og rettigheter, men dens kulturelle betydning, for eksempel å sikre tilhørighet til gruppen eller ”sikre” kvinners moralske standard. Helsepersonellet i studien mente at det var viktig å bevisstgjøre jenter på verdier og å ta egne valg for sitt liv, ikke at deres moral skulle kontrolleres. En sa det slik: *”Hva slags kvinnesyn er det – at man ikke skal kunne ha god moral uten å måtte være sydd igjen?”* Christoffersen (2005b, s. 102) tar til orde for at det er alle menneskers likeverd, en fundamental likhet som et særegent menneskelig trekk, som gjør at det kan stilles krav om (politisk) likhet og likeverdighet. Det er denne likheten som også gjør at vi kan fordømme og ta avstand fra for eksempel kjønnslemlestelse av jenter.

Respekt for andres kultur innebærer ikke at man må akseptere og tillate alle typer kulturelle skikker (Aasen, 2008, s. 23).

5.2 Hva virker – og hvordan?

Et vesentlig trekk ved deltakernes faglige overveielser var deres refleksjoner over hvor effektive de anså de at forebyggende virkemidlene ville være. Dessuten vektla

de hvordan de opplevde brukernes reaksjoner på midlene de hadde å tilby. Målet med de kognitive sykepleiehandlingene var å finne fram til egnede forebyggende virkemidler som er effektive og trygge og til beste for både jenter og foreldre, slik Kim (2000) fremstiller sykepleiens mål og midler. Funnet støttes av den gjennomgåtte litteraturen om overveielser, der så godt som alle forfatterne framhever at dette er formålet med denne type sykepleiehandlinger (M. Banning, 2008; Faust, 2002; Funkesson, 2007; Kim, 2000).

5.2.1 Samtale - nyttig eller forgjeves?

Fordi inngrepet medfører skader og kan gi store, uheldige kort- og langsiktige konsekvenser for liv og helse, er helsepersonell i frontlinjen i den forebyggende innsatsen mot kjønnslemlestelse. Det gir spesielle faglige og etiske utfordringer. I fokusgruppesamtalen sa deltakerne at de syntes det er et krevende tema å ta opp. Foruten informasjon, undervisning og veiledning, skal konsultasjonene i skolehelsetjenesten også omfatte tilbud om underlivsundersøkelse. Det må nødvendigvis skje i samtalen med foreldre og evt. elever. Hvordan påvirker dette pålegget muligheten til å bygge tillit mellom bruker og helsepersonell?

Av tjenesteveiledere og andre styringsdokumenter (Helsedirektoratet, 2009) går det fram at dialog med tjenestemottakere i form av veiledning, informasjon og kunnskapsformidling er et av de viktigste arbeidsredskaper jordmødre og helsesøstre benytter. Funnene i studien viser at deltakerne reflekterte over både positive aspekter ved samtalen som forebyggingsverktøy og hvordan den kan gi negativ effekt og virke skadelig.

Frykt for å mistenkeliggjøre og mistro foreldre var et fremtredende tema i funnene i denne studien. På grunn av de kulturelle ulikhetene mellom samtalepartene, som beskrevet hos Warren (2006), er faren til stede for at begge parters uttalelser kan mistolkes av den andre og føre til destabilisering av samtalen og overveielsene. Skjervheim (2003) argumenterer for betydningen av å engasjere seg i den andres ”problem”, saksforholdet i samtalen. Han kaller dette en treleddet relasjon; mellom

meg, den andre og saksforholdet som vi deler gjennom å være villig til å delta i gjennom refleksjon og diskusjon. Wyller (2005) bemerker at mange ofte ikke følger med på den andres anliggende, men heller kan komme til å gjensidig mistenke hverandre for bakenforliggende motiver (han er ond, hun prøver å lure meg), eller mistro ham (han lyver nok, de vil ta fra oss barna våre). Det har oppstått det Skjervheim (2003) kaller en toleddet relasjon der en fokuserer på den andres uttalelse som et faktum, basert på hans motiver eller egenskaper, som vi prøver å gjøre noe med, f.eks "få ham til" å endre holdning. Vi engasjerer oss ikke i saken hans, som vi kunne ha delt og løst sammen med ham.

Helsepersonellet i studien hadde god innsikt i de sosiokulturelle begrunnelsene praktiserende grupper har for omskjæring. De reagerte imidlertid sterkt på framstillinger som antyder at foreldre har uhyrlige, onde og negativt kontrollerende motiver for å la sine døtre omskjære, eller kjønnslemleste. "*De gjør det jo ikke for å lemleste barnet sitt, det er jo for at hun skal bli ren og pen og at hun skal kunne gifte seg og... de gjør det jo for å gjøre sitt beste*". Svein Aage Christoffersen (2005b, s. 88) fastslår at motiver hører med til den andres "urørlighetszone", et begrep med opprinnelse hos filosofen Knut Løgstrup. Det er fruktbart å skille mellom saklige grunner til en handling og personens (antatte) underliggende motiver. Beskrivelsen av motiver har gjerne preg av personkarakteristikk som: misunnelig, ond, selvopptatt osv. Vi går som regel ikke løs på den andres motiver, det kan være ødeleggende for vedkommende.

I samtalsituasjonen mellom helsepersonell og bruker er det dessuten ødeleggende for tillitsrelasjonen, som er så avgjørende. Vi risikerer at samtalen og relasjonen bryter sammen. "*Hvis vi trækker over deres grenser, risikerer vi at de ikke kommer tilbake*" sa deltakerne i denne studien. Imidlertid hevder Christoffersen (ibid) at for å kunne yte adekvat hjelp, har helsepersonell noen ganger en profesjonelt begrunnet adgang til pasienters motiver, for eksempel i psykiatrien, et privilegium han mener bygger på tillit. I samtalen om kjønnslemlestelse vil det utvilsomt være det mest virkningsfulle å følge den allmennmoralske regelen om å ikke trenge inn i brukernes urørlighetszone

gjennom å angripe deres motiver, eller enda verre; tillegge dem motiver de ikke har. Det betyr ikke at FGM ikke skal kunne tas opp som tema eller at en som helsepersonell ikke kan gi uttrykk for at en tar avstand fra praksisen.

Nytten av forebyggende tiltak er generelt vanskelig å dokumentere, det tar som regel lang tid før et evt. resultat viser seg. Særlig kan det være stor usikkerhet med å påvise sammenheng mellom ett spesifikt virkemiddel og endring i helserelatert atferd, som for eksempel mellom samtale og praktisering av kjønnslemlestelse. Bak slike endringer ligger gjerne sammensatte sosiokulturelle forhold der forebyggende tiltak bare blir en del av en større påvirkning (Mæland, 2010; Johnsdotter i Shell-Duncan, et al., 2007).

I følge funnene i denne studien hadde helsepersonellet tro på kommunikasjon og dialog som effektivt middel til å forebygge kjønnslemlestelse. Som en av dem uttrykte: ”... jeg tror på det vi gjør, jeg – det med dialog og sånne ting”. De mente det var naturlig at helsepersonell, i kraft av sin kompetanse og posisjon, tok opp et så intimt og sensitivt kroppslig, psykisk og kulturelt samtaleemne med dem det gjelder. Som påpekt er det den profesjonelles kompetanse som gir henne tilgang til brukerens privatsfære (Christoffersen, 2005b). Selv om det ikke kan bekreftes, var det deres intuitive overveielse, basert på erfaringskunnskap som Banning (2008 a) fremstiller det, at samtale var et egnet forebyggingsverktøy. Forutsetningen var at det var oppnådd en tillitsfull relasjon til brukeren, dvs. at helsepersonell og jenter og foreldre stolte på hverandre, en posisjon personellet bevisst valgte å innta.

Til tross for at de syntes det var faglig krevende og at brukerne ikke var vant med å snakke om temaet med utenforstående, opplevde deltakerne i denne studien at de bl.a. ved å vise respekt for kulturelle verdier og koder fikk en åpen og trygg dialog med brukerne sine om kjønnslemlestelse (jfr. kulturell trygghet). De mente at dialogen med jenter i skolehelsetjenesten og gravide i svangerskapskontrollen bidrar til et godt selvbylde, god selvtillit og grunnlag for å ta bevisste og informerte valg om egen og egne døtres kropp og helse. I tråd med Kims (2000) overveielisaspekt kunnskap og kompetanse, var helsepersonellets vurdering at omskjæring finner sted på bakgrunn

av brukernes feilaktige eller mangelfulle kunnskap om kroppslige sammenhenger. Å formidle korrekt kunnskap om seksuell helse, normal anatomi og funksjon i tillegg til sammenhengen mellom kjønnslemlestelse og helseproblemene hos voksne kvinner, erfarte de hadde en preventiv virkning. At dette er en virkningsfull tilnærming, støttes i en artikkel om progresjon i arbeidet med å utrydde FGM: *"(...) they (helsepersonell) also have an obligation to educate and inform their patients—and the wider community—about their sexual and reproductive health, their natural body functions, and the harmful consequences of FGM"* (Cottingham, 2009, ss. 128-131).

Informasjon om det norske lovforbudet mot kjønnslemlestelse var etter helsepersonellens vurdering også virkningsfullt og viktig innhold i samtalen, både i svangerskapskontrollen og i helsestasjons- og skolehelsetjenesten. De mente at muligheten for straff kunne virke avskrekkende på foreldre. Det er imidlertid verdt å merke seg at undersøkelser om effekt av lovgivning konkluderer med at det alene ikke er tilstrekkelig (Ako, 2009) *(...) Many have recognized, (...), that the use of law is only one component of a multidisciplinary approach to stopping the practice of FGM"* (Cottingham, 2009). Det kan i tillegg være grunn til bekymring for at lovforbud og kriminalisering driver praksisen "under jorda" og at frykt for straff fører til at foreldrene holder evt. komplikasjoner og helseproblemer ved utført kjønnslemlestelse hemmelig og ikke sørger for at jenta får nødvendig behandling (Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit GmbH, 2009).

Staten har forpliktet seg til å *"treffe alle effektive og egnede tiltak for å avskaffe tradisjonsbunden praksis som er skadelig for barns helse"* (FNs konvensjon om barnets rettigheter, 2003 Artikkel 24, punkt 3). Ikke bare valg av samtale som forebyggingsverktøy, men også innhold og måten den gjennomføres på, er avgjørende for hvor effektiv og egnet den vil være for å forhindre en kjønnslemlestelse. Helsepersonellet i denne studien vektla at den måtte gjennomføres på en respekt full måte og at dette krever rutiner og erfaring: *"det er klart at dette med den etiske biten (...) det er måten – hvordan vi nærmer oss dem og forklarer at dette her er feil, dette er ikke riktig!"* I veiledning og undervisning mente de det var viktig å unngå ord, hjelpemidler og pedagogiske virkemidler som kunne virke

krenkende. ”Kjønnslemlestelse”, for eksempel, var et ord flere sa at de ikke benyttet i samtale med brukere, nettopp fordi det kunne signalisere at de oppfattet foreldrenes hensikt med omskjæring som ond (jfr. urørlighetssonen, motiver). Direkte illustrasjoner av kjønnsorganer og ukritisk sammensetning av grupper var eksempler på tilnærminger som kan være støtende og stigmatiserende. Her var overveielser basert på faglig skjønn, knyttet til brukernes behov og reaksjoner og helsepersonellens tidligere erfaring med og gjenkjennelse av mønstre i kliniske situasjoner (jfr. grunnlag for overveielser, f.eks. M Banning, 2008 a; Funkesson, 2007; Kim, 2000).

I det praktiske, konkrete møtet med den andre er det noe i selve møtet som forplikter oss. Den andre preges av måten vi nærmer oss på. Brukerens behov og rettigheter blir ofte ikke godt nok ivare tatt ved kun å henvise til etiske regler og prinsipper som for eksempel retten til selvbestemmelse. Hvordan vi gjør det vi gjør, inklusiv å respektere den andres rett til selvbestemmelse der det er mulig og relevant, er gjerne mer grunnleggende. Her er også den profesjonelles karaktertrekk og personlige egenskaper (også kalt dyder, som mot, troverdighet, barmhjertighet) av betydning for den etiske kvaliteten på sykepleieutøvelsen (Wyller, 2005, s. 41).

5.2.2 Underlivsundersøkelse – reell eller falsk trygghet?

Hensikten med å innføre frivillig undersøkelse av jenters genitalia er å forhindre at kjønnslemlestelse finner sted. Undersøkelsen er ment å virke avskrekkende på foreldre ut fra antakelsen om at den vil kunne avdekke straffbare forhold og dermed virke preventivt (legalstrategi). (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009, 2010; Sosial- og helsedirektoratet, 2007).

Som for samtale, foretok deltakerne i studien overveielser over hvilken virkning underlivsundersøkelse ville ha i det forebyggende arbeidet mot kjønnslemlestelse. De hadde problemer med å se hvordan en slik inspeksjon kunne forhindre et fremtidig inngrep: ”(...) hvis det er i orden, så kan jo den omskjæringa skje neste sommer! Vi er jo aldri sikker for at det ikke vil skje!” Heller ikke gjentatte rutinemessige tilbud om undersøkelser trodde de ville hindre inngrepet siden det jo er frivillig for foreldre

å ta i mot tilbudet, neste gang kan si nei takk, enten de har fått sin datter omskåret eller ikke. De hadde heller ikke særlig tro på at en erklæring om at undersøkelsen ikke avdekket kjønnslemlestelse ville være noen sikkerhetsgaranti. Det vil etter deres mening ikke gi beskyttelse, men kan tvert i mot bidra til en falsk trygghet for at inngrep ikke vil skje. Helsepersonellet vurderte metoden som uegnet til å oppfylle sin egen hensikt. ”Å finne at noe ikke er, forhindrer ikke nødvendigvis at det kan bli i etterkant”.

I følge Sosial- og helsedirektoratets (2007) utredning om klinisk observasjon av barns kjønnsorganer som virkemiddel for å forebygge kjønnslemlestelse, foreligger det ikke dokumentasjon på at underlivsundersøkelse egner seg til dette formålet. Dette samsvarer også med Denisons (2009) funn om at det mangler studier som kan gi sikre konklusjoner om effekten av forebyggende virkemidler.

Det vises i noen sammenhenger til et fransk initiativ i en fattig forstad til Paris om undersøkelse av alle barns ytre genitalia i helsestasjoner og skoler. Tiltaket karakteriseres som vellykket og frivillig. Foreldrene må møte på helsekontroll med barna for å beholde barnetrygden (Sosial- og helsedirektoratet, 2007).

I tråd med Kims (2000, s. 137) kategori ”problems and their meanings”, inkluderte deltakerne i sine overveielser betydningen de antok at tilbudet om underlivsundersøkelse ville ha for jenter og foreldre.

Selve undersøkelsen mente de kunne være nedverdiggende for jentene. Den krever gynekologisk leie, og for en jente på for eksempel 9. trinn trodde deltakerne at det ville oppleves ubehagelig: ”*hvor morsomt er det – å sette seg i en – altså, de skal jo – ja, sette seg med beina i...*”. Det er jo en veldig sårbar alder, tenker jeg”. I følge Wepa (2005, s. 25) er kulturelt utrygg sykepleiepraksis “*any action which diminish, demean or disempower the cultural identity and well-being of an individual*”.

Barnekonvensjonen (FNs konvensjon om barnets rettigheter, 2003 Artikkel 37) sikrer alle barns rett til å ikke utsettes for bl.a. nedverdiggende behandling. Dersom jenter og foreldre opplever våre virkemidler som nedverdiggende, nedlatende eller

umyndiggjørende, risikerer helsepersonell at sykepleien de yter vil bli bedømt som kulturelt utrygg.

Enten underlivsundersøkelsen er frivillig eller obligatorisk, kan vi med den komme i skade for å gjøre det Skjervheim (2003) kaller ”det instrumentelle mistaket”. Vi objektiverer brukerne og gjør noe med dem (undersøker og kontrollerer) i stedet for å ta dem alvorlig gjennom å samhandle i en intersubjektiv relasjon om saksforholdet i relasjonen; å imøtekomme forventninger om å hindre kjønnslemlestelse på en måte som tar behovet for respekt for kulturelle verdier alvorlig. Som vi har diskutert i andre sammenhenger, kan opplevelse av mangel på respekt føre til et tillits- og relasjonsbrudd. Da kan det hevdes at de forebyggende virkemidlene har en skadelig effekt. Mæland (2010, s. 85) understreker at føre-var-prinsippet må veies opp mot vurdering av om forebyggende arbeid på noen måte påfører den enkelte eller fellesskapet skade eller belastning. Hensikten helliger altså ikke midlet, sier han. En helsekontroll må fylle visse forutsetninger (ibid). Den må bl.a. kunne oppdage økt risiko eller tidlige tegn på en svært alvorlig eller hyppig tilstand, det som påvises må kunne behandles og den må fange korrekt opp både de som har og ikke har tilstanden. Det er vanskelig å se for seg hvordan disse premissene oppfylles i en undersøkelse av jenters genitalia, der formålet er å forebygge kjønnslemlestelse.

Å benytte virkemidler som ikke virker, oppleves stigmatiserende og krenkende eller benytte helsetjenesten til å avdekke kriminelle forhold, vil være et alvorlig anslag mot den tilliten helsepersonell er helt avhengig av i sitt forebyggende arbeid. Det innebærer en risiko for å støte fra seg nettopp de gruppene som det er viktigst for den forebyggende helsetjenesten å nå fram til. ”*Skulle noen grupper skremmes bort fra det forebyggende helsearbeidet, kan det ha langtreckende negative konsekvenser*” (Sosial- og helsedirektoratet, 2007, s. 8).

God vilje og gode hensikter om å beskytte barn mot lidelser og helseproblemer er utvilsomt myndighetenes motiv for å innføre underlivsundersøkelse som virkemiddel i arbeidet med å bekjempe kjønnslemlestelse og sikre jenters rettigheter. ”*Selv om hensikten er god, er det ikke sikkert det kommer så mye godt ut av det*”, sa en av

fokusgruppedeltakerne. Det er mottakeren som avgjør om det kommer noe godt ut av tjenesten hun mottar, ikke giveren og dennes gode hensikt, ifølge prinsippene i kulturelt trygg/utrygg sykepleiepraksis. Kjønnsmlestelse er uten tvil et grovt og smertefullt overgrep mot forsvarsløse barn som engasjerer befolkningen og påkaller medlidenhet og sterke reaksjoner. En av deltakerne i studien sa:

”... hvis jeg tenker at det er jo så fælt, og det er jo så ille at vi må redde den vi kan, på en måte, og vi gjør alt mulig – og den skjønner jeg – at politikere og folk som ikke har gått noe særlig inn i problematikken (...) da tenker jeg at det kommer sånne forslag som at – da tar vi inn...! Sjekk alle...! Gjør noe!

Det gode sinnelaget kan vise seg å ikke være garanti for at resultatet blir godt (Christoffersen, 2005b, s. 89; Wyller, 2005, s. 41). Wyller (2005) minner oss om hva vi kan lære av historien og viser til norske myndigheters og ”Omstreifermisjonens” praksis overfor taterbefolkningen på begynnelsen av forrige århundre. Det var stor enighet i samfunnet om at omstreiferne ikke levde et godt liv uten fast bopel. Det ble satt i gang ulike tvangstiltak som førte til at barn ble tatt fra foreldrene, kvinner ble sterilisert og kulturelle verdier og praksiser forsøkt avlært. Motivasjonen var barmhjertighet. Wyller (ibid) poengterer at den mest opplagte svakheten ved sinnelagsetikken er at den ikke har tatt høyde for brukeres reaksjoner på det gode sinnelaget eller øvrige konsekvenser av handlingene. Han peker på hvor vanskelig det kan være å oppdage et ”instrumentelt mistak”, eller ”kulturelt utrygg praksis”, når det foregår midt i ens egen samtid, kanskje midt i ens egen praksis, og særlig når det skjer som en del av den opplagte felles- eller majoritetskulturelle forståelsen i samtiden. Slik funnene i denne studien tolkes, vurderte deltakerne underlivsundersøkelse som forebyggende virkemiddel til å være et slikt instrumentelt mistak.

5.2.3 Frivillig tilbud – med ris bak speilet?

Som all annen helsetjeneste i Norge er helsestasjons- og skolehelsetjenesten basert på selvbestemmelse, frivillighet og samtykke til helsehjelp. Fra ulike hold har forslag

om å innføre obligatorisk underlivsundersøkelse som virkemiddel blitt framsatt som virkemiddel i bekjempelsen av FGM. På oppdrag fra Regjeringen har Helsedirektoratet utredet screening av barns kjønnsorganer, herunder om undersøkelsene skulle være obligatoriske. Direktoratets konklusjon var at rutinemessige underlivsundersøkelser, som her tolkes som både obligatoriske og frivillige, ikke tilrås. Obligatorisk undersøkelse setter selvbestemmelsesprinsippet til side og vil være et brudd på tidligere praksis (Sosial- og helsedirektoratet, 2007).

Bruk av ”unødig” tvang skal ikke anvendes av sykepleiere (*Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*, 2007 pkt.1.4) (YER). YER presiserer ikke nærmere hva som er unødig/nødvendig tvang. Myndigheters inngrep i privatliv, som beskyttes av bestemmelser i bl.a. Barnekonvensjonen og Den europeiske menneskerettskonvensjon (Aasen, 2008; *FNs konvensjon om barnets rettigheter*, 2003; Sosial- og helsedirektoratet, 2007), kan bare gjøres når det er i samsvar med lov og nødvendig ut fra gitte hensyn. Slike hensyn kan være beskyttelse av helse eller moral, eller andres rettigheter og frihet.

På tross av den faglige tilrådingen om å ikke innføre rutinemessige underlivsundersøkelser i de forebyggende helsetjenestene for barn, ble skolehelsetjenesten pålagt å gi tilbud om ekstra konsultasjoner med samtale og tilbud om frivillig undersøkelse av genitalia (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009).

Deltakerne i denne studien hadde registrert at brukere var svært negative til en slik kontroll, og at de følte seg truet til å takke ja av redsel for å bli meldt til barnevernet hvis de ikke møtte opp. De opplevde det som et angrep på sitt privatliv og var utrygge og engstelige for at barna skulle bli tatt fra dem. Påpekning i tidlige pressemeldinger av helsepersonells plikt til å vurdere melding til barnevernet dersom en familie ikke tok i mot tilbudet, mente deltakerne at brukerne oppfattet som et skjult tvangselement. Dette elementet er i ettertid noe nedtonet (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009, 2010). Selv om det er frivillig å benytte tilbudet om samtale og undersøkelse, vil det i prinsippet likevel kunne oppleves som en form for uformell tvang som krenker både barnets og foreldrenes privatliv dersom det er rettet

mot en bestemt gruppe som føler seg presset til å godta undersøkelsene for å fri seg fra mistanke om kjønnslemlestelse (Aasen, 2008).

Retten til privatliv må vernes for at vernet om retten til helse skal være effektivt. For jenta vil undersøkelsessituasjonen utvilsomt være et inngrep i hennes kroppslige privat- og intimsfære. Både selve undersøkelsen, og kanskje bare det å få tilbudet, kan også anses som et inngrep i foreldrenes privatliv, siden de vil kunne bli sterkt berørt av at datteren blir gjenstand for denne type undersøkelse (ibid).

Helsepersonellet i helsestasjons- og skolehelsetjenesten og svangerskapsomsorgen har ingen formelle, direkte sanksjonsmidler og deltakerne i studien mente også at tvang ikke er forenlig med forebyggende arbeid til barn. At en familie sier nei til dette tilbudet, utløser ikke i seg selv reaksjoner fra disse tjenestene. Helsepersonellet ga uttrykk for respekt for foreldrenes, evt. jentas valg, med mindre de har andre indikasjoner på at en kjønnslemlestelse er i ferd med å skje, eller de har andre bekymringer for barnet eller familien. De aksepterte foreldrenes grunner til å ikke underkaste døtrene denne kontrollen. når de sier at de har tatt avstand fra skikken og ikke vil utsette døtrene for

Overfor brukergruppen har jordmødre og helsesøstre en åpenbar maktposisjon, i det minste kan det lett oppfattes slik. Denne statusen innehar de i kraft av sin posisjon som myndighetsutøvere, sin faglige kunnskap som gir makt til ”å vite best” og i kraft av sin tilhørighet til landets majoritetskultur. Dette gir dem så en kontrollfunksjon – som de ikke ønsker å ha i møte med brukerne – men som de som myndighetspersoner likevel har. *”Vi ønsker at de skal ha tillit til oss, og ikke oppleve at vi er kontrollører - på statens vegne (...). Samtidig så er jeg det! De må vite at jeg har øynene åpne (...).”*

Figur 6 Utdrag fra fokusgruppesamtalen:

Informant 1:	Jeg tenker at det er andre måter å jobbe med det på enn... altså...
Informant 2:	Ja, noe annet enn kontroll! Vil vi være kontroll...?
	Nei, vi vil ikke være kontrollører! Så klart vi skal kontrollere når vi kan finne noe

Informant 3	som kan gjøres noe med – at noen har dårlig syn eller hørsel. Jeg synes det er helt greit, jeg. ... det er jo noe med at dette er noe helt annet – for meg er dette helt sprøtt, skjønner du – vi skal finne noe som ikke er, fordi vi skal forebygge det...?! Vi skal finne noe som ikke er og ikke skal bli...
Moderator	Du tror ikke på metoden, rett og slett?
Informant 3	Nei, jeg gjør ikke det, skjønner du, jeg tror ikke på denne metoden!

5.3 Helsepersonell i klemme

Kontekst er en av strukturene Kim (2000) har identifisert som helsepersonell foretar sine overveielser og refleksjoner innenfor. I denne studien gjorde deltakerne seg også sine tanker om rammen for sin yrkesutøvelse. For det første utøver de sin praksis i en tverrkulturell virkelighet, som er drøftet ovenfor. I tillegg er de forpliktet til å overholde pålegg fra ansvarlige myndigheter, noe som også innebærer at de har en lovfestet plikt til å yte faglig forsvarlige helsehjelp. Krysningspunktet mellom fag og politikk blir dermed også kontekst for overveielser.

5.3.1 Helsepersonell mellom fag og politikk

Som det har kommet fram tidligere i diskusjonen, var jordmødrenes og helsesøstrenes faglige overveielser av virkemidlene de var pålagt preget av en del kritiske refleksjoner som gjør at de ikke uten videre godtok dem. Dette gjelder særlig underlivsundersøkelsen. Den videre diskusjonen vil dreie seg om den.

Som vi har sett, argumenterte de både for at genitalundersøkelse ikke hadde noen forebyggende effekt og at den kan virke skadelig. De følte at de faglige argumentene mot å innføre denne type kontroll i tjenesten, slik de er lagt fram av fagdirektoratet (Sosial- og helsedirektoratet, 2007), ikke var blitt hørt. En av dem sa opprørt: *”Jeg kjenner at jeg blir så sint! Egentlig så har jeg lyst til å reservere meg og boikotte dette, for dette synes jeg ikke er faglig fundert”*. Deltakerne følte seg overkjørt av det politiske systemet og tvunget til å utføre en oppgave de ikke trodde på, og som de i

tillegg var redd for ville ødelegge brukernes tillitsrelasjon til dem. Christoffersen (2005b, s. 85) antyder at myndigheter kan gå for langt i å definere hva tjenestemottakere er best tjent med, fordi "systemet" vet best. "*Både regelverket og den profesjonelles vurdering på systemets vegne kan overstyre pasienters og klienters egne ønsker, slik at resultatet blir et overgrep*". I dette tilfellet var sykepleierne imidlertid pålagt å gjennomføre sykepleietiltak som ikke var i pakt med deres overbevisning og oppfatning av faglig forsvarlig praksis; å presentere og administrere tilbudet om frivillig klinisk underlivsundersøkelse for brukerne. Innføring av tilbudet representerte et på den måten et tvangsaspekt overfor både brukere og helsepersonell.

Kim (2000, s. 138). bemerker at mål for helsehjelp og sykepleie blir definert ut fra ulike perspektiv og referanserammer; pasientens, sykepleierens, fra pårørende og andre helsearbeidere. Ansvarlige politikere har også mål med helsetjenestene som blir tilbudt befolkningen. Målene vil i varierende grad være sammenfallende. Kim (ibid) understreker at "*How the nurse becomes cognizant of and put emphasis on different sets of goals in deliberation is one of the problematic aspects of the process of deliberation*". Det helsepersonellet ga uttrykk for, kan tolkes som at de var oppmerksom på dette aspektet. Målet om å avskaffe kjønnslemlestelse er felles for politikere og helsepersonell. Imidlertid mente helsepersonellet i denne studien at det politiske målet med å innføre et så drastisk tiltak som tilbud om underlivsundersøkelse til utvalgte grupper, var å få bukt med problemet raskt: " ... *dette her skal vi bli kvitt på et år eller to!*". Deltakerne mente det var urealistisk ut fra erkjennelsen av at skikken er et resultat av lang tradisjon og derfor ikke "gjort over natta" å utrydde. De trodde på langsiktig og systematisk jobbing. " ... *altså, det med tålmodighet – jeg har tro på at ting kan skje på lang sikt*", sa en av dem.

Det er dokumentert at vi ikke har sikker viten om omfanget av kjønnslemlestelse i Norge (Bufetat, 2010). Undersøkelser viser at det heller ikke finnes god nok kunnskap om hvilke virkemidler som er virkningsfulle når det gjelder å forhindre praktisering av skikken (Denison, 2009). Det kan være lett å gjøre seg opp meninger eller synes noe om fenomener vi har begrenset faktakunnskap om og trekke

slutninger ut fra dem. I denne saken kan det virke som det i diskusjon og beslutningsprosess er vanskelig å vinne fram med faglige synspunkt.

I lys av Warrens (2006) perspektiv kan det argumenteres for at spørsmålet om hvordan kjønnslemlestelse skal forebygges i Norge, er et sensitivt tema i forholdet mellom politikere og helsepersonell. Partene har ståsted i ulike yrkeskulturer og definerer sine mål og midler med utgangspunkt i dem. Christoffersen (2005a) viser til Harald Grimen som er åpen for at profesjonsetikken kan fungere som en motvekt til politiske føringer som legges på profesjonene. For eksempel kan det når det gjelder dialogen mellom politikk og fag, foreslås at det blir lagt vekt på å ta vare på den treleddete relasjonen (Skjervheim, 2003; Wyller, 2005), altså fokusere på hverandres saklige anliggender.

5.3.2 Prioritering

Et annet aspekt ved konteksten sykepleiere utøver sine kognitive og konkrete handlinger innenfor, er prioriteringene de foretar.

For forebyggingsformål har faktorer som alvorlighetsgrad, risiko og forekomst av en sykdom eller tilstand i befolkningen betydning for hvilke virkemidler og tiltak som skal settes i verk, dimensjonering og organisering av tjenester, kompetansebehov osv. Når det gjelder forebygging av FGM, er det av interesse å vite hvor mange jenter bosatt i Norge som er i risikogruppen, hvor de befinner seg, hvor og i hvor stort omfang disse utsettes for skadelige inngrep på genitalia, etter at de har bosatt seg i Norge.

Selv om sykepleierne som deltok i denne studien arbeidet i distrikt med relativt stor innvandrerbefolkning, mente de at andelen barn som er i målgruppen for forebygging av FGM var liten. Det er i samsvar med tall fra kartleggingsundersøkelser om

forekomst og innvandreres opprettholdelse av skikken i eksil (Lidén, et al., 2008; Johnsdotter i Shell-Duncan, et al., 2007; Tamaddon, 2006).

Å inkludere temaet i samtalene i helsestasjon for barn, representerte ikke behov for ekstra ressurser, det var allerede rutine for de fleste. Når det gjaldt de nye konsultasjonene i skolehelsetjenesten derimot (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009), var deltakerne i studien spørrende til omfanget av ressurser til dette formålet. Selv om tilbudet skulle gis til relativt få, ville det likevel være tidkrevende. Forberede, organisere foreldresamtaler, evt. bruk av tolk, organisere legetid i skolehelsetjenesten osv., i tillegg til selve konsultasjonen, mente de ville være tidkrevende. Dermed mente de at de ekstra konsultasjonene i skolehelsetjenesten ville ta ressurser fra andre viktige oppgaver og områder (Sosial- og helsedirektoratet, 2005b). For å vise dilemmaet satte de problemet på spissen: *"Mange barn har det vanskelig, er det verre å bli kjønnslemlestet enn å bli slått og utsatt for omsorgssvikt eller foreldres rusmisbruk?"*. Her så de at det ble brukt mye ressurser på en liten gruppe, delvis til tiltak de etter sine faglige vurderinger mente ikke hadde tilsiktet effekt. I et folkehelseperspektiv var dette ikke gagnlig, etter deltakernes syn. De kuttet allerede bl.a. i det anbefalte programmet til sped- og småbarn (Sosial- og helsedirektoratet, 2005b).

På bakgrunn av sin kunnskap om variasjon i praktisering av FGM innad i aktuelle land, mente de dette kunne utgjøre et utvelgelsesproblem. Opprinnelsesland er kriteriet for å være i målgruppen for tiltaket. Med de variasjonene som finnes, mente de det kunne være en risiko for å invitere dem som ikke var i faresonen, mens de kanskje ville miste noen som det kunne være god grunn til å ha en samtale med. I tillegg er det frivillig å bruke tilbudet og brukerne kan takke ja eller nei. De mente det ville være vilkårlig hvem de aksepterte avslag fra og hvem ikke. Deltakerne i studien opplevde at de på denne måten ble stående med ansvaret for de stigmatiserende oppgavene. De opplevde det litt som en gisselsituasjon.

6. Konklusjon

Hensikten med denne studien var å beskrive faglige overveielser som helsepersonell (helsesøster og jordmor) i helsestasjons- og skolehelsetjenesten foretar omkring vedtatte og foreslåtte virkemidler for å forebygge kjønnslemlestelse av jenter.

Studien har en kvalitativ tilnærming med et utforskende/beskrivende forskningsdesign. Undersøkelsen ble utført gjennom innhenting av empiriske data ved hjelp av fokusgruppesamtale med et strategisk/hensiktsmessig utvalg, bestående av 5 helsesøstre og en jordmor. Data er analysert og tolket ved hjelp av fenomenologisk- hermeneutisk tematisk strukturanalyse.

Funnene viser at de faglige overveielsene helsepersonellet i denne studien foretok omkring virkemidler for å forebygge kjønnslemlestelse delvis er knyttet til jenters og foreldres (brukeres) reaksjoner og opplevelser, delvis til forhold knyttet til sykepleierne selv og delvis til rammen (konteksten) for gjennomføringen av tiltakene. Videre indikerer funnene at helsepersonellens overveielser har som mål å identifisere aspekter ved virkemidlene som er til det beste for barn og foreldre og som imøtekommer kriteriene for kulturelt trygg sykepleieutøvelse i det forebyggende arbeidet mot kjønnslemlestelse.

- Samtalen som forebyggingsverktøy gir muligheter for kulturelt trygg sykepleie under visse forutsetninger. Etablering av gjensidig tillit er et sentralt premiss.
- Klinisk undersøkelse av genitalia vurderes som faglig problematisk. Begrunnelsene er at virkemidlet ikke imøtekommer premissene for kulturelt trygg sykepleie, kan bidra til å svekke tillitsforholdet mellom helsepersonell og bruker og det er risiko for at metoden kan gi falsk trygghet og usikre resultat. I tillegg er tvang, åpen eller skjult, ikke faglig akseptabelt i en oppsøkende, forebyggende helsetjeneste som henvender seg til hele barne- og ungdomspopulasjonen og deres familier.

Konsekvensen for helsepersonellet er at de opplever å være i en presset situasjon i og med at de er pålagt av politiske myndigheter å tilby en metode de ikke kan stå faglig inne for.

Utfordringen personell i helsestasjons- og skolehelsetjenesten lever med i sin praktiske hverdag er i krysningpunktet mellom plikten til å forebygge og avverge en krenkende, voldelig og helseskadelig kvesting av jenter og kravet om å vise respekt for de kulturelle verdiene denne praksisen representerer for den aktuelle kulturens medlemmer. Den helsefaglige utfordringen blir å forebygge at den enkelte jente skades og lemlestes, og derved bidra til å sikre den individuelle retten alle barn har til god helse. Dette skal gjøres på en måte som også respekterer de kulturelle verdiene til gruppen hun er medlem av, i tillegg til legitimering og erkjennelse av forskjeller mellom kulturer. Erkjennelse av denne utfordringen får betydning for hvilke metoder og virkemidler helsepersonell anser som forsvarlige, effektive og akseptable i det forebyggende arbeidet. Refleksjon om aktuelle virkemidler innfrir kravene i profesjonsetiske regler er et sentralt element i slik forsvarlighetsvurdering (Christoffersen, 2005c, s. 13).

Helsepersonellet som deltok i studien vektla at et gjensidig tillitsforhold mellom bruker og helsepersonell generelt er grunnleggende for en god dialog og relasjon. Etablering av en tillitsfull relasjon mellom brukere og helsepersonell er i følge denne studien en spesiell og viktig utfordring i arbeidet med å forebygge kjønnslemlestelse av jenter.

Helsepersonellet i denne studien så på inngrep på jenters genitalia som kulturelt eller religiøst uttrykk – kjønnslemlestelse - som totalt uakseptabelt og må forhindres, dog ikke med alle midler. Overveielsene som kommer til uttrykk som funn i denne studien tyder på at helsepersonellet ønsker å bruke virkemidler som gjør det mulig for dem å utøve kulturelt trygg sykepleie, selv om de ikke var seg dette bevisst. Overveielsene de oppgav at de gjorde tilsier at det ikke er likegyldig hvilke virkemidler som benyttes, heller ikke hvordan, for at helsepersonell skal akseptere dem som forsvarlige og egnet til å nå dette målet. En deltaker formulerte det slik: ”

Jeg kan skjønne den tanken at hvert barn vi kan redde så er det bra, og selvfølgelig er det det! Men det er måten å gjøre det på... metoden vi bruker... ”.

Så langt denne forskeren har oversikt over, på bakgrunn av litteratursøk, er temaet kulturelt trygg sykepleie lite belyst i norsk kontekst. En operasjonalisering og integrering av begrepet i norsk utdanning og praksis, kan være en styrke for fremtidig utvikling av tverrkulturell sykepleie og vil ha relevans i arbeidet med å forebygge FGM.

Det tverrfaglige perspektivet er ikke belyst i denne studien. Sett i lys av kulturell trygg praksis, vil det kunne være et mål å utvikle en omforent strategi for aktuelle profesjoner.

Et tema for videre forskning kan være å undersøke ulike brukergruppers syn på forebyggende virkemidler. Dette gjelder både foreldre, barn og ungdom.

*”Ingen har rett til å gjøre seg til herre over et annet menneskes liv. Verken den gode vilje eller ens egen innsikt i hva den andre er best tjent med, ikke engang størrelsen på de ulykkene vi på denne måten vil kunne unngå, gir oss rett til det”
(Christoffersen, 2005b, ss. 85-86).*

7. Kildeliste

- Aasen, H. S. (2008). *Menneskerettslige aspekter knyttet til kjønnslemlestelse og helseundersøkelser*. [Oslo]: Unipub.
- Adelman, W. P. (2004). Controversies in male adolescent health: varicocele, circumcision, and testicular self-examination. *Curr Opin Pediatr*, 16(4), 363-367.
- Ako, M. A. (2009). The limited effectiveness of legislation against female genital mutilation and the role of community beliefs in Upper East Region, Ghana. *Reprod Health Matters*, 17(34), 47-54.
- Aldeeb Abu-Sahlieh, S. A. (2001). *Male & female circumcision: among Jews, Christians and Muslims : religious, medical, social and legal debate*. Warren Center, Pa.: Shangri-La Publications.
- Bailey, R. C., Egesah O. & Rosenberg, S. (2008). Male circumcision for HIV prevention: a prospective study of complications in clinical and traditional settings in Bungoma, Kenya *Bulletin of the World Health Organization*, 86(9), 669-677.
- Banning, M. (2008). Clinical reasoning and its application to nursing: concepts and research studies. *Nurse Education in Practice*, 8(3), 177-183.
- Banning, M. (2008 a). A review of clinical decision making: models and current research. *J Clin Nurs*, 17(2), 187-195.
- Barne- og likestillingsdepartementet (2008a). *Handlingsplan mot kjønnslemlestelse: handlingsplan 2008-2011*.
- Barne- og likestillingsdepartementet (2008b). *Veileder om regelverk, roller og ansvar knyttet til kjønnslemlestelse*. fra http://www.regjeringen.no/upload/BLD/Kjonnslemlestelse/Veileder%20om%20regelverk_siste%20korr.pdf.

- Beck, S. L. (2010). Measuring the quality of care related to pain management: a multiple-method approach to instrument development. *Nursing Research*, 59(2), 85-92.
- Bjørk, I. T., & Solhaug, M. (2008). *Fagutvikling og forskning i klinisk sykepleie: en ressursbok*. Oslo: Akribe.
- Bufetat (2010). Kjønnsslemlestelse Sist besøkt 26. mars, 2010, fra <http://www.bufetat.no/kjonnslemlestelse/>
- Christoffersen, S. A. (2005a). Profesjoner og profesjonsetikk - hva er det? i S. A. Christoffersen (Red.), *Profesjonsetikk* (pp. 17 - 39). Oslo: Universitetsforlaget.
- Christoffersen, S. A. (2005b). Urørlighetssonen - grenser og overgrep. i S. A. Christoffersen (Red.), *Profesjonsetikk* (pp. 85-104). Oslo: Universitetsforlaget.
- Christoffersen, S. A. (Ed.). (2005c). *Profesjonsetikk: om etiske perspektiver i arbeidet med mennesker*. Oslo: Universitetsforl.
- Claus, I. B., & Viken, B. (2004). Sykepleie og kulturell trygghet. *Sykepleien*, 92(07), 40-43.
- Cottingham, J. (2009). Protecting girls and women from harmful practices affecting their health: Are we making progress? *Int J Gynaecol Obstet*, 106(2), 128-131.
- Darby, R., & Svoboda, J. (2008). A rose by any other name? rethinking the similarities and differences between male and female genital cutting. *Medical Anthropology Quarterly*, 21(3), 301-323.
- Davis, A. J., Fowler, M. D., & Aroskar, M. A. (2010). *Ethical dilemmas & nursing practice*. Boston: Pearson Education.
- Dekkers, W., Hoffer, C., & Wils, J. (2005). Bodily integrity and male and female circumcision. *Medicine, Health Care and Philosophy*, 8(2), 179-191.
- Denison, E. (2009). *Effectiveness of interventions designed to reduce the prevalence of female genital mutilation/cutting: effekt av intervensjoner for å redusere forekomsten av kjønnsslemlestelse*. Oslo: Kunnskapssenteret.
- Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit GmbH (2009). Female Genital Mutilation and Legislation Sist besøkt 18.mai, 2010, fra <http://www.gtz.de/de/dokumente/en-fgm-topics-legislation.pdf>

-
- Einat, T. (2010). A New Perspective for Delinquency: Culture Conflict Measured by Seriousness Perceptions. *Int J Offender Ther Comp Criminol*.
- Fangen, K., & Thun, C. (2007). *Dialog og bottom-up som tiltak mot omskjæring En evaluering av Primærmedisinsk verksteds prosjekt*.
- Faust, C. (2002). Clinical outlook. Orlando's Deliberative Nursing Process Theory: a practice application in an extended care facility. *Journal of Gerontological Nursing*, 28(7), 14-18.
- Feiring, E. (2004). Lavere HIV-risiko for omskårne menn. *Tidsskr Nor Lægeforen*, 124, 1069.
- . *FNs konvensjon om barnets rettigheter* (2003).
- Funkesson, K. H. (2007). Nurses' reasoning process during care planning taking pressure ulcer prevention as an example. A think-aloud study. *International Journal of Nursing Studies*, 44(7), 1109-1119.
- Grünfeld, B., & Svendsen, K.-O. B. (2010). Omskjæring (SML - artikkel) *Store norske leksikon*.
- Halkier, B. (2002). *Fokusgrupper*. Frederiksberg: Samfundslitteratur & Roskilde Universitetsforlag.
- Halkier, B. (2008). *Fokusgrupper*. Frederiksberg: Samfundslitteratur.
- Lov om forbud mot kjønnslemlestelse, LOV 1995-12-15 nr 74 (1995).
- Lov om pasientrettigheter LOV-1999-07-02-63 (1999).
- Forskrift om kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten, 2003-04-03 nr 450 (2003).
- Helse- og omsorgsdepartementet (2009). *Rundskriv I-5/2009 - Forebygging av kjønnslemlestelse - tilbud om samtale og frivillige underlivsundersøkelser til jenter/kvinner med innvandringsbakgrunn*
- Helse- og omsorgsdepartementet (2010). *Rundskriv I-2/2010 - Forebygging av kjønnslemlestelse - tilbud på landsbasis om samtale og frivillig underlivsundersøkelse til jenter/kvinner med bakgrunn fra land hvor kjønnslemlestelse praktiseres*.
- Helsedirektoratet (2009). *Forebygging av kjønnslemlestelse:*

Tilbud om samtale og frivillig underlivsundersøkelse Veileder for helsestasjons- og skolehelsetjenesten. fra

http://www.helsedirektoratet.no/vp/multimedia/archive/00206/Forebygging_a_v_kj_n_206289a.pdf.

Henriksen, J.-O., & Vetlesen, A. J. (2003). *Nærhet og distanse Grunnlag, verdier og etiske teorier i arbeid med mennesker* (2. utg.): Gyldendal Norsk forlag AS.

Hupcey, J. E. (2001). An exploration and advancement of the concept of trust. *J Adv Nurs*, 36(2), 282-293.

Johansen, R. E. B. (2005). *Fra kunnskap til handling: håndbok om kvinnelig omskjæring for helse- og sosialarbeidere, pedagoger og ansatte i mottak*. [Oslo]: OK-prosjektet.

Karoliussen, M., & Smebye, K. L. (1981). *Sykepleie: fag og prosess*. Oslo: Universitetsforl.

Kim, H. S. (2000). *The nature of theoretical thinking in nursing*. New York: Springer.

Kirkevold, M. (1998). *Sykepleieteorier: analyse og evaluering*. Oslo: Ad notam Gyldendal.

Kopelman, L. M. (2005). The Incompatibility of the United Nations Goals and Conventionalist Ethical Relativism. *Developing World Bioethics ISSN 1471-8731 (print); 1471-8847 (online), Volume 5(Nr.3)*.

Krueger, R. A., & Casey, M. A. (2009). *Focus groups: a practical guide for applied research*. Los Angeles: Sage.

Kvale, S. (1997). *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Ad notam Gyldendal.

Leininger, M. (1995). *Transcultural nursing: concepts, theories, research & practices*. N.Y.: McGraw-Hill.

Leininger, M. M., & McFarland, M. R. (2006). *Culture care diversity and universality: a worldwide nursing theory*. Sudbury, Mass.: Jones and Bartlett.

Lidén, H., & Bentzen, T. (2008). *Kjønnslemlestelse i Norge*. Oslo: Institutt for samfunnsforskning.

-
- Lindseth, A., & Norberg, A. (2004). A phenomenological hermeneutical method for researching lived experience. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 18(2), 145-153.
- Mladonova, A. (2007). *The World Health Organization work and experiences in combating female genital mutilation in Addis Ababa, Ethiopia*. University of Tromsø, Tromsø.
- Mæland, J. G. (2010). *Forebyggende helsearbeid: folkehelsearbeid i teori og praksis*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Nord, R. (1998). Ulike typer design. i May Solveig Fagermoen et al (Red.), *Fra kunst til kolikk*.
- Olsen, H. (2003). Veje til kvalitativ kvalitet? *Nordisk pedagogik*, 23, 1-20.
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2004). *Nursing research: principles and methods*. Philadelphia, Pa.: Lippincott Williams & Wilkins.
- Politidirektoratet (2010). Personlig meddelelse 27. april (Domfellelser ed.).
- Reuter, K. W., Førde, R., & Solbakk, J. H. (2007). *Medisinsk og helsefaglig etikk* (2. utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Sala, R., & Duilio, M. (2001). Nurses and Requests for Female Genital Mutilation: Cultural rights versus human rights. *Nursing Ethics*, 8(3), 247 - 258.
- Schmid, G. P., & Dick, B. (2008). Adolescent boys: who cares? *Bulletin of the World Health organisation*, 86(9).
- Shell-Duncan, B., & Herlund, Y. (2007). *Transcultural bodies: female genital cutting in global context*. New Brunswick, N.J.: Rutgers University Press.
- Skjervheim, H. (2003). Deltakar og tilskodar: (1957) *Religionsdialog: nyere norsk kirkehistorie* (pp. S. 205-216).
- Sosial- og helsedirektoratet (2005a). *Retningslinjer for svangerskapsomsorgen IS-1179*.
- Sosial- og helsedirektoratet (2005b). *Veileder til forskrift om kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten IS-1154*

- Sosial- og helsedirektoratet (2007). *Utredning om klinisk observasjon av barns kjønnsorganer for å forebygge kjønnslemlestelse.*
- Statistisk sentralbyrå (2009). Aktivitet i helsestasjons- og skolehelsetenesta. 2002-2008 Sist besøkt 23 april, 2010, fra <http://www.ssb.no/helsetjko/tab-2010-07-08-08.html>
- Statistisk sentralbyrå (2009a). Medlemmer i trus- og livssynssamfunn utanfor Den norske kyrkja
Sist besøkt 23.mars, 2010, fra <http://www.ssb.no/trosamf/tab-2009-12-09-01.html>
- Storhaug, H. (2007). *Men størst av alt er friheten: om innvandringens konsekvenser.* Oslo: Kagge.
- Sæverås, E. F. (2004). *Female Genital Mutilation. Understanding The Issues:* Norwegian Church Aid.
- Talle, A. (2003). *Om kvinneleg omskjering: debatt og erfaring.* Oslo: Samlaget.
- Talle, A. (2008). *Kvinnelig omskjering: holdninger og praksis blant somaliske kvinner i Norge og blant omskjærere i Somaliland.* fra http://www.helsedirektoratet.no/seksuell_helse/kj_nnslemlestelse/rapport_kvinnelig_omskjering_holdninger_og_praksis_blant_somaliske_kvinner_i_norge_og_blant_omskj_rere_i_somaliland_116404.
- Tamaddon, L. (2006). Swedish health care providers' experience and knowledge of female genital cutting. *Health Care Women Int*, 27(8), 709-722.
- The United Nations High Commissioner for Human Rights (2010). The core international human rights instruments and their monitoring bodies Sist besøkt 30.mai 2010, fra <http://www2.ohchr.org/english/law/index.htm>
- Thompson, V. L. (2003). The development of trust in parents of hospitalized children. *Journal for Specialists in Pediatric Nursing*, 8(4), 137-147.
- Utenriksdepartementet (2003). *Plan for regjeringens internasjonale arbeid mot kjønnslemlestelse av jenter.* fra http://www.regjeringen.no/nb/dep/ud/dok/rapporter_planer/planer/2003/plan-for-regjeringens-internasjonale-arb.html?id=448599.
- Vaage, S. (2002). Rituell omskjæring i Norge. *Tidsskrift for den Norske Lægeforening*, 122(1), 85-87.

-
- Warren (2006). What should and should not be said: Deliberating Sensitive Issues. *What should and should not be said: Deliberating Sensitive Issues*, 37(220101111=2006), 163.
- Weiss, H. A. (2007). Male circumcision as a preventive measure against HIV and other sexually transmitted diseases. *Current Opinion in Infectious Diseases*, 20(1), 66-72.
- Weiss, H. A. (2010). Complications of circumcision in male neonates, infants and children: a systematic review. *BMC Urol*, 10, 2.
- Wepa, D. (2005). *Cultural safety in Aotearoa New Zealand*. Auckland: Pearson Education.
- WHO (2010a). Female Genital Mutilation Sist besøkt 8. mai, 2010, fra http://www.who.int/topics/female_genital_mutilation/en/
- WHO (2010b). Female genital mutilation Sist besøkt 11.april, 2010, fra <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs241/en/>
- Wyller, T. (2005). Dydsetikk, medborgerskap og sosial praksis. i S. A. Christoffersen (Red.), *Profesjonsetikk. Om etiske perspektiver i arbeidet med mennesker*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere* (2007). (Vol. 2010): Norsk Sykepleierforbund.

Vedlegg

Vedlegg 1: Meldeskjema til NSD

Vedlegg 2: Tilbakemelding fra NSD

Vedlegg 3: Søknad om tilgang til forskningsfeltet

Vedlegg 4: Forespørsel, informasjon og samtykkeskjema til fokusgruppedeltakere

Vedlegg 5: Samtaleguide 1

Vedlegg 6: Samtaleguide 2

Figurliste

- Figur 1: Side 39: Overveielsesdimensjonen i sykepleie
- Figur 2: Side 40: Overveielseskategorier, aspekter ved pasient og sykepleier
- Figur 3: Side 41: Overveielseskategorier: aspekter ved sykepleiemål og sykepleiemidler
- Figur 4: Side 54: Eksempel på strukturell tematisk tekstreduksjon
- Figur 5: Side 73: Trinnene i prosessen mot kulturell trygg sykepleiepraksis
- Figur 6: Side 90: Utdrag fra fokusgruppesamtalen

Meldeskjema

for forsknings- og studentprosjekt som medfører meldeplikt eller konsesjonsplikt
(jf. personopplysningsloven og helseregisterloven med forskrifter)

Kopi av innsendt meldeskjema

Prosjektnummer: 20481

1. PROSJEKTTITTEL			
Metoder i forebygging av omskjæring/kjønnslemlestelse av jenter i Norge: Helsepersonells etiske overveielser knyttet til mulige/foreslåtte handlingsalternativ			
2. BEHANDLINGSANSVARLIG INSTITUSJON			
Institusjon: Universitetet i Oslo			
Avdeling/fakultet: Det medisinske fakultet		Institutt: Institutt for sykepleievitenskap og helsefag	
3. DAGLIG ANSVARLIG			
Navn(fornavn og etternavn): Randi Nord			
Arbeidssted(avdeling/seksjon/institutt): Institutt for sykepleievitenskap og helsefag Universitetet i Oslo		Akademisk grad: Høyere grad	Stilling: Amanuensis
Adresse – arbeidssted: Postboks 1153 Blindern		Postnummer: 0318	Poststed: OSLO
Telefon: 22850574	Mobil:	Telefaks: 22850570	E-post: randi.nord@medisin.uio.no
4. VED STUDENTPROSJEKT (studiested må alltid være samme som arbeidssted til daglig ansvarlig)			
Navn(fornavn og etternavn) på student: Signe Myklebust		Akademisk grad: Høyere grad	
Adresse – privat: Gamleveien 214		Postnummer: 2624	Poststed: LILLEHAMMER
Telefon: 61250285	Mobil: 90912528	Telefaks:	E-post: signe.myklebust@enebo.no

5. FORMÅL MED PROSJEKTET		
Problemstillinger, forskningsspørsmål, eller lignende.	Formålet med prosjektet er å undersøke hvilke etiske overveielser helsepersonell i helsestasjons- og skolehelsetjenesten foretar i sin vurdering av ulike forebyggingsmetoder som er foreslått og diskutert i det offentlige rom (faglige og politiske myndigheter, media, berørte miljø). Belyse med etisk teori hva som ligger til grunn for ulike overveielser og refleksjoner. Helsepersonell har en lovpålagt plikt til å avverge kjønnslemlestelse av jenter. Foreløpig problemstilling: Hvilke etiske overveielser foretar helsepersonell i sin vurdering av metoder for å forebygge kjønnslemlestelse?	
6. PROSJEKTOMFANG		
<input checked="" type="checkbox"/> Enkelt institusjon <input type="checkbox"/> Nasjonal multisenterstudie <input type="checkbox"/> Internasjonal multisenterstudie		
Angi øvrige institusjoner som skal delta:		
7. UTVALGSBESKRIVELSE		
<u>Beskrivelse av utvalget.</u> Gi en kort beskrivelse av hvilke personer eller grupper av personer som inngår i prosjektet (f.eks. skolebarn, pasienter, soldater).	Helsepersonell ansatt i helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Fortrinnsvis tverrfaglig sammensatt utvalg med helsesøstre og jordmødre.	
<u>Rekruttering og trekking.</u> Oppgi hvordan utvalget rekrutteres og hvem som foretar rekrutteringen/trekkingen.	Det rekrutteres et hensiktsmessig utvalg av helsepersonell fra helsestasjons- og skolehelsetjenester i geografiske områder med høy innvandring av befolkningsgrupper som kommer fra områder der det er vanlig at kjønnslemlestelse praktiseres. Utvalget rekrutteres av studenten.	
<u>Førstegangskontakt.</u> Oppgi hvem som oppretter førstegangskontakt med utvalget.	Studenten oppretter førstegangskontakt.	
<u>Oppgi alder på utvalget</u>	<input type="checkbox"/> Barn (0-15 år)	<input type="checkbox"/> Ungdom (16-17år)
		<input checked="" type="checkbox"/> Voksne (over 18 år)
<u>Antall personer som inngår i utvalget.</u>	Maksimum 10 - 12 personer.	
<u>Dersom det inkluderes personer med redusert eller manglende samtykkekompetanse, beskriv denne del av utvalget nærmere.</u>		
8. INFORMASJON OG SAMTYKKE		

<p>Oppgi hvordan informasjon til respondenten gis.</p>	<p><input checked="" type="checkbox"/> Det gis skriftlig informasjon. <input checked="" type="checkbox"/> Det gis muntlig informasjon.</p> <p>Redegjør for hvilken informasjon som gis Informasjon til tjenesteleder som i informasjonsskrivene i forkant av skriftlig henvendelse for å skaffe tilgang til feltet.</p>
	<p><input type="checkbox"/> Det gis ikke informasjon. Forklar hvorfor det ikke gis informasjon.</p>
<p><u>Samtykke</u> Innhentes samtykke fra den registrerte?NB. Se veiledning for krav til samtykke.</p>	<p><input checked="" type="checkbox"/> Ja Oppgi hvordan samtykke innhentes. Samtykke innhentes skriftlig via informasjons- og samtykkeskriv ved rekruttering.</p>
	<p><input type="checkbox"/> Nei Gi en redegjørelse for hvorfor det anses nødvendig å gjennomføre prosjektet uten samtykke fra respondenten.</p>

9. METODE FOR INNSAMLING AV PERSONOPPLYSNINGER

<p>Kryss av for hvilke datainnsamlingsmetoder og datakilder som skal benyttes</p>	<p><input type="checkbox"/> Spørreskjema <input type="checkbox"/> Personlig intervju <input type="checkbox"/> Observasjon <input checked="" type="checkbox"/> Gruppeintervju <input type="checkbox"/> Psykologiske/pedagogiske tester <input type="checkbox"/> Medisinske undersøkelser/tester <input type="checkbox"/> Journaldata <input type="checkbox"/> Registerdata <input type="checkbox"/> Biologisk materiale <input type="checkbox"/> Utpøving av legemidler <input type="checkbox"/> Annen innsamlingsmetode, oppgi hvilken:</p>
	<p>Kommentar til metode for innsamling av personopplysninger: Personopplysninger utover navn, yrke og evt. arbeidssted vil ikke bli innhentet eller registrert da det ikke er av betydning for studien. Innhentes i forbindelse med informasjon og innhenting av samtykke til å delta i undersøkelsen.</p>

10. DATAMATERIALETS INNHOLD

<i>Gjør kort rede for hvilke opplysninger som skal samles inn. Legg ved spørreskjema, intervjuguide, registreringsskjema e. a., som foreligger ferdig utarbeidet eller som utkast.</i>	Utvalgets refleksjoner og overveielser i tilknytning til metoder for forebygging av kjønnslemlestelse. Kvalitative data. Begrensete personopplysninger - se under kommentar til pkt.9.	
<i>Registreres det direkte personidentifiserende opplysninger?</i>	<input type="checkbox"/> Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nei	Hvis ja, oppgi hvilke: <input type="checkbox"/> Navn, adresse, fødselsdato <input type="checkbox"/> 11-sifret fødselsnummer
<i>Registreres det indirekte identifiserende personopplysninger</i>	<input checked="" type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	Hvis ja, oppgi hvilke: Yrke, type institusjon (ikke konkret institusjon).
<i>Behandles det sensitive personopplysninger?</i>	<input type="checkbox"/> Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nei	Hvis ja, oppgi hvilke: <input type="checkbox"/> Rasemessig eller etnisk bakgrunn, eller politisk, filosofisk eller religiøs oppfatning. <input type="checkbox"/> At en person har vært mistenkt, siktet, tiltalt eller dømt for en straffbar handling. <input type="checkbox"/> Helseforhold. <input type="checkbox"/> Seksuelle forhold. <input type="checkbox"/> Medlemskap i fagforeninger.
<i>Behandles det opplysninger om tredjeperson?</i>	<input type="checkbox"/> Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nei	Hvis ja, hvordan blir tredjeperson informert om behandlingen? <input type="checkbox"/> Får skriftlig informasjon. <input type="checkbox"/> Får muntlig informasjon. <input type="checkbox"/> Blir ikke informert.

11. INFORMASJONSSIKKERHET

<i>Redegjør for hvordan datamaterialet registreres og oppbevares.</i>	<input type="checkbox"/> Direkte personidentifiserende opplysninger (spesifiser hvilke på punkt 10) erstattes med et referansenummer som viser til en manuell/elektronisk navneliste som oppbevares atskilt fra det øvrige datamaterialet. Oppgi hvordan koblingsnøkkelen lagres og hvem som har tilgang til denne.	
	<input type="checkbox"/> Direkte personopplysninger lagres sammen med det øvrige materialet. Oppgi hvorfor det er nødvendig med oppbevaring av direkte identifikasjonsopplysninger sammen med det øvrige datamaterialet:	
	<input checked="" type="checkbox"/> Annet Spesifiser: Liste over navn og kontaktopplysninger som f.eks. telefonnr. oppbevares adskilt fra det øvrige datamaterialet	
<i>Hvordan skal datamaterialet registreres og oppbevares? Sett flere kryss dersom opplysninger registreres flere steder.</i>	<input type="checkbox"/> Fysisk isolert pc tilhørende virksomheten <input type="checkbox"/> Pc i nettverkssystem tilhørende virksomheten <input type="checkbox"/> Pc i nettverkssystem tilknyttet Internett tilhørende virksomheten <input type="checkbox"/> Isolert privat pc <input type="checkbox"/> Privat pc tilknyttet Internett <input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> Lydopptak <input checked="" type="checkbox"/> Manuelt/papir <input type="checkbox"/> Annet: Hvis annen lagring, beskriv nærmere:

	<input type="checkbox"/> Videoopptak/fotografi Behandles lyd/videoopptak på pc? <input type="checkbox"/> Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nei
<i>Sikring av konfidensialitet.</i>	Beskriv hvordan datamaterialet er beskyttet mot at uvedkommende får innsyn i opplysningene? Lydbåndopptak og notater oppbevares nedlåst og utilgjengelig for uvedkommende.
<i>Vil prosjektet ha prosjektmedarbeidere som skal ha tilgang til datamaterialet på lik linje med daglig ansvarlig/ student?</i>	<input type="checkbox"/> Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nei Oppgi hvilke:
<i>Innhentes eller overføres personopplysninger ved hjelp av e-post/internett/eksternt datanett?</i>	<input checked="" type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei Hvis ja, beskriv hvilke opplysninger og hvilken form de har. Navn,
<i>Vil personopplysninger bli utlevert til andre enn prosjektgruppen?</i>	<input type="checkbox"/> Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nei Hvis ja, til hvem:
<i>Skal opplysninger samles inn/bearbeides ved hjelp av databehandler?</i>	<input type="checkbox"/> Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nei Hvis ja, redegjør for hvem som skal samle inn data og hvilke data dette gjelder:
<i>Hvis multisenterstudie:</i>	Redegjør for hvordan samarbeidet mellom institusjonene foregår. Hvem har tilgang til materialet og hvordan reguleres tilgangen:
12. VURDERING/GODKJENNING AV ANDRE INSTANSER	
Er prosjektet fremleggelses-pliktig for Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK)?	<input type="checkbox"/> Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nei Hvis ja, legg ved eller ettersend kopi av tilråding/tillatelse.
Dersom det anvendes biologisk materiale, er det søkt REK om opprettelse av forskningsbiobank?	<input type="checkbox"/> Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nei Hvis ja, legg ved eller ettersend kopi av tilråding/tillatelse.
Er det nødvendig å søke om dispensasjon fra taushetsplikt for å få tilgang til data?	<input type="checkbox"/> Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nei Hvis ja, legg ved eller ettersend kopi av tilråding/tillatelse.
Er det nødvendig med melding til Statens legemiddelverk?	<input type="checkbox"/> Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nei Hvis ja, legg ved eller ettersend kopi av tilråding/tillatelse.
Andre	Angi hvem. <input type="checkbox"/> Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nei
13. PROSJEKTPERIODE	
<i>Oppgi tidspunkt for når datainnsamlingen starter – <u>prosjektstart</u> samt tidspunkt når <u>behandlingen av personopplysninger opphører</u> – <u>prosjektslutt</u>.</i>	Prosjektstart (ddmmåååå): 12.08.2008 Prosjektslutt (ddmmåååå): 01.12.2009

<p>Gjør rede for hva som skal skje med datamaterialet ved prosjektslutt.</p>	<p><input checked="" type="checkbox"/> Datamaterialet skal anonymiseres. Gi en redegjørelse for hvordan datamaterialet anonymiseres. Det vil ikke fremkomme personidentifiserbare opplysninger i det transkriberte materialet, unntatt muligens yrke. Datamaterialet vil være anonymisert gjennom hele prosessen.</p> <p><input type="checkbox"/> Datamaterialet skal oppbevares med personidentifikasjon Hvor skal datamaterialet oppbevares?</p> <p>Gi en redegjørelse for hvorfor datamaterialet skal oppbevares med personidentifikasjon:</p>
<p>14. FINANSIERING</p>	
<p>15. TILLEGGSOPPLYSNINGER</p>	
<p>16. ANTALL VEDLEGG</p>	
<p>Oppgi hvor mange vedlegg som legges ved meldeskjemaet.</p>	<p>3</p>

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS

NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES



Harald Hårfagres gate 29
N-5007 Bergen
Norway
Tel: +47-55 58 21 17
Fax: +47-55 58 96 50
nsd@nsd.uib.no
www.nsd.uib.no
Org.nr. 985 321 884

Randi Nord
Institutt for sykepleievitenskap og helsefag
Universitetet i Oslo
Postboks 1153 Blindern
0318 OSLO

Vår dato: 07.01.2009

Vår ref:20481 / 2 / AH

Deres dato:

Deres ref:

TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 16.11.2008. Meldingen gjelder prosjektet:

20481	<i>Metoder i forebygging av omskjæring/ kjønnslemlestelse av jenter i Norge: Helsepersonells etiske overveielser knyttet til mulige/ foreslåtte handlingsalternativ</i>
Behandlingsansvarlig	Universitetet i Oslo, ved institusjonens øverste leder
Daglig ansvarlig	Randi Nord
Student	Signe Myklebust

Etter gjennomgang av opplysninger gitt i meldeskjemaet og øvrig dokumentasjon, finner vi at prosjektet ikke medfører meldeplikt eller konsesjonsplikt etter personopplysningslovens §§ 31 og 33.

Dersom prosjektopplegget endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for vår vurdering, skal prosjektet meldes på nytt. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, http://www.nsd.uib.no/personvern/forsk_stud/skjema.html.

Vedlagt følger vår begrunnelse for hvorfor prosjektet ikke er meldepliktig. Prosjektet kan settes i gang.

Vennlig hilsen

Bjørn Henrichsen

Åsne Halskau

Kontaktperson: Åsne Halskau tlf: 55 58 89 26

✓ Vedlegg: Prosjektvurdering

✓ Kopi: Signe Myklebust, Gamleveien 214, 2624 LILLEHAMMER

Avdelingskontorer / District Offices:

OSLO: NSD, Universitetet i Oslo, Postboks 1055 Blindern, 0316 Oslo. Tel: +47-22 85 52 11. nsd@uio.no

TRONDHEIM: NSD, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 7491 Trondheim. Tel: +47-73 59 19 07. kyrr.svarva@svt.ntnu.no

TROMSØ: NSD, SVF, Universitetet i Tromsø, 9037 Tromsø. Tel: +47-77 64 43 36. nsdmaa@sv.uit.no



Ombudet kan ikke se at det i prosjektet behandles personopplysninger med elektroniske hjelpemidler, eller at det opprettes manuelt personregister som inneholder sensitive personopplysninger. Prosjektet vil dermed ikke omfattes av meldeplikten eller personopplysningsloven.

Det taes høyde for at det kan framkomme indirekte personidentifiserende opplysninger i forbindelse med gruppeintervju, men all den tid lydopptakene ikke lagres eller overføres til PC, vil denne behandlingen ikke være omfattet av meldeplikten. Lydopptakene oppbevares nedlåst og slettes etter transkripsjonen, senest ved prosjektslutt. Liste med navn og kontaktopplysninger til respondenter oppbevares atskilt fra det øvrige datamaterialet.

Ombudet legger til grunn at det ikke brukes noen koblingsnøkkel i prosjektet slik at det ikke er mulig å spore opplysninger tilbake til enkeltpersoner. Videre legges det til grunn at man ved transkripsjoner av intervjuer ikke registrerer opplysninger som gjør det mulig å identifisere enkeltpersoner, verken direkte eller indirekte. Det oppgis at prosjektet ikke vil behandle datamaterialet elektronisk. Ombudet gjør for ordens skyld oppmerksom på at dersom datamaterialet blir behandlet elektronisk må alle opplysninger være anonyme. Med anonyme opplysninger forstås opplysninger som ikke på noe vis kan identifisere enkeltpersoner i et datamateriale, verken direkte gjennom navn eller personnummer, indirekte gjennom bakgrunnsvariabler eller gjennom navneliste/koblingsnøkkel eller krypteringsformel og kode.

Ombudet gjør til slutt oppmerksom på at det er anledning til å lagre det transkriberte datamaterialet etter at studien er avsluttet forutsatt at materialet er anonymisert.



UNIVERSITETET I OSLO

DET MEDISINSKE FAKULTET

Dato: 10.11.2008

Masteroppgave. Tema: Helsepersonells tanker og refleksjoner omkring metoder for forebygging av kvinnelig kjønnslemlestelse.

Behandlingsansvarlig. Universitetet i Oslo, det medisinske fakultet. Institutt for sykepleievitenskap og helsefag, seksjon for sykepleievitenskap. Postboks 1153 Blindern 0318 Oslo

Databehandler. Signe Myklebust, student. Gamlevn. 214 2624 Lillehammer

Til leder av helsestasjons- og skolehelsetjenesten

Forespørsel om tilgang til respondenter i forbindelse med gjennomføring av masteroppgave i sykepleievitenskap.

Takk for hyggelig telefonsamtale vedrørende forespørsel om respondenter til en undersøkelse i forbindelse med mitt masteroppgavearbeid ved Institutt for sykepleievitenskap og helsefag ved Universitetet i Oslo. Hensikten med undersøkelsen er å undersøke og beskrive hvilke refleksjoner og overveielser helsepersonell legger til grunn for sitt syn på ulike metoder for å forebygge kvinnelig kjønnslemlestelse.

For å skaffe datamateriale til undersøkelsen trenger jeg jordmødre og helsesøstre som er ansatt i kommunenes helsestasjons- og skolehelsetjeneste som respondenter. Datasamlingen vil foregå ved hjelp av samtale i fokusgruppe.

Med forbehold om at studien tilrådes av Personombudet for forskning, håper jeg å kunne gjennomføre datasamlingen så raskt som mulig, helst inne utgangen av 2008. Det vises for øvrig til vedlagte informasjonsskriv til personell i helsestasjons- og skolehelsetjenesten, med forespørsel om å delta i studien.

Det vil ikke bli stilt spørsmål som angår arbeidssted eller brukere. Jeg forventer ikke at fokusgruppesamtalen skal gjennomføres i arbeidstiden, men det er selvsagt ikke noe i veien for det, hvis det er rom for det og vi finner sted og



UNIVERSITETET I OSLO

DET MEDISINSKE FAKULTET

tidspunkt som passer for alle. Det dreier seg om én til to samlinger, som jeg regner med vil vare i ca. 1 ½ time hver.

Jeg håper å rekruttere respondenter til fokusgruppen fra din bydel/kommune og at du stiller deg positivt til at personell fra ditt tjenestested deltar i studien. Jeg vil sette stor pris på om du vil være vennlig å formidle vedlagte informasjonsskriv til helsesøstre og jordmødre ansatt hos deg. Hvis du har spørsmål, treffes jeg på telefon 909 12 528, eller e-post signe.myklebust@enebo.no

Min veileder kan også kontaktes: Amanuensis Randi Nord, Universitetet i Oslo, Det medisinske fakultet, Institutt for sykepleievitenskap og helsefag, treffes på telefon 22 85 05 74, eller e-post: randi.nord@medisin.uio.no

Studien er meldt til Personvernombudet for forskning ved Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste NSD, og det tas forbehold om tilråding derfra for gjennomføring av studien.

Med vennlig hilsen

Signe Myklebust
Helsesøster/mastergradstudent

Vedlegg: Informasjonsskriv til mulige respondenter



Institutt for sykepleievitenskap og helsefag

Seksjon for sykepleievitenskap

Postboks 1153 Blindern

N-0318 OSLO

Besøksadresse: Nedre Ullevål 9

Dato: 10.11.08

Telefon: +47 22 85 05 60

Telefaks: +47 22 85 05 70

www.med.uio.no/ish

Masteroppgave. Tema: Helsepersonells tanker og refleksjoner omkring metoder for forebygging av kvinnelig kjønnslemlestelse.

Behandlingsansvarlig. Universitetet i Oslo, det medisinske fakultet. Institutt for sykepleievitenskap og helsefag, seksjon for sykepleievitenskap. Postboks 1153 Blindern 0318 Oslo

Databehandler. Signe Myklebust, student. Gamlevn. 214 2624 Lillehammer

Til jordmødre og helsesøstre i helsestasjons- og skolehelsetjenesten.

Forespørsel om deltakelse i fokusgruppe og informasjon om studien.

Jeg er mastergradsstudent ved Institutt for sykepleievitenskap og helsefag ved Universitetet i Oslo. I forbindelse med den avsluttende masteroppgaven ønsker jeg å gjennomføre en studie der tema er helsepersonells refleksjoner og overveielser i forbindelse med metoder for forebygging av kvinnelig kjønnslemlestelse.

Bakgrunn for studien er at omskjæring av jenter defineres som kjønnslemlestelse og er straffbart i Norge. I tillegg har helsepersonell en lovfestet plikt til å avverge slik lemlestelse. Fra ulikt hold foreligger det forslag til forskjellige metoder og virkemidler for å forebygge at jenter i Norge utsettes for denne praksisen, både innenlands og i utlandet. Hensikten med denne undersøkelsen er å undersøke og beskrive hvilke etiske refleksjoner helsepersonell legger til grunn for sitt syn på ulike metoder for å forebygge (avverge) omskjæring av jenter/kvinnelig kjønnslemlestelse.

For å skaffe datamateriale til undersøkelsen trenger jeg helsesøstre og jordmødre som er ansatt i kommunenes helsestasjons- og skolehelsetjeneste. Personellet bør ha erfaring med problemstillingen over tid og et bevisst blikk på sine holdninger og verdier på området.



Innhenting av data vil foregå ved hjelp av diskusjon/samtaler i fokusgruppe. I en slik diskusjon/samtale er hensikten å dra fordel av dynamikken i gruppen slik at deltakerne utfyller og supplerer hverandre og at det dermed kan komme fram mer fyldige data enn om de ble intervjuet én og én. Det forventes ikke ekspertkompetanse på kvinnelig omskjæring og kjønnslemlestelse, men at deltakerne har engasjement og bevissthet omkring forebyggingsmetoder i egen praksis.

Ved hjelp av fokusgruppesamtale ønsker jeg bl.a. å få belyst hva helsepersonell vurderer som etisk forsvarlig/akseptabelt som avvergesmetode(r) i helsestasjons- og skolehelsetjenesten og hvilke overveielser som ligger bak standpunktene. Momenter i samtalen kan være hvordan helsepersonell bedømmer bruken av begreper som "obligatorisk" og "frivillig" i sammenheng med helseundersøkelse/helsehjelp, hvilke refleksjoner helsepersonell gjør seg om problemstillingen "barnets beste og foreldres rettigheter (som pårørende)" og "våre" rettigheter til å påvirke og intervensere i andre folks kultur og holdninger. Videre kan det være aktuelt å berøre det faktum at konsekvensen av fagutøvelse kan bli straff - for foreldre, evt. for deg som helsepersonell, samt spørsmålet om hvilken betydning bruk av virkemidler kan ha for brukerens tillitsforhold til deg som fagperson og hjelper.

Det vil bli brukt båndopptaker mens vi snakker sammen, og jeg vil ha med en medhjelper som tar notater underveis og ellers supplerer i samtalen der det er aktuelt. Samtalen vil ta inntil to timer, og vi blir sammen enige om når og hvor vi skal møtes. Av hensyn til studiens framdrift ville det være fint om fokusgruppesamtalene kunne gjennomføres innen utgangen av 2008.

Mitt spørsmål er altså om du kan tenke deg å være med i en slik fokusgruppe. Jeg håper å få nok interesserte til å sette sammen en fokusgruppe på 5-7 personer (jordmødre og helsesøstre). Det kan bli aktuelt å samle gruppen to ganger, og hver samling vil vare ca. 1 ½ time. Det er selvsagt helt frivillig å delta og du kan trekke deg når som helst, uten å måtte begrunne hvorfor. Data vil bli behandlet konfidensielt, ingen enkeltpersoner vil kunne gjenkjennes i det ferdige produktet. Personopplysninger som alder, bosted, arbeidssted etc. vil ikke bli registrert, da dette ikke er relevante opplysninger for studiens problemstilling og hensikt. Hvilke yrkesgrupper som deltar og om det kommer fram gruppetilknyttede forskjeller i synspunkt og overveielser vil bli omtalt og evt. drøftet i den endelige rapporten.

Studien er meldt til Personvernombudet for forskning, Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste (NSD). Det tas forbehold om tilråding fra Personvernombudet for gjennomføring av studien.



Båndopptakene og det transkriberte datamaterialet slettes når studien er fullført.

Dersom du kan tenke deg å delta i fokusgruppen, er jeg takknemlig for om du skriver under på samtykkeerklæringen nedenfor og returnerer den til meg i vedlagte frankerte konvolutt. Jeg tar kontakt med deg når jeg har mottatt svar på henvendelsene jeg sender ut og har bestemt sammensetningen av gruppen. Dersom du har spørsmål angående studien, kan du ringe meg på tlf. 909 12 528, eller sende en e-post til signe.myklebust@enebo.no. Du kan også kontakte min veileder, amanuensis Randi Nord på tlf. 22 85 05 74 eller e-post randi.nord@medisin.uio.no

Med vennlig hilsen

Signe Myklebust
Helsesøster/mastergradstudent

.....

Samtykkeerklæring:

Jeg har mottatt skriftlig informasjon om studien av helsepersonells refleksjoner og overveielser omkring forebyggingsmetoder som er aktuelle for å avverge kvinnelig kjønnslemlestelse, og jeg er villig til å delta i én til to fokusgruppesamtaler.

Det passer best å gjennomføre samtalen *(oppgi ukedag(er) og klokkeslett som passer best for deg):*

Signatur:.....

Telefonnummer:.....

E-postadresse:

Jeg har gitt skriftlig informasjon om studien

Signe Myklebust



Samtaleguide 1

Masteroppgave. Tema: Helsepersonells tanker og refleksjoner omkring metoder for forebygging av kvinnelig kjønnslemlestelse.

Behandlingsansvarlig. Universitetet i Oslo, det medisinske fakultet. Institutt for sykepleievitenskap og helsefag, seksjon for sykepleievitenskap. Postboks 1153 Blindern 0318 Oslo

Databehandler. Signe Myklebust, student. Gamlevn. 214 2624 Lillehammer

Dagens aktuelle tilnæringsmetoder for forbygging av kjønnslemlestelse

Starte fokusgruppesamtalen med å avklare hvilke virkemidler som er i bruk eller er foreslått som metoder i helsestasjons- og skolehelsetjenesten for å forhindre kjønnslemlestelse.

Respondentene kan evt. tilføye/presisere.

- Obligatorisk underlivsundersøkelse
 - Totalscreening (masseundersøkelse av alle jenter i barne- og ungdomsbefolkningen).
 - Selektiv screening (jenter fra utvalgte (folke)grupper).
- Tilbud om frivillig underlivsundersøkelse.
- Informasjon og veiledning. Holdnings-, tradisjons- og atferdsendrende tiltak.
- Strakstiltak i forbindelse med risikotidspunkt, f.eks. feriereiser til hjemland.
- Brukerdrevne tiltak.
- Annet?

Samtaleguide/spørsmål som ønskes belyst:

- 1) Hva vurderer dere som forsvarlig/akseptabelt som metode(r) i helsestasjons- og skolehelsetjenesten for å avverge kjønnslemlestelse av jenter?
- 2) Hvilke overveielser og refleksjoner ligger bak deres synspunkt/standpunkt
- 3) Hvordan bedømmer dere bruken av begreper som "obligatorisk" og "frivillig" i denne sammenheng? (I sammenheng med helseundersøkelse/helsehjelp).
- 4) Hvilke refleksjoner gjør du deg om barnets beste og foreldres (som pårørende) rettigheter i avvergelsesproblematikken? Innvirkning på forholdet mellom barn og foreldre?
- 5) Hva med "våre" rettigheter til å påvirke/intervenere i andre folks kultur og holdninger? Respekt for andre kulturers tradisjon og rituelle handlinger som uttrykk for omsorg og beskyttelse av sine barn?
- 6) Hvilke fordeler og ulemper ser dere ved metodene som velges (pålegges)?
- 7) Hva tenker dere om at konsekvensen av fagutøvelse kan bli straff - for foreldre, for deg?



- 8) Hvordan kan din bruk av virkemidler ha betydning for brukerens tillitsforhold til deg som fagperson og hjelper?

Evt. andre momenter som kommer fram før datasalingen finner sted, eller under fokusgruppesamtalen(e) vil også kunne være aktuelt å analysere.



Samtaleguide 2

Masteroppgave. Tema: Helsepersonells tanker og refleksjoner omkring metoder for forebygging av kvinnelig kjønnslemlestelse.

Behandlingsansvarlig. Universitetet i Oslo, det medisinske fakultet. Institutt for sykepleievitenskap og helsefag, seksjon for sykepleievitenskap. Postboks 1153 Blindern 0318 Oslo

Databehandler. Signe Myklebust, student. Gamlevn. 214 2624 Lillehammer

Starte fokusgruppesamtalen med å avklare hvilke virkemidler som er i bruk eller er foreslått som metoder i helsestasjons- og skolehelsetjenesten for å forhindre kjønnslemlestelse. Respondentene kan evt. tilføye/presisere.

Dagens aktuelle virkemidler til forbygging av kjønnslemlestelse

- Obligatorisk underlivsundersøkelse (ikke aktuell, men noen jobber fortsatt intenst for å innføre dette)
 - Totalscreening (masseundersøkelse av alle jenter i barne- og ungdomsbefolkningen).
 - Selektiv screening (jenter fra utvalgte (folke)grupper).
- Tilbud om samtale og frivillig underlivsundersøkelse (av selekterte grupper. Selektiv screening)
- Informasjon og veiledning.
- Holdnings-, tradisjons- og atferdsendrende tiltak.

Samtaleguide/spørsmål/tema som ønskes belyst i forhold til de enkelte virkemidler:

Generelt startspørsmål:

- 1) Hvilke tanker/refleksjoner og overveielser har dere når det gjelder de enkelte metodene/virkemidlene i punktene ovenfor?
- 2) Hva tenker dere om bruken av begreper som -"obligatorisk"? (Er det overtenkt hvilke midler som må tas i bruk overfor de som ikke møter opp? "Obligatorisk" (tvang) må bety at man skal, enten man vil eller ikke?)

- og "frivillig"? (I sammenheng med helseundersøkelse/helsehjelp).
- 3) Hvilke refleksjoner gjør du deg om barnets beste og foreldres rettigheter i avvergesproblematikken? Konflikt mellom jentas individuelle rettigheter (til å ikke bli kjønnslemlestet) og foreldrenes rettighet til å utøve sine kulturelle tradisjoner
- 4) Hva med "våre" rettigheter til å påvirke/intervenere i andre folks kultur og holdninger?
- 5) Hva tenker dere om at konsekvensen av fagutøvelse kan bli straff - for foreldre, for deg?
- 6) Hvordan kan din bruk av virkemidler ha betydning for brukerens tillitsforhold til deg som fagperson og hjelper?
- 7) Ethiske sider ved prioritering av ressurser?