



Inger-Lise Lien

Tiltak mot kjønnslemlestelse

Evaluering av OK-prosjektet – det nasjonale
prosjektet for iverksetting av tiltak i
handlingsplanen mot kjønnslemlestelse

Tiltak mot kjønnslemlestelse

Andre publikasjoner fra NIBR:

NIBR-rapport 2005:3

Vold i parforhold

- ulike perspektiver

Resultater fra den første landsdekkende undersøkelsen i Norge

240 sider. Kr 250,-

NIBR-rapport 2004:14

Ugripelig ung

Kriminalitetsforebygging og gjengbekjempelse i innvandringsmiljøene

161 sider. Kr 250,-

NIBRs Pluss-serie 4-2001

Generalisert hat

-poliarisert fellesskap

Om konflikter mellom ungdomsmiljøer i en norsk by

240 sider. Kr 300,-

Rapportene kan bestilles fra

NIBR:

Postboks 44, Blindern,

0313 Oslo

Tlf. 22 95 88 00

Faks 22 60 77 74

E-post til

berit.willumsen@nibr.no

Porto kommer i tillegg til de oppgitte prisene

Inger-Lise Lien

Tiltak mot kjønnslemlestelse

Evaluering av OK-prosjektet
– det nasjonale prosjektet for iverksetting av
tiltak i handlingsplanen mot kjønnslemlestelse

NIBR-rapport 2005:8

Tittel: **Tiltak mot kjønnslemlestelse**
Evaluering av OK-prosjektet
- det nasjonale prosjektet for iverksetting av tiltak i
handlingsplanen mot kjønnslemlestelse

Forfatter: Inger-Lise Lien

NIBR-rapport: 2005:8

ISSN: 1502-9794
ISBN: 82-7071-552-2

Prosjektnummer: O-2284
Prosjektnavn: Evaluering av OK-prosjektet
Oppdragsgiver: Barne- og familiedepartementet

Prosjektleder: Inger-Lise Lien

Referat: Evalueringen vurderer om tiltakene i OK-prosjektet
har bidratt til måloppnåelse, effekter og
konsekvenser, om brukerperspektiver er kommet
fram, og om prosjektet har nådd sine målgrupper.

Sammendrag: Norsk og engelsk

Dato: Mai 2005

Antall sider: 147

Pris: Kr 250.-

Utgiver: Norsk institutt for by- og regionforskning
Gaustadalléen 21, Postboks 44 Blindern
0313 OSLO
Telefon: 22 95 88 00
Telefaks: 22 22 37 02
E-post: nibr@nibr.no
<http://www.nibr.no>

Vår hjemmeside: <http://www.nibr.no>

Trykk: Nordberg A.S.
Org. nr. NO 970205284 MVA
© NIBR 2005

Forord

Denne rapporten er utarbeidet for Barne- og familiedepartementet (BFD). Rapporten presenterer viktige resultater og erfaringer fra evalueringen av OK-prosjektet – det nasjonale prosjektet for gjennomføring av handlingsplan mot kjønnslemlestelse.

Evalueringen har funnet sted fra januar 2005 til mai 2005. Inger-Lise Lien har vært prosjektleder og har skrevet hoveddelen av rapporten.

NIBR vil rette en spesiell takk til Guri Mette Vestby som har deltatt i datainnsamlingen, gjort flere intervjuer og skrevet deler av kapittel 7. Hun har også vært en særdeles god samtalepartner, og kritiker.

NIBR vil også rette takk til Shirdon Mohammed Abidkarim fra Somalisk Ressurs og Rehabiliteringssenter som har gjort det mulig å samle inn data fra 46 somaliere ved å arrangere et stort gruppeseminar i Oslo om omskjæring.

Takk til alle jordmødre, helsesøstre av norsk og somalisk bakgrunn som har diskutert OK-prosjektet med oss. Takk til alle våre informanter i kommunene, til medarbeiderne i prosjektet og til de som stilte opp på seminaret og fylte ut spørreskjema.

NIBR vil også takke Toril Løfwander, leder av Rosenhof Voksenopplæringscenter's filial Lakkegata, som har hjulpet til med å arrangere to fokus gruppeintervjuer.

NIBR vil også takke Lise Grette og Sissel Bye Ytteborg i Barne- og familiedepartementet, og Bjørg Berge Skåra i Sosial- og helsedirektoratet som har lest utkast og kommet med gode kommentarer. En takk må også rettes til R. Elise B. Johansen, leder av OK-prosjektet, som også har kommet med nyttige kommentarer.

Oslo, mai 2005
Sidsel Sverdrup

Forskningsjef

Innhold

Forord	1
Tabelloversikt	4
Figuroversikt.....	5
Sammendrag	6
Summary.....	11
Prolog.....	16
1 Evaluering, design og metode.....	17
1.1 Presentasjon av OK-prosjektet.....	17
1.2 Presentasjon av evalueringen	18
1.3 Målgrupper og metoder.....	19
1.4 Evalueringsrapporten	22
2 Omskjæringens mening og tradisjon.....	24
2.1 Omskjæring i Afrika	24
2.2 Former for omskjæring	26
2.3 Ikke alltid bare <i>ett</i> inngrep, men en serie av operasjoner.....	28
2.4 Ideologisk og religiøs begrunnelse.....	31
2.5 Arbeid mot omskjæring i Afrika	32
3 En kort historie om omskjæring i Norge.....	33
3.1 Hvor stort er omfanget?	33
3.2 Kort historikk	35
3.2.1 Helsevesenet.....	35
3.2.2 KIM.....	36
3.2.3 Loven	37
3.3 Media	38
3.3.1 ”Rikets tilstand”	40
3.4 Handlingsplanens bestilling	41
3.5 OK-prosjektets organisering	42
4 Valg av strategier	44
4.1 OK-prosjektets begrepsvalg: omskjæring eller kjønnslemlestelse?.....	44
4.2 OK-prosjektets programteori	49
4.3 Striden om strategiene.....	51

4.4	Barrierer ved de ulike strategiene	55
4.5	Konklusjon: Forsterkningseffekter ved strategiene.....	57
5	OK-prosjektets kunnskapsproduksjon	58
5.1	Hva en ønsket å gjøre	58
5.2	Hvordan det ble jobbet.....	62
5.3	Produkter og konsepter	63
5.3.1	Muntlige og visuelle virkemidler	63
5.3.2	Spredning av filmene	69
5.3.3	Foredrag	69
5.3.4	Nettside	70
5.3.5	Informatørkurs og samtalegrupper	71
5.3.6	Skriftlig materiale	74
5.3.7	Spredning av det skriftelige materialet.....	76
5.3.8	Andre brede tiltak.....	77
5.4	Konklusjon	79
6	Målgruppens tilfredshet og motstand.....	82
6.1	Motstand mot omskjæring i miljøene	83
6.2	Gruppeintervjuene ved Lakkegatafilialen	84
6.3	Presentasjon av data fra spørreskjema-undersøkelsen ..	85
6.3.1	Respekten for kvinner som ikke er omskåret	86
6.4	Brukergruppens tilfredshet med OK-prosjektet	89
6.5	Presentasjon av data fra gruppeseminalet	91
6.5.1	Miljøets vurdering av problemets omfang	92
6.5.2	Miljøets vurderinger av medias rolle	94
6.6	Konklusjon	97
7	Resultater av OK-prosjektets arbeid mot det offentlige apparat	99
7.1	Erfaringer fra noen byer	100
7.2	Forutsetninger for at temaet kommer på dagsorden.....	107
7.3	Prosedyrer og strukturer for å beholde temaet på dagsordenen	109
7.4	Barrierer og motstand mot å sette omskjæring på dagsorden	111
7.5	Spredning av informasjon til målgruppen.....	113
7.6	Behandlingsarbeid versus avvergelsesarbeid	117
8	Konklusjon og veien videre	121
8.1	Har regjeringen valgt en riktig strategi?.....	121
8.2	Har OK-prosjektet hatt en riktig strategi.....	125
8.3	Behov for kunnskap	128
8.4	Punktvisse resultater fra evalueringen	129
	Litteratur	134
	Vedlegg 1 Spørreskjema.....	137

Tabelloversikt

Tabell 1.1	Byer og bydeler representert i undersøkelsen:	21
Tabell 2.1	Oversikt over land, typer og omfang.....	28
Tabell 3.1	Oversikt over antall kvinner i Norge fra berørte land i Afrika, fra tidspunktet 1980 – 2004. Regnet ut fra Tabell 05183 i SSB's Statistikkbanken: Innvandringsbefolkningen etter kjønn og landbakgrunn.....	34
Tabell 4.1	Bruk av ordet 'kjønnslemlestelse' og 'omskjæring'.....	45
Tabell 4.2	Innholdet i strategiene	54
Tabell 5.1	Oversikt over handlingsplanens bestilling og OK-prosjektets gjennomføring.....	59
Tabell 5.2	Bruk av OK-prosjektets nettside	70
Tabell 6.1	Utsagn fra informanter	84
Tabell 6.2	Antall personer som har hørt om OK, og sett brosjyrer fra hvor	86
Tabell 6.3	Svar på serie av spørsmål fra spørreundersøkelsen.....	87
Tabell 6.4	Svar i prosent på påstander om OK-prosjektet.....	90
Tabell 6.5	Svar i prosent på påstander om hva en bør gjøre videre i OK-prosjektet.....	90

Figuroversikt

Figur 2.1	Kart over Afrika	25
Figur 2.2	Illustrasjon over type 2- omskjæring.....	27
Figur 2.3	Illustrasjon over infibulasjon.....	27
Figur 3.1	Oversikt over bruk av begrepene 'omskjæring' og 'lemlestelse' i avisene i perioden 1985 – 2004.	40
Figur 3.2	Oversikt over starten på prosjektet.....	42
Figur 4.1	Illustrasjon av kjerne og pnumbria for begrepene 'omskjæring' og 'kjønnslemlestelse'.....	47
Figur 4.2	OK-prosjektets programteori	50
Figur 4.3	Illustrasjon over strategi A:	52
Figur 4.4	Illustrasjon over strategi B:	52
Figur 4.5	Oversikt over strategier som setter OK prosjektet under krysspress.	53
Figur 5.1	Oversikt over aktiviteter de respektive år	63
Figur 5.2	Modell for informatørkurs og spredning av informasjon	71
Figur 5.3	Illustrasjon over faser i prosjektet	79
Figur 6.1	Karakter fra 1 til 10.	89
Figur 6.2	Informantenes ulike statuser	92

Sammendrag

Inger-Lise Lien

Tiltak mot kjønnslemlestelse

Evaluering av OK-prosjektet -
det nasjonale prosjektet for iverksetting av tiltak i handlingsplanen
mot kjønnslemlestelse.

NIBR-rapport 2005:8

Rapporten evaluerer det treårige nasjonale prosjektet for gjennomføring av tiltak i handlingsplanen mot kjønnslemlestelse. Målet med evalueringen har vært å vurdere om tiltakene i OK-prosjektet har bidratt til måloppnåelse, effekter og konsekvenser, om brukerperspektivet er kommet frem, og om prosjektet har nådd sine målgrupper.

Evalueringen er gjennomført, fra januar 2005 til mai 2005, på basis av flere metodiske virkemidler: fokus gruppeintervjuer, spørreskjemaundersøkelse, gruppeseminar, individuelle intervjuer i utvalgte kommuner og bydeler, intervjuer av medarbeidere i OK-prosjekter og gruppeledere i samtalegrupper. Det er også gjort en studie av skriftlig materiale.

Resultatene fra disse viser at OK-prosjektet gjennom sin kunnskapsproduksjon og spredning av denne har bidratt til å gjøre det offentlige bedre i stand til å sette temaet omskjæring på dagsorden, heve kunnskapsnivået og utvikle prosedyrer og samarbeidsrelasjoner for å arbeide med denne problematikken. De har nådd sine målgrupper ved bruk av ulike virkemidler. Samtalegrupper, informatørkurs, eventyr, film og teaterforestillinger har vært brukt i forhold til de berørte gruppene som i hovedsak uttrykker stor tilfredshet med prosjektet. I forhold til det offentlige apparat er det produsert og distribuert brosjyrer, hefter, håndbøker og det har vært holdt uttallige foredrag rundt i hele landet.

NIBR-rapport 2005:8

Prosjektet har legitimitet og støtte i målgruppene, som også har kommet med forslag til forbedringer og kursendringer i prosjektet, bl.a. om å spille mer på lag med menigheter og organisasjoner, trekke menn mer med i arbeidet, og å rette fokus i større grad på barn og ungdom.

Motstand/vegring

I evalueringen har vi lagt vekt på å beskrive motstandsforhold, dvs. barrierer som gjør arbeidet med forebygging og avverging vanskelig, både i forhold til den berørte innvandringsmålgruppen, men også i forhold til det offentlige apparatet. Vi viser at omskjæring av kvinner er en tradisjon som har en så dyp mening at det kan gi stor sorg for den enkelte kvinne å gi slipp på de kulturelle begrunnelsessystemer og belønningssystemer som opprettholder tradisjonen. Motstandsforhold gjør at arbeidet med holdningsendringer kan ta lang tid i de berørte gruppene.

Vi viser også at det tidligere har vært en vegring hos helsepersonell mot å ta tak i problematikken, men at denne motstanden er bygget ned og at helsepersonell nå har et stort engasjement for saken. Barnevernet har likeledes vegret seg for å gå inn i problematikken bl.a. fordi de ikke får bekymringsmeldinger, men også fordi dette temaet konkurrerer med svært mange andre oppgaver. Barnevernets vegring er ennå ikke bygget helt ned, og de er kommet langt kortere enn helsepersonell i arbeidet med å bygge rutiner og prosedyrer.

I de kommuner hvor en har greid å skape overordnede strukturer og knutepunkter, hvor det er en stor relevant innvandrerbefolkning, hvor det finnes lokale pådrivere i innvandringsmiljøene og i apparatet, har det vært en betydelig kompetanseheving, og større motivasjon til å skape prosedyrer. Slike strukturelle føringer har bygget ned vegringsmekanismene og gjort det mulig for OK-prosjektet å gi sin bistand med foredrag, samtalegrupper og rådgivning. Samarbeidet mellom OK-prosjektet, kommuner og bydeler med motiverte pådrivere, har virket meget positivt og har ledet til at det produserte materialet kunne brukes hensiktsmessig i forhold til målgruppene.

Omskjæring i kontekst, og striden om strategiene

Ettersom omskjæring har vært et forholdsvis ukjent problemkompleks som er kommet til Norge via migranter og flyktninger, har vi sett det som hensiktsmessig å sette evalueringen i en kontekst, ved å presentere selve problemkomplekset i et innledningskapittel som kortfattet beskriver fenomenet medisinsk, geografisk og kulturelt. Vi har også forsøkt å sette OK-prosjektet inn i den debattkontekst som

eksisterte i Norge da prosjektet ble opprettet. Vi skiller mellom en A- og en B- strategi, hvor den ene er en kunnskaps- og omsorgs- strategi, og den andre handler i større grad om tydeliggjøring av normativ posisjon, grensesetting og avskrekking. Vi diskuterer barrierer og synergi-effekter av de ulike strategivalg, og viser hvordan de har forstyrret og forsterket hverandre. Vi viser hvordan disse strategiene også har vært komplementære og gitt positive synergieffekter over tid. De har sammen skiftet debattklimaet slik at målgruppene i dag kan diskutere omskjæring med en mye større grad av trygghet.

Kapittel 5 er en innholdsanalyse av det kunnskapsmaterialet som ble produsert i OK-prosjektet. Ettersom hovedaktiviteten har vært formidlings- og informasjonsvirksomhet, har det vært viktig å rette et spesielt søkelys mot innholdet i informasjonen (substansanalyse) og intensjonen (budskapsleddet), mot organiseringen av informasjonen og mot mottakelsen av den. Samtidig har en måttet ta utgangspunkt i de prosesser som informasjonsutsendelsen produserte og se hva som skjedde i mottakerleddet.

Kapittel 6 er orientert mot de somaliske innvandrerne som målgruppe. Her beskriver vi resultater fra spørreskjema, seminar og gruppeintervjuer og individuelle intervjuer. Har materialet nådd frem til dem? Hva er deres holdninger til OK- prosjektet? Hvordan forholder de seg til omskjæring generelt; til kvinner som er omskåret og til de som ikke er det? Har OK prosjektets metoder virket og hvordan?

I kapittel 7 har vi forsøkt å følge det produserte materialet inn i noen etater innefor det offentlige apparat – til helsevesen og barnevern i de ulike byer. Vi har analysert mottagerforhold, barrierer, spredning og effekter, og vurdert i hvilken grad kunnskap og omsorg som strategi er nyttige når det gjelder å avverge kjønnslemlestelse.

I kapittel 8 foretar vi en overordnet diskusjon om målsetninger og effekter, og kommer med anbefalinger i forhold til en fremtidig innsats.

Resultater av evalueringen

Evalueringen viser at OK-prosjektets strategi med bruk av kunnskap og omsorg som metodiske virkemidler har vært meget nødvendig, men samtidig utilstrekkelig, fordi strategien er tidkrevende og prosjektet har bare hatt tre år til rådighet. Mens en venter på at holdningsendringer skal skje, trengs det kompensierende tiltak, en strategi B. Innholdet i denne må utvikles, slik at en kan operere med flere strategier som kan brukes parallelt.

Innvandermålgruppen

OK-prosjektet har oppnådd å få stor legitimitet i målgruppen, spesielt blant de berørte kvinnene. OK-prosjektet har vært dyktige til å nå disse gjennom samtalegrupper, foredrag og informatørkurs, og har greid å motivere dem til innsats slik at flere av dem nå utgjør pionerene i arbeidet mot kjønnslemlestelse. Dette nettverk av kvinner utgjør en ressurs for det videre arbeidet mot kjønnslemlestelse.

Informatørkursene og samtalegruppene sammen med foredragsvirksomheten har vært meget gode metoder for å nå inn i innvandringsmiljøene og apparatet. Den positive virkningen skyldes at metodene har bygget broer mellom apparatet og pådriverne fra innvandringsmiljøene. Tiltakene har ført til at miljøene kan diskutere omskjæring med mye større trygghet enn tidligere. Alle informantene uttaler at de er imot omskjæring, men vi vet lite om hvordan holdningene slår ut i praksis. Det er brukt store ressurser på produksjon av materiale; skriftlig og muntlig, og en er kommet i gang med spredningen. Her gjenstår et videre arbeide med ytterligere distribusjon, ettersom målgruppen selv i liten grad synes å ha lest brosjyrer og hefter. Fremover blir det viktig å følge opp både filmer, eventyr og skuespill. De berørte miljøene ønsker en større deltagelse av organisasjoner og menigheter. De etterlyser også en involvering av menn, og at barn og ungdom trekkes mer inn i det fremtidige arbeidet, og at religionen brukes aktivt for å forebygge omskjæring. Dette kan tyde på at brukerperspektivet kan utvikles videre.

Det offentlig apparatet som målgruppe

Prosjektet rettet seg inn mot helsepersonell, barnevern og skole. Vi har gjennom evalueringen sett at OK-prosjektet har vært mer vellykket når det gjelder å nå helsepersonell enn barnevern. Helsepersonell uttrykker en stor tilfredshet angående den kunnskap og bistand de har fått. De bruker brosjyrer, filmer og hefter på en interaktiv måte, og har utviklet prosedyrer, normer og strukturer for å ta opp problemstillingen på svangerskapskontroller og helsekontroller av barn og ungdom. De har over tid utviklet kompetanse og en trygghet for hvordan de skal ta opp problemstillingen med de berørte kvinnene. Personfaktoren er viktig, og i de kommuner hvor det finnes pådrivere og personlig engasjement, er arbeidet med å utvikle prosedyrer kommet lengre enn der det mangler slik engasjement. Prosjektet har vært med på å utvikle pådrivere, men kan ha valgt å gå mest inn i det felt hvor motstanden var minst og engasjementet størst (helsesektoren), slik at det fremdeles er en utfordring å få temaet prioritert i flere relevante kommuner, og i barnevernet.

Forslag til en videre innsats

Vi vet egentlig ikke hvor mange som har omskrået døtrene sine, født og oppvokst i Norge. Vi vet heller ikke konkret hvor langt OK-prosjektet har nådd i sin ideelle målsetning om å forhindre at jenter blir omskrået. Det har skjedd flere gjenåpninger på sykehusene, og det berettes om tilfeller hvor kvinner har forhindret andre kvinner i å omskjære sine døtre. Men vi vet lite om sammenhengen mellom prosjektet og disse hendelsene. Derfor blir det også til at OK-prosjektet har måttet 'skyte i mørket'. Vi trenger faktabaserte kunnskaper, og må utvikle etiske og forsvarlige metoder for å få tilstrekkelig kunnskap. I det siste kapittel har vi en hel rekke forslag som kan benyttes til å styrke et videre arbeide med tematikken. Forslagene går til departementene og til en eventuell fortsettelse av OK-prosjektet, og inneholder bl.a. følgende råd: a) utnytte 'de kvinnelige pionerene' aktivt i en videre innsats; b) bruke religionen forebyggende; c) skape allianser til menigheter og innvandrers-organisasjoner i arbeidet mot omskjæring; d) forankre samtalegruppene mer formelt, og benytte mer av de metoder en har gode erfaringer med, slike som foredrag, samtalegrupper inn i miljøene; e) utvikle de muntlige metodene ytterligere ved å bruke rollespill i motstandstrening; f) anvende prosess-seminarmetodikk inn i relevante organisasjoner fra ulike land og gi dem større eierskap til problemet; g) søke å utvikle avvergelsesprosedyrer og avskrekkingsmetodikk basert på virkemidler knyttet rundt helse, lov og straff; h) i tillegg til somatisk behandling bør en kunne tilby psykologisk hjelp til kvinner som har problemer på grunn av omskjæring.

En utvidet liste over konsekvenser av OK-prosjektets arbeide, og oversikter over forslag til flere tiltak, finnes i rapportens kapittel 8.

Summary

Inger-Lise Lien

Taking action to prevent female genital mutilation

An evaluation study of the OK Project –
a national programme for the implementation of the Action Plan on
Female Genital Mutilation
NIBR Report 2005:8

This report concerns an evaluation study of the national programme put in place to facilitate implementation of the Action Plan on Female Genital Mutilation. We were mandated to assess the degree to which the objectives were achieved by the OK Project, to identify its effects and consequences, to establish whether the opinions of the target groups were taken into account, and whether the project achieved satisfactory contact the intended target groups.

The January – May 2005 evaluation study used several methodological techniques: focus-group interviews; questionnaire surveys; group seminars; interviews with individuals in selected municipalities; interviews with OK Project workers and conversation-group leaders. A study of written material was also conducted.

The general picture to emerge from these divers approaches shows that the information designed and disseminated by the OK Project made it easier for the authorities to address the issue, to spread information and design procedures and partnerships to achieve progress. Using a variety of techniques, the Project established contact with the intended target groups. Conversation groups, information courses, story-telling, films and plays brought the message home to the groups in question, who in turn express a strong sense of satisfaction with the project. Leaflets, brochures and handbooks were designed and disseminated to the various government authorities, and countless lectures given up and down the country.

The Project enjoys widespread legitimacy among the target groups. There are, however, several things these groups would like to see done to improve Project implementation, such as bringing local religious communities and organisations on board, involving the male population to a greater degree, and focusing more on children and adolescents.

Opposition/resistance

We highlight a description in the report of the opposition or resistance to prevention and avoidance measures, both in relation to the minority ethnic target group and the various authorities. Female circumcision is such a deeply entrenched and potent tradition, it is generally only with considerable effort and anxiety people manage to throw off its cultural rationality and reward system. In this light, then, changing attitudes among the groups in question is bound to be a long-term project.

Health workers used to be loathe to broach the subject. We note, however, that such resistance is now overcome. Health workers engage widely and with commitment with the issue. Similarly, the child welfare authorities have resisted the issue not only because they seldom register concerns, but because it is only one of a large number of pressing duties. Child welfare workers are not completely free of their resistance, and much less progress has been made in the area of intervention design than in the health sector.

In some municipalities with large ethnic minorities where circumcision is practised, an overall management and liaison structure has been put in place, along with facilitators in the minority population and the authorities. This is where we find the greatest achievements in competence-building and action design. These management initiatives have successfully overcome resistance mechanisms, allowing the OK Project to organise lectures, conversation groups and counselling. Collaboration between the OK Project, municipalities, city district authorities and committed facilitators has been extremely beneficial, making it possible to use the produced material effectively in relation to the target groups.

Contextualising circumcision, and the dispute over strategies

Because female circumcision was relatively unknown in Norway before coming to the country with immigrants and refugees, we thought it might help to put the evaluation study in a wider context. The report's opening chapter therefore reviews briefly the medical, geographical and cultural dimensions of the matter. We also describe the debates in Norway at the time of the OK Project's establishment.

We distinguish between strategy A and strategy B: Strategy A refers to steps taken to promote information and care; Strategy B concerns efforts to highlight normative stance, limit-setting and resistance. We discuss how choice of strategy affects barriers and synergies, and how they mutually distort and/or reinforce one another. We show how strategies act in a complementary fashion, producing over the longer term positive synergies. They have collectively succeeded in changing prevailing sentiment, allowing for a fruitful and far less intimidating discussion on female circumcision.

Chapter 5 performs a substance analysis of the information designed and disseminated by the OK Project. It followed that since one of the main objectives of the programme was the production and dissemination of information, it would require the particular attention of the evaluation study. We have therefore subjected the information to a substance analysis, explored what it was intended to convey (the message element), how it was encoded (organised) and how it was decoded (received). It is equally important to take into account processes generated by the dissemination of information, and what happened at the decoding end.

Chapter 6 looks at the Somali community as the target population. We describe here the findings emerging from the questionnaire study, the seminar and interviews by group and individual. Did the material get to the people it was intended for? How did they feel about the OK Project? How do they feel about circumcision in general, and about circumcised and uncircumcised women? Did the OK Project's techniques work, and if so, by what means?

In *Chapter 7* we try to follow the information on its journey among the different government agencies – the health and child welfare services – in different towns. We analyse reception conditions, barriers, dissemination and impact, and the degree to which information and care as strategies succeed in preventing female genital mutilation.

We discuss in *Chapter 8* the general objectives and results, and set out recommendations for future efforts in this area.

The findings of the evaluation study

The study found that the OK Project's information and care strategies in methodological terms were entirely necessary, but at the same time insufficient: in relation to the Project's three-year lifetime, they are too time-consuming. While one waits for attitudes to change, compensatory mechanisms, a B strategy, should be enacted, the

substance of which remains to be devised, to enable several parallel strategies to run at the same time.

Immigrant target group

In the eyes of the target group, the OK Project achieved significant legitimacy, especially among the women in question. The OK Project workers were good at establishing contact with these women by means of the conversation groups, lectures and training of information workers. They succeeded in galvanising the women to such an extent that several are now pioneers in local efforts to prevent genital mutilation. This network of women also represents a resource for future interventions.

Information worker training, conversation groups and lectures proved excellent ways of penetrating ethnic minority communities and reaching the authorities. This positive result came about because the mechanisms built bridges between the government and facilitators in the minority communities. Communities are now able to discuss circumcision with greater confidence and openness. All of our informants say they are against circumcision, but we know little about how these attitudes are translated into action. Large resources were used to produce written and verbal material, and dissemination is already under way. Wider distribution awaits, however, since the target group does not appear to have read the leaflets and brochures to any significant degree. It will be important in the immediate future to put on films, story-telling and plays. The ethnic communities involved would like to see several things done: wider involvement by their own civil and religious organisations; wider involvement by their menfolk; they would like children and teenagers to be included more in future efforts; religion should become an active partner in the prevention of female genital mutilation. In light of these suggestions, it seems the user perspective deserves to be carried further.

Public authorities as a target group

The programme targeted health, child welfare and education bodies and staff. We noted during the course of the study that the OK Project achieved comparatively more in the health sector than the child welfare sector. Health workers report high levels of satisfaction with the information and assistance provided. They use the brochures, films and leaflets interactively, and have put in place steps, norms and structures to deal address female genital mutilation in connection with pregnancy checkups and child and teen health checkups. Their expertise has grown over time, and they are confident enough to speak with the women involved about circumcision. The “person factor” is

vital: we found that municipalities with facilitators and people with a personal commitment were ahead of the others when it came to action design. The Project helped train facilitators, but may have opted for the least contentious areas, where there was least resistance and stronger commitment (i.e., the health sector). There remains the challenge, therefore, to encourage greater commitment in municipalities lagging behind and among the child welfare authorities.

Recommendations

We have no statistics to tell us how many parents have let their Norwegian born and bred daughters be circumcised. We have no figures to tell us whether the OK Project reached its objective, i.e., to prevent the circumcision of girls. We know of several surgical “reopenings” performed in hospitals, and one hears of cases in which women have prevented other women from circumcising their daughters. But we know little about the possible connections between the programme and these developments. Which means in addition that the OK Project has had to “grope in the dark”. We need statistics, and we must develop ethically justifiable and technically workable methods to obtain adequate information. The final chapter of the report contains a wide range of suggestions to facilitate work in the area. They are addressed to government ministries and the OK Project should its lifetime be extended, and cover the following: a) “female pioneers” should be used actively; b) religion should be used as a preventive measure; c) partnerships should be built between minority religious and civil organisations to promote prevention efforts; d) conversation groups require a sounder structure; methods that have proved their efficacy, such as lectures and conversation groups in the ethnic communities should be developed further; e) narrative techniques and role-playing should be further employed to mitigate resistance to change; f) process seminar methodology should be encouraged in the relevant organisations from different countries; one should encourage a greater sense of ownership to the issue among minority organisations; g) in the area of health, law and sanctions, work needs to be done to promote preventative mechanisms and overcome resistance to prevention; h) in addition to physical treatment, steps should be taken to provide psychological help for women unsettled by mutilation concerns.

A more inclusive list of the benefits wrought by the OK Project, along with practical recommendations, can be found in *Chapter 8*.

Prolog

Utdrag fra boken til den somaliske fotomodellen og FN ambassadøren, Waris Dirie¹:

”Da jeg hørte den gamle sigøynersken skulle komme og omskjære Aman (storesøster), ville jeg også bli omskåret. Dagen før den store begivenheten tigget jeg mamma og trakk henne i armen: ”Mamma, ta oss begge to på en gang. Vær så snill mamma, ta oss begge i morgen.” (45).

Mamma grep en rot fra et gammelt tre, så satte hun meg til rette på steinen. Hun satte seg bak meg, trakk hodet mitt mot brystet sitt og la bena sine over kroppen min. Jeg la armene mine rundt lårene hennes. Mor plasserte roten mellom tennene mine. Bit på denne.

Det neste jeg kjente var at et stykke av meg, kjønnsorganene mine, ble skåret vekk. Jeg hørte lyden av det sløve bladet som saget frem og tilbake gjennom huden min... Det er som om noen skjærer gjennom kjøttet på låret, eller skjærer av armen, bortsett fra at dette er den mest følsomme delen av hele kroppen.” (49)

Jeg trodde pinen var over helt til jeg måtte tisse....Den første dråpen kom ut og sved som om huden ble spist opp av syre.....

Bena mine var bundet sammen i over en måned, så såret mitt skulle gro.. Kjønnssdelene mine var tettet igjen som en murvegg som ingen mann ville være i stand til å trenge gjennom før på bryllupsnatten, da min mann enten ville skjære meg opp med kniv eller tvinge seg inn.

20 år senere etter en åpningsoperasjon i London:

I løpet av to uker var jeg tilbake i normal tilstand. Ja, ja, ikke akkurat normal, men mer lik en kvinne som ikke er omskåret. Waris var blitt en ny kvinne. Jeg kunne sette meg på toalettet og tisse – vosj! Det er ikke mulig å forklare hvilken ny følelse av frihet det ga.

1 Evaluering, design og metode

1.1 Presentasjon av OK-prosjektet

Det nasjonale prosjektet Omsorg og Kunnskap mot Kvinnelig omskjæring (OK-prosjektet) har hatt som overordnet mål å forebygge kjønnslemlestelse, og vise omsorg for de som allerede er omskåret, eller er i risikozonen. ”Prosjektets sentrale målsetting er å *forebygge omskjæring av jenter og kvinner, og sikre omsorg* til de som er omskåret. Begrunnelsen for dette er at alle jenter og kvinner skal sikres en best mulig livssituasjon”² Som vi ser er det forebygging som nevnes først sammen med omsorg til de som er omskåret. Forkortelsen OK skal signalisere at menneskene det gjelder er ok. ”Navnet ble valgt fordi prosjektet ønsker å bruke *omsorg og kunnskap* som *metodiske grunnpillarer* i arbeidet”.

Tre prosjektmedarbeidere og en leder har drevet prosjektet, som har vart i 3 år, og ble avsluttet desember 2004.

Virkemidlene har i stor grad vært produksjon av kunnskapsmateriell og distribusjon av informasjonsmateriell, muntlig formidling, nettverksbygging og foredragsvirksomhet rettet mot relevante innvandringsmiljøer og mot relevante instanser i apparatet slik som barnevern og helsetjenesten. I hovedsak har aktiviteten bestått av følgende:

- Produksjon av brosjyrer, håndbøker, kurspakker
- Produksjon av film, skuespill, eventyr, tegneserie
- Nettside
- Etablere og aktivisere nettverk
- Råd og veiledningstjeneste
- Foredrag og undervisningsvirksomhet

- Deltagelse på konferanser, fora

Prosjektet har en nasjonal innsats og en lokal komponent: Oslo, som har vært ledet av Chava Savosnick. Målgruppen for den lokale komponenten er innbyggere i Oslo med somalisk bakgrunn, hvor en har gjort en bred, praktisisrettet innsats. Det nasjonale prosjektet har flere målgrupper bestående av innvandrergupper direkte berørt av problemstillingen, organisasjoner, miljøer og grupper som arbeider med problemstillingen, og det norske hjelpe-og støtteapparat.

Prosjektet blir mer utførlig presentert i kapittel 3.3 og 3.4, og erfaringer fra målgruppene vil bli presentert i kapittel 6 og 7.

Hensikten har hele tiden vært at prosjektet skulle evalueres.

1.2 Presentasjon av evalueringen

I november 2004 fikk NIBR oppdraget fra Barne- og Familedpartementet å evaluere OK-prosjektet. Evalueringen ble gjennomført i perioden januar – mai 2005. Den startet dermed da OK-prosjektet ble pakket ned, de ansatte sluttet og forsvant, kontorene ble forlatt, og pc'ene ble lagt i esker. Dette har selvfølgelig fått konsekvenser for den måten evalueringen har vært gjennomført på. Vi har måttet basere oss på å være tilbakeskuende, uten å ha kunnet observere og delta på de aktiviteter som prosjektet drev.

Bestillingen fra departementet dreide seg om å vurdere om tiltakene i OK prosjektet har bidratt til måloppnåelse, effekter og konsekvenser, om brukerperspektivet er kommet frem, og om prosjektet har nådd sine målgrupper. Målgruppene er offentlige etater samt de relevante innvandringsmiljøene. I konkurransegrunnlaget spør departementet også om hvilke metoder som har vært hensiktsmessig i forhold til offentlige etater, aktuelle målgrupper og hvilke som har vært minst hensiktsmessig. Det stilles også spørsmål om hvordan prosjektet har definert sin rolle og sine oppgaver. Hva er gjort og hvordan har ulike målgrupper definert sin rolle?

I løsningen av denne oppgaven har en valgt å trekke frem følgende som målingskriterier:

1. Gjennomgang av det materialet prosjektet har produsert, og foreta en budskapsanalyse
2. Beskrive målgruppenes tilfredshet og syn på hensiktsmessighet i forhold til informasjon og metoder.

3. Vurdere den respekt som ikke-omskårede kvinner får i miljøene, med den respekt som omskårede kvinner får.
4. Identifisere om det har etablert seg rutiner i barnevernstjenesten og helsestasjonene som prosjektet samarbeider med.
5. Identifisere ulike metoder som prosjektet har benyttet i forhold til offentlige etater og i forhold til målgruppen. Gjennom intervjuer innenfor målgruppene har en vurdert metodenes hensiktsmessighet ut fra kriteriene som omhandler brukernes tilfredshet.
6. Teste omfanget av debatt i mediene som målgruppene og prosjektet har deltatt i ved å gjøre en A-text analyse.
7. Vurdere prosjektets strategi ut fra kontekst og rammevilkår.

1.3 Målgrupper og metoder

Den totale målgruppen i innvandringsmiljøet som prosjektet retter seg mot består av innvandrere og flyktninger fra opp mot 30 land. Somalierne er den største av de etniske gruppene i Norge som praktiserer omskjæring og derfor har OK prosjektets Oslo avdeling arbeidet spesielt mot denne gruppen. Men også i arbeidet nasjonalt har gruppen vært sentral selv om tematikken også har vært rettet mot alle relevante afrikanske grupper.

I evalueringen har vi valgt å ta utgangspunkt i den somaliske gruppen ettersom den har stått sentralt i OK prosjektet. Dette valget er gjort til tross for den begrensning det medfører at vi ikke har med andre nasjonaliteter, og til tross for den belastning det medfører for somalierne at de stadig vekker ”hovedrollen” når omskjæring står på agendaen: i mediediskusjonen, i målrettede tiltak og i evalueringen.

Vi har skaffet oss data gjennom ulike metodiske virkemidler, det vi kan kalle metodetriangulering:

1. *Individuelle intervju av åtte somaliere* som har vært aktivt involvert i arbeidet mot omskjæring. Av disse er fire kvinner og fire menn. Tre av kvinnene er sykepleiere og en er jordmor. Flere av disse er også med i somaliske organisasjoner.
2. *To gruppeintervjuer* med til sammen tretten somaliske kvinner på Rosenhof Voksenopplæring, filial Lakkegata. Kvinnene var selv omskåret. Disse var ikke medlem av de somaliske organisasjonene, og skulle representere informanter som vi antok var mindre integrert i samfunnet enn de som er aktivt med i organisasjonene. Kvinnene snakket dårlig norsk og hadde vært

relativt kort tid i Norge, og vi måtte derfor bruke tolk under intervjuene.

3. Vi inviterte til *gruppeseminar* en lørdag formiddag (19 februar 2004) fra klokken 12.00 til klokken 17.00. Førtiseks somaliske kvinner og menn fra ulike organisasjoner deltok på seminaret:
 - Foreningen for Somaliske kvinner og barn
 - Somalisk Ressurs og Rehabiliteringssenter
 - Somalisk Kulturhus
 - Ungbo
 - Somalisk Ungdomsforening
 - Somalisk Student forening
 - Norsk Somalisk Råd
 - Mangfold i Arbeidslivet
 - Towfiiq Islamisk Senter
 - Somalisk Velferdsforening
 - Ogaden Velferdsforening

De ulike deltagerne ble delt opp i fire arbeidsgrupper som diskuterte ulike sider ved omskjæring med utgangspunkt i spørsmål vi hadde formulert. Resultater fra denne *diskusjonen* vil bli presentert i kapittel seks.

4. I tillegg delte vi ut *spørreskjemaer til alle 46 deltagerne på seminaret*, og 32 personer leverte inn utfylt skjema. Spørreskjemaet ble fylt ut på selve seminaret under veiledning fra evaluator, og det ble brukt tolk. Spørreskjemaet er vedlagt evalueringen.
5. Vi har også intervjuet ulike aktører som har arbeidet med problemstillingen
 - to saksbehandlere i Barne- og familiedepartementet (BFD)
 - en saksbehandler i Kommunal og regionaldepartementet (KRD)
 - en saksbehandler i Sosial- og helsedirektoratet
 - leder av OK prosjektet
 - tre medarbeidere i OK prosjektet.
 - fire gruppeledere for samtalegrupper
 - tre veiledere for samtalegrupper

6. Ettersom det har vært ønskelig å sammenligne forhold i Oslo med tiltak ute i andre fylker har vi valgt Skien som case for sammenligning. Her finnes det ildesjeler som har engasjert seg aktivt mot omskjæring (Afrikanske menn mot kvinnelig omskjæring). Ved å intervju leder av denne organisasjonen, helsesøster, leder av flyktningeavdelingen og barnevern har en fått tilgang til data fra et avgrenset lokalsamfunn og har kunnet identifisere erfaringer som skiller seg fra Oslo. Vi har også intervjuet lederen for prosjektet Kvinner i Dialog i Drammen, samt den tidligere barnevernssjefen i Drammen.
7. Vi har intervjuet helsearbeidere ved fire skoler i Oslo og fem barnevernsansatte, og gjennomført intervjuer av helsesøstre og jordmødre i tre bydeler, samt tre personer som i offentligheten har stilt seg kritisk til prosjektet. Vi har også intervjuet helsepersonell i Tromsø.

Tabell 1.1 *Byer og bydeler representert i undersøkelsen:*

Byer/bydeler
Oslo – Gamle Oslo, Stovner og Holmlia
Drammen
Skien
Tromsø

Alle disse metodiske innfallsvinklene er benyttet for å finne svar på de overordnede problemstillingene. Metodetriangulering er ofte anbefalt i evalueringslitteraturen.³ Dette betyr at vi har søkt å kryssjekke validiteten av informasjonen ved hjelp av flere undersøkelsesopplegg. De fleste intervjuene er foretatt med en varighet på en til to timer. Noen intervjuer er gjort ved direkte fremmøte, andre intervjuer er foretatt over telefon.

8. I tillegg har vi gjort en studie av skriftlig materiale:

- Offentlige sakspapirer
- OK-prosjektets visjoner, målsetninger etc. prosjektbeskrivelse.
- OK-prosjektets filmer og skriftlige materiale
- OK-prosjektets internettside
- Avisutklipp (A-tekstanalyse)

1.4 Evalueringsrapporten

Kapittel 2 retter søkelyset på problemkomplekset. Ettersom omskjæring har vært et forholdsvis ukjent problemkompleks som er kommet til Norge via migranter og flyktninger, har vi sett det som hensiktsmessig å sette evalueringen i en kontekst, ved å presentere selve problemkomplekset i et innledningskapittel som kortfattet beskriver fenomenet medisinsk, geografisk og kulturelt.

I *kapittel 3* gir vi en kort historikk fra den norske virkelighet ved å fokusere på lovverket, debatten, relevante institusjoner og tiltak som fantes før OK-prosjektet ble etablert. På denne måten får vi en kontekstuell fremstilling av problematikken. Kapittel tre viser den historiske kontekst og danner grunnlag for enkelte av de stridigheter og diskusjoner som har rammet inn OK-prosjektet og delvis forstyrret og skapt støy rundt de aktiviteter og mål som prosjektet har forsøkt å oppnå. Vi har gjort en a-text analyse av debatten i media, som blir presentert i dette kapitlet.

I *kapittel 4* setter vi OK-prosjektet inn i den kontekst som ble beskrevet tidligere og diskuterer valg av strategi, og den strid som strategiene har skapt. Vi presenterer OK-prosjektets programteori og vurderer den med referanse til en alternativ programteori. Vi diskuterer barrierer og synergi-effekter av de ulike strategivalg, og eventuelt hvordan de kan ha forstyrret eller forsterket hverandre.

Kapittel 5 er en innholdsanalyse av det kunnskapsmaterialet som ble produsert i OK-prosjektet. Ettersom hovedaktiviteten har vært formidlings- og informasjonsvirksomhet, har det vært viktig å rette et spesielt søkelys mot innholdet i informasjonen (substansanalyse) og intensjonen (budskapsleddet), mot organiseringen av informasjonen og mot mottakelsen av den. Samtidig har en måttet ta utgangspunkt i de prosesser som informasjonsutsendelsen produserte og se hva som skjedde i mottakerleddet. En har også måttet sette fokus på motstandsproblematikken, spredningseffekter og forhold ved mottakerne.

Kapittel 6 er orientert mot de somaliske innvandrerne som målgruppe. Her beskriver vi resultater fra spørreskjema, seminar og gruppeintervjuer og individuelle intervjuer. Har materialet nådd frem til dem? Hva er deres holdninger til OK-prosjektet? Hvordan forholder de seg til omskjæring generelt; til kvinner som er omskåret og til de som ikke er det? Har OK-prosjektets metoder virket og hvordan?

I kapittel 7 har vi forsøkt å følge det produserte materialet inn i noen etater innefor det offentlige apparat – til helsevesen og barnevern i de ulike byer. Vi har analysert mottagerforhold, barrierer, spredning og effekter, og vurdert i hvilken grad kunnskap og omsorg som strategi er nyttige når det gjelder å avverge kjønnslemlestelse.

I kapittel 8 foretar vi en overordnet diskusjon om målsetninger og effekter, og kommer med anbefalinger som kan styrke prosjektet i en eventuell fortsettelse.

2 Omskjæringens mening og tradisjon

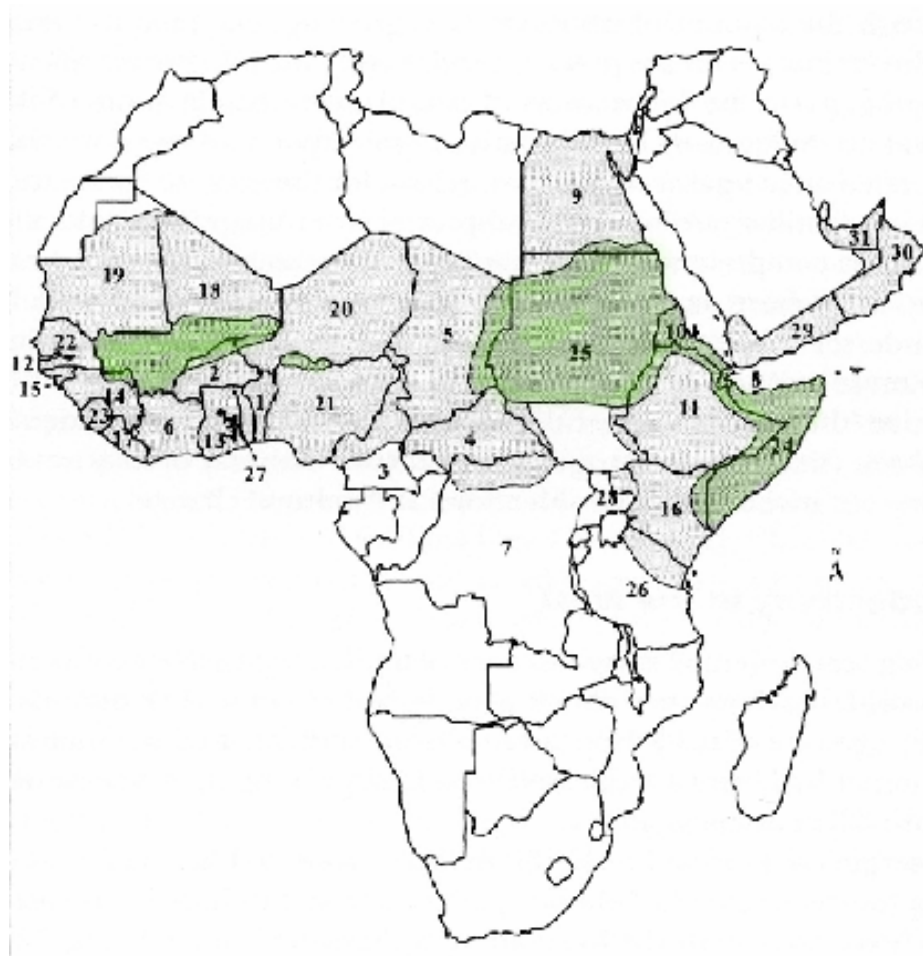
Migrasjons- og flyktningestrømmer de siste tretti årene har brakt problematikken rundt omskjæring/kjønnslemlestelse av kvinner til Norge, gjennom de individene som søkte asyl eller migrerte, og som velferdsstaten nå har et ansvar for. Mange av de problemene som i utgangspunktet tilhørte den tredje verden, er blitt en del av norsk virkelighet. Uvitenhet innenfor det norske systemet har bl.a. gjort at de som praktiserte omskjæring på sine barn i de første årene av migrasjonen, har hatt mulighetene til å fortsette med tradisjonen, uten å bli særlig forstyrret av brysom oppmerksomhet fra de norske myndighetene. Men dette har endret seg, og vi skal gjennom denne evalueringen av OK-prosjektet, gå gjennom en kort norsk historikk, og vurdere tiltak og ringvirkninger av tiltak. Men først skal vi gi et innblikk i tradisjonens bakgrunn og omfang på det afrikanske subkontinentet. Denne gjennomgangen av tradisjonen er nødvendig for å ramme inn det problemkompleks som tiltaksapparatet og OK-prosjektet skal forholde seg til, og som evalueringen også må ha som rammeverk.

2.1 Omskjæring i Afrika

Det finnes et relativt stort område som går fra Somalia i øst til Senegal i vest som omtales som "omskjæringsbeltet". I hele 28 land skjer dette fenomenet som beskrives som kvinnelig omskjæring eller kjønnslemlestelse. I Somalia regner en med at om lag 98% av kvinnene er omskåret, og infibulert – altså gjensydd, og landet omtales gjerne som "de sydde kvinners land"⁴. Men ikke bare Somalia, også Djibouti har 95 - 98% omskårede kvinner, Egypt (97 %), Mali (90-94 %) Sierra Leone (90 %) Etiopia (90 %) Eritrea (90 %) Sudan (89 %) Guinea (70-90 %) Burkina Faso (70 %), Chad (60%) Elfenbenskysten (60%) Gambia (60 %) Liberia (60 %)⁵. Andre land med et høyt

estimat på rundt 50 %, er Benin, Den sentralafrikanske republikk, Guinea Bissau, Kenya, og Nigeria. Land som har færre enn en tredjedel omskårne er Mauritania (25 %), Ghana (15 – 30 %), Niger (30 %) Senegal (20 %); Togo (12 %), Tanzania (10 %), Uganda (5 %) og Zaïre (5 %). Kartet nedenunder viser med lys gråfarve land som praktiserer type 1 og 2, mens den mørke fargen viser land som praktiserer infibulering- type 3.⁶ Denne typologien er presentert i avsnitt 2.2 på neste side.

Figur 2.1 Kart over Afrika



2.2 Former for omskjæring

I Afrika, men nå også i mange europeiske land, deriblant Norge, finnes en kontrovers om hva man skal betegne dette fenomenet. Skal en omtale det som ”omskjæring” eller som ”kjønnslemlestelse” – ”Female Circumcision” eller ”Female Genital Mutilation” eller ”Cutting” – FGM/C? Loven som kom i Norge i 1995 brukte begrepet kjønnslemlestelse, og fulgte den internasjonale trenden. Den nasjonale handlingsplanens prosjekt: OK-prosjektet, valgte å bruke begrepet kvinnelig omskjæring.

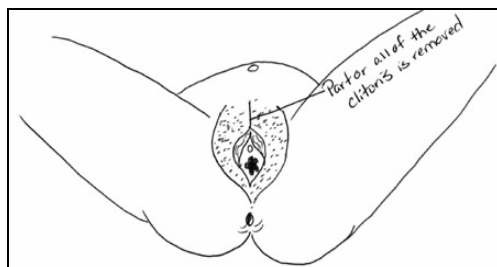
De posisjoner en tar i forhold til bruk av begreper gjenspeiler gjerne de posisjonene en tar i forhold til valg av forebyggings- og kommunikasjonsstrategi. Denne begrepsdefinisjonen og de ulike strategiene vil vi komme tilbake til senere, men vi vil i løpet av denne evalueringsrapporten benytte begrepet omskjæring fordi dette er begrepet som OK-prosjektet benytter.

De operasjoner og endringer som utføres på kvinnelige kjønnsorganer omfatter flere varianter: sammensying av kjønnslepper og dekking av den vaginale åpningen til det bare er et knappenålshull, strekking av kjønnslepper, brenning og uttørring av slimhinner i vagina, prikking i klitoris og avskjæring av deler av klitoris eller hele klitoris, og likeledes finnes kombinasjoner av disse ulike operasjonene.

Variantene som beskrives nedenunder dekker ikke alltid de variasjoner som skjer i virkeligheten, men oppdelingen er standardisert og akseptert i fagmiljøene⁷.

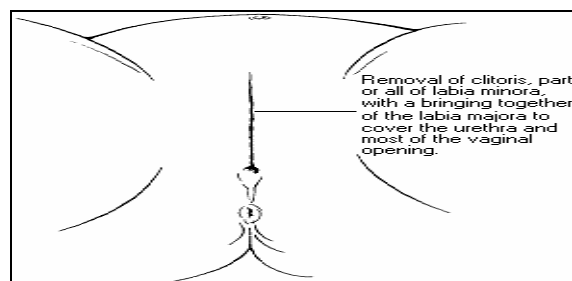
1. Type 1. (som på folkemunnet også omtales som *Sunna-omskjæring*), innebærer fjerning av den lille øverste del av klitoris slik som forhuden, men også gjerne tuppen på klitoris, og også hele klitoris.
Type 1 praktiseres bl.a. i følgende land: Egypt, Etiopia, Somalia, Kenya, Tanzania, fra den østafrikanske til den vestafrikanske kyst. Fra Sierra Leone til Mauritania, Nigeria. Det hevdes også at type 1 finner sted i Midt Østen slik som Oman, Jemen, Saudi Arabia og i de Arabiske emirater.
2. Type 2 er fjerning av klitoris sammen med delvis eller totalt fjerning av indre kjønnslepper. På engelsk kalles dette for *eksisjon*. Det hevdes at det oppsto blant Sudanesiske jordmødre som en reaksjon på britenes forbud mot mer ekstreme operasjoner⁸ som infibulasjon.

Figur 2.2 Illustrasjon over type 2- omskjæring



3. Den tredje formen er *infibulasjon* som gjerne betegnes som *faraonisk omskjæring* eller sudanesisk omskjæring eller *infibulasjon*. Den består av fjerning av deler eller en indre og ytre kjønnslepper, og er gjerne avsluttet med en omfattende sammensyning, så gjennomgående at det noen ganger bare er et lite hull til urinering. Det kan imidlertid være ulik grad av operasjoner som ligger gjemt bak sammensyningen. Klitoris og kjønnslepper kan være totalt fjernet, ødelagt, eller det hender at klitoris ikke er så ødelagt, men kun gjemt bort. Sensitiviteten kan være beholdt i kjønnsorganet selv om kvinnene er sammensydd. Sammensyningen påfører imidlertid kvinnene store smerter når de urinerer og menstruerer, og kan føre til urinveisinfeksjoner og nyreproblemer. Likeledes kan det føre til underlivsinfeksjoner ettersom kvinnene ikke får menstruert på naturlig vis, men det skjer i flere tilfeller opphopning av blod som ikke kommer ut for nok.

Figur 2.3 Illustrasjon over infibulasjon



4. *Andre former for operative grep*: prikking og stikking i klitoris, strekking av klitoris, eller ødeleggelse av nervene i klitoris, blant

annet ved brenning. Innføring av etsende stoffer i vagina, strekking av kjønnslepper etc.⁹

Ifølge Lightfoot Klein¹⁰ kan en i tillegg til disse fire typene operere med enda flere distinksjoner, og hun ender opp med minst fem typologier som er modifiseringer og ulike variasjoner av hovedtypene. Andre igjen opererer med 7 til 9 ulike typer. Verdens Helseorganisasjon har utarbeidet et fact sheet som finnes på WHO's nettside, hvor de ulike typene presenteres og diskuteres.¹¹

Tabell 2.1 *Oversikt over land, typer og omfang*

1	Benin: Type 1 og 2: <u>50</u>	16	Kenya: type 1,2 og 3: <u>50</u>
2	Burkina Faso: Type 2: <u>70</u>	17	Liberia: type 2: <u>50-60</u>
3	Kamerun: Type 1 og 2: <u>20</u>	18	Mali, type 1,2 og 3: <u>90-94</u>
4	Den sentralafrikanske republikk: Type 1 og 2: <u>50</u>	19	Mauritania 1 og 2: <u>25</u>
5	Chad: Type 2 og 3: <u>60</u>	20	Niger: type 2: <u>20</u>
6	Elfenbenskysten. Type 2: <u>60</u>	21	Nigeria: type 1,2 og 3: <u>50</u>
7	Kongos republikanske republikk: Type 2: <u>58</u>	22	Senegal: Type 2: <u>20</u>
8	Djibouti: Type 2 og 3: <u>98</u>	23	Sierra Leone: type 2: <u>80-90</u>
9	Egypt: type 2 og 3: <u>97</u>	24	Somali, type 3: <u>9825</u>
10	Eritrea: type 1,2 og 3: <u>90</u>	25	Sudan: type 3: <u>89</u>
11	Etiopia, type 1,2 og 3: <u>90</u>	26	Tanzania: type 2 ,3: <u>10</u>
12	Gambia: type 2 og 3: <u>60-90</u>	27	Togo: Type 2: <u>12</u>
13	Ghana: Type 2: <u>15-30</u>	28	Uganda: type 1 og 2: <u>5</u>
14	Guinea: type 1, 2 , 3: <u>70-90</u>	29	Yemen
15	Guinea-Bissau: type 1 og 2: <u>50</u>	30	Oman
		31	De Forente Arabiske Emirater

2.3 Ikke alltid bare *ett* inngrep, men en serie av operasjoner

Kvinner som er infibulert kan oppleve en serie av operasjoner i det samme sensitive området i sitt liv. Det antas at infibulasjon gjelder for 15 % av alle, dvs. at ca 20 millioner kvinner på verdensbasis er infibulerte, dvs. sydd igjen. Nær 90 % av infibulerte kvinner¹² utvikler kroniske fysiske plager, smerter, cyster etc¹³. De skal gjenåpnes ved sitt første samleie, dvs på bryllupsnatten. Det er vanlig at svigerfamilien sjekker at de er jomfruelige lukket, og pent sydd. Deretter skal hun åpnes litt, slik at hun kan gjennomføre et ekteskapelig liv. Det kan skje ved å anvende en kniv eller et barberblad, gjerne av jordmor, en tradisjonell omskjærer, men også av en lege på sykehus

som bruker bedøvelse. Uansett vil kvinnens første samleie være meget smertefull, kanskje med åpne sår. I Sør-Somalia er det mannen selv som skal åpne kvinnen. I tilfeller der sammensyningen er ugjennomtrengelig slik at han ikke greier det, må også han kanskje bruke kniv eller barberblad. De første seksuelle erfaringer kan derfor bli meget smertefull for kvinnen, men også for mannen. For kvinnen kan det bli et sjokk som i intensitet kan minne om det første sjokket ved selve omskjæringen.

Den neste operasjon som følger, er når den infibulerte kvinnen skal føde sitt første barn. Hun er altså allerede åpnet litt, men ikke tilstrekkelig for å føde. For at barnet skal få plass til å komme ut, må kvinnen atter en gang åpnes ytterligere, med hjelp av kniv eller barberblad, for at det skal bli en vei ut for barnet.

Informanter, både lege og jordmødre i Norge, har fortalt at enkelte infibulerte kvinner har uttrykt ønske om å bli sydd sammen igjen etter fødsel, fordi de føler seg altfor åpne. I Norge er det imidlertid ikke lov til å sy igjen, slik at dette ikke gjøres på sykehusene her, men kan gjøres i hjemlandet. I de land hvor det er tradisjon for å sy igjen – slik som i Sudan, vil noen kvinner kunne oppleve en serie av kirurgiske inngrep i det samme sensitive området. I Afrika er det gjerne utført av ikke medisinsk personell, uten bedøvelse.

Det antas at mer enn 130 millioner kvinner lever med følgene av omskjæring. I løpet av ett år blir om lag to millioner jenter ofre for denne tradisjonen. Det er opp mot 6000 jenter daglig. De fleste kvinner fra disse områder i Afrika har betraktet inngrepene som både naturlige og nødvendige, som en måte å bli en god kvinne på, og noe man ikke kan komme unna. Smertene og opplevelsene har gitt dem en identitet, og tradisjonen forsvares av ideologi, religion og estetiske vurderinger.

Små piker maser gjerne på sine mødre om å bli omskåret, slik som innledningsvignetten fra boken *Ørkenblomsten* viser. Det følger en fest etterpå, presanger, godteri, og status. Det er et overgangsrituale, som øker jentas status og bringer henne nærmere voksenrollen¹⁴. Derfor er hun utålmodig og vil oppleve det som alle andre jenter opplever, gjerne så tidlig som mulig. Fra den unge jentas ståsted er det en stor og flott anledning som en gleder seg til. Men jentene er ikke alltid forberedt på de smertene dette innebærer, og derfor kan opplevelsen bli et traumatisk smertesjokk. De psykologiske konsekvensene vet en fremdeles lite om. I Somalia finner ritualet sted mellom 6 til 8 år. Men det har vært eksempler på at små babyer på 1 år og mindre har vært omskåret, og også eldre jenter kan omskjæres

før de gifter seg, hvis svigerforeldrene ønsker det. Nødvendigheten av omskjæring for å bli akseptert av andre jenter blir tydelig i Saynab Mohamuds beretning om småjentenes mobbing av henne i Somalia. ”Vi gidder ikke leke med deg, for du er ikke jente. Du har en liten penis mellom beina.”¹⁵

Etter ritualet hender det at små jenter sammenligner sine kjønnsorganer med hverandre og konkurrerer om å være penest sydd. ”Jeg ble omskåret, og etterpå sammenlignet jeg med de andre jentene. Min omskjæring var litt annerledes, mye mindre. Og de andre jentene sa at det var stygt. Jeg ble veldig fortvilet og gikk til moren min og fortalte at jeg ville gjøre omskjæringen på nytt. Da sa moren min at jeg var omskåret på samme måte som Fatima – profetens datter, og at de andre jentene ikke var omskåret så fint som jeg. Jeg ville komme i paradiset, sa hun, mens de andre jentene måtte brenne i helvete.” (Uttalt av somalisk kvinne i Oslo)

Mange voksne kvinner betrakter således de problemer de har fått i forbindelse med omskjæringen, som naturlige kvinneproblemer.

Tradisjonen blir individualisert og kroppsliggjort. Enhver kvinne bærer sin egen smerte alene, og fra et subjektivt ståsted er det vanskelig å sammenligne ens personlig smerte med andres smerte. Enkelte kvinner sier at de ikke føler smerte, at de har et fullkommet seksualliv, og føler orgasme og har stor nytelse, på tross av alle disse operasjonene. Ofte er det kvinner som har hatt store problemer, og som nesten har måttet bøte med livet, som er de største motstanderne av omskjæring. De bruker sin egen erfaring som bevis på at dette er en tradisjon som ikke må fortsette. Men disse ildsjelene blir også avspist av andre kvinner som forsvarer tradisjonen, og anser dem som feiginger. Tåler de det ikke? En god og riktig kvinne skal da tåle dette! Forsvarerne av tradisjonen mener at de er blitt gode kvinner nettopp gjennom disse smertefulle erfaringene og ønsker å overføre tradisjonen til sine døtre slik at også de skal bli kvinner på riktig vis, slik som dem selv. ”Dette er vårt minste problem,” sa en somalisk kvinne på et seminar vi holdt om omskjæring. ”Vi er mer opptatt av arbeidsledighet og dårlig økonomi.” Omskjæring anses av enkelte som positivt fordi det skaper kvinnen, forbereder henne til ekteskap, og gjør henne lik alle andre kvinner. Dette er en av grunnene til at det er så vanskelig å endre tradisjonen. I Plan for Regjeringens internasjonale arbeid mot kjønnslemlestelse av jenter¹⁶ uttaler utviklingsminister Hilde Frafjord Johnsen og direktøren i Norad, Tove Strand, at på tross av det betydelige arbeidet som har vært gjort over år i Afrika for å forebygge kjønnslemlestelse og å få til endringer i

holdninger, har tradisjonen på dette kontinentet omtrent den samme utbredelsen i dag som for ti år siden.

2.4 Ideologisk og religiøs begrunnelse

I de landene hvor omskjæring er utbredt, er praksisen spunnet inn i et nett av positiv mening, som gir tradisjonen en moralsk og religiøs begrunnelse. Den anses som nødvendig av flere grunner¹⁷. Enkelte av disse presenterer vi nedenunder:

- Den er nødvendig for å bli en kvinne med høy moral
- Nødvendig for å bli ren
- Det hevdes at ingen mann vil gifte seg med en ikke omskåret kvinne
- Kvinner som ikke er omskåret blir promiskuøse og mister kontroll av seksualitet
- Omskjæring er nødvendig for at ikke klitoris skal vokse og bli til en penis.
- En kvinne som ikke er omskåret kan ikke bli gravid
- Et nyfødt barn kan dø hvis det berører klitoris

I tillegg til disse begrunnelser finnes det også mange flere. Også religion brukes som rettferdiggjørelse og en nødvendiggjøring av å omskjære kvinner. Tradisjonen er førkristen og førislamsk, men både kristne, katolikker og muslimer i enkelte land praktiserer omskjæring¹⁸. Da gis den gjerne en begrunnelse i religionen slik at de praktiserende virkelig tror at det er et reelt religiøst påbud, og at det er en plikt og en regel som må følges. Verken pakistanske eller indiske muslimer praktiserer omskjæring av jenter. Mange muslimer i Norge sier at de aldri hadde hørt om denne formen for omskjæring før de leste om det i avisene her i landet. Men det finnes visnok tre Hadither hvor profeten på spørsmål om omskjæring skal ha svart at dersom en jente skal omskjæres så: ” ta bare litt”. Om han svarte slik fordi han var imot, eller fordi han var for, strides det om. Autentisiteten til disse hadithene blir bestridt, og mange muslimer er imot en fortolkning som støtter omskjæring. The Muslim Women’s League hevder at ”de hadith som omhandler kvinnelig omskjæring er ikke autentiske”¹⁹

Flere imamer har gått offentlig ut mot omskjæring og påstår at det ikke er noe som helst grunnlag i religionen, men en fullstendig feiltolkning. Og det er viktig at en henter støtte i arbeid mot

omskjæring hos de imamer som er imot. En informant sa til oss under evalueringen at dersom det hadde stått i Koranen at man måtte omskjære kvinner ville det vært umulig å få slutt på tradisjonen, selv om det var forbudt ifølge norsk lov. Når imamer går imot tradisjonen og nekter for at tradisjonen er religiøst forankret, er det lettere å endre tradisjonen.

2.5 Arbeid mot omskjæring i Afrika

Britene forsøkte ved flere anledninger å endre denne tradisjonen i sine kolonier, men uten helt å lykkes. Infibulasjon ble gjort ulovlig i Sudan i 1946. Mange land i Afrika innførte lovforbud i årene fra 1990 til 2000, slik som Burkina Faso, Elfenbenskysten, Den sentralafrikanske republikken, Djibouti, Ghana, Senegal, Tanzania og Togo.

Det jobbes aktivt mot omskjæring i flere internasjonale organisasjoner som FN, Amnesty International, Redd Barna, Røde Kors, Den Afrikanske Utviklingsbanken, Menneskerettighetsorganisasjoner etc. Arbeidet mot omskjæring er tatt opp i uttallige kvinneorganisasjoner verden rundt, og i Afrikanske organisasjoner som National Committee for Traditional Practices in Ethiopia (NCPTE), Inter African Committee on Harmful Traditional Practices (IAC) og International Planned Parenthood Federation (IPPF). Det har vært en serie av internasjonale konferanser, resolusjoner, deklarasjoner, og handlingsplattformer for å få slutt på disse praksisene, bl.a. Wien-erklæringen fra 1993, FN's konferanse for befolkning og utvikling i Kairo (1994), Kvinnekonferansen i 1995 og Beijing-plattformen i 2000.

Norge har bevilget 20 millioner kroner årlig frem til 2005 til det internasjonale arbeidet i ønske om at tradisjonen skal være eliminert innen 2010, som er et mål som alle medlemsland i FN har stilt seg bak under Barnetoppmøtet i 2002.

3 En kort historie om omskjæring i Norge

3.1 Hvor stort er omfanget?

Siden syttitallet har det skjedd en kontinuerlig innvandring av kvinner til Norge fra de land i Afrika som praktiserer omskjæring. I 1980 fantes det 326 kvinner fra slike land (uavhengig av alder), mens i dag finnes det mer enn 13125 (tall fra Statistikkbanken til Statistisk Sentralbyrå). De kommer fra land som praktiserer omskjæring i ulik grad fra rundt 98 % i Somalia til ned mot 5 % i Uganda. Hvis vi regner en gjennomsnittlig prosentandel på 50 % som har vært utsatt for omskjæring (utregnet av gjennomsnittet av gjennomsnittstallene for hvert enkelt land), vil vi finne at det i 1980 kan ha vært mer enn 160 kvinner og jentebarn i Norge som var omskåret. I 1990 kan det ha vært opp mot 1000. I år 2000 kan det ha vært rundt 4000, og i 2004 mer enn 6500, som var omskåret før de kom til Norge. Disse tallene er kun antydninger, og sier ikke eksakt hvor mange det er, for det er det ingen som vet på bakgrunn av eksisterende registreringer. Vi har heller ikke tatt med tall fra Yemen, Saudia Arabia, Oman og De Forente Emirater, og vi har ikke kalkulert med alder. Disse tallene gir kun en pekepinn på at det kan ha vært en utvikling av et mønster fra et par hundre kvinner i 1980 til flere tusen omskårne kvinner i 2004. Sannsynligheten for at helsepersonell skulle kunne møte disse kvinnene på legekontor, på helsestasjonene og på sykehusene, har derfor økt betraktelig med årene. Det er opplagt at kunnskapsbehovet har måttet følge økningen i dette demografiske mønstret. I 2004 søkte hele 90 unge kvinner sykehusbehandling for å åpne seg.

Tabell 3.1 *Oversikt over antall kvinner i Norge fra berørte land i Afrika, fra tidspunktet 1980 – 2004. Regnet ut fra Tabell 05183 i SSB's Statistikkbanken:
Innvandringsbefolkningen etter kjønn og landbakgrunn*

Kvinner i Norge fra følgende land:	1980	1990	2000	2004	Estimat i prosent av omskårede kvinner i hjemlandet
Benin	3	3	3	3	50%
Burkina Faso	0	0	3	3	70%
Kamerun	6	6	26	85	20%
Kongo	8	44	113	293	5%
Etiopia	65	496	1 040	1 194	90%
Djibouti	3	3	10	13	98%
Egypt	5	75	125	154	97%
Eritrea	0	5	370	1037	90%
Gambia	33	149	366	456	60-90%
Ghana	14	205	616	741	15 -30%
Guinea	0	10	19	27	70 -90%
Guinea-Bissau	0	3	4	4	50%
Kenya	54	153	341	477	50%
Liberia	5	9	12	145	50-60%
Mauritania	0	0	3	0	25%
Niger	0	0	0	4	20%
Nigeria	25	87	186	275	50%
Senegal	0	7	28	49	20%
Sierra Leone	4	31	88	164	80-90%
Somalia	4	414	3777	7040	98%
Sudan	7	16	139	296	89%
Tanzania	22	63	201	294	10%
Togo	0	6	31	42	12%
Uganda	68	98	220	329	5%
Totalt	326	1883	7749	13125	

Det har vært nødvendig for helse- og velferdsapparatet å gripe fatt i denne problemstillingen, ettersom kvinner har søkt behandling for sine plager hos leger, helsesøstre, gynekologer og jordmødre. Det er etablert egne poliklinikker for omskårede kvinner ved fem region-sykehus. 65 kvinner fikk behandling ved Ullevål Universitetssykehus, 15 kvinner ved Haukelandsykehus, 10 åpninger ble gjennomført i Trondheim, og i Stavanger ble det gjort fire åpninger i 2004. Sverre Sand, leder for Ullevål Universitetssykehus hevder at dette er et godt tegn.²⁰

Flere somaliske kvinner har fortalt om sitt første møte med en sjokkert lege, sykesøster eller jordmor, som aldri i sin yrkeskarriere hadde sett en omskåret kvinne. I en undersøkelse av legers møte med slike pasienter utført av Johansen²¹, hevdes det at flere leger følte seg hjelpeløse første gang de så en infibulert vulva: ”Jeg kjente jo ikke igjen anatomien”. Johansen viser også at flere av de omskårne kvinnene opplevde møtet med helsevesenet som en belastning. Helsepersonellet virket usikre, og pasientene kunne lett tolke det som fordømmelse. Dette skapte taushet og usikkerhet i stedet for åpenhet og dialog. Kunnskapsbehovet er fremdeles stort også i helsevesenet.

I et estimat utført av Hege Storhaug²² ble det anslått at hele 5.800 jenter i alderen fra 0 – 19 år var i risikozonen for å bli omskåret i 2002. Ifølge Ada Engebriksen²³ fantes det i 2003 hele 3000 barn med somaliske foreldre født i Norge, og hele 50 % av disse var under 5 år. I det somaliske miljøet finnes det derfor en stor andel barn i risikozonen. Imidlertid kan en anta at estimatene for risiko er lavere i Norge enn eksempelvis i Somalia ettersom de tradisjonelle omskjærerne ikke finnes her. Det er ulovlig i Norge å gjennomføre omskjæring og det finnes et helsevesen som kan utøve større kontroll enn eksempelvis i de afrikanske landene. Det må uansett være vanskeligere å få slike handlinger gjennomført her, fordi det finnes flere hindringer som må traverseres før handlingen kan gjøres. Men en kan sende jentebarna ut av landet og utøve handlingen på ferier. Det er imidlertid også ulovlig for de som er bosatt her i landet å reise ut for å få gjennomført omskjæring. Estimatet for risiko er imidlertid meget usikkert, men risikoen er absolutt der, og en er nødt til å ta den alvorlig, og få et reelt grep om hvor stor den er. En negativ bieffekt av å ta risikobetraktningene på alvor er at dette også kan medføre en viss mistillit, og mistillit er uansett en ubehagelig følelse, både for den som har mistilliten og for den som møter den. Derfor blir debatten om omskjæring, og også forebygging av omskjæring, en utfordring for de miljøene som kommer fra steder der omskjæring praktiseres.

3.2 Kort historikk

3.2.1 Helsevesenet

Det er først og fremst helsevesenet som har møtt omskjæringsproblemet. På helsetjenesten for innvandrere på 80-tallet hendte det fra tid til annen at foreldre spurte leger om de kunne omskjære døtrene, og Helsetjenesten for innvandrere tok kontakt med helse-

direktør Torbjørn Mork for å informere om denne problemstillingen. 1980 kom et rundskriv til helsearbeiderne med beskjed om at omskjæring er forbudt i Norge i følge den ordinære straffeloven. Omskjæring uansett omfang, innebærer: ”betydelig skade på legeme eller helbred i straffelovens forstand.” Å kunne si at det var forbudt, ble derfor en stor hjelp²⁴. Før Sverige fikk sin egen lov i 1982 hadde det hendt at svenske leger omskar kvinner med den begrunnelsen at det var bedre å gjøre det under medisinske rammer enn at det ble gjort på kjøkkenbenken. I Norge fantes det ingen tilsvarende situasjon eller debatt. Det ble satt i gang et arbeid med et lovforslag og flere kvinnelige leger var involvert i dette arbeidet. Etter at loven kom i 1995 ble det påbegynt et arbeid i Helsetilsynet med å lage informasjonsmateriell for helsepersonell. Det sto i forarbeidene til loven at helsepersonell måtte få opplæring i problematikken rundt omskjæring, men etter at loven ble vedtatt, ble et bredere arbeid mot omskjæring ikke fulgt opp i særlig grad. En arbeidsgruppe bestående av afrikansk helsepersonell, kvinner som selv var omskåret, leger, gynekologer og representanter fra innvandringsmiljøene begynte imidlertid arbeidet med en veiledning²⁵ til helsepersonell. Den var ferdig høsten 2000, like før TV-programmet om omskjæring: ”Rikets tilstand”, ble sendt. Programmet slo ned som en bombe, og programmet bidro vesentlig til regjeringens handlingsplan. Statens helsetilsyn laget veileder. Sosial- og helsedirektoratet har i ettertid implementert veilederen og satt i verk opplærings- og informasjonsvirksomhet om kjønnslemlestelse til aktuelle grupper, med kompetanseoppbygging i de regionale helseforetakene, helsestasjoner og skoler.

3.2.2 KIM

Kontaktutvalget mellom innvandrere og myndighetene hevder at de har vært opptatt av omskjæringsproblematikken lenge. De kommenterte lovutkastet allerede da det forelå som en NOU. De tok opp temaet på sin landskonferanse i 1995. En aktiv kvinne, Chicu Ali, som var varamann i utvalget i 1995 viste en sterk film om omskjæring på denne konferansen. Det ble store diskusjoner, og enkelte kvinner og menn gikk faktisk i protest over filmen.

Etter at loven mot omskjæring ble innført i 1995, var håpet at det skulle bli satt i gang informasjonstiltak og alliansebygging i miljøene. Odd Einar Dørum, som den gang var leder av KIM, sendte i følge informanter et brev til regjeringen og etterlyste midler til tiltak. Men det var helt stille etter at loven kom. *”Etter at loven kom var det ingen som gjorde så mye. Vi fikk ikke svar. Flere norske organisasjoner hadde jobbet med slike problemstillinger i Afrika. Det fantes i*

grunnen en ekspertise her. Det fantes folk som var interessert i å gjøre noe, men de ble ikke brukt. Det ble helt stille.”

Chicu Ali fra Bergen reiste imidlertid rundt med sin film og holdt foredrag om omskjæring over hele landet. Det ble gjort faglig arbeid i fagmiljøene. Simon Rye skrev en doktoravhandling om omskjæring²⁶. R. Elise B. Johansen begynte på sin doktoravhandling²⁷. Berit Austveg, Siri Vange og Johanne Sundby skrev artikler om omskjæring²⁸. Gjennom sitt faglige arbeide prøvde flere å få oppmerksomhet på temaet, men i tiden etter 1995 var det likevel ganske stille, veldig lenge.

3.2.3 Loven

Human Etisk forbund og flere kvinneorganisasjoner hadde jobbet lenge for å få en egen lov mot omskjæring, til tross for at det allerede fantes lover som forbød lemlesting. Myndighetene mente lenge at praksisen ble rammet både av stratteloven, legeloven og av barneloven, og at det derfor ikke var nødvendig med en egen lov. Men det var en rekke uklarheter i den eksisterende loven, spesielt gjaldt det forhold som handlet om situasjoner der kvinnen selv gir sitt samtykke, og i forhold til reparasjoner og gjensyng etter fødsel. Anders Brattholm tok disse problemstillingene opp i en kronikk i Aftenposten, 3 februar 1995, og anbefalte at det straks måtte komme en ny lov som klargjorde disse forhold. Loven mot kjønnslemlestelse ble vedtatt 15. desember 1995 og lød som følger: § 1 første ledd:

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

I 2004 kom en endring til loven om plikt til avvergelse: § 2 som ble pålydende:

Med bøter eller fengsel inntil ett år straffes yrkesutøvere og ansatte i barnehager, barnevernet, helse- og sosialtjenesten, skoler, skolefritidsordninger og trossamfunn, som forsettlig unnlater, ved anmeldelse eller på annen måte, å søke avverget en kjønnslemlestelse, jf. § 1.

Tilsvarende gjelder for forstandere og religiøse ledere i trossamfunn. Avvergelsesplikten gjelder uten hensyn til taushetsplikt. Unnlatelsen er ikke straffbar hvis kjønnslemlestelsen ikke kommer til fullbyrdelse eller til straffbart forsøk.

Loven mot kjønnslemlestelse har ennå ikke vært rettslig prøvd i Norge. Ved sin blotte eksistens kan den ha avverget kjønnslemlestelse, men dette vet vi lite om. Det forhold at avvergelsesplikten er straffebelagt kan stimulere yrkesutøvere til en større årvåkenhet og engasjement, noe som rutiner og prosedyreutvikling er et tegn på. Men trusselen om straff kan faktisk også virke motsatt, og lede til at yrkesutøverne vegrer seg for å gå inn i problematikken av hensyn til egen risiko. Hvis dette skjer vil rutinene bare fungere symbolsk. Diskusjoner om loven, og presentasjoner av den i diverse brosjyrer til innvandringsmiljøene kan imidlertid ha hatt en forebyggende effekt.

3.3 Media

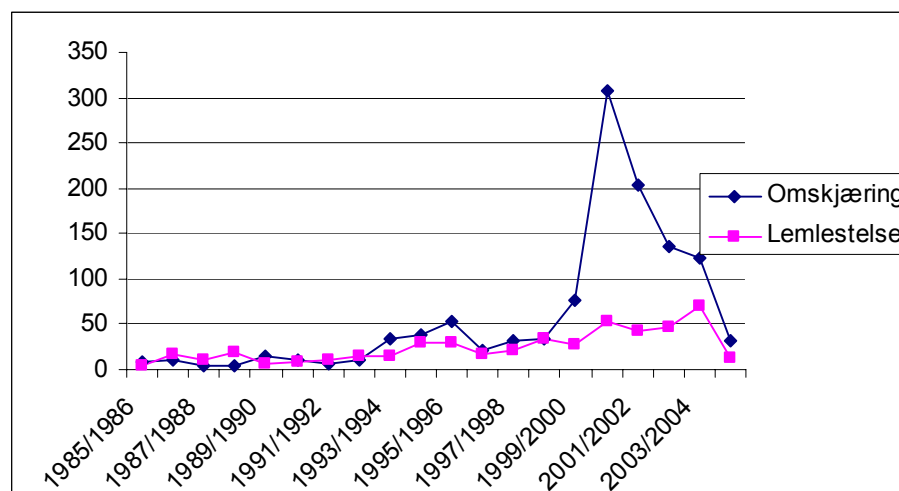
Fra 1984 til 2005 har det vært skrevet 1166 artikler om omskjæring i artikler som A-tekst har registrert. Fra 1984 til 1994 var det omtrent 10 artikler årlig i de til sammen 15 avisene som er registrert som mediearkiv for A-text analyser²⁹. Til sammen har det vært skrevet 397 artikler fra 1984 til 2005 hvor begrepet *kjønnslemlestelse* har vært brukt. I 1985 tok de nordiske Høyrekvinnene opp temaet på et stort møte med representanter fra den interafrikanske komite mot omskjæring, dr Olayinka Koso, som advarte mot bruk av et lovforbud fordi det ville feie hele problemet under teppet. ”Man må satse på et bevisst, men langvarig informasjonsarbeide, sa hun”³⁰. Debatten i media var i det hele tatt ganske fraværende på 80- og 90-tallet, men den økte i forbindelse med innføring av Loven mot Kjønnslemlestelse som kom 15 desember 1995. I dette året fantes det 6 artikler som benyttet begrepet omskjæring og 19 artikler som benyttet begrepet kjønnslemlestelse. Debatten i forkant av loven handlet om nødvendigheten av å innføre en egen lov mot kjønnslemlestelse ettersom det hersket uklarheter rundt ”rekonstruksjon” og om den rettslige situasjonen for omskjæring av voksne kvinner. En egen lov ville rette på dette, var argumentet for loven. Dessuten ville en egen lov ha en symboleffekt som viste at man tok problematikken på alvor.

Høydepunktet for debatten var i årene 2000 til 2002 da begrepet omskjæring ble diskutert i 307 artikler i det ene året og 203 i det neste. I en analyse av omskjæringsdebatten finner Torhild Lamo³¹ bl.a. at det

er to posisjoner i debatten, den inkluderende og den ekskluderende. En *inkluderende* posisjon er en "vi-holdning" hvor omskjæring betraktes som et problem som omhandler det samfunn som en selv er del av, og derfor avskriver en seg ikke det moralske ansvaret. Eksempel på dette er en artikkel hvor bystyremedlem i Oslo, Akthar Chaudry blir sitert fra en e-post der han har skrevet til den somaliske kvinnen Kadra. Han støtter og takker henne for arbeidet mot handlinger som blir begått mot "norske jenter". Den andre posisjonen, den *ekskluderende* blir i denne hovedoppgaven representert ved Hylland Eriksen som omtaler omskjæring som en verdikonflikt og som et moralsk spørsmål som antropologien ikke kan gi svar på³². Det blir en holdning som plasserer problemet utenfor det norske moralske fellesskapet, og også utenfor ens eget moralske ansvarsområde. Holdningen blir også representert i leserbrev som uttrykker ekskluderende standpunkt som: "Rydd opp muslimer". Det er en posisjon hvor "betrakteren stiller seg utenfor fenomenet og avviser at det angår trekk med en selv eller det samfunnet en inngår i"³³, – altså at det dreier seg om en vi – dem - tenkning. Lamo konkluderer med at 'ikke-hvite kvinner' sammen med 'hvite kvinner' har en mer inkluderende holdning enn det hvite menn har, ettersom disse mennene i større grad forfekter en ekskluderende holdning. Det kan bety at kvinner har en sterkere solidaritet med kvinner fra annen bakgrunn og deres problemer enn det hvite norske menn har. Eller det kan bety at kvinner uansett hudfarge har mer informasjon om problematikken og derfor føler mer ansvar og empati.

I de siste to årene har diskusjonen i media om omskjæring falt med ca 50 %, mens det antagelig i første halvdel av 2005 har vært en økning som skyldes at OK-prosjektet har fått medieoppmerksomhet bl.a. på grunn av avslutningen av prosjektet, og fordi HRS (Human Rights Service) inviterte en fransk lege og en fransk jurist til et stort seminar om kjønnslemlestelse³⁴. Med bakgrunn i franske erfaringer argumenterte de for systematiske helseundersøkelser fra barnet er født til skolestart, for straffeforfølgning av avdekket kjønnslemlestelse, samt informasjon til mødrene. Seminaret fikk stor mediedekning. Det samme fikk Sanitetskvinnenes tildelingen av Dørsjøs pris til Safia Yusuf Abdi for hennes innsats mot omskjæring og for det generelle arbeidet overfor barn og unge.

Figur 3.1 Oversikt over bruk av begrepene 'omskjæring' og 'lemlestelse' i avisene i perioden 1985 – 2004.



3.3.1 ”Rikets tilstand”

Det som fikk debatten til å ta av i 2000, var TV2- programmet ”Rikets Tilstand”. To somaliske jenter sto frem og fortalte om sine erfaringer med omskjæring. De oppsøkte også autoritetspersoner i religiøse menigheter og ba om råd for å unngå omskjæring. De hadde med seg skjult mikrofon, og avdekket med dette at autoritetspersoner i miljøene ga råd som ville resultere i omskjæring. De to somaliske jentene, Saynab Mohamud og Kadra Yusuf, ble rikshelter i norske miljøer, men fikk de impliserte innvandrer miljøene mot seg. Programmet ble etterfulgt av en kjempedebatt som varte i flere dager og uker, og utløste sterke tverrpolitiske reaksjoner. Programmet utløste også sinne og moralsk indignasjon i miljøene, og ble både hyllet og kritisert. Programlederne ble trukket inn i lange diskusjoner om kvinnesak, humanisme og presse-etikk. De ble på samme tid, beundret og dyrket samtidig som de ble møtt med stor indignasjon og forakt. Den samme reaksjonen ble de unge somaliske jentene møtt med. Dette feltet har vist seg å være særdeles politisert og risikabelt for de som har gått inn i det. Dette skulle også OK-prosjektet få erfare.

Omskjæringsproblematikken ble gjennom ”Rikets Tilstand” synliggjort og løftet frem. Hvorfor var ikke mer gjort for å forebygge og forhindre kjønnslemlestelse? Programmet utløste ikke bare debatt og stillingskrig. Regjeringen tok straks fatt på arbeidet med en

handlingsplan for å forebygge lemlesting, og det ble avsatt 15 millioner kroner fordelt over tre år for et statlig prosjekt som skulle lede an i det forebyggende arbeidet - det som ble OK-prosjektet.

Enkelte informanter har oppsummert erfaringene fra TV programmet på denne måten:

TV- programmet utløste pengene, men målgruppen forsvant.

Målgruppen gikk under jorden, og gjemte seg vekk, mens pengene strømmet ut.

Noen av de organisasjoner og personer som hadde jobbet med omskjæringsproblematikken før programmet, har fortalt at de følte at de brått ble feid av banen. Et TV-program er et sterkt virkemiddel, og personer som ”kom utenfra”, og som ikke hadde vært i feltet tidligere, fikk oppmerksomheten. De andre ble mer usynlige. Helsedirektoratet fikk kritikk for ikke å ha informert politikerne tilstrekkelig om omfanget av problemet. Nå skulle det satses og gjøres noe. ”*Vi som hadde vært i feltet lenge trodde at vi endelig skulle få finansieringsmuligheter til egne prosjekter.*” Men slik ble det ikke, noe som kan forklare litt av den striden som senere kom.

Striden har dreid seg om kommunikativ stil, prioritering av målgrupper og virkemidler, men også om oppmerksomhet i mediene og om penger. OK-prosjektet måtte bruke energi på å delta i debatten og forsvare seg mot angrep som kom. Vi kan si det slik at OK-prosjektet nettopp ble opprettet som en positiv konsekvens av mediaoppmerksomheten som fulgte det famøse TV programmet, men oppmerksomheten fra media ledet også til at prosjektet måtte styre i sterkere motvind enn medarbeiderne kanskje hadde ønsket selv, og var mentalt og faglig forberedt på.

3.4 Handlingsplanens bestilling³⁵

”Aldri har en handlingsplan kommet til verden så raskt. Vi jobbet natt og dag” (informanter i BFD).

Under frontaledebatten 11. oktober 2000, altså noen få uker etter TV programmet, fattet Stortinget vedtak om å be regjeringen utarbeide en handlingsplan mot kjønnslemlestelse. Den skulle synliggjøre og bedre samarbeidet med organisasjoner og enkeltpersoner som arbeidet mot kjønnslemlestelse og bidra til informasjon, forebyggende tiltak og forsterke det internasjonale samarbeidet om spørsmålene. Flere tiltak

ble foreslått, deriblant å opprette et prosjekt for å bygge opp kunnskap og prøve ut metoder i arbeidet mot kjønnslemlestelse. Prosjektet skulle eksistere i 3 år og gjennomføres i et samarbeid med flere departementer. Det skulle etableres en ressursgruppe med representanter fra ulike nasjonale grupper, for etater som arbeider med spørsmålene og med enkeltpersoner. Prosjektet skulle både være nasjonalt og lokalt, og forankret i Oslo kommune. Barne- og familiedepartementet skulle ha det administrative ansvaret, og minst en av de ansatte skulle komme fra et afrikansk land. Det skulle ansettes en prosjektleder og en prosjektmedarbeider samt opprettes en styringsgruppe. Den somaliske gruppen var spesielt pekt ut som relevant målgruppe sammen med flere grupper. Prosjektet skulle etablere kontaktnett, skape holdningsendringer, avdekke behov i målgruppene og gi kurs og opplæring. Det skulle bygge på erfaringer fra Sverige, og det skulle evalueres.

I 2002 kom Regjeringens innsats mot kjønnslemlestelse³⁶, som var bygget på den tidligere Handlingsplanen, og var en konkretisering i 33 tiltak som skulle være den nye regjeringens innsats, hvorav de fleste skulle gjennomføres av OK- prosjektet. Dette gjaldt for hele 21 av tiltakene. De andre tiltakene skulle gjennomføres av Utenriksdepartementet, NORAD, og Helsedepartementene m.m.

3.5 OK-prosjektets organisering

I april 2001 holdt Barne- og familiedepartementet en startkonferanse om kjønnslemlestelse. I september 2001 begynte den norske sosialantropologen R.Elise B. Johansen i full stilling som leder av OK-prosjektet.

Figur 3.2 *Oversikt over starten på prosjektet*

2001	2002
April: Startkonferanse. September: Sosialantropologen R. Elise B.Johansen ansatt i full stilling som leder. November: Heldagsmøte med 50 deltagere i ressursgruppen Utarbeidet prosjektbeskrivelse 3 møter i styringsgruppen Laget hjemmeside	Januar: Idé-seminar i Nye ansatte på henholdsvis 70, 40 og 30 % stilling Begynte arbeidet med å holde Informatørkurs Inviterte skolerte folk fra Forward , London Ga støtte til ulike tiltak mot omskjæring Produserte 2 filmer og 2 brosjyrer Utviklet konsepter fra eventyr og skuespill

Prosjektet ble lokalisert og administrativt underlagt utviklingscenteret for Helsestasjon og- skolehelsetjenesten. OK hadde per desember 2002 tilgang til 3 kontorer i Møllergata 4.

I tillegg til prosjektleder, sosialantropologen R. Elise B. Johansen ble følgende personer ansatt vinteren 2002: den norske sosionomen Chava Savosnick som fikk ansvaret for å drive det lokale OK-Oslo prosjektet. Hun ble ansatt i 70 % stilling. Så ble den somaliske læreren Barlin Ali Farah ansatt i 40 % stilling, også med sin hovedinnsats i OK Oslo. I tillegg ble somalieren Ali Usman Egeh ansatt i 30 % stilling. Sykepleieren, somalieren Safia Yusuf Abdi ble ansatt på 100 % stilling for å jobbe nasjonalt.

I fordelingen av stillingene fikk det nasjonale prosjekt hele to heltidsstillinger, og summen av deltidstillinger til Oslo avdelingen utgjorde også to fulle stillinger.

Det var sterkt engasjerte personer som kom inn i prosjektet, og de kom inn på ulik vis, dvs. at ansettelsesprosedyrene ikke var like for alle, noe vi tror fikk uheldige konsekvenser.

De somaliske medarbeiderne hadde stort engasjement og kunnskap om problemstillingene. De norske hadde også jobbet med problemstillingene både nasjonalt og internasjonalt, lederen hadde gjort antropologisk feltarbeid i Afrika og var også sterk på et faglig og teoretisk plan. Med få unntak var det ingen som hadde erfaring fra tilsvarende arbeid, slik at prosjektkompetansen ikke var spesielt høy og veien måtte gå seg til etter hvert. Det betyr også mer prøving og feiling i forhold til de organisasjonelle og formelle grepene for prosjektarbeide. Det var stor fordel å få inn personell som hadde nettverk i miljøene, kulturkunnskap og erfaringer fra Afrika, men det kan samtidig ha vært en utfordring å få personligheter med et så brennende engasjement og samtidig ulik erfaringsbakgrunn til å gå i samme retning.

Prosjektet fikk tittelen OK som er en forkortelse av tittelen: ”*Omsorg og kunnskap mot kvinnelig omskjæring*”. I navnet ligger et valg av strategi og metode, omsorg og kunnskap. Forkortelsen skal signalisere at kvinnekroppen er OK slik som den er, og at det ikke er nødvendig å omskjære kroppen. Den opprevne O'en i logoen skal signalisere at mennesker som er omskåret er ok, selv om de har vært utsatt for et skadelig inngrep. I det neste kapittel skal vi se nærmere på evalueringsdesign og programteori som utgangspunkt for å vurdere også hensiktsmessigheten av de begrepene som ble valgt.

4 Valg av strategier

4.1 OK-prosjektets begrepsvalg: omskjæring eller kjønnslemlestelse?

Allerede i prosjektets programskisse³⁷ kan en se underliggende teoretiske antagelser som programansvarlige har lagt til grunn i sine forsøk på å produsere virkninger for målgruppen. Dette viser seg særlig gjennom den kommunikasjonsmessige betydningen som er tillagt omtalen av de aktiviteter som skal forebygges. For eksempel benyttes ordet 'kjønnslemlestelse' av både regjeringen og i norsk lovtekst. Mens OK-prosjektet har valgt begrepet 'omskjæring' – for å signalisere at målgruppen "de mennesker det gjelder", er ok., selv om inngrepene som utføres er skadelige."³⁸

I prosjektbeskrivelsen begrunnes valg av begrepet omskjæring med følgende: "henvisningen til lemlestelse kan være til hinder for dialog fordi det kan virke støtende og fremmedgjørende overfor dem som er direkte berørt. En annen ulempe er at det er et konstruert begrep som ligger langt fra lokale benevnelser. Mange kan derfor oppleve at det ikke angår dem. Det at kjønnslemlestelse er et såpass negativt og *alvorlig begrep*, blir iblant tolket som et uttrykk for at det kun dreier seg om de mest omfattende inngrepene. Dermed kan man risikere at folk definerer egne praksiser til å falle utenfor begrepet og dermed også utenfor informasjonstiltak og lover."

Valg av omtale og begrep indikerer noen verdimeslige valg og teoretiske posisjoner som prosjektet legger til grunn. OK prosjektet ønsker dialog, og de ønsker å utøve denne dialogen nær målgruppen. Prosjektleder mener derfor at begrepet omskjæring vil lette arbeidet. De har også en forestilling om hvordan målgruppen tenker, og hvilke ord og begreper som målgruppen foretrekker selv. Begrepsvalget kan også grunne seg i en antagelse om at det vil være motstand mot ord som lemlestelse, mens det vil være mindre motsand mot omskjæring. Prosjektet velger derfor begreper som de tror er minst mulig støtende,

og letter arbeidet. I sin diskusjon av begrepsvalg ender sosialantropologen Aud Talle³⁹ også opp med begrepet ”omskjæring” med den begrunnelse at ”...det i større grad skildrar korleis folk sjølve oppfattar praksisen”. ”For menneska det gjeld er omskjæring ei meningsfull handling, eit nødvendig og ønskt inngrep, om aldri så valdeleg. For å skape vaksne og moralsk fullverdige personar som kan gå inn i fellesskap med andre vaksne.” (Talle 2003:17). Lemlesting er et begrep for de som betrakter praksisen på avstand, sier Talle, for de som står utenfor fellesskapet hvor tradisjonen utføres innenfor.

Men har prosjektet rett i den antagelsen om at omskjæring er det foretrukne begrep?

I vår spørreskjemaundersøkelse på seminar med somaliske flyktninger i Oslo fikk vi tilbake svar på en påstand som vi hadde formulert som følger: ’Kjønnslemlestelse’ er et bedre ord å bruke enn ’kvinnelig omskjæring’. På denne påstanden skulle respondentene svare enig, uenig, vet ikke.

Det viste seg at flertallet mente at kjønnslemlestelse var et bedre ord enn omskjæring, noe som tyder på at miljøet er splittet i forhold til bruk av begreper. Omskjæring er således ikke nødvendigvis et begrep som omfavnes av de som befinner seg innenfor den etniske gruppen det gjelder. De i miljøet som engasjerer seg mest for å endre tradisjonen synes å foretrekke begrepet kjønnslemlestelse. Det betyr at det finnes flere målgruppesegmenter i miljøet og at disse foretrekker ulike begreper.

Kvinnene syntes i større grad enn menn å foretrekke ordet ”kjønnslemlestelse” foran omskjæring.

Tabell 4.1 *Bruk av ordet ’kjønnslemlestelse’ og ’omskjæring’.*

		Kjønnslemlestelse			Total
		Enig	uenig	vet ikke	
kjønn	Kvinne	9	3	0	12
	Mann	5	1	8	14
Total		14	4	8	26

Dette betyr at kjønnslemlestelse ikke er et fy-ord for alle innenfor målgruppen, og at prosjektet ikke nødvendigvis behøver å være så

oversensitiv på valg av begrep. Kvinnene er i alderen 17 – 55. Av de mannlige respondentene er det flest usikre svar.

Fenomenene som skal beskrives ved disse ordene, er mangfoldige. Det gjelder hele WHO-typologien, og variasjoner rundt typologiene, fra de mest seriøse inngrepene, til ”kun å stikke i klitoris slik at det kommer blod ut” - den mildeste form.

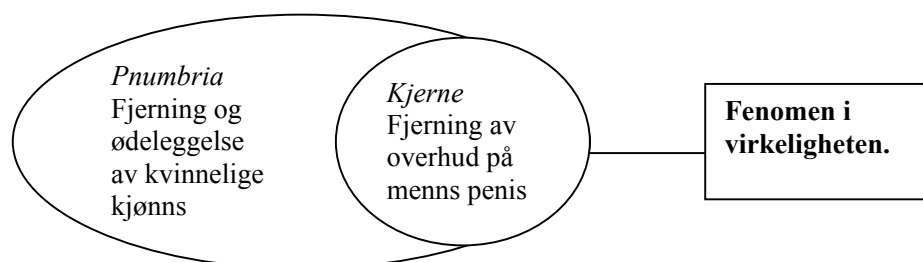
I følge filosofen Hart⁴⁰ består et juridisk begrep av en kjerne av spesifikk mening og en *pnumbria* av mer ubestemmelige mening. Han hevder videre at det er vanskeligere å avgjøre et rettslig utfall når sakens kjerne befinner seg i *pnumbria*. Dette skillet mellom kjerne og *pnumbria* er interessant når det gjelder begrepene omskjæring og kjønnslemlestelse, hvor det ene begrepets kjerne kan utgjøre det andre begrepets *pnumbria*. Begrepet omskjæring har vanligvis vært brukt til å dekke ”mannlig omskjæring” altså fjerning av overhud. Disse assosiasjoner om fjerning av overhud ligger derfor i vår norske assosiasjon til begrepet omskjæring – altså det ligger til det norske begrepets kjerne. Når man utvider begrepet til å inkludere mutilering, vil utvidelsen og forestillingen om mutilering ligge i begrepets *pnumbria*. Hvis man fortsetter å bruke begrepet omskjæring til å dekke mutilering, kan vi tenke at det vil få konsekvenser og endre våre assosiasjoner også til mannlig omskjæring.

Motsatt vil det norske begrepet *lemlestelse* innebære en referanse til ”organer som fjernes og ødelegges”. Denne forståelsen ligger i begrepets kjerne. Kjernen i begrepet *lemlestelse* vil kunne dekke det som betegnes som excisisjon og infibulasjon. Bare sjeldent foretas det en fjerning av overhuden på klitoris alene, slik som man fjerner overhud på penis hos menn. Oftest fjernes det vev fra deler av klitoris, eller hele organet fjernes – altså *lemlestelse*. Begrepet vil således korrespondere bedre med det som skjer i virkeligheten, selv om flere som praktiserer tradisjonen av ideologiske årsaker vil foretrekke begrepet omskjæring.

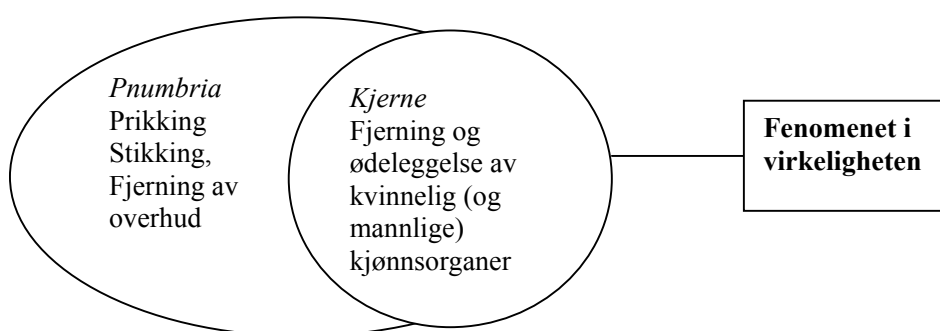
Referanseproblematikken og korrespondansen mellom virkelighet og den begrepsmessige modell, burde kanskje stått mer i fokus når en velger begrep, og ikke begrepets alvorsgrad. Fjerning av overhud vil ligge i kjønns-lemlestelsesbegrepets *pnumbria*, og ikke i dets kjerne.

Figur 4.1 *Illustrasjon av kjerne og pnumbria for begrepene 'omskjæring' og 'kjønnslemlestelse'.*

Omskjæring



Kjønnslemlestelse



Krav om korrespondanse mellom virkelighet og begrep burde avgjøre hvilket begrep en må velge uavhengig av om begrepet er voldsomt, sterkt eller krenkende. Hvis fenomenet i virkeligheten er brutalt, må begrepet som skal referere til fenomenet gi tilsvarende brutale assosiasjoner. Flere av innvandrerkvinnene som har stått frem som pionerer i kampen mot omskjæring, synes å velge lemlestelsesbegrepet, uten å være så redd for stigmatiseringsaspektet.

En må også vurdere i hvilken grad det er et reelt overlapp i begrepene, eller bare tilsynelatende. Vi kan gjøre et tanke-eksperiment og tenke oss at omskjæringsbegrepet for gutter/menn brukes til å dekke tilfeller hvor penishudet eller hele penis er fjernet. Det er ikke sikkert at muslimske, jødiske eller kristne omskårne menn ville synes at begrepet 'omskjæring' brukt på en slik utvidet måte ville være det

riktige bruk av ordet. Kjønnslēmlestelse ville være nærmere sannheten.

Når det gjelder kvinner er det bare sjeldent at overhuden på klitoris fjernes, oftest fjernes det store mengder vev, gjerne hele klitorisorganet, samt kjønnslepper. Dette betyr at begrepet 'omskjæring' anvendt på kvinner, må dekke noe annet og langt mer alvorlig enn det begrepet 'omskjæring' må dekke når det anvendes på menn. Vi kan derfor konkludere med at omskjæring har rot i en maskulin virkelighetsbeskrivelse og ikke en feminin, og det er ikke helt overlapp av de fenomen som begrepet dekker i den maskuline og den feminine verden. Sett ut fra det faktiske fenomen som begrepene skal beskrive, er kjønnslēmlestelse det mest korrekte og dekkende begrep på det som gjøres mot kvinner.

I håndboken for helse- og sosialarbeidere⁴¹, gjøres det av OK et valg av begrep ut fra kontekst. Det foreslås at lēmlestelse skal brukes i juridiske sammenhenger i omtalen av loven og offentlige dokumenter, mens de foretrekker å bruke omskjæring av pedagogiske hensyn fordi det vil bli møtt med mindre motstand og at det vil lette arbeidet. OK-prosjektet kan ha rett i sin antagelse om at de menneskene som er mest for tradisjonen vil foretrekke et begrep som *trivialiserer eller bagatelliserer tradisjonen* – slik som omskjæring. Tilhengerne av tradisjonen har også størst motstand mot å delta på kurser eller i opplysningsvirksomhet som har til hensikt å endre tradisjonen. I en dialogstrategi kan det derfor være viktig å ta hensyn til den motstanden som finnes, og gjøre strategiske og pedagogiske valg. Det vil kanskje være nødvendig som en start å begynne med begrepet omskjæring i arbeidet med de målgruppesegmentene som er mest for tradisjonen, men gjennom informasjonen bevege målgruppen slik at den innser at det faktisk dreier seg om lēmlestelse. Gjennom skoleringen vil de som deltar i kurset se at begrepet omskjæring har sin referanse til en maskulin virkelighet hvor de handlinger som gjøres mot menn er mer kosmetiske og mindre alvorlige enn de handlinger som gjøres mot kvinner. Derfor blir begrepet omskjæring misvisende i forhold til de assosiasjoner det fremmer: fjerning av overhud. Det kan tenkes at de somaliske kvinner som gjennom spørreskjemaet valgte seg begrepet lēmlestelse, gjorde det nettopp fordi de gjennom sin deltagelse på informatørkurs har sett at begrepet omskjæring er for svakt og dekker noe annet enn det de selv har vært igjennom. Det betyr jo også at OK-prosjektet har lyktes med informasjonen til målgruppen. Flere av ildsjelene som har hentet kunnskap og deltatt på samtalegrupper og informatørkurs, har skiftet sin innstilling til begrepene og foretrekker 'kjønnslēmlestelse'. Det kan være en konsekvens av bevisstgjøringsprosessen som prosjektet har vært med

på å forme hos disse individene. Valg av begrep viser at OK-prosjektet har beveget personer i feltet og fått dem til å skifte holdninger og begreper.

4.2 OK-prosjektets programteori

En programteori er et planleggingsinstrument⁴² for å gjennomføre et prosjekt og skal avdekkes gjennom en evaluering. Ved å analysere antagelser i prosjektbeskrivelsen til OK-prosjektet har hensikten vært å finne frem til hvordan de som har ansvaret for tiltaket har tenkt seg at endringer skjer, hvorfor de tror endringer vil skje, og hvilke endringer tiltakene tar sikte på å oppnå. Dette betyr at den som skal gjøre evalueringen må forsøke å hente frem de forestillinger, eller den ideologi som ligger bak tiltakene og motiverer de prosjektansvarlige. ”Utarbeiding av et prosjekts programteori innebærer at en evaluator setter opp en (mer eller mindre detaljert) kjede over de antatte utviklingsstadiene i et program.”⁴³

En rekonstruksjon av prosjektets programteori vil være det første skritt i evalueringen for nettopp å finne fram til hvordan prosjektansvarlige har definert sitt ansvar og sin rolle, en problemstilling som står sentralt i departementets evalueringsbestilling.

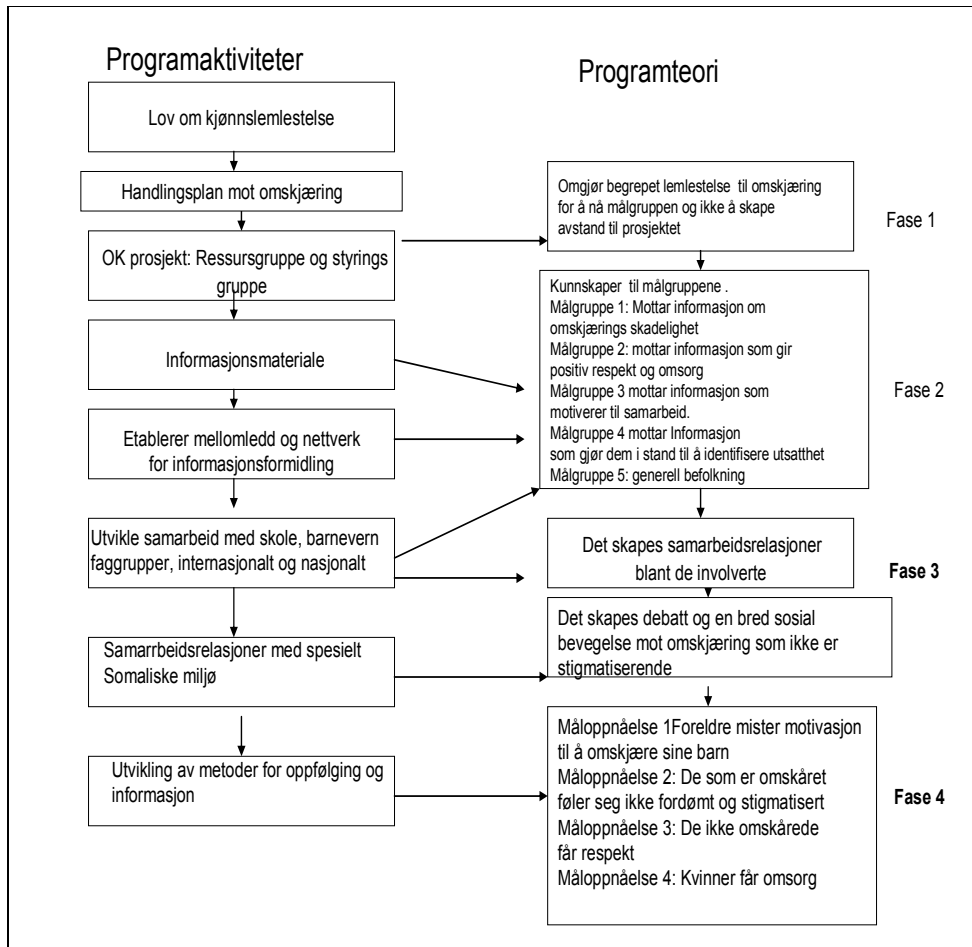
På neste side vil vi presentere en illustrasjon av ulike informasjonskjeder knyttet til OK prosjektets programteori, for å synliggjøre hvordan de som har hatt ansvaret for å iverksette OK-prosjektet trolig forestiller seg at endringer skjer, hvorfor de tror dette, samt hvilke endringer de tar sikte på å oppnå. På denne måten blir programteorien et nyttig verktøy for å gjennomføre evalueringen. Det bidrar til tilretteleggelse av en systematisk sammenligning mellom det evaluator tror de programansvarlige mener tiltakene vil føre til, og det som faktisk skjer.⁴⁴

Som vi ser av illustrasjonen på neste side er intensjonen med OK prosjektet å bruke *omsorg og informasjon* som virkemidler til å forebygge omskjæring. Programaktivitetene er virkemidler for prosjektet. Begrepene som velges er også virkemidler. De inngår i informasjonsmaterialet, og likeledes inngår de i samhandlingen med nettverket inn i miljøene og til apparatet. Dette vil da få som konsekvens at målgruppene vil kunne nås. Den vil ha mindre motstand mot budskapet når begrepsbruken og tilnærmingen er mild. Det vil oppstå ringvirkninger, debatt og spredning av budskapet, og til slutt vil måloppnåelse være som følger 1. Foreldre mister motivasjon

til å omskjære sine barn. 2. De som er omskåret føler seg ikke fordømt og stigmatisert. 3. De ikke omskårede får respekt. 4. Kvinner får omsorg.

Dette betyr at det ligger en antagelse bak om at omsorg og kunnskap vil fjerne viljen hos en omskåren kvinne til å omskjære sitt barn, og således vil kunnskapen virke til å forebygge og avverge omskjæring.

Figur 4.2 OK-prosjektets programteori



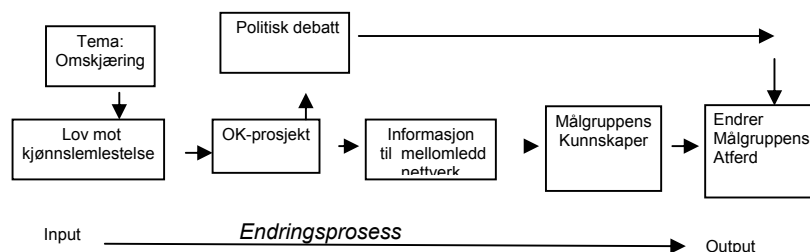
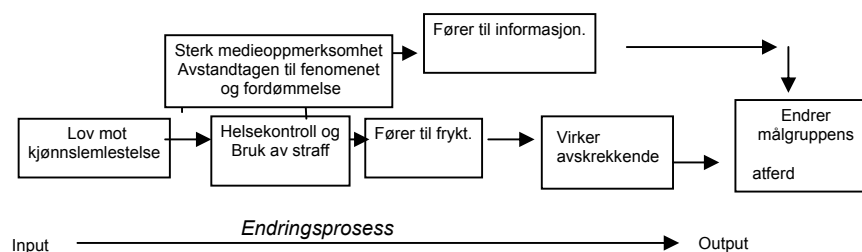
4.3 Striden om strategiene

Allerede få måneder etter at OK-prosjektet var begynt på sitt arbeide, fikk det kritikk for sitt valg av strategi⁴⁵.

Vi kan ikke komme på andre like alvorlige forbrytelser der myndighetene har valgt dialog som sitt fremste virkemiddel. I denne dialogen må det hele tiden gjøres tindrende klart at omskjæring er en kriminell handling, som straffes hardt. Ut fra det vi så langt har sett og hørt fra prosjektets ledelse, er vi ikke sikre på om dette budskapet er sterkt nok fremme. Prosjektets ledelse vil ikke engang kalle forbrytelsen ved sitt rette navn. De har valgt begrepet omskjæring i stedet for kjønnslemlestelse, og begrunner dette med at kjønnslemlestelse kan virke støtende og ødeleggende for dialogen. Det er underlig å registrere at Regjeringens prosjekt ledes av mennesker som tilsynelatende er mer opptatt av kjønnslemlestelse som tradisjon enn som forbrytelse.Unge jenter står i fare for å bli omskåret allerede i sommer. De har ikke tid til å vente på at dialogen skal føre frem.⁴⁶

Denne form for reaksjon på OK-prosjektets strategi er også en reaksjon på aksiomene for OK-prosjektets programteori. Den etterlyser en annen tilnærming – en avskrekkelsesstrategi - som vi skal drøfte kort her, før vi går videre. Grunnen til at vi vil løfte frem den andre ”alternative” strategien i evalueringen av OK, er at tilhengerne av denne har deltatt aktivt i debatter i media, og det har også ledet til et stort krysspress, ettersom prosjektet er blitt presset mellom to motstridende strategivalg.

Bærere av den alternative endringsteorien er enkelte aktører som har jobbet rundt TV programmet, ”Rikets Tilstand”, og består av journalister og pionerer fra innvandringstilværelsen som har tatt store risikoer for å få temaet på dagsordenen. I sin forståelse og i sin alternative programteori legges vekten på å bruke klare kommunikative virkemidler for å hindre kjønnslemlestelse som de velger å kalle det. De ønsker at lovgivningen skal få en mer betydningsfull rolle i kommunikasjonen, og at straff og kontroll skal vektlegges mer for å virke avskrekkende på foreldrene, slik at de ikke kjønnslemlester sine døtre.

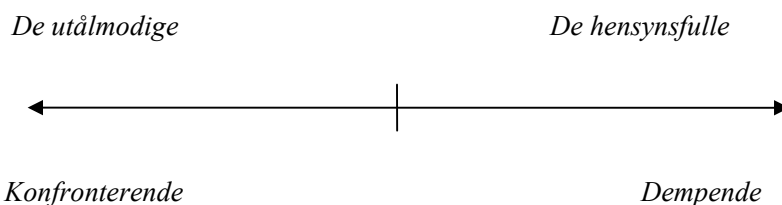
Figur 4.3 *Illustrasjon over strategi A:*Figur 4.4 *Illustrasjon over strategi B:*

Aktører i kretsen rundt "Rikets Tilstand" har stått for den strategi som vi her har omtalt som strategi B "De utålmodige". I hovedsak er dette norske journalister og noen pionerer i miljøene av somalisk bakgrunn. Dette er en mer konfronterende stil, hvor strategien er bygd på en forestilling om at en direkte, uforbeholden tale og tydeliggjøring av egen normativ posisjon i forhold til kjønnslemlestelse vil føre til debatt, diskusjon og endring. Dessuten er det en større vilje til å bruke strafferettslige virkemidler, kontroll og straff ovenfor de som utøver omskjæring. De mener lovgivningen må brukes aktivt og at foreldre som omskjærer sine barn må straffes. Hensynet til foreldrene ære, altså stigmatiseringshensyn, skal ikke gå foran hensynet til barna.

Disse aktørenes angrep på dialogstrategien satte OK-prosjektet i en forsvarsstilling og skapte i perioder en uro som fikk konsekvenser for prosjektets energi og innsats. Det gjaldt i hovedsak sommeren 2002, hvor de i flere artikler publisert i avisene gikk til angrep mot den dialog og kunnskaps- baserte form for tiltak som regjeringen la opp til i prosjektet. Det var i hovedsak OK-prosjektet selv som ble mottaker av kritikken, og ikke myndighetene.

Konkurrerende virksomheter søkte også midler i BFD. To reklamefirmaer – Navigator og Konsensus - var også involvert i bakgrunnen. Omfanget og temperaturen på kritikken, søknader om midler, og båndene mellom aktørene, gjorde at det fra OK-prosjektets side nok føltes som en sammensvergelse. Medarbeiderne var uvant med en slik mediediskusjon. Imidlertid var ”journalist-kretsen” også splittet seg imellom, og de hadde rett til å uttale kritiske synspunkter i det offentlige rom og fremme debatt. Imidlertid representerte miljøene alternative faglige strategier, og de ville kunne fungert synergetisk og komplementært til hverandre. Begge miljøene er mot omskjæring/kjønnslemlestelse, og målet med begge strategier er å forhindre at kvinner utsettes for disse tradisjonene. Det er i forhold til virkemidler, hensynet til stigmatiseringsaspektet, i intensitet, utålmodighet, tidsaspekt og prioriterte lojaliteter, at de skiller seg fra hverandre.

Figur 4.5 *Oversikt over strategier som setter OK prosjektet under krysspress.*



Illustrasjonen over viser at det innenfor de ulike strategiene også er gradsforskjeller. Det er enkelte aktører som er mer konfronterende i sin strategi enn andre, og det er noen som er mer dempende i sin dialog enn andre igjen. Typologien er binær, med ytterpunkter, men inneholder også gradsforskjeller slik at den innehar kvantitative dimensjoner. Utsagn om strategi:

Vi er engstelige for den økende fokuseringen på straff og tvang. Erfaringer fra andre land viser at antall omskjæringer øker ved trussel om straff.....at samtaler med og helsetilbud til – omskårne mødre kan være en riktig inngang for å forhindre fermtidig omskjæring⁴⁷.

Eksempler på press fra demperne:

Jeg leste noen av brosjyrene til prosjektet, og vi dempet ned noen bilder. Vi tonet ned språket.

Det var noen som ble så sinte på prosjektet fordi vi viste plansjer av kvinner som var omskåret.

Folk gikk fordi de ble fornærmet da hun .. snakket om omskjæring og viste bilder.

Målsetningen om å arbeide nært målgruppen og skape interne prosesser, slik at budskapet kunne spres, ble satt under kraftig diskusjon og ble dratt i flere retninger, og prosjektet måtte manøvrere mellom disse ulike retningene.

Nedenfor gir vi en skjematisk fremstilling av kjennetegn ved disse to meningsfellesskapene (strategiene) og forskjellen mellom dem:

Tabell 4.2 *Innholdet i strategiene*

Retorisk strategi	De utålmodige – glødende Avskrekkings-strategi	De hensynsfulle - demperne Dialog, kunnskap og forståelses-strategi
Begrepsbruk Sterke/svake begreper eller bilder	Vil bruke begreper som kjønnslemlestelse for å vise at omskjæring er en alvorlig forbrytelse – tar avstand til fenomenet. Ønsker et utvetydig budskap, bilder. Vil at alvoret skal synes, og foreldrene skremmes fra å utøve handlingen	Toner ned begrepene for å vise respekt for menneskene i miljøene – vil forhindre at miljøet lukker seg inne i forsvar. Tilslørede bilder, nedtonede begreper for ikke å skremme målgruppen, og bidra til stigmatisering
Strategi	Ytre kontroll rettet mot foreldregenerasjonens behandling av barn kombinert med avstraffelse	Omsorg rettet mot de som allerede er omskåret, kunnskap og holdningsendring, med håp om at dette skal virke forebyggende.
Hovedlojalitet går til	Henvender seg til de unge, og ønsker å vise lojalitet til barn og ungdom i risikozonen heller enn foreldregenerasjonen	Henvender seg i hovedsak til foreldregenerasjonen og viser lojalitet og respekt til foreldregenerasjonen, i håp om at det vil forhindre omskjæring av barn.
Omskjæring / stigmatisering	Prioriterer fokus på det som kan avverge og ikke så opptatt av stigmatiseringsaspektet	Forsøker i større grad å unngå stigmatisering av gruppene, og demper frykt
Tidsaspekt	Har ikke tid til å vente på holdningsendringer. Konsekvens: Kan ikke tåle at noen blir omskåret	Er tålmodige: tror det vil ta tid å endre tradisjonen. Konsekvens: Kan tåle at noen blir omskåret før holdningsendringer skjer
Forhold til Lovgivning og straff	Ønsker å bruke lovgivning og straff. Ønsker anmeldelser og siktelser. Avskrekke.	Informerer om loven . Har vært noe motvillig med informasjon om straff for ikke å krenke.
Sammenlignings og sidestillings strategier	Oppfatter kjønnslemlestelse som en unik form for forbrytelse som ikke kan sidestilles med tilsvarende tradisjoner i det norske samfunn	Enkelte har sidestilt tradisjoner i den norske virkeligheten (som fettsuging, piercing tatovering) med omskjæring.

OK-prosjektet har eksistert innenfor et rom hvor aktører i debatten, i ulik grad har stått for disse retningene, og presset på fra hver kant. Medarbeidere og leder i prosjektet mener de har befunnet seg klart i midten og følt presset sterkt fra begge sider. Mandatet for prosjektet har også plassert dem innenfor en dialogstrategi med kunnskap og omsorg som virkemidler. De har i den offentlige debatt disputert mer mot ”de utålmodige” enn mot ”demperne”, men det er evaluators inntrykk at de har befunnet seg i et handlingsrom mellom ytterpunktene, og kanskje beveget seg mer i retning midten, og står fast på sin kunnskaps- og omsorgsposisjon.

4.4 Barrierer ved de ulike strategiene

Ettersom hensikten har vært å produsere kunnskap og informasjon til innvandergruppene og til apparatet, og å bruke dialog for å få til endring, må vi se om denne strategien har virket, og om den har møtt barrierer. Barrierene kan være av ulik art. For det første kan de to ulike strategiene ha fungert som barrierer for hverandre, og for det andre kan det eksistere barrierer innenfor strategiene selv. Vi antar at den mediestøy som OK-prosjektet møtte, kan ha produsert et hinder i arbeidet, samtidig som mediestøyen kan ha fungert skjerpene på begge parter, og på et senere tidspunkt vært til fordel for prosjektet.

Problemet med en hensynsfull dialogstrategi dersom den strekkes for langt og blir for dempet i sitt budskap, er at budskapet kan bli så nedtonet at det enten forsvinner, blir uklart, eller dobbeltkommunisierende. Det kan da føre til handlingslammelse fordi budskapet ikke generer tilstrekkelig endringsvilje, men virker motsatt, og blir kraftløst. Vi skal se på dette ved å ta for oss ulike sider ved disse to strategiene.

1. Den alternative strategi B (”De utålmodige”) kan virke hemmende på OK-prosjektet fordi medieoppmerksomheten sammen med avskrekkingsstrategien og de verbale angrepene får målgruppen til:
 - a) å gå i dekning, trekke seg tilbake i skyttergravene.
 - b) å produsere argumentative våpen mot B for å skape likevekt og opprettholde ære.
 - c) å finne verbale skjold, begynne å underkommunisere problemet, samtidig som de produserer nye argumentative våpen..

- d) Enkelte motstandere av omskjæring, kan miste fokus på problematikken, og begynne å støtte målgruppens (tilhengernes) angreps og forsvarsstrategi, som hemmer endringskraften. Denne snuoperasjonen kan føre til at de begynner å kjempe på vegne av de som ønsker å fortsette tradisjonen med omskjæring, heller enn å støtte de som arbeider mot.
2. Strategi A (de hensynsfulle) kan virke som barriere fordi budskapet dempes for mye. Budskapet vil da kunne miste sin motivasjons- og endringskraft. Hensynet til stigmatiseringsaspektet gjør at en svekker tonen så mye at den til slutt ikke blir hørbar. Et argument som ”Kvinner som er kjønnslemlestet har en like god seksualitet som andre kvinner som ikke er omskåret, bare forskjellig” kan oppfattes som et argument for å vedlikeholde omskjæring. Hvis det er like bra, men bare forskjellig, hva er da vitsen med endring? Nedtoning kan fungere som trivialisering og bagatellisering som igjen undergraver endringsviljen og endringskraften.

Våre intervjuer med en rekke personer innenfor den aktuelle målgruppen har synliggjort noen dilemmaer. En person som selv er offer for omskjæring og trenger respekt, forståelse og empati for sin smerte, er også en potensiell omskjærer – altså en overgriper. Han/hun har to statuser. Når budskapet i en dialog om omsorg og respekt, rettes mot *offerstatusen*, vil den på samme tid være rettet mot status to – den *potensielle overgriper*. Hvis en ikke kommuniserer veldig klart og utvetydig, kan budskapet om respekt og forståelse fortolkes som aksept. *Du er ok.* Dette er et budskap rettet mot offerstatusen, men kan samtidig transformeres og forstås av mottakeren som budskap til status to (den potensielle overgriper): *Det er ok.*

Kravet om å snakke hensynsfullt, omsorgsfullt og empatisk i forhold til den ene statusen, kan altså lede til misforståelser angående den andre statusen, dersom en ikke kommuniserer tydelig. Da helsedirektoratet kom med sin veileder for helsepersonell i Norge i 2000 om kvinnelig omskjæring, skjedde nettopp dette. Helsedirektoratet utformet en veileder som la stor vekt på å skape forståelse for tradisjonen, slik at helsearbeidere i sitt møte med målgruppen ikke skulle fordømme kvinner som var omskåret. Men heftet ble lest av enkelte stortingspolitikere som fortolket det slik at Helsedirektoratet signaliserte en *aksept* for omskjæring. Den positive forståelsesstrategien, med dempede begreper og noe slørete bilder skapte uklarhet om budskapet. Helsetilsynet ble sterkt kritisert av flere

politikere, selv om det helt utvetydig i veiledningsteksten sto skrevet at man måtte få slutt på denne tradisjonen.

4.5 Konklusjon: Forsterkningseffekter ved strategiene

De ulike strategiene har gitt hverandre synergi-effekter, vært komplementære og har ført til forsterkningseffekter, på tross av at de også har skapt gjensidige barrierer mot hverandre. De utålmodige synes å ha generert en bevegelse i feltet som har kommet OK-prosjektet til gode og har utløst midler til de aktiviteter som er satt i gang hos OK. Den motstand og det sinne som strategi B (de utålmodige) fikk av målgruppen like etter programmet "Rikets Tilstand" kom på luften, synes å ha endret seg over tid. Vi har hørt flere uttalelser fra målgruppen slike som: *"Jeg var sint på Kadra og Saynab etter programmet, men i dag takker jeg dem."* *"Vi likte ikke programmet, det kom som en bombe. Men uten programmet hadde vi ikke fått jobbet så mye med problematikken."* *"Programmet satte fokus på problemstillingen. Det har virket bra."* De ulike strategiene har fått ulik grad av positiv og negativ respons på ulike tidspunkter. Strategi B med fjernsynsprogrammet "Rikets Tilstand" ble først møtt med sinne, men etter hvert også med takknemlighet.

OK-prosjektet dempet antagonismen i miljøet etter programmet. Dialogstrategien har fungert til å knytte bånd og skape positive relasjoner, og målgruppen har følt seg mindre utestengt og stigmatisert. Der strategi B skapte avstand og avskrekking, kom strategi A med en utstrakt hånd og invitasjon til alliansedannelse og samarbeid. De dempet ned de negative effekter av strategi B og fikk fordeler av de positive effektene. Strategiene har således vært gjensidig støttende til hverandre for å nå målsetningen om holdningsendringer i større grad enn det aktørene på hver sin side kunne ha greid alene. De krasse angrep som var så energikrevende på et tidspunkt har skjerpet tenkningen innenfor begge strategiene, og ført til positive effekter på et annet tidspunkt. Dessuten kan dette over tid ha ført til mindre faglig avstand mellom aktørene i feltet.

I det etterfølgende vil vi fokusere på barrierer, flaskehalser og kommunikasjonsstrategier ved de virkemidlene som OK-prosjektet tok i bruk.

5 OK-prosjektets kunnskapsproduksjon

I dette kapitlet skal vi dukke ned i noe av det kunnskapsmaterialet som OK-prosjektet har produsert i løpet av sin korte eksistens. Dette er ledd i budskapsanalysen hvor innholdsaspektet settes i fokus. Vi spør oss om følgende: Hva formidler skriftlige produkter som hefter, håndbøker og brosjyrer? Hva formidles i filmene? Og hva formidler konsepter som informatørkurs og samtalegrupper? Deretter diskuterer vi hvordan dette materialet er spredt. Spredningen, mottagelsen og bruk av materialet, og videre spredning samt bruk av materialet vil vi komme tilbake til også i de neste to kapitlene.

5.1 Hva en ønsket å gjøre

Allerede i Regjeringens handlingsplan fra 2001 var prosjektet designet som et informasjons- og kommunikasjonstiltak rettet mot personer som selv var kjønnslemlestet, deres familier og andre personer, og mot de i det offentlige hjelpe- og tjenesteapparatet som jobbet i forhold til denne målgruppen. Nedenunder kommer en oversikt over *bestillingene* i Regjeringens handlingsplan fra 2002 og hvorvidt tiltakene er gjennomført etter planen. Enkelte av tiltakene har vært forsinket, slik at de har strukket seg ut i 2005, og et par tiltak er ikke gjennomført, på grunn av strategiske valg fra prosjektledelsen.

Tabell 5.1 *Oversikt over handlingsplanens bestilling og OK-prosjektets gjennomføring.*

Tiltak	Innhold	Ansvarlig	Gjennomført
1	Endre loven av 1995 med å ta inn en avvergelsesplikt	Helsedepartementet og Justisdepartementet	Ja
2	Obligatorisk informasjon om tvangsekteskap og kjønnslemlestelse til nyankomne. Signering av erklæring	Kommunal og regionaldepartementet	
3	Regjeringen vil gjennomføre en informasjonskampanje i skoler som har mange elever med minoritetsbakgrunn i de største byene	Prosjektet OK sammen med Kadra og Saynab	Ja, men OK ikke involvert
4	Regjeringen vil gjennomføre en informasjonskampanje om kjønnslemlestelse og tvangsekteskap på Oslo Lufthavn – Gardemoen i fire uker fra første del av juni	Saynab i samarbeid med African Youth	Ja
5	Etablering av nettside med informasjon på engelsk, somalisk og norsk om praksis, lover og tiltak, oversikt over hvor kjønnslemlestelse praktiseres og organisasjoner som arbeider mot kjønnslemlestelse i disse landene. Planlagt ferdig våren 2002, oppdateres løpende	Prosjekt Ok Planlagt ferdig våren 2002	Ja
6	Nettsiden linkes opp til aktuelle spørresider på nettet, bl.a. Sosial og helsedirektoratets spørreside "Klara Klok" hvo ungdom kan stille spørsmål om helse kropp og samliv	Prosjekt Ok Planlagt våren 2002	Ja
7	Aktuelle norske ambassader vil dele ut informasjon om kjønnslemlestelse og norsk lovverk til innvandrergupper som søker visum til Norge	Utenriksdepartementet Start: våren 2002	
8	Aktuelle statsråder skriver til etater som sosialtjenesten, barneverntjenesten, helsevesenet, barnehager, skolen og politiet om å ta problemet alvorlig og sørge for at jenter som står i fare for å bli kjønnslemlestet, eller allerede er det, får hjelp umiddelbart.	Barne og familiedepartementet i samarbeid med aktuelle departementer	
9	Omarbeide den danske filmen om kjønnslemlestelse: "La oss tale sammen" til Norske forhold Målgruppe Innvandremiljøene	Primærmedisinsk verksted; Likestillingssenteret, Heller Film og Prosjekt OK	Ja
10	Produsere film om psykososiale konsekvenser av kjønnslemlestelse Målgruppe: Innvandremiljøer og helsepersonell	Helen Film, Rainbow og Prosjekt OK	Ja
11	Produksjon av film om kjønnslemlestelse i en kombinasjon av skuespill og dokumenter med faktainformasjon fra Afrika og Norge	Dialogfilm og prosjekt OK	Ja

Tiltak	Innhold	Ansvarlig	Gjennomført
12	Den kjente somaliske forfatteren Hassann Sheek Mumin har fått i oppdrag å produsere tekster til dikt, sang og skuespill om kjønnslemlestelse på somalisk Start: våren 20002	Prosjekt OK	Ja
13	Etablere ulike grupper for barn, ungdom og voksne om kvinnelig omskjæring ved noen skoler som har mange elever fra de aktuelle innvandrerguppene med siktemål å forebygge kjønnslemlestelse Start: Våren 2002	Prosjektet OK	Ja
14	Helsestasjoner og skolehelsetjenesten vil i tilknytning til ordinære helsekontroller gi informasjon om kjønnslemlestelse til aktuelle grupper.	Helsedepartementet	
15	Kurs for personer i berørte innvandrergupper som vil drive informasjon og kommunikasjon mot kjønnslemlestelse i egne miljøer over hele landet. Start: Våren 2002. Løpende oppgave.	Prosjekt OK	Ja.
16	Etablere lokale nettverk, i første omgang i 6 fylker: Hordaland, Rogaland, Sør Trøndelag, Oslo, Akershus, Troms, Lokal forankring, skal fungere som ressurspersoner lokalt	Prosjekt OK i samarbeid med fylkeslegene og ressursgruppens medlemmer i regionene	Ja
17	Gjennomføre informasjonstiltak for å nå innvandrergupper gjennom aktuelle minoriteters egne medier, bl.a. Somalisk Radio og nyheter på ulike språk i NRK. Start 2002	Prosjekt OK	Nei, (Somalisk Radio nedlagt)
18	Utarbeide brosjyre rettet mot forebygging av omskjæring – til unge jenter i feresonen og deres foreldre. Planlagt ferdig våren 2002 på engelsk, norsk og somalisk. Oversettes til andre språk høsten 2002	Prosjekt OK	Ja
19	Utarbeide brosjyre på aktuelle språk til kvinner om hvor de kan få behandling og annen hjelp. Planlagt ferdig vår/sommer 2002	Prosjekt OK	Ja
20	Utarbeide og distribuere brosjyre til menn og gutter om kvinnelig omskjæring og menns ansvar Planlagt ferdig høsten 2002	Prosjekt OK	Ja,
21	Utarbeide brosjyre om hva islam sier om kvinnelig omskjæring. Planlagt ferdig høsten 2002	Prosjekt OK	Nei, bevisst valg

Tiltak	Innhold	Ansvarlig	Gjennomført
22	Etablere nettverk for organisasjoner og etater som har egne prosjekter rettet mot kjønnslemlestelse i Oslo, for faglig utveksling og utvikling Start: Planlagt våren 2002	Prosjekt OK	Ja
23	Råd og veiledning til bl.a. helsesøstre, lærere, foreldre og ungdoms som møter problemer knyttet til omskjæring Start Våren 2002	Prosjekt OK	Ja
24	Utarbeide informasjonsmaterieill til offentlig ansatte og organisasjonene om kvinnelig omskjæring. Planlagt ferdig vår/sommer 2002	Prosjekt OK	Ja
25	Bistå fylker og kommuner med informasjon om hvordan e skal arbeide med temaet. Start: våren 2002	Prosjekt OK	Ja
26	Kurspakker for ansatte i barnevern, skoler mfl. Planlagt ferdig høsten 2002	Prosjekt OK	Ja
27	Implementering av Helsetilsynets "Veileder for helsepersonell i Norge om kvinnelig omskjæring" intensiveres	Helsedepartementet	
28	Foredrag og undervisningsvirkesomhet for personell ved ulike etater (skole, barnevern, politi, ungdomstiltak) organisasjoner som møter problemstillingen i sitt virke	Prosjekt OK	Ja

Som vi ser er dette en omfattende bestilling av tiltak som går i mange retninger og impliserer en omfattende organisering samt produksjon av kunnskaps materiale som skal rettes mot personell i det offentlige som arbeider med problematikken, og mot den direkte berørte målgruppen. Helsedepartementet hadde ansvar for at informasjon til helsestasjoner og skolehelsetjenesten ble gitt, samt følge opp og implementere "Veileder for helsepersonell i Norge om kvinnelig omskjæring." Vi ser også at det meste av arbeidet er gjennomført, selv om det ikke har fulgte tidsplanen helt slavisk, og at noe arbeid har strukket seg over i 2005. Kompetanseheving i helsesektoren har vært forankret innen sektoren. Kvalitetssikring av sosial- og helsetjenestene er et fortløpende anliggende.

5.2 Hvordan det ble jobbet

Nå skal vi gå nærmere inn på de ulike tiltak for å se hvordan det ble jobbet. Enkelte tiltak fungerte som svar på flere bestillinger, slik som samtalegruppene som ikke bare fungerte til å spre informasjon, men som også fungerte til å skape nettverk. På neste side ser vi et grovriss av aktiviteter fordelt på de tre årene fra 2002 til og med 2004. Lederen av prosjektet ble ansatt i 2001 og fikk noen måneder til å utmeisle konseptet. Arbeidet med å skape en hjemmeside ble påbegynt, og i 2002 startet arbeidet for alvor.

Arbeidsfordelingen var slik internt at de to fulltidsansatte i det nasjonale prosjektet reiste rundt og holdt foredrag i kommunene. Lederen var den som i hovedsak var aktiv i produksjonen av det skriftlige materialet. Vekten av den muntlige foredragsvirksomheten falt på den nasjonale prosjektmedarbeideren med en afrikansk bakgrunn som også var utdannet sykepleier. Hun reiste rundt, og holdt uttallige foredrag i kommunene. Også de andre medarbeiderne i prosjektet holdt foredrag rundt omkring. Både i det nasjonale prosjektet og i den lokale Oslo avdelingen var det medarbeidere som hadde bakgrunn fra de etniske miljøene som praktiserer omskjæring. Disse to ble i stor grad brukt til den muntlige formidlingsaktiviteten. I tillegg ble flere av nettverkene og samtalegruppene drevet på bakgrunn av de uformelle kontaktene til de afrikanske medarbeiderne. I mindre grad ble formelle organisasjoner og nasjonale organisasjoner tatt i bruk i forbindelse med samtalegruppene. Det ble sendt flere invitasjonsbrev til disse organisasjonene, men erfaringer fra andre steder viser at en må ha personlig kontakt for å få innvandrers-organisasjonene med. I intervju med evaluatorene har ”organisasjonene” uttrykt at de gjerne ville vært brukt.

Figur 5.1 Oversikt over aktiviteter de respektive år

2001	2002	2003
April: Konferanse og utlysning av leder stilling September: Sosialantropologen R. Elise B.Johansen ansatt i full stilling som leder. November: Heldagsmøte med 50 deltagere i ressursgruppen Utarbeidet prosjektbeskrivelse 3 møter i styringsgruppen Laget hjemmeside	Idé-seminar i Januar Nye medarbeidere ansatte på 70, 40 og 30 prosent Etablerte ressursgruppe på 50 stykker. Startet produksjon av kunnskapsmateriell Startet informatørkurs og samtale-grupper Inviterte skolerte folk fra Forward London Ga økonomisk støtte til flere prosjekter. Produserte to filmer og to brosjyrer. Strid om dialogstrategi i media	Informatørkurs i mai og i Oktober. Flere nye samtale-grupper opprettet Produksjon av kunnskapsmateriell Opplæring av helseapparatet Filmen: "Retten til et fullverdig liv". En dag i måneden veiledning Telefonveiledning. Interne stridigheter Holdt foredrag utover i landet
	2004	2005
	Produksjon av kunnskapsmateriell videreført Holdt flere Informatørkurs Avslutningskonferanse i desember	Avsluttet påbegynt arbeid med veiledere og brosjyrer.

5.3 Produkter og konsepter

5.3.1 Muntlige og visuelle virkemidler

Ettersom hovedhensikten med OK-prosjektet har vært kunnskaps- og informasjonsvirksomhet, har det vært nødvendig å ta utgangspunkt i målgruppenes forutsetning i denne produksjonen.

Utdannelsesnivået er lavt i flere av de afrikanske gruppene. Dessuten har de i sterk grad en muntlig tradisjon. Det skriftlige materialet som er laget er forsøkt koblet til den muntlige presentasjonen. Det er produsert en somalisk *tegnserie* om omskjæring, men en har ikke helt oversikt over distribusjonen av denne, og hvordan den blir brukt. Det er også usikkert om hvilken målgruppe denne tegneserien er ment for, barn eller voksne. Prosjektet har også forsøkt å bruke *eventyr* som en måte å formidle problematikken på, og *en teatergruppe* har også

eksistert. I en morsmålstime en gang i uken over åtte ganger leste en av prosjektets medarbeidere eventyr for andre og fjerde klasse, hvor omskjæring var bakt inn i eventyret. En har forsøkt å signalisere en bredere tematikk enn omskjæring alene, for å vekke interessen for integrering, bolig, arbeid og kulturell tilpasning.

Film

Det er totalt produsert fem filmer hvor OK- prosjektet har vært involvert gjennom økonomisk og faglig støtte og veiledning. Enkelte av filmene er produsert i samarbeid med andre, slik som Primærmedisinsk Verksted og Internasjonalt Kultursenter og Museum. Vi vil gjøre en kort budskapsanalyse av filmene før vi diskuterer spredningen av dem og mottagelsen.

1. Retten til et fullverdig liv

Veiledningshefte og videokassett: et undervisningsopplegg om omskjæring rettet mot elever i ungdomsskolen og den videregående skole. Veileder bestillingsnummer Q-1056 B. Bestillingsnummer Video Q 1055 B

Undervisningsopplegget består av veilederhefte og videokassett. Hele opplegget tar 3 timer. Det er ment på blandede klasser med norske barn, eller barn som ikke er i risikozonen og barn som er i risikozonen. Lederen av OK samt medarbeidere i prosjektet har vært faglige veiledere.

Innholdet i filmen er basert rundt et somalisk eventyr om en grusom heks som spiser barn. Dette eventyret blir brukt for å illustrere omskjæringsproblematikken. Videoen er et opptak av treningen i forbindelse med teaterstykket, og deltagerne blir innimellom intervjuet om omskjæring. Filmen består av rollespill, av opptak av skuespillet hvor vi får små glimt av beskjeder om at omskjæring er galt. Rammen er musikk, dans og glade, men også bekymrede og gråtende mennesker som snakker om omskjæring, smerte og empati.

Den somaliske kvinnen Barlin forteller om sin omskjæring.

”Vi reiste fra Mogadishu sammen med mor og tante og fem jenter. Det var fem jenter som skulle omskjæres. Det var allerede betalt for dem. Fordi en av jentene rømte ble jeg omskjært allikevel.

Jeg satt alene og lekte i sanden, det var vått i sanden. Så var det noen som hentet meg inn, dusjet meg og plutselig lå jeg på et bord. Så ble jeg holdt av de andre damene. De holdt meg skikkelig. Mor holdt hodet og snakket med meg samtidig. Jeg husker at hun sa hysj. Blodet

kom rett i ansiktet på hun som skar og blodet mitt sprutet og rant. Da hun var ferdig tok hun noe og bøyde sammen beina mine. Det tok tre dager før jeg tisset. Jeg nektet å drikke. Jeg så på andre hvor vondt det var. Da jeg var 13 år fikk jeg mensene. Da fikk jeg så vondt at jeg ikke fikk puste.”

Dette innslaget i filmen gir et menneskelig og sterkt inntrykk, som skaper empati i forhold til de som har opplevd omskjæring. Filmen og fortellingene bygger opp om hovedbudskapet: at omskjæring er et overgrep mot jenters/kvinneres kropp. Det er smertefullt og får store fysiske komplikasjoner. Det følges av et annet hovedpoeng– at dette ikke er forankret i religion, men i tradisjon. Det tredje hovedpoenget i filmen som kommer i første sekvens er at noen unge norsk-somaliske jenter har en annen holdning. De støtter ikke omskjæring og vil forsøke å avverge det. En ung norsk-somalisk jente forteller om et feriebesøk i Somalia der hun, moren og søsteren klarte å avverge at den lille kusinen hennes ble omskåret. Disse kvinnene representerer da de nye holdningene blant somaliere som lever i Norge, og er i kontrast til de tradisjonelle holdningene i hjemlandet. Også unge menn har fått en stemme og er med i skuespillet, for omskjæringen preger også mennenes liv. Som en av dem sier empatisk i avslutningen: ”Dette er våre kvinner, våre søstre.”

Vurdering

Dette er en film som både viser hvor smertefullt og skadelig omskjæring er. Den viser variasjoner av holdninger i miljøene og at det er mange som arbeider mot omskjæring. Det er spesielt positivt at både menn og unge kvinner har fått en stemme i denne filmen. Filmen formidler utvetydig sin motstand mot omskjæring, og skaper samtidig innlevelse og stor empati med de som har opplevd dette.

2. Kvinners kamp mot omskjæring

Filmen er rettet mot de som jobber mot omskjæring. Er støttet av OK-prosjektet og produsert av Dialog film 2003. Bestillingsnr. Q-0030-B

Dette er en film som handler om arbeidet mot omskjæring i Burkina Faso, og har fokus rundt et gateteater som prøver å bevisstgjøre folk om negative sider av omskjæring, ved å spille på humor og parodi og deltagelse fra publikum. Samtidig er det et intervju med skuespilleren Augusta, som mener at omskjæring ikke medfører noe godt og at en må slutte. Den inneholder informasjon om arbeidet mot omskjæring, om lov og straff, og det er individuelle beretninger om smerte som presenteres.

”Jeg var 7 år. To ganger klarte jeg å rømme. Etter omskjæringen flyktet jeg på sykkel. For å stoppe meg var det en som dyttet meg av sykkelen. Såret var ennå ikke grodd. De andre jentene som ble omskåret samtidig med meg, ble friske, mens jeg måtte pleies i 3 måneder. Når jeg tenker tilbake på dette, får jeg gåsehud. Tre - fire damer holdt meg nede. I dag er området rundt hardt. Jeg ønsket meg døtre, og jeg ville ikke at mine barn skal omskjæres. Men Gud har gitt meg sønner. Men ingen av mine barnebarn er blitt omskåret.”

En av informantene i filmen sier følgende: ”Hvis loven ikke var blitt endret hadde vi fortsatt som før. Vi må skifte synspunkt. Når elva skifter retning skifter krokodillene retning også.”

Vurdering

Denne filmen er annerledes enn de andre fordi den er tatt opp fra et afrikansk land og handler om andre tradisjoner enn den somaliske. Dermed utvider den våre forestillinger om problemet. Filmens budskap eller fortelling er først og fremst synliggjøringen av dilemmaet og verdikonflikten mellom generasjonene. Selv om mor ikke vil omskjære datteren, kan det tenkes at besteforeldrene tar seg til rette og gjør det. Dette er en kjent problematikk også blant somaliere. Filmene viser at det skal mye mot til for å bryte med tradisjonen, men den viser også at det er mange aktører i gang i Afrika som jobber mot omskjæring som en kan alliere seg med.

Filmene introduserer også en annen metode for å arbeide mot problematikken. Bruk av interaktivt teater, hvor publikum blir invitert inn for å skape endringer av fortellingene. De får si sin mening, ”skrive om stykket” for å gi det en annen slutt.

Filmene er nyttige fordi de introduserer den afrikanske kontekst, og viser at det arbeides mot omskjæring også der. Det gir en annen mening og ramme til den kamp mot omskjæring som skjer her i landet. Budskapet er utvetydig presentert.

3. Nå snakker vi sammen

En video produsert av Primærmedisinsk verksted i samarbeid med Likestillingssenteret og støttet av OK senteret. Bestilles hos PMV

Filmene er støttet av OK-prosjektet, men laget av Primærmedisinsk verksted i samarbeid med Likestillingssenteret. Den er bygget på en dansk film som heter ”Nå taler vi sammen” av Heller film Danmark i 2002.

Det er ingen veiledning og filmen er fragmentert med mange små intervjuer fra afrikanske kvinner som presenterer sitt syn på omskjæring. "Menneskene er viktigere enn kulturen". En imam hevder at omskjæring er "haram" og satans verk. Også bestyreren fra det somaliske senteret i Norge tar avstand fra tradisjonen. Filmen retter seg til miljøet og gir ulike perspektiver på omskjæring fra personer som er mot, men som snakker med kjærlighet og respekt for de menneskene som allikevel har denne tradisjonen. Det er bare somaliske aktører og somalisk språk. Filmen starter med å plassere problemstillingene innenfor menneskerettighetene, det vil si at den gis en ny begrunnelseskontekst som erstatter den konteksten som indirekte tas bort, nemlig tradisjons og religionskonteksten. Det å si ja til omskjæring hadde en tradisjonskontekst. Det å si nei til omskjæring har en menneskerettighetskontekst (ikke skade fysisk eller psykisk). Det krenker barn og kvinners rettigheter i tillegg til å utsette dem for traumer. Å si nei til omskjæring får også en ny type religionskontekst. En religiøs leder hevder i filmen at man ikke skal skade Guds skaperverk. Man skal lyde sine foreldre, men ikke så langt som å godta det når foreldre ber en om å skade Guds skaperverk ved omskjæring. Filmen er tydelig når det gjelder å belyse de helsemessige implikasjonene.

Vurdering

Det positive ved filmen er at det er mange ulike stemmer som på forskjellig vis kretser rundt filmens utvetydige budskap om at dette er galt og skadelig, og det finnes mange argumenter mot. Det viktigste ved filmen er kanskje at autoritetene, leger og religiøse ledere er så tydelig på det helsemessige og det religiøse aspektet. Religionen, islam, er ikke for omskjæring av kvinner, og dette blir uttalt av flere imamer. Dette blir derfor det positive budskap i filmen at menneskerettigheter trekkes inn og får en styrke sammen med en ny religiøs begrunnelse: man skal ikke skade skaperverket. Det er mot religionen, og mot Gud. Filmens styrke er at budskapet er klart.

4. Den brutte tausheten

Dette er en video som er ment som grunnlag for seminarer og gruppearbeid. Bestillingsnr. Q-1057 B

Filmen er inndelt i 7 deler:

1. Å forstå kvinnelig omskjæring
2. Kulturelle holdninger
3. Velvære
4. Seksualitet

5. Ambivalens
6. Lovgivning
7. Redskap i lovgivningen.

Presentasjonene i filmen er ment for hjelpeapparatet og viser konformitetspresset og hvor vesentlig det er for et pikebarn å være omskåret på riktig måte. Legen Nahid Toubia, anmoder hjelpearbeidere om å føle empati med foreldrene som foretar denne skikken. De gjør dette ut fra kjærlighet og konformitet. ”Vi må se dette fra denne synsvinkel, anbefaler hun ”regardless of our valuesystem”. Her ligger altså en oppfordring om å sette egne vestlige verdier til side og se praksisen fra deres verdier – gjøre et mentalt verdimesig paradigmeskifte. Hvorfor vil kvinnene skade seg selv? Jo, svarer hun, det er en måte å få makt på. Ved å gi bort et stykke av sitt ”flesh”, kan kvinnene forhandle om makt, posisjon og respekt. Jenter blir gift, og jenter får økonomisk trygghet. Hun omtaler omskjæring som: “Long embodied mental state where women have learned to negotiate for themselves by giving up part of their bodies. They have acquired new space to empower themselves.”

Dette perspektivet om å møte denne skikken med forståelse og med en helhetlig tilnærming blir også oppfordret av psykiateren Fatima Ali som hevder at de omskårede kvinnene har en like god seksualitet som kvinner som ikke er omskåret.

En annen dame i filmen, Adwoa Kwateng Kluwvitse, er opptatt av arbeidsmetodene for å forebygge omskjæring. Det må baseres på dialog med samfunnet og det må samarbeides med kvinnegrupperinger, familier, religiøse ledere og institusjoner. Hele samfunnet må bearbeides. Legen oppfatter at begrepet omskjæring er bedre enn lemlestelse fordi det ikke i tilsvarende grad støter de personer en skal ha dialog med. Hun mener at det er nødvendig med en lov som forbyr omskjæring, og at en må bruke de virkemidlene som loven gir. Man skal være forsiktige med å krenke de personer som gjennomfører omskjæring, og de som allerede er blitt omskåret.

Vurdering

Dette er en film ment for hjelpeapparatet som helse, - skole- barnevern og sosialtjeneste for å gi dem ideer og holdninger til problematikken. Spørsmålet en sitter igjen med etter å ha hørt de ulike innleggene i filmen er om de bidrar til handlingslammelse snarere enn handlingsdyktighet? Både direkte og indirekte ”argumenteres ” det for forståelse på mange ulike plan – alt fra at de omskårede faktisk har et fullverdig seksuelt liv – til at dette er en måte å få makt på.

Oppfordringen i programmet er at en i arbeidet med omskjæring av kvinner i innvandringsmiljøene ikke bare må jobbe individuelt, men endringene må følges hånd i hånd med endringer i resten av samfunnet. En må jobbe med alt. Det kan tenkes at budskapet i filmen blir for omfattende og så nyansert at en mister vilje til endring?

5.3.2 Spredning av filmene

Filmen *Kvinnens kamp mot omskjæring* er ifølge oversikt⁴⁸ produsert i 1000 eksemplarer og i løpet av tre år har 197 eksemplarer vært distribuert. OK-prosjektet har i følge oversikten selv distribuert 153, Bjerka flyktningsmottak har bestilt 20, men ellers har helsestasjoner, sosialkontor og asylsøker mottak bestilt filmen – hele 26 institusjoner fordelt over hele landet.

Retten til et fullverdig liv er produsert i 3000 eksemplarer, hvorav de første 200 gikk til OK og rett ut til informantene, og 155 videoer er distribuert.

Brutt taushet (videoversjon) er produsert i 1000 eksemplarer, og ifølge oversikten er det distribuert 257 videoer. DVD versjonen er produsert i 300 eksemplarer, og det er foreløpig ikke distribuert noe enkelt eksemplar til noen gjennom distribusjonssentralen, men OK-prosjektet har distribuert flere.

Vurdering

Det er fremdeles et stort potensiale når det gjelder å gjøre filmene kjent og distribuere dem til de ulike kommuner, skoler og helsetjenester. Det er tydelig et stort underforbruk av filmene, som en må rette opp i en eventuell videreføring av prosjektet

5.3.3 Foredrag

Det har vært holdt flere store seminarer og foredrag etter at handlingsplanen kom. I 2002 holdt en av medarbeiderne 35 kurs med foredrag over hele landet. I 2003 holdt hun mer enn 110 kurs rundt i kommunene rettet mot ansatte i asylinstitusjoner, helsepersonell, barnevern og ulike innvandringsgrupperinger i risikosonen, både kvinner og menn. I en oversikt over aktiviteter fra 2002 til 2004 fremkommer det at hun i denne perioden har holdt kurser hele 57 steder i Norge hvor totalt 8120 personer har vært til stede. Leder i prosjektet hadde også en omfattende reisevirksomhet til kommunene, samtidig som hun i hovedsak sto for produksjonen av den faglige kvalifisering av filmene og det skriftlige materialet. Medarbeiderne i prosjektet har

deltatt på konferanser nasjonalt og internasjonalt med innlegg. Medarbeiderne i prosjektet har også deltatt på studieturer med og uten innlegg i Danmark, Sverige, England, Australia, Kenya, Somalia, Somaliland, Djibouti, Etiopia, Burkina Faso og Tanzania.

Vurdering

Foredragsvirksomheten, kurs og seminarer har hatt en svært viktig betydning for å motivere lokale ildsjeler og til å sette problemstillingen på dagsorden i apparatet og i innvandrer målgruppen. Foredrag har i stor grad vært rettet mot helsepersonell, men også mot de berørte gruppene. Fordelen med foredrags- og kursvirksomhet er at en kan skissere problemstillingene mer direkte og således være effektiv i formidlingen. Man kan også spille inn materiale og kunnskaper inn i de pågående prosesser og aktiviteter som kommunene trekker opp.

5.3.4 Nettside

Noe av det første som prosjektet gjorde var å opprette en nettside. Den inneholder oversikter over mange forskjellige typer av informasjon: beskrivelse av selve OK-prosjektets målsetninger og metoder, beskrivelse av helsemessige konsekvenser av omskjæring, informasjon om pågående og kommende aktiviteter, kontaktinformasjon til sykehus hvor en kan bli gjenåpnet, linker til ulike internasjonale organisasjoner og NGO'er. Den har både en somalisk og en engelsk side. Den er ikke interaktiv og inneholder ikke chatterom, noe som kunne vært en ide. Når vi ser på oversikten over treff ser vi at det er en omfattende bruk av OK-prosjektets nettside. Det er mest treff på den norske siden, men den somaliske siden brukes også ganske aktivt. Den engelske siden er sjeldent brukt.

Tabell 5.2 *Bruk av OK-prosjektets nettside*

	Profile Rankings by Hits (1-3) / 3 2004 -2005	Hits	Percent
1.	www.okprosjekt.no	385 338	79,77%
2.	somali.okprosjekt.no	93 664	19,39%
3.	english.okprosjekt.no	4 059	0,84%
View Total:		483 061	100,00%
Total:		483 061	100,00%

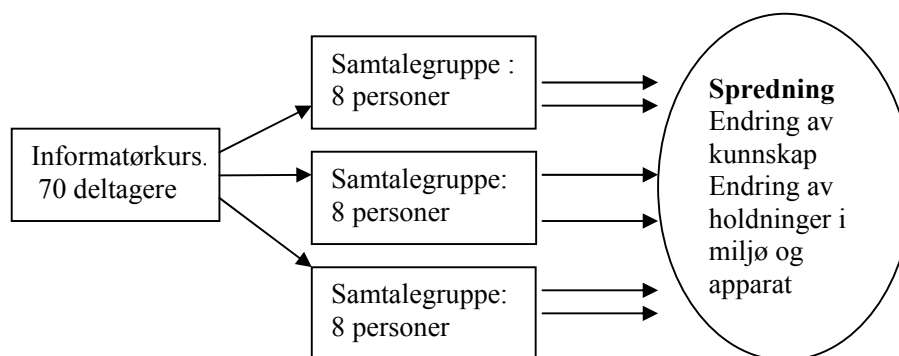
5.3.5 Informatørkurs og samtalegrupper

Informatørkursene og samtalegruppene utgjør kjernen av de aktiviteter som OK-prosjektet har drevet. Informatørkursene er inspirert av en svensk modell, mens samtalegruppene er inspirert av Karstein Huneides arbeide med prosjektet International Child Development Programme (ICDP).

I 2003/2004 arrangerte OK-prosjektet et informatørkurs med 36 deltagere fra hele landet og det ble drevet 13 samtalegrupper. Høsten 2004 holdt OK-prosjektet informatørkurs med 24 deltagere og det ble holdt 12 samtalegrupper.

Til sammen har ca 70 personer deltatt på informatørkurs. Hovedideen bak informatørkursene er at det skal trenes opp veiledere og gruppeledere som skal drive samtalegruppene. Gruppelederen skal rekruttere inn deltagere til samtalegruppene og skape nettverk. I disse samtalegruppene skal det informeres og debatteres rundt et bredt spektrum av tema, men sentralt i disse temaene skal omskjæringsproblematikken ligge. Ved informasjonsspredning på denne måten skal en få til holdningsendringer. Samtalegruppene som drives over åtte ganger med gjennomsnittlig åtte deltagere. Målet er gi informasjon, og å oppnå holdningsendringer og skape ringvirkninger av den informasjon og holdninger som formidles i tillegg til å skape trygghet og omsorg.

Figur 5.2 Modell for informatørkurs og spredning av informasjon



Fem studenter ved Humanistisk prosjektsemester ved Universitetet i Oslo tok på seg å evaluere samtalegrupper i OK prosjektet høsten 2004 i forbindelse med et prosjektarbeide på Universitetet⁴⁹. De fem studentene fulgte fire samtalegrupper, og intervjuet 16 deltagere fra slike samtalegrupper. I tillegg intervjuet de 4 gruppeledere og 4 veiledere. I tillegg ble flere helsestasjoner kontaktet hvor slike kurs har vært holdt.

Konklusjonen av evalueringen er at informatørkursene og samtalegruppene har fungert utmerket og at det foreslås å videreføres. Deltakerne uttrykker stor tilfredshet og begeistring. Det har styrket motstand mot omskjæring og har fått positive ringvirkninger. Kvinner har fått kunnskaper om forplantning, fødsler og seksualitet som de ikke har hatt tidligere.

Det er imidlertid enkelte vanskeligheter som blir nevnt i studentenes rapport:

- Det er stort sett de som allerede er mot omskjæring, som er med på kursene, og det har vært vanskelig å nå frem til de som er for omskjæring.
- Det oppstår språkproblemer underveis.
- Det er ikke alltid sikkert at informantene svarer det de egentlig mener, ettersom temaet er sensitivt
- Det er et stort skifte av personell fra gang til gang, og liten stabilitet i oppmøtet.
- I tilfeller hvor en har prøvd å rekruttere deltagere ved å fremheve omskjæring som det temaet som skal diskuteres, har det vært vanskelig å rekruttere deltagere. Når en har tonet ned hovedtemaet og lagt vekten på andre sider slik som integrering, seksualitet og fødsler har interessen for å delta vært større.
- Veilederne har mer tydelig enn gruppelederne engasjert seg og brukt tid og ressurser på oppfølgings og informasjonsvirksomhet., derfor er det om mulig større ringvirkninger ved helsetjenestene, men det er få aktuelle helsesentre som har merket en øket henvendelse fra omskårede kvinner det siste året.
- Flere av kvinnene, og det gjelder også gruppelederne, har unnlatt å fortelle sin familie og ektemenn om kursene de har tatt del i. Dette viser at det kan være vanskelig å snakke åpent om temaet slik at en får til de ringvirkninger en ønsker.

Evalueringen viser at motstanden mot å diskutere temaet, er stort, selv når en anvender det minst avskrekkende begrep 'omskjæring', i stedet

for 'kjønnslemlestelse'. En må lokke deltagerne til kursene ved å fokusere på et bredere tema. Et annet problem gjelder dette med ringvirkninger. Hvis kvinnene holder tilbake informasjon, blir spredningseffekten mindre. Et tredje problem gjelder varig effekt og fordypet effekt over tid. Åtte uker er ikke tilstrekkelig til å få til en dyp holdningsendring, spesielt ettersom temaet rundt kvinners underliv, fødsler og 'omskjæring' bare fokuseres på to av de åtte gangene, mens resten av tiden går til å diskutere integrering. Når kvinner bare så vidt er innom samtalegruppene, og bare sporadisk, og kanskje ikke på de to kveldene hvor omskjæring virkelig diskuteres, vil effekten være mindre enn det en får inntrykk av gjennom det tallfestede antallet. Servering og et bredt anlagt opplegg, virker imidlertid som den beste måten å rekruttere damer til et sensitivt og vanskelig tema hvor det er mye motstand. Men ettersom det nå er lettere å diskutere omskjæring kan en muligens fokusere problemene mer, eksempelvis gå over til fire kursdager hvorav kvinners helse diskuteres på tre eller fire av dem.

Vurdering

Til tross for de negative aspektene som studentene har redegjort for, holder evaluator dette konseptet med samtalegrupper som å være meget godt. Det virker integrerende fordi helsepersonell og kvinner fra miljøene samarbeider om å informere om dette temaet. Opplegget får også autoritet fordi fagfolk er deltagere. Det skaper nettverk og virker motiverende og støttende i kampen mot omskjæring. Fra våre egne intervjuer fikk vi et inntrykk av at samtalegruppene ikke var preget av konflikt, selv om det var ustabil oppmøte. Vi tror også at en godt kan servere mat og gjøre anledningen positiv, nettopp fordi temaet er tungt og trist.

Vi mener imidlertid på bakgrunn av intervjuene at institusjonaliseringen av samtalegruppene har vært noe mangelfull ettersom en har valgt å basere seg på snøballmetode og uformelle nettverk. Denne metoden synes å ha fungert effektivt og hatt positive konsekvenser, og en har lånt autoritet og velvilje fra medarbeiderne i prosjektet til å bygge nettverkene. Men vi kan også anta at nettverk bygd på denne måten kan bli noe ustabil, og at en formalisert forankring av samtalegruppene til de nasjonale organisasjoner og menigheter sammen med kommunene (kanskje kommunehelsetjenesten) ville ha vært en mulighet. Et annet grep vil være å forankre disse gruppene til introduksjonsprogrammet også i kommunene.

5.3.6 Skriftlig materiale

Veiledningsheftet til informatørkurset

Veiledningsheftet er en 50 siders instruksjon med et mangfold av temaer. Det er bygget opp rundt 8 møter og er en oppskrift for planlegging og drift av møtene, med beskrivelser av rollefordelingen mellom veileder, gruppeleder, evt tolk og deltagere. Dette er en meget nyttig beskrivelse av møteledelse, en innføring i demokrati. Heftet inneholder en detaljert tidsplan hvor strukturer for møtene foreslås med tidsanvisninger. I tillegg går heftet inn og diskuterer noen av de temaene som skal taes opp på møtene.

Språket og temaene er rettet mot et mer akademisk publikum.

Uansett er dette et nyttig arbeide som har en generell anvendelse. Omskjæring kommer inn som tema midt i programmet og kan diskuteres over fire ganger direkte og indirekte, dvs. at det kan ha mer plass enn det som veiledningsheftet tilsynelatende gir rom for. Dette indirekte fokus har vært et pedagogisk grep som var nødvendig på bakgrunn av vår kunnskap om motstanden i målgruppen. Men ettersom det har skjedd endringer blant annet som et resultat av OK-prosjektets arbeide kan det være mulig å korte ned tiden.

Brosjyre 1: ”Vi er OK”

Brosjyren retter seg mot kvinner som er omskåret, men utformet med unge jenter som står i fare for omskjæring som utgangspunkt. Den gir en oversiktlig informasjon om anatomi, typer av omskjæring, medisinske komplikasjoner og konsekvenser på kort og på lang sikt. Enkelte argumenter for omskjæring som er vanlige i miljøene presenteres, og det gjøres forsøk på å motbevise dem. Deretter blir mot-argumentene presentert. Enkelte ressurspersoner i det somaliske miljøet i Norge blir sitert, slik som poeten Hassan Sheekh Mumin, Asha Barre, Issaka Sawadogo, Safia Yussuf Abdi.

Vurdering

Det en kanskje kan etterlyse i brosjyren, er informasjon om straff ved lovbrudd. En undrer seg også over utsagn som: ”Omskjæring fjerner ikke seksuell lyst, for lysten sitter i hodet og i fantasien”. Dette er et argument som prosjektet retter mot de som utøver omskjæring. Målet er å svekke et av hovedargumentene for å vedlikeholde tradisjonen – nemlig fjerning av seksuell lyst. Når omskjæring ikke fjerner lyst kan det være like greit å slutte med det, slik er argumentet ment å virke på mottakerne av budskapet. Men for et annet publikum kan setningen fortolkes som en trivialisering av omskjæring, og lede til den motsatte

konklusjon – man kan like gjerne fortsette med omskjæring fordi den seksuelle lyst ikke endres.

Brosjyren inneholder mye tekst, og er kanskje litt lang, men ellers meget informativ for de som tar seg tid til å lese den. Den inneholder informasjon om at infibulasjonen kan åpnes, men det burde kanskje vært et telefonnummer til lege, klinikk eller sykehus hvor en kunne henvende seg.

Brosjyre 2: ”Hvorfor”

Dette er et 40 sideres hefte som inneholder en omfattende informasjon om omskjæring, med bilder og illustrasjoner som demonstrer anatomien til kvinnene og viser hvilke negative konsekvenser omskjæring kan få på de naturlige fysiske prosesser. Hftet er faktabasert, og svarer på mange spørsmål som en omskåret kvinne kan stille om smerter, plager, åpning, fødsel, seksualitet og graviditet. Hftet er ment å være en støtte i samtaler mellom helsepersonell og kvinner som er omskåret. Det er testet ut på målgrupper, og kom i 2004.

Vurdering

Det er et meget innholdsrik hefte som er klart i sitt budskap om alle de negative helsemessige konsekvenser av omskjæring, og nødvendigheten av å få en slutt på denne type lidelse. Den burde innholdt adresser og telefonnummer til leger, klinikker og sykehus hvor en kan få hjelp.

Håndbok for helse- og sosialarbeidere, pedagoger og ansatte i mottak: ”Omskjæring av jenter. Kunnskap for forebygging og omsorg.”

Denne boken er fremdeles i manusversjon, og er ennå ikke på markedet når evalueringen skrives. Det er en 200 sideres oppslagsbok for ulike yrkesgrupper innen apparatet som kan komme i kontakt med unge jenter som enten er omskåret eller som står i fare for å bli omskåret. Avvergesels- problematikken får sterkere fokus i dette produktet enn i noen av de andre. Første del av boken utgjør en generell informasjon om omskjæring som problem og utbredelse. Den siste del av boken er viet oppfølging og avvergelse. Det er et eget kapittel rettet mot helsevesenets arbeid, mot barnevernet, sosialtjenesten og skolens arbeid mot omskjæring. Til hver av disse yrkesgruppene gis det også en kortfattet vurdering og tiltaksliste.

Vurdering

Fordi boken ikke er kommet ut og har vært anvendt ennå, kan en ikke evaluere effekt, men allerede kan en si at dette er et meget nyttig arbeide som det har tatt OK-prosjektet nødvendig tid og ressurser å utarbeide. Boken er praktisk og tar hensyn til de enkelte yrkesgruppes forutsetninger i arbeidet med denne problematikken.

Annet skriftlig materiale

Helsedepartementet har produsert en liten brosjyre i miniformat som omhandler den norske loven, som OK-prosjektet distribuerer. Den er produsert på flere språk, og er lett, hendig og nyttig, og passer til utdeling på gata, apoteket eller venteværelset. I tillegg er det laget en liten "flyer" som beskriver OK-prosjektet med beskjed om at omskjæring er unødvendig, skadelig og ulovlig. Stå sammen og si Nei!

Det er også laget en tegneserie på somalisk : "Ma waajib baa in gabdhaha la gudo". Tegneserien er laget til store barn/ og er produsert i Finland av en somalisk kvinnelig lege. Det finnes også en brosjyre rettet mot menn som er under produksjon på ettertid, og som en ikke har kunnet evaluere.

5.3.7 Spredning av det skriftelige materialet

Prosjektet har produsert en imponerende mengde av skriftlig materiale til bruk for de grupper som praktiserer omskjæring, til bruk for apparatet⁵⁰. Den somaliske versjon av "Vi er OK" har hatt 230 bestillinger og 5000 eksemplarer er sendt ut fra sentralt hold. Det er i hovedsak helsestasjoner som har bestilt brosjyren (90 bestillinger). Rundt 70 kommer fra ulike kommuner i landet. Bare en somalisk organisasjon har bestilt brosjyren ut av 3 innvandrersorganisasjoner, mens 17 skoler og 13 mottak har bestilt den. Den engelske versjonen av 'Vi er ok' er distribuert med 3540 eksemplarer til 160 ulike adresser, hovedsakelig til helsestasjoner. Den somaliske versjonen av "Vi er OK" er bestilt med 230 ordre som bl.a. fordeler seg til 88 helseforetak, 17 skoler, 13 asylmottak og 61 flyktningekontor. Til sammen er det distribuert rundt 5000 eksemplarer av den somaliske versjon.

Videoen "Brutt Taushet" er bestilt av 42 kommuner, og 172 eksemplarer er distribuert. Også her er det kommuner og legekontor som står for bestillingene.

Videoen "Kvinnens kamp mot omskjæring" har hatt tre bestillinger og det er i hovedsak kommuner, sykehus og helsestasjoner som har mottatt eksemplarer. Tre undervisningsinstitusjoner slik som Gloppen opplæringscenter, Strindheim Skole, Sagelva voksenopplæringscenter og Tonsenhagen Skole har bestilt videoen det siste året.

Når det gjelder veiledningsheftet, og heftet "Hvorfor", er det ikke ført statistiske oversikter over spredning, men etter det vi vet er veiledningsheftet spredt til alle som har deltatt på informatørkursene.

Allikevel er det stort behov for en videre oppfølging av dette mangfold av materiale som OK-prosjektet har produsert i de tre årene som det har eksistert.

5.3.8 Andre brede tiltak

Integreringstiltak

I Oslo har prosjektet hatt en egen sosialrådgivning rettet mot somaliske menn, men også kvinner. Målet var å tilnærme seg miljøet gjennom andre virkemidler enn omskjæring, bl.a. ved å ta opp livsproblemer som arbeidsløshet, bolig, norskundervisning, meglings og konfliktløsning. En somalisk sosionom utførte sosialrådgivning i Oslo noen timer i uken og satt på kafeer, moskeer og andre møteplasser hvor han delte ut informasjon og ga veiledning på en uformell måte. Fra 2002 til 2004 var arbeidet rettet spesielt mot tre somaliske organisasjoner: Pundtland, Mandeeq og Somalisk Velferdsforening. 46 personer benyttet seg av tilbudet, og av disse var trettitre menn og tretten kvinner. Av temaer og henvendelser som ble tatt opp, var det 12 saker som omhandlet bolig. Bare 5 saker omhandlet helse og psykiske problemer. I følge prosjektets programteori har det vært vesentlig å bygge opp tillitt til miljøene, og denne brede tilnærmingen, kan derfor forstås som et ledd i denne tillitsbyggingen.

Månedlige veiledningsmøter

Hver første tirsdag i måneden var det åpne veiledningsmøter i lokalet hvor OK-prosjektet hadde sine kontorer. På disse møtene kunne personer i apparatet møte opp og stille faglige spørsmål om tematikken. I begynnelsen kom det mange og det var en stor interesse, spesielt fra skolene. Det kom helsesøstre og jordmødre og leger. Møtene kunne vare mellom 2,5 til 3 timer. Det synes imidlertid som om det har vært vanskeligheter med å opprettholde interessen for møtene. Skolehelsetjenestene var mest til stede, mens barnevernet møtte opp i mindre grad enn ønsket. Det var vanskelig å få dem

interessert i denne problematikken spesielt. ”De har så mye annet å tenke på.” Dessuten kommer barnevernet i kontakt med problematikken først når den er en del av anmeldte saker (mer om dette i kapittel 7)

Telefonisk rådgivning

OK-prosjektet hadde åpningstid mellom klokken 9 – 16 hver dag, men medarbeiderne satt ofte lengre. I denne tiden var de tilgjengelige til å svare på hvilket som helst spørsmål.

Ressursgruppen

Det ble dannet en ressursgruppen består av 50 personer som har deltatt på to samlinger hvor omskjæringsproblematikken har vært diskutert. Det første møtet ble holdt 15 november 2001. Dette var et idemøte med heldagsseminar og arbeidsgrupper. De fleste som møtte opp kom fra Oslo. Neste møte var 18 juni 2003, hvor bare noen få personer møtte opp (under 20 personer), og ingen kom langveisfra. Ressursgruppen har dessuten vært brukt som et reservoar av fagpersonell som en har tatt i bruk etter behov, og innlemmet som veiledere etter hvert som en fikk bruk for dem.

Ressursgruppen kunne nok vært trukket mer inn. Den besto av fagpersonell både med norsk etnisk bakgrunn, men også av fagpersonell og medlemmer fra enkelte innvandrersorganisasjoner. Ved bruk av ressurspersonene kunne en også forankret samtalegruppene i organisasjonene.

Økonomisk støttevirksomhet

OK-prosjektet har også bevilget støtte til lokale prosjekter som har villet sette fokus på omskjæringsproblematikk. I 2003 ble det fordelt 778 000 kroner til slike ulike lokale initiativ og arrangementer. Prosjektet har vært noe ambivalent til denne oppgaven. Det lå ikke i kortene da de startet at de skulle drive med denne type virksomhet, og i begynnelsen støttet de så godt som alle saker for å vise velvilje. Det var ofte små tiltak. De fleste tiltakene virket positive, men summene til mat og underholdning var i begynnelsen for store slik at de kuttet ut etter hvert å støtte det sosiale.

Studieturer

Prosjektets medarbeidere har deltatt på forskningskonferanser om temaet. De har deltatt i forskernettverket INTACT, med deltakelse på konferanse i Egypt, studieturer til Danmark og Sverige. Studieturer til somaliske områder som Kenya, Somalia og Somaliland, studietur og fagkonferanse i Australia, England og Addis Abeba. Slike turer har

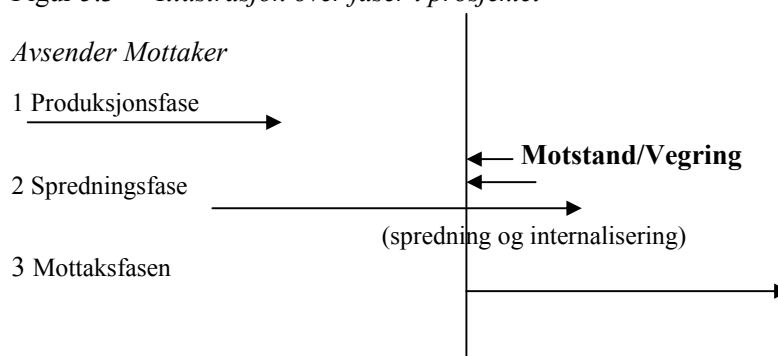
vært viktig blant annet for å lære av erfaringer i andre land, og for å bli realitetsorientert i forhold til opplysninger som berørte informanter kom med her. Blant annet har flere somaliere opplyst at omskjæring har opphørt å eksistere i Somalia. Gjennom diskusjoner med fagfolk på stedene kunne slike feilinformasjoner bli korrigert.

5.4 Konklusjon

På bakgrunn av at prosjektet i gjennomsnitt har hatt 3,5 fulle stillinger kan en konkludere med at det har vært utført et omfattende arbeide i prosjektet med høyt tempo, stor produksjon og med en stor grad av gjennomføringsevne i forhold til de tiltak som er satt i gang.

Det er produsert flere filmer og en stor mengde med skriftlig materiale, på norsk engelsk og somalisk. De tre første årene av prosjektet kan beskrives som produksjonsår hvor ideer, konsepter og produkter er utformet, prøvet ut og avsluttet. Produksjonsfasen består også av prøving og feiling, og justeringer. Eksempelvis mener vi at en av filmene var mer uklar i sitt budskap enn de andre filmene. Illustrasjonen nedenunder viser at det har vært overlapp mellom produksjonsfasen og spredning. Flere brosjyrer ble produsert det første året, og likeledes ble arbeidet med samtalegruppene startet i 2002. Gjennom samtalegruppene har en spredt kunnskapen. Arbeidet med håndboken rettet mot apparatet er blitt noe forsinket og enda ikke utgitt (april 2005) slik at spredningseffekten av denne kan derfor ikke måles. Men den representerer et skritt videre ettersom den i hovedsak fokuserer på avvergelsesplikten

Figur 5.3 *Illustrasjon over faser i prosjektet*



Filmene inneholder både sympati for målgruppene og har et klart budskap om at omskjæring er skadelig og medfører smerte for de

kvinnene som har opplevd det. Denne empatien for ofrene og det klare budskap om at dette er en tradisjon som en må motarbeide, er nødvendig. Jo klarere og mer entydig budskap, desto bedre, og det synes som om det har vært en bevegelse i prosjektet mot større modighet og klarhet. Dette vil være en normal utvikling for de fleste prosjekter, nemlig at en utvikler trygghet på egen identitet fra en posisjon hvor en først er usikker og prøvende. Dette samsvarer med våre intervjuer av helsesøstre som beskriver sin egen utvikling i forhold til temaet som en prosess; fra usikkerhet til trygghet, fra vakling til modighet..

Filmene presenterer faglige og religiøse autoriteter fra miljøene i Norge og fra Afrika som er imot omskjæring, et grep som vil kunne stimulere holdningsendringer. En kunne imidlertid nyttiggjort seg de religiøse autoritetene, og fagpersonen i miljøene i enda større grad, låne deres tillit og autoritet for å skape legitimitet om behovet for holdningsendringer.

Det virker dessverre som om det er et stort underforbruk av filmene som må rettes opp i videreføringen av prosjektet. Dette betyr at spredningsarbeidet må styrkes.

Det har vært en stor foredrags, kurs og seminarvirksomhet som vi skal se nærmere på effektene av i kapittel 7.

Det har vært nødvendig å produsere det skriftlige materialet for å fore apparatet med kunnskap og informasjon. Innholdet i det skriftlige materialet er omfattende og grundig. Det kan tenkes at det er vel mye tekst i enkelte brosjyrer og hefter som antagelig vil være mer nyttig for hjelpeapparatet, enn for kvinner som snakker dårlig norsk. Bruk av eventyr og teater kunne ha hatt et noe større omfang i forhold til barn og unge. En kunne også ha benyttet enda flere illustrasjoner i brosjyrene for å vise variasjon av uheldige konsekvenser av omskjæringen. Men vurdert ut fra den tiden som har vært til rådighet for prosjektet virker det som om prosjektet har utført en imponerende kunnskapsproduksjon hvis spredning og konsekvenser vi bare så vidt ser begynnelsen på.

Gjennom samtalegruppene er det gjort et organisatorisk grep for å ta temaet opp til debatt og spre kunnskap. Helsepersonell sammen med innrekrutterte lokale aktører har vært skolert ved hjelp av skriftlige materiale til å drive diskusjonsgrupper med muntlig fremstilling og problematisering av et vanskelig felt til bredere grupper. Gjennom disse prosessene vil budskapene ikke bare spres, men også kunne internaliseres, spesielt av gruppelederne. Gruppeledere fra de etniske miljøene som får ansvar sammen med veileder for å informere og spre

fakta og holdninger om problematikken, vil gjennom hver gruppeprosess bli styrket i sine holdninger og sine kunnskaper. Kunnskapen vil kunne internaliseres, som igjen vil føre til økt motivasjon til å ta opp problemstillingen med andre i miljøet. Disse prosessene vil styrke gruppeledernes evne til å møte motstand på en saklig og overbevisende måte, samtidig som at prosessene vil spre informasjonen.

Det er imidlertid ikke sikkert at de ordinære deltagerne på gruppesamtalene vil internalisere kunnskapen på samme vis som gruppelederne. Det eksisterer motstand, begrunnelsessystemer og belønningssystemer som gjør at en ikke vil forandre sin holdning så raskt, spesielt hvis en i utgangspunktet er for omskjæring. Derfor vil det ikke være tilstrekkelig å ta del i et seminar, men det må følges opp med flere seminarer, og pågående kampanjer inn i miljøene.

Samtalegruppene virker både inn mot de etniske miljøene og opp mot apparatet slik at begge målgruppene nås og får øket sin kompetanse. I de neste kapitler vil vi se nærmere hvordan dette har fungert.

6 Målgruppens tilfredshet og motstand

I dette kapitlet skal vi ta utgangspunkt i en av målgruppene som har vært sentral for OK-prosjektets arbeide – nemlig det somaliske miljøet i Oslo. Vi vil vurdere i hvilken grad informasjonen fra OK-prosjektet er nådd frem til dem, og hvordan denne informasjonen har vært mottatt. Vi vil diskutere eventuelle holdningsendringer, vurdere OK-prosjektets legitimitet og støtte i miljøet, samt vurdere hvilke metoder som synes å ha virket mest hensiktsmessig i forhold til å føre til holdningsendringer.

Det empiriske grunnlaget for vår fremstilling og vurdering av målgruppens tilfredshet og motstand består av intervjuer, spørreskjema og seminardiskusjoner.

1. Det har vært holdt to gruppeintervjuer med somaliske kvinner som har vært kort tid i Norge og går på norskundervisning på Rosenhof Voksenopplæring ved Lakkegatafilialen.
2. Spørreskjema som ble fylt ut av 32 respondenter (kvinner og menn, unge og eldre).
3. Gruppediskusjoner og plenumsdiskusjoner med 46 informanter som deltok på et dagsseminar om omskjæring som vi arrangerte blant somaliere i Oslo.

Gjennom disse metodene forsøkte vi å gjøre dypdykk inn i ulike somaliske miljøer, og teste hvilke holdninger som fantes til omskjæring, hva de visste om OK-prosjektet, og hvordan eventuelle tiltak de hadde kommet i kontakt med hadde fungert. Til sammen har vi i løpet av evalueringen snakket med 67 somaliske kvinner og menn. Samtlige av disse har uttrykt at de er imot omskjæring.

Vi vil behandle disse datasettene hver for seg, men først vil vi si litt om motstandsproblematikk.

6.1 Motstand mot omskjæring i miljøene

Antropologen Melford Spiro⁵¹ skiller mellom fire internaliseringsnivåer hvorav det siste nivået er det dypt motiverende, mens det første nivået er overfladisk og klisjepreget. Innvandrere som i sitt nye samfunn møter andre verdier enn de er vant med fra sitt hjemland, kan lære om disse nye verdiene og relatere seg til dem som en slags klisje. Dette kan for eksempel gjelde ideer om likestilling og ideer om at omskjæring er moralsk forkastelig. På det første nivå kan en lære å slutte seg til at likestilling er riktig og at omskjæring er feil, og ved konformitet uttale ”de riktige holdninger”, uten at disse holdningene, når det kommer til stykket, er veldig dypt internalisert og motiverende. Når en kommer i en press-situasjon, som når en bestemor på ferie i Somalia insisterer på at barnebarnet må omskjæres, kan det tenkes at personen som egentlig er prinsipielt imot omskjæring, ikke helt har internalisert sin motstand så dypt at motivasjonen til å kjempe mot bestemorens vilje, er tilstrekkelig til stede. Slik sett kan en få flere utsagn om motstand mot en tradisjon som ikke reflekteres i de reelle handlinger. Det kan resultere i at det blir flere omskjæringer enn det en skulle tro fra folks utsagn om sin egen mening og motstand. Det kan skyldes at den indre motstanden mot omskjæring ikke nødvendigvis er sterk og motiverende nok, og når en settes under press, så vinner presset fra de andre som ønsker at omskjæring skal skje.

Dagen etter at vi hadde hatt et gruppeintervju med de somaliske kvinnene på Lakkegata-filialen, der alle hadde uttrykt at de var imot omskjæring, fortalte en av lærerne at en kvinne som hadde vært til stede hadde kommet frem til henne og fortalt at hun egentlig var for omskjæring. Dette støttes av uttalelser fra andre informanter som på ulike måter arbeider i eller med de afrikanske miljøene; at det i en del tilfeller kan være vanskelig å vurdere om det de sier er uttrykk for det de mener. I intervjuer med de somaliske helsearbeidere var det flere som bekreftet at de hadde opplevd at personer som offentlig kunne si at de var imot omskjæring, egentlig kunne være for omskjæring. Også medarbeiderne i OK-prosjektet hadde opplevd at personer som uttalte seg imot omskjæring, i neste øyeblikk kunne si at de var for en lettere versjon av omskjæring, det som kalles for sunna-omskjæring. Dette kan bety at enkelte av de berørte personer kan operere med et snevert omskjæringsbegrep som bare inkluderer infibulasjon, og når de sier at de er imot omskjæring – er det infibulasjon de tenker på, mens de faktisk kan støtte og være for ”sunna-versjonen” – altså ”ta bare litt”.

Det er vanskelig, for ikke å si umulig, å teste den grad av overbevisning som målgruppen har om sin motstand mot omskjæring. Vi har ikke kunnet finne ut av om det er samsvar mellom det folk sier at de vil gjøre, og det de faktisk gjør, eller kan komme til å gjøre. Av metodiske begrensninger, og også av tidsbegrensninger, har vi måttet forholde oss til de svarene vi fikk som meningsuttrykk som reflekterer de reelle holdninger. Men vi må likevel ha i mente at det kan være større motstand mot holdningsendringer, og mer støtte til omskjæring enn det vi kan få inntrykk gjennom dette materialet.

6.2 Gruppeintervjuene ved Lakkegatafilialen

Somaliske kvinner, både de som nylig er kommet hit, og de som har bodd her lenge, uttaler seg som motstandere av omskjæring. Nedenunder kommer en presentasjon av de resultater som gruppeintervjuet ved Lakkegatafilialen resulterte i.

Tabell 6.1 *Utsagn fra informanter*

Utsagn fra informant	Informantens Alder	Gift/ugift informant	Hvem har du hørt om lov mot Omskjæring fra?
Omskjæring er ikke bra.	25	Ja	Medarbeider i OK
Jeg synes ikke det er bra. Jeg er enig med den første.	35	Ja	Medarbeider i OK
Når jeg får barn vil jeg ikke omskjære dem. Jeg vil også hindre at andre prøver å omskjære dem.	27	Ja	Venner
Omskjæring er ikke bra.	17	Nei	Nei
Det er ikke bra for helse og heller ikke for religionen. Vi får problemer med samleie, føde barn, menstruasjon.	19	Gift	Nei
For barnas skyld synes jeg ikke vi bør gjøre dette.	27	Ja	Norsk mann
Jeg personlig har hatt mange problemer med dette, og vil ikke gjøre det mot mine egne barn.	22	Skilt	Somaliske venner
Dette er ikke bra å gjøre.	32	Gift	Medarbeider i OK
Myndighetene behøver ikke å bry seg.	23	gift	Nei
I det somaliske miljøet har man gradvis bestemt at man ikke skal gjennomføre omskjæring.	33	gift	Somalier
De fleste somalierne har skjont at det ikke er bra med omskjæring. Det har vært nok omskjæringskampanjer. Man må stoppe med dette nå.	38	gift	Nei

Jeg har ikke hørt om omskjæringskampanjene av norske myndigheter.	26	gift	Nei
Vi har fått nok informasjon om dette. Mange har skjont at dette er galt. Foreldre føler skam og har bedt om tilgivelse. Vi vil fortsette å gi informasjon om dette på egen hånd.	55	skilt	Nei

Som vi ser uttaler disse motstand mot omskjæring. De snakker om sine egne negative erfaringer, og referer til det faktum at det somaliske miljøet har bestemt seg for ikke å fortsette med tradisjonen. Disse kvinnene er ikke med i organisasjoner og må antas å reflektere holdninger til kvinner som ikke er godt integrert i samfunnet ettersom mange av dem ikke snakket godt norsk, hadde vært kort tid i Norge og var avhengig av tolk. Allikevel var deres motstand mot omskjæring meget klart uttrykt. Tre av disse hadde fått informasjon og kunnskap om omskjæring fra OK-prosjektets medarbeidere. Det virket imidlertid som om fem av kvinnene manglet kunnskap både om loven mot kjønnslemlestelse og strafferammene. Uansett virker det som om informasjonen fra OK-prosjektet har truffet flere av dem.

6.3 Presentasjon av data fra spørreskjemaundersøkelsen

I vår spørreskjemaundersøkelse i det somaliske miljøet (kvinner og menn) ble det bedt om svar på følgende spørsmål: *Har du fått informasjon om omskjæringsproblematikk fra personer i det norske samfunnet?* Hele 56 % svarte at de hadde fått informasjon fra en somalisk bekjent. 2 av 32 informanter hadde fått informasjon fra fastlege, 3 personer oppgav at de hadde fått informasjon om omskjæringsproblematikken fra helsesøster, 6 personer var informert av en lærer, og to personer hadde fått informasjon fra en flyktingekonsulent. Bare en hadde hørt om omskjæringsproblematikk på flyktingemottaket.

Hele 71 % av deltagerne svarte imidlertid at de hadde hørt om OK-prosjektet. Enkelte har deltatt på samtalegrupper, mens ingen hadde sett eller hadde fått brosjyrer fra OK-prosjektet gjennom apparatets tradisjonelle kanaler.

Tabell 6.2 *Antall personer som har hørt om OK, og sett brosjyrer fra hvor*

Spørsmål	Ja	Nei
Har du hørt om OK-prosjektet?	23	9
Har du sett brosjyre?	18	14
Fikk brosjyre hos bekjent?	8	24
Så det på Informatørkurs?	3	29
Så det på helsestasjon	0	32
Så det på sykehus	0	32
Så det på skolen	0	32
Så det på sosialkontoret	0	32
Så det hos flyktningekontor	0	32
Så det på apotek	0	32
Så det hos fastlegen	0	32

Flere hadde hørt foredrag fra medarbeidere i OK-prosjektet. 13 personer hadde hørt foredrag fra Safia Yusuf Abdi, 8 hadde hørt Barlin A. Farah snakke om omskjæring, og 7 personer hadde hørt på foredrag av Elise B. Johansen. Det var stor overlapp slik at de som hadde hørt foredrag fra den ene i prosjektet, hadde gjerne hørt foredrag fra andre personer i prosjektet også. Det betyr at innenfor den somaliske målgruppen har OK-prosjektets informasjonsstrategi virket, og hatt en spredningseffekt. Enkelte nøkkelpersoner er godt informert og har hørt foredrag om de helsemessige konsekvensene av omskjæringen fra flere foredragsholdere. Disse vil da kunne fylle sin rolle som budbringere og kunne spre informasjon om negative helsemessige konsekvenser av omskjæring. Det er den muntlige formidlingen av problematikken som synes å ha virket best i forhold til denne målgruppen. Men som vi har sett, mye av den muntlige presentasjonen hviler på det skriftlige produserte materialet.

De som har mottatt skriftlig materiale i form av brosjyrer, synes å ha mottatt den via bekjentskaper og personlige nettverk, heller enn gjennom de offentlige kanaler hvor ingen synes å ha sett eller lest materialet. Men det kan være annerledes på ungdomsskoler der helsesøstrene utdeler brosjyrer til unge jenter.

6.3.1 Respekten for kvinner som ikke er omskåret

I spørreskjemaet som ble utdelt var det flere spørsmål som gikk på holdninger. De handler om respekt for kvinner, om muligheten for å bli gift hvis man ikke er omskåret, og om hvorvidt kvinner som er

omskåret får psykiske problemer og trenger hjelp. I miljøet er det store sprik og uenighet om disse forhold. Som vi ser er det et flertall (11 stykker) som gir uttrykk for at omskårede kvinner får mer respekt i miljøet enn de som ikke er omskåret, mens 7 stykker er uenig. Disse tallene som er basert på et lite strategisk utvalg av personer, kan gi oss et inntrykk av at det har skjedd holdningsendringer, men at det fremdeles er et stykke igjen i arbeidet med å endre holdninger til kvinner som ikke er omskåret. Vi kan anta at de som svarte på spørsmålene representerer det segmentet i det somaliske miljøet som er best integrert, og at de er kommet lengst i sin motstand mot omskjæring. Det var også 14 stykker som unnlot å levere tilbake utfylt skjema. Det kan tenkes de kunne for dårlig norsk, men det kan også tenkes at de ikke tok opp kampen mot omskjæring alvorlig og at de ikke hadde så sterke meninger mot.

Vi formulerte en rekke påstander og ba informantene si seg enig eller uenig i disse påstandene. Resultatene er som følger:

Tabell 6.3 Svar på serie av spørsmål fra spørreundersøkelsen

		Kvinner som er omskåret får mer respekt i det somaliske miljøet enn de som ikke er omskåret			Total
		Enig	Uenig	vet ikke	
kjønn	jente	7	4	4	15
	mann	4	3	6	13
Total		11	7	10	28

		Kvinner som ikke er omskåret får problemer med å bli gift.			Total
		Enig	Uenig	vet ikke	
kjønn	jente	7	5	3	15
	mann	4	5	5	14
Total		11	10	8	29

		Kvinner som ikke er omskåret får problemer med å bli respektert			Total
		Enig	Uenig	vet ikke	
kjønn	jente	2	9	3	14
	mann	3	5	6	14
Total		5	14	9	28

		En kvinne/ungdom som er omskåret har store psykologiske problemer på grunn av omskjæringen.			Total
		Enig	Uenig	vet ikke	
kjønn	jente	4	7	2	13
	mann	6	2	4	12
Total		10	9	6	25

		Kvinner som er omskåret må få mer psykologisk hjelp			Total
		Enig	Uenig	vet ikke	
kjønn	jente	7	5	2	14
	mann	6	0	7	13
Total		13	5	9	27

		Også menn får problemer fordi konen har vært omskåret			Total
		Enig	Uenig	vet ikke	
kjønn	jente	5	5	3	13
	mann	5	4	5	14
Total		10	9	8	27

		Ingen har tatt hensyn til mennenes problemer knyttet til omskjæring			Total
		Enig	Uenig	vet ikke	
kjønn	jente	8	3	2	13
	mann	5	2	7	14
Total		13	5	9	27

Som vi ser er det en stor andel av respondentene som svarer at en omskåret kvinne får mer respekt enn en som ikke er omskåret. Hun blir også lettere gift. Men det er også svar som viser at ikke-omskårne kvinner allikevel får respekt. Det er allikevel påtagende at mer enn 50 % av respondentene mener at det er vanskelig for en kvinne som ikke er omskåret å bli gift. Dette blir da en viktig indikator som måler hvor reelle holdningene er. Det betyr at det fremdeles er en lang vei å gå når det gjelder å skape holdningsendringer. Det er mange svar som også viser at omskjæring ikke bare skaper helsemessige problemer, men psykiske problemer for både kvinner og menn. Og det er også svar som tyder på at både kvinner og menn kan trenge hjelp til å løse problemer som skyldes kvinnenens omskjæring. Det vi kan lese av svarene er at det er blitt en mye større bevissthet om de negative

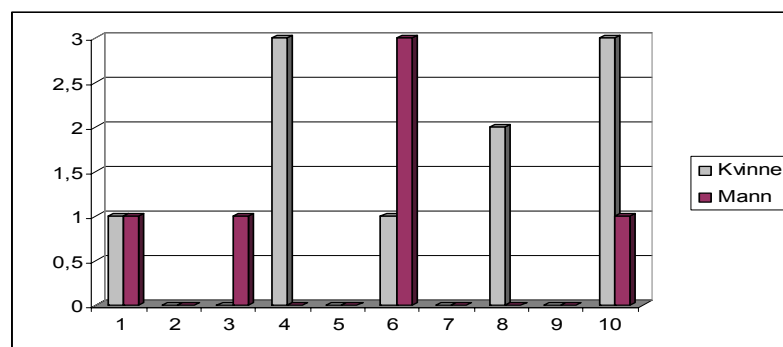
helsemessige konsekvenser av omskjæring i miljøene, og de ønsker at denne siden av problematikken trekkes mer frem.

I fortsettelsen må det i større grad fokuseres på at menn også har problemer med omskjæringens konsekvenser, sosialt, helsemessig og psykisk. De må trekkes mer inn som målgruppe for arbeidet og også som støttepersoner.

6.4 Brukergruppens tilfredshet med OK-prosjektet

Vi stilte en rekke spørsmål i form av påstander om OK-prosjektet som de somaliske respondentene skulle besvare. Vi ba dem gi en karakter til OK-prosjektet fra 1 til 10 (der 10 var det beste). Vi ser at det er flere som i sine svar gir høye skår til OK-prosjektet, og det er flere kvinner som gir høye skår til OK-prosjektet. 8 av 12 kvinner gir mer enn 6 poeng til prosjektet. 70 % av de som svarte ga OK-prosjektet mer enn 6 poeng. Kvinnene er mest positiv til OK-prosjektet, men også flere menn støtter prosjektet.

Figur 6.1 Karakter fra 1 til 10.



Vi fremsatte en rekke negative påstander om OK-prosjektet og ba respondentene svare om de var enige eller uenig.

Vi har satt opp svarene prosentvis, og som vi ser er det stort sett flere som er uenig i de negative påstandene om prosjektet, noe som tyder på at OK-prosjektet har hatt en stor grad av støtte i miljøet. De fleste er fornøyd med arbeidet som er gjort, men mener at det er en del kritiske aspekter. Flere mener at de burde etterforske foreldre og forebygge,

samt arbeide mer med barn og ungdom. Men etterforskning har ikke vært OK-prosjektets mandat. Det må imidlertid betraktes som et signal fra miljøet selv om å ta avvergelsesplikten alvorlig, og fokusere mer på lov og straff.

Tabell 6.4 Svar i prosent på påstander om OK-prosjektet

Påstander	Enig (prosent)	Uenig (prosent)
OK har ødelagt for miljøet	40	59
OK har vært uklare i budskapet	40	60
OK har fortalt usannheter	43	57
OK har vært handlingslammet	33	67
OK har unnlatt å ta opp vanskelige temaer	53	47
OK burde etterforske foreldre	62	38
Arbeidet har ikke fått tilstrekkelig konsekvenser	40	60
De har brukt feilaktige metoder	53	47
De burde ha konsentrert seg om å forebygge	73	27
De har unnlatt å arbeide med barn og ungdom	54	46

Tabell 6.5 Svar i prosent på påstander om hva en bør gjøre videre i OK-prosjektet

Påstander	Enig %	Uenig %	Vet ikke %
Man må fortsette det arbeidet som ok prosjektet har gjort	66	10	24
La den somaliske gruppen arbeide uten innblanding	46	43	11
Man må involvere myndighetene mer i arbeidet med omskjæring	68	18	14
Man må bygge allianser med innvandrersorganisasjonene	79	7	14
Man må samarbeide mer med moskeene	82	7	11
Man må opplyse mer om helserisiko	85		15
Man må informere bedre om loven og strafferammen	82	7	11
Man må skremme foreldrene fra å omskjære barna sine	23	65	12
De fleste foreldre tror ikke det er noen risiko for straff	19	48	33

Som vi ser er det et stort flertall i miljøet for å fortsette det holdnings- skapende arbeidet som OK-prosjektet har startet mot omskjæring, og det er en stor vilje for å få til samarbeide både med myndighetene, men også for å trekke innvandrersorganisasjonene og moskeene mer inn i det forebyggende arbeidet. Flere respondenter ønsker at man opplyser mer om loven, straffen og helserisikoen ved omskjæring,

mens det er få som mener at man skal bruke skremselspropaganda for å få endret tradisjonen. De fleste uttaler også at de ønsker at mennene skal delta mer i det forebyggende arbeidet. Det er også et ønske om å samarbeide med moskeene og imamene for å få til holdningsendringer.

På følgende påstand i spørreskjemaet: *Det er mye lettere i dag å diskutere omskjæring*, svarte hele 71 prosent at de var enig, 21 prosent svarte vet ikke, og 7 prosent svarte at de var uenige. Dette betyr at det er mindre vanskelig i dag å diskutere omskjæring enn det var tidligere. Det kan også bety at vi har nådd et vippepunkt hvor holdningene til problematikken har snudd og beveget seg i en mer omskjæringsnegativ retning. Men fremdeles er det en lang vei å gå for å endre holdningene helt og få til en dyp internalisering, som gjør at en i større grad kan motstå press når det oppstår. Det viser bl.a. oppfatningene mange har om at det ikke er så lett å bli gift om en ikke er omskåret.

6.5 Presentasjon av data fra gruppeseminaret

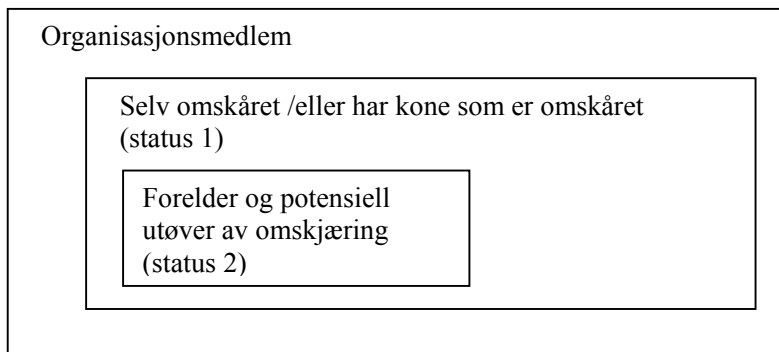
Dette seminaret ble holdt en lørdag formiddag fra klokken 12 til 17, hvor 46 personer var deltagerne. Vi delte deltagerne i fire grupper som diskuterte temaer relatert til omskjæring: 1. omfang 2. holdninger i miljøet 3. Medias rolle 4. Positive og negative sider ved OK-prosjektet. Etter gruppediskusjonen hadde vi en plenumsdiskusjon. Det ble gjort notater på flippover som ble hengt rundt i rommet slik at alle skulle få del i den kunnskapen som ble produsert.

Vi kan skille mellom tre nivåer som seminardeltagerne og respondentene representerer.

1. De er representanter for organisasjonene og mange er ildsjeler i arbeidet mot omskjæring
2. Kvinnene som deltok er selv omskåret, og har skader, smerter og trenger omsorg, og mennene representerer ektefelle av en omskåret person som har behov for omsorg.
3. De er også foreldre som kan være potensielle omskjærere på egne døtre. Det faktum at de er organisasjonsmedlemmer representerer en ytre ramme.

I tillegg kan vi snakke om status 1: omskåret/eller har kone som er omskåret, og status 2: forelder og potensiell utøver av omskjæring.

Figur 6.2 Informantenes ulike stuser



Personene i organisasjonene er dessuten de som er mest integrert og i kontakt med de tiltakene vi skal evaluere. Det betyr at de i sine holdninger trolig representerer de personene i miljøene som er kommet lengst i sin motstand mot omskjæring.

6.5.1 Miljøets vurdering av problemets omfang

I arbeidsgruppe A skulle de diskutere omfanget av omskjæring i det somaliske miljøet, og i hvilken grad det finnes en støtte til omskjæring i miljøet. Ti personer deltok i gruppediskusjonen som ble presentert i plenum av en referent med følgende punkter:

Det er en liten gruppe blant somaliere som praktiserer omskjæring men den er blitt mindre i løpet av de siste 10 årene.

Noen mener det er få som nå praktiserer omskjæring, men vi vet jo ikke hvor mange.

Det er store mørketall. Vi må finne ut hvor stort omfanget er.

Det er mindre nå.

Det er enighet i miljøet nå om at omskjæring ikke er riktig.

Det er viktig å vise respekt for foreldrene og ikke krenke dem.

En mann som har bodd 17 år i Norge, ville ikke omskjære døtrene sine, da fikk han problemer med besteforeldre hjemme i Somalia.

Jeg (somalisk mann) tror at 80 % av de som bor i Norge ikke omskjærer jentene sine.

Jeg (somalisk kvinne) har jobbet 3 år mot omskjæring i Somalia. Der mener 70% at det er riktig å omskjære døtrene sine.

I 1979 kom det en lov i Somalia om at det ikke er lov å omskjære jentene på sykehuset. Helsedepartementet gikk ut og forklarte folk hvorfor de måtte stoppe denne skikken. Men det tar tid å få til å forandre meninger.

Skikken har vart i mange generasjoner.

Før pleide man å ta jentene med til land der de kunne bli omskåret. Nå er det ikke lengre fare for at jenter blir omskåret hvis de reiser til hjemlandet.

Det er problematisk at de som er for omskjæring ikke kommer på møter, foredrag o.l.

Mange sier: vi skal ikke omskjære, men må bare ta litt...

Det er vanskelig også for somaliere og andre afrikanske grupper å reelt vite hvor stort omfanget av omskjæring er her i Norge. Dette problemet gjenspeiler seg i uttalelsene, og det er flere som påstår at problemet er lite. Mens andre igjen vil hevde at det er stort. Det er vanskelig å vite hva som foregår i private rom, også når det gjelder de nærmeste slektninger. Omskjæring er et intimt fenomen og fordi det også er straffbart, vil viljen til å uttrykke sin støtte for omskjæring være liten og en vil kunne være forsiktig med å røpe sin holdning, eller fortelle noe om sine handlinger. I utsagnene som kom på seminaret var det mange som mente at omskjæring er mindre utbredt blant somaliere i Norge enn i hjemlandet, og at tradisjonen har fått mindre og mindre støtte. Fordi det ikke finnes statistiske oversikter over omfanget, etterlyser de derfor mer kunnskap. De er ikke sikre på omfanget selv. Seminardeltagerne syntes også å mene at omskjæringen har tatt nye former. Det er blitt mer akseptabelt å ”ta bare litt”. Som vi har sett i første kapitlet kan dette med ”å ta bare litt”, få store drastiske konsekvenser fordi en sunna-omskjæring på kvinner nesten aldri omfatter fjerning av bare overhud, men involverer mengder av vev. OK-prosjektet er prinsipielt imot argumentet om at det er bedre ”å ta bare litt”. Det kan være viktig i en fortsettelse av OK

prosjektet å arbeide mot at denne nye holdningen skal feste seg – at ”det er ok å ta litt”.

Vurdering

Det er lovende at motstanden mot omskjæringen er så klart uttrykt i miljøet, selv om det er vanskelig å vite hvor dypt det stikker. Det er lovende at det kom så mange mennesker og brukte sin fritid på dette seminaret som ble arrangert på en lørdag. Det kan i seg selv tolkes som et positivt signal om at miljøet er opptatt av problematikken og vil ta den alvorlig. Det kan også tolkes som et positivt signal om at det arbeidet som har vært gjort i prosjektet gjennom de seneste år har båret frukter og virket inn i miljøene.

6.5.2 Miljøets vurderinger av medias rolle

I gruppediskusjonen mente man at det somaliske miljøet har endret sine holdninger også på grunn av mediadiskusjonen. Det uheldige med mediefokuseringen, ble det sagt, var at nordmenn fikk en negativ oppfatning av somaliere og religionen. Noen mente likevel at mediedekning er positivt og at en må fortsette å bruke media til å endre på holdningene i miljøet, mens andre mente at mediaoppmerksomheten var negativ, og skapte problemer for de somaliske kvinnenenes anseelse, og det somaliske miljøet fikk mindre respekt. ”De somaliske kvinner får rødt kort alle steder”, var det en som sa. ”De får rødt kort i det somaliske miljøet, og nå får de rødt kort også i det norske miljøet. Ingen vil ha dem”. Dette ”røde kortet” ble skapt av media som fokuserte på problemene på en overdreven måte. ”Mediemåten er negativ – dette er søstrene våre – og de fremstilles dårlig.”

Diskusjonsgruppe C diskuterte hvordan media virket for å endre holdninger. Også her var det rundt ti personer som drøftet problemstillinger som senere ble presentert i plenum. Nedenunder kommer noen utsagn som ble presentert av referent i plenumsdiskusjonen, samt enkelte utsagn fra salen under diskusjonen.

Det må være flere programmer i TV og radio som tar opp omskjæring, men det må ikke presenteres på ”mediamåten”. Det må være somalisktalende programmer som tekstes på norsk.

Det er viktig at media bruker et lettere språk når problematikken tas opp.

Man må stoppe fremføringen av sjokkerende bilder på TV. Det bare forverrer dialogen, krenker og henger ut somalierne.

Nå mener 60 % av somalierne at omskjæring må tas opp av media, men fremstillingen i media som den var før, var feil.

Folk med kunnskap ble ikke brukt av media.

Myndighetene og media overdriver problemet.

Omskjæringsdiskusjonen i media er dårlig reklame for de somaliske jentene. De fremstilles som om "de mangler noe". Da anses de som mindre attraktive av norske menn og av somaliske menn.

Omskjæringsproblematikken har vært en belastning for det somaliske miljøet, og mange har bebreidet media for denne belastningen. Men likevel er det ikke en entydig negativ holdning til media i miljøet, slik en kunne tro. I det videre arbeidet kan det være et poeng å involvere grupper og personer fra andre land som også praktiserer omskjæring slik at belastningen på det somaliske miljøet ble mindre. En må kunne bruke media til å vise frem de ulike holdninger og ideer som er i miljøene, slik at en ser det store mangfold av meninger.

Det foregår en intellektuell diskusjon på et seriøst plan om omskjæring, om dens årsak og virkninger, og hva en må gjøre for å stoppe denne tradisjonen. Det er viktig at den blir synliggjort for andre grupper og for det norske folk generelt. Det finnes ikke lenger en gruppemening som er felles, men individuelle synspunkter og tanker, kritikk og motstand som går i flere retninger. I sitt arbeide med forebygging burde media i større grad invitere til diskusjonsprogrammer og debatter hvor personer med ulike synspunkter deltar, slik at denne store variasjonen av meninger blir tydelig. Da vil vi få innblikk i disse dypsindige tanker og vurderinger som finnes, og vi vil unngå at gruppen som helhet stigmatiseres fordi en vil se at miljøet ikke er samstemmig tilsluttet et synspunkt. De som tar avstand fra tradisjonen om omskjæring vil kunne se at de har støtte for sitt syn av andre idsjeler i miljøet, og ikke står alene.

I gruppediskusjonen (gruppe D) som fikk i oppdrag å diskutere positive og negative effekter av OK prosjektet, kom følgende synspunkter frem. Av de som deltok i denne diskusjonen, hadde to personer jobbet i prosjektet, og flere hadde vært med i prosjektet som gruppeledere.

Positive effekter av OK-prosjektet

- Omskjæring er satt på dagsorden og er ikke lenger et tabutema.
- Deltagelsen i OK-prosjektet har skapt diskusjon.
- Unge jenter kjenner sine rettigheter i dag.
- Kvinner og menn er mer åpne om temaet.
- Flere omskårne kvinner tør nå ta kontakt med helsepersonell for å få løst sine problemer.

Negative synspunkter på OK-prosjektet

- Menn og unge ble ikke tilstrekkelig involvert verken i OK-prosjektet eller generelt i denne problematikken.
- Gardemoprojektet kjørte sitt eget løp og kranglet med OK-prosjektet.
- Det var dårlig organisering.
- Regjeringen rådførte seg ikke med målgruppa før tiltakene ble laget.
- Det ble mest fokusert på somalierne slik at de måtte bære den negative belastningen av oppmerksomheten.
- Alle organisasjoner ble ikke involvert.

I løpet av diskusjonen kom det flere forslag til innsats for å forbedre OK-prosjektets arbeide:

1. Involver mennene i større grad i arbeidet mot omskjæring. Det angår også dem.
2. Ta mer utgangspunkt i barn og unges situasjon
3. Bruk religionen mer aktivt i arbeidet mot omskjæring. Få moskeene engasjert. Dette for å vise at omskjæring ikke bunner i religionen, men i kulturen. I alle samfunn er det noe negativt som en kan forsøke å motvirke.
4. Arbeidet må forankres mer i organisasjonene og OK-prosjektet må skape allianser med innvandrersorganisasjonene og menighetene bredt.
5. Man må samarbeide mer med andre land. (f.eks Egypt)

I gruppediskusjonen (diskusjons gruppe B) som tok for seg holdningsendringer i miljøet ble det fremholdt at arbeidet mot omskjæring startet i Afrika, slik at endringer av holdninger som vi kan

måle her i Norge, også kan skyldes det arbeidet som ble utført i Afrika. Tre kilder til påvirkning for holdningsendringer ble nevnt: 1. Arbeidet i Afrika 2. OK-prosjektets arbeide 3. Mediadiskusjonen i Norge.

De fleste i gruppen mente at somalierne har forandret holdning til dette problemet, men at det fremdeles er langt igjen, og at en ikke må stoppe arbeidet med å skape holdningsendringer, men samarbeide også internasjonalt.

6.6 Konklusjon

Når de fleste somalierne sier at de er imot omskjæring, og at de har skjønt det budskapet som er spredt fra bl.a. OK-prosjektet, er ikke arbeidet da fullført, og målet med OK-prosjektet oppnådd? Nei, som vi har sett kan et budskap internaliseres på flere nivåer, og når det kun er godtatt på det første nivå, som en klisje, er det ikke sikkert at det har stor motivasjonell kraft. En må ikke tro at en bare kan dele ut noen brosjyrer og holde et par kurs, og så har mottakeren ikke bare forstått budskapet, men gjort det til sitt eget, og internalisert det. En må jobbe lenge for at motstanden mot omskjæring skal internaliseres på et dypt nivå, slik at foreldre kan motstå press om å omskjære døtrene sine når de utsettes for det, enten i miljøet her i Norge eller på besøk i hjemlandet. Budskapet må derfor gjentas om og om igjen, og en må bevisstgjøre personene om disse ulike nivåer av motivasjon. En må også trene dem i å utøve motstand mot denne tradisjonen. Man kan utvikle rollespill for å motstå press. Loven mot kjønnslemlestelse kan også brukes som et argument til å motstå press sammen med trusselen om straff. Derfor må en bruke loven og strafferammen mer aktivt som et virkemiddel.

Det virker som om bruk av media, samt spredning av informasjon gjennom foredrag og samtalegrupper, er de virkemidlene som har virket best i forhold til det somaliske miljøet. Det synes å være få som har sett filmer og brosjyrer, og det virker ikke som om de har fått dem fra offentlige institusjoner som helsesenter, apotek, mottak eller lege. Informasjonen er spredt gjennom muntlige overføringer. Enkelte uttaler at de har fått nok informasjon, at nå må det være nok. Det er imidlertid positivt at så mange ønsker å fortsette med informasjonsarbeidet inn mot miljøene, og at det virker som at OK-prosjektet har stor legitimitet.

Likeledes viste intervjuer med jordmødre og sykepleiere med somalisk bakgrunn at de hadde stor interesse for at OK-prosjektet skulle fortsette.

Det er fremdeles en lang vei å gå, det viser svarene på kvinners respekt og hvorvidt det er lett å bli gift om en ikke er omskåret. I omtalen av de holdninger som finnes, kommer det frem at omskjæring fremdeles har stor støtte, og at kvinner som er omskåret har lettere for å bli gift.

Miljøet tar imidlertid problemstillingen alvorlig. Det viser oppslutningen om seminaret og forslagene om videre drift av OK-prosjektet som miljøet kommer med. De ønsker å involvere menighetene og organisasjonene i det videre arbeidet, og de ønsker at det skal settes større press på avvergelsesproblematikken. 62 prosent sier seg enig i utsagnet om at en må etterforske foreldre mer.

Det er viktig å gi miljøene et eierskap til disse prosessene, gjøre dem om til subjekter og ikke passive objekter som skal være mottagere av en kampanje. Ved dette unngår man også å fremstille personene kun som ofre, og de kan bli aktive påvirkere. En måte å gjøre dette på, er å bruke den metoden som evaluatorene tok i bruk under innsamling av dataene, nemlig å invitere miljøene til prosess-samlinger. Her kan de selv presentere sine kunnskaper, gjøre analysene, foreslår løsninger og tiltak, og lage sitt eget handlingsprogram. Dette er en måte å styrke ("empower") miljøene på, som samtidig bidrar til å gi dem selvspekt. Det er jo nettopp dette konseptet OK-prosjektet har benyttet ved samtalegruppene, og det må være mulig å supplere samtalegrupper med prosess-seminarer. I en videreføring kan en også anvende prosess-metoden i forhold til andre relevante afrikanske organisasjoner. De vil få eierskap til problemet ved å utarbeide forslag til tiltak basert på egen kompetanse og innsikt. Mange av deltagerne på seminaret uttrykte tilfredsstillelse over at vi inviterte dem til et seminar hvor vi skulle lytte til det de hadde av synspunkter og erfaringer, og at de slik ble møtt med respekt.

7 Resultater av OK-prosjektets arbeid mot det offentlige apparat

OK-prosjektet har hatt som mål å nå frem til det offentlige apparat for å bidra med kunnskapsutvikling, formidling og redskaper for å arbeide med forebygging og hjelp. I dette kapitlet vil vi vurdere hvordan OK-prosjektet har virket i forhold til det offentlige hjelpeapparat. Spørsmål som vil besvares er hvorvidt de har fått tilstrekkelig kompetanse, og om det er etablert rutiner for å handle når de får informasjon om at et barn står i fare for å bli kjønnslemlestet. Dessuten er det aktuelt å se på rutiner for samarbeid mellom de ulike instanser og rutiner for informasjonsspredning.

Vi baserer oss på intervjuer med helsearbeidere, og noen barnevernsarbeidere i fire byer.

Det offentlige hjelpeapparatet er definert som målgruppe to i OK-prosjektets projektbeskrivelse. ”Imidlertid har forskning vist at offentlig personell, både skole og barnevern ofte er tilbakeholdende med å ta opp problemstillingen med kvinnelig omskjæring, selv når det er sterke indikasjoner på at dette er viktig...Mangelfull kunnskap, usikkerhet og det følelsesmessig vanskelige i dette temaet gjør at mange kvier seg.....Derfor trenger disse yrkesgruppene nødvendig opplæring og trygghet til å ta opp tema mange opplever som vanskelig, og et nettverk for utveksling av erfaring og samarbeid.”⁵²

I evalueringen er det viktig å vite om OK-prosjektet har bidratt med en kunnskapsoppbygging som gjør at det offentlige hjelpeapparatet er bedre i stand til å forebygge, vise omsorg og ta opp temaet, utvikle rutiner og forhindre at barn står i fare for å bli kjønnslemlestet.

Vi vil her se spesielt på organiseringen av informasjonen og mottakelsen av den i de ulike leddene som informasjonen har vært ment å flyte gjennom. Er informasjonsprodukter og

informasjonsbudskap mottatt og omsatt i praksis av de norske institusjonene (barneverntjenesten og helsestasjonene) som arbeider tett på barn, unge og kvinner? Hvordan er materialet som er tilsendt blitt brukt? Disse institusjonene er i en slik posisjon at de skal kunne identifisere risiko og utsatthet, gi informasjon og behandling og være aktive i arbeidet med forebygging. Med til målekriteriene hører også det å identifisere om det er etablert rutiner i barnevernstjenesten og helsestasjonene som prosjektet har hatt intensjon om å samarbeide med. Vi har ønsket å få oversikt over informasjonskjedene, hvordan budskapet mottas, hvilken forståelse av materialet som eksisterer, hvordan det bearbeides og eventuelt sendes videre til hele brutto-målgruppen. De spørsmålene som er nevnt her berører både holdninger og praksis, samt forklaringer på hvorfor praksis har tatt den form det har. Slik har vi også vært interessert i å identifisere føringer og barrierer av ulik karakter.

7.1 Erfaringer fra noen byer

Helsetilbudet i kommuner og byer er vanligvis delt opp i ulike virksomheter slik som svangerskapskontroll, tilbud til spedbarnskontroll, vaksinerings, skolehelsetjeneste og ungdomshelsetjeneste. Ofte er det flere helsestasjoner spredt i ulike bydeler innenfor en by, men i evalueringen har vi gjort stikkprøver ned i enkelte virksomheter. Det viser seg at det er innenfor helsevesenet at vi finner den største interessen for OK-prosjektet og for omskjæringsproblematikken generelt, noe som kanskje er helt naturlig ut fra temaets art. Det er til helsearbeidere at den største kontakten med OK-prosjektet ligger, enten i form av at helsearbeidere eller jordmødre har deltatt på kurser som OK-prosjektet har organisert; eller at OK-prosjektets medarbeidere har holdt kurser for ulike virksomheter i byene eller i kommunene; eller at helsesentrene har informasjonsmateriale som OK-prosjektet har produsert. Imidlertid er oppmerksomheten på temaet, og aktiviteten i byer og kommuner avhengig av flere faktorer, bl.a. at det finnes ildsjeler i apparatet som blir vekket for temaet, samt at det må eksistere en befolkning i kommunen som temaet og tiltakene er relevante for. Eksempelvis var helsesøster i Sigdal ikke spesielt opptatt av omskjæringsproblematikk ettersom det i kommunen ikke fantes et befolkningsgrunnlag (afrikanere, somaliere) som gjorde det meningsfylt for henne å ta tak i temaet. Det stiller seg annerledes med helsesøstrene i Bydelen Gamle Oslo, hvor mange unge mødre som kommer på helsestasjonen er somaliere. Det er en stor fordel dersom det finnes ildsjeler i innvandringsbefolkningen i byene som en kan spille på lag med.

Vi skal se på tre case, et fra Drammen, et fra Skien, og fra Oslo, sistnevnte representert med tre bydeler.

Drammen

Helsetjenesten i Drammen

I 2001 søkte helsestasjonen i Drammen UDI om prosjektmidler til arbeidet i skolehelsetjenesten. UDI ønsket at omskjæring skulle være del av prosjektet, dette var altså en top-down bestilling, og dermed ble prosjektet "Kvinner i Dialog" etablert. Det begynte i det små med 50 000 kroner som ble brukt til å etablere lokale kvinnegrupper. Prosjektet varte til og med 2003 og var forankret i bydelen Fjell som har en stor innvandringskontingent. En samtalegruppe med somaliske damer ble startet, og Drammen tok kontakt med OK-prosjektet i Oslo, og en av medarbeiderne der ble hentet inn. Det ble holdt flere kurskvelder for de utsatte gruppene og helsepersonell. Prosjektet prøvde også å utvide tilbudet til kommunene rundt, men det var stort sett oppmøte fra målgruppen, somaliere og andre afrikanere, bosatt i Drammen.

Prosjektet organiserte kurser også om omskjæring for leger, helsestasjon og jordmødre og hadde dessuten kontakt med barnevern og politi om tematikken. Hovedintensjonen med Kvinner i Dialog ble å utarbeide rutiner og prosedyrer som skulle inngå i den vanlige helsestasjonsvirksomheten etter at prosjektet ble avsluttet. Dette har de fått til, og rutinene innebærer nå at omskjæringsproblematikk blir tatt opp første gang hos jordmor, så diskutert med mor ved 6 ukers spebarnskontroll, ved 8 måneders kontroll og ved 2 års kontrollen. De har laget prosedyrer for barnehage og skolen. Også i forbindelse med skolen er det etablert rutiner og prosedyrer for å ta temaet opp i forbindelse med feriereiser hjem. Rutinemessig blir nå omskjæringsproblematikken tatt opp gjennom den ordinære svangerskapskontrollen og helsestasjonstjenesten. De har ikke brukt filmene og videoene som OK-prosjektet har produsert, men de deler ut brosjyren "Vi er OK" på helsestasjonen.

Barnevernet i Drammen

Barnevernet i Drammen har vært opptatt av tradisjonell voldsproblematikk og tvangsekteskapsproblematikk, men har ikke satt fokus på omskjæring. Det har ikke vært en eneste bekymringsmelding som omhandler omskjæring. Problematikken har ikke vært tatt opp på interne eller eksterne møter. De har heller ikke vært i kontaktet med OK-prosjektet. Barnevernet i Drammen har ikke opprettet noe nettverk, og har heller ikke opparbeidet rutiner. De har ikke mottatt

eller bestilt brosjyrer, hefter, filmer eller noe produsert materiale fra OK-prosjektet. De har imidlertid tatt tak i tvangsgifteproblematikken. Der har de opprettet en tverrfaglig prosjektgruppe med månedlige møter hvor politi, kultur og fritid, Røde Kors og barnevernet møtes. Noe tilsvarende er ikke gjort på omskjæringsfeltet. ”Det må faktisk foreligge en faktisk bekymringsmelding om barnevernet skal gjøre noe.”

Dette betyr at OK-prosjektet har kommet inn og stimulert aktiviteter i Drammen, bidratt med kunnskapsutvikling og levert inn materiale som har vært brukt av prosjektet ”Kvinner i Dialog” som Drammen utviklet. Dette har stimulert til utvikling av rutiner og prosedyrer innen helsetjenesten. Barnevernet synes imidlertid ikke å ha hatt kontakt med OK, og de har heller ikke vært særlig opptatt av problematikken. Derfor har de heller ikke etablert egne rutiner og prosedyrer for å gripe fatt i problemstillingen. Årsaken som de selv oppgir er at det aldri er kommet en bekymringsmelding til dem om omskjæring, og at omskjæring som tema har druknet i alle de andre oppgavene. Barnevernet i Drammen er imidlertid ikke alene når det gjelder den manglende prioritering av omskjæringsproblematikken.

Case: Skien

Skien tok tak i omskjæringsproblematikken rundt 2001, altså omtrent på samme tid som Drammen. Det skyldtes flere forhold, bl.a. at helsekoordinatoren for flyktninger hadde vært på flere møter hvor leger og medarbeidere som senere ble tilknyttet OK-prosjektet hadde holdt innlegg om omskjæringsproblematikken. TV programmet ”Rikets tilstand” hadde også vært en vekker, som stimulerte og engasjerte helsekoordinatoren til å ta tak i problemstillingen. I tillegg var det lokale krefter som tok ansvar for å få omskjæringsproblemet på agendaen. Det lokale apparat var fleksibelt og nysgjerrig og støttet opp under de initiativ som ble satt i gang. En tverrfaglig gruppe mot skadelige tradisjoner ble etablert i vid forstand,. De hadde regelmessige møter og tok opp arbeidet med både tvangsekteskap og omskjæring. I forbindelse med dette forumet har det vært laget en prosedyreplan både for å avverge og forebygge omskjæring. I denne ligger det råd om hva en skal se etter, og hva en skal gjøre når en mistenker at noen vil bli omskåret. Det er også utarbeidet et skjema hvor foreldre etter at de har fått informasjon om problematikken skal bekrefte og dokumentere at de har skjønnet og mottatt informasjonen om at omskjæring er skadelig og forbudt, og dette skal de underskrive på.

I den tverrfaglige gruppen mot skadelige tradisjoner møter skolen, helsetjenesten, flyktningekoordinator, barnevern og en representant fra

AMIKO. (Afrikanske menn mot kvinnelig omskjæring). AMIKO ble startet i Skien 2001 av somalieren Daha Abdi Haji Muhammed som var representant i Kontaktutvalget mellom Innvandrere og Myndighetene. Bevegelsen var forankret i KIM og den organiserte en underskriftskampanje mot omskjæring som skulle involvere menn. De mottok 120 000 kroner av OK-prosjektet som betalte kampanjen. Det ble også arrangert en stafett som skulle gå til andre byer. Religiøse ledere og flere innvandrers-organisasjoner i Skien var med i bevegelsen. ”Vi forsøkte å skape allianser og henvendte oss til fem somaliske organisasjoner og alle de afrikanske organisasjonene var med sammen med menighetene.” Det oppsto en grasrotbevegelse mot omskjæring som arrangerte en stor fest i byen på FNs internasjonale dag mot omskjæring. Statsråd Laila Dåvøy, lederen fra OK-prosjektet, samt lokalpolitikere og administrasjon møtte opp. Ulike grunner førte til at stafetten kjørte seg fast. Men bevegelsen lagde brosjyrer, pins og gensere, arrangerte møter, dro på konferanser og ble en viktig drivkraft i forhold til apparatet som skulle arbeide mot omskjæring i Skien. I tillegg fantes det somaliske kvinner som var aktive og deltok i arbeidet mot omskjæring. Det ble arrangert 4 samtalegrupper, 3 i prosjektperioden og en i 2005. Fire personer fra Skien har deltatt på informatørkurs og de har fått støtte fra OK-prosjektet til å drive samtalegruppene.

Det faktum at det fantes pådrivere både i apparatet og i innvandringsbefolkningen gjorde at omskjæringsproblematikken fikk en sentral plass i kommunens arbeide. Som en av dem sa: ”Vi har satset fire intense år på omskjæring. Vi har hatt fagdager for helsepersonell og fått foredragsholdere fra OK-prosjektet. Vi har hatt temadager i voksenopplæringen, Internasjonal dag mot kvinnelig omskjæring. Vi har hatt dagskurs for kvinner, dagskurs for ungdom og dagskurs for menn.” Flyktningeavdelingen var også en sterk medspiller i arbeidet med omskjæringsproblematikken og tok på seg økonomiske og administrative oppgaver i forbindelse med AMIKO. Helsekoordinatoren fikk en sentral rolle i å samordne arbeidet. Det ble holdt kurs for leger og helsearbeidere om omskjæringsproblematikk med foredragsholdere hentet inn fra OK-prosjektet.

Erfaringene var gode: ”Jeg tror at folk har fått mer kunnskap nå. Vi har faste fagdager. Helsesøstergruppen har fått kunnskap, ungdomshelsestasjonen og innvandregruppene har fått mer kunnskap. Det har spredt seg i hele miljøet.” Materialet som ble brukt i samtalegruppene og som blir delt ut i helsestasjonen er produsert av OK-prosjektet. Helsekoordinatoren har vært sentral i utarbeidelsen av rutiner og prosedyrer for å avverge og forebygge omskjæring, og uttalte: ”Vi må hele tiden sørge for å ha rutiner for å oppdatere

helsepersonell. Vi må ha flere samtalegrupper. Lærerne må være orientert. Alle må ha et ansvar. Avvergelsesplikten krever at vi alle har kunnskap.”

Barnevernet i Skien

Barnevernets interesse for omskjæringsproblematikk i Skien synes å være blitt stimulert av deltagelsen i det tverrfaglig forum for skadelige tradisjoner, og av den store interessen som har oppstått fra flere kanter i kommunen. En representant for barnevernet uttalte:

”Vi har jobbet med omskjæringsproblematikken lenge. Vi har spredd den informasjon som er kommet om avvergelsesplikten, og vi har laget en prosedyreplan. Individuelt har vi ikke jobbet med dette temaet. Det har vært lite fokus på det. Det at vi har hatt et tverrfaglig forum mot skadelige tradisjoner har gjort mye for oppmerksomheten på temaet. Det er mer fokus på det flerkulturelle barnevernet i dag enn tidligere. Vi har ikke hatt noen enkeltsaker. Jeg vet ikke om at vi noen gang har hatt saker som omhandler avvergelse. Jeg er redd vi må aktivisere oss hvis vi skal gjøre mer, altså vi må ta tak i problematikken. Vi prøver å få til en beredskap, men vi har egentlig ikke erfaring.”

Erfaringer fra Skien viser at det er viktig at det finnes pådrivere som greier å samarbeide og etablere et arbeide mot omskjæring. Dette betyr at både personfaktor og samarbeidsvilje må være til stede. Vi ser også at OK har hatt en viktig rolle i dette arbeidet både med å gi økonomisk støtte til samtalegruppene, og gjennom det produserte materialet: veiledningsheftet, overhead til bruk i forelesninger, brosjyrer, filmer og hefter, og gjennom deltagelse på møter og konferanser som har vært holdt.

Oslo

Oslo har flere bydeler, og der hvor innvandringsbefolkningen er stor har de gjerne jobbet med omskjæringsproblematikk lenge, spesielt innenfor helsetjenesten.

Stovner

Helsesøstrene på Stovner hadde begynt å forholde seg til denne problematikken allerede før OK-prosjektet startet. Etter at en av dem hadde vært på besøk i Kenya og møtt personer der som jobbet med omskjæringsproblematikk, tok hun det opp i helsesøstergruppa. Hun viste en film som jordmødre og kirken i Kenya hadde produsert, og de diskuterte problematikken. Så kom ”TV-saken” i 2000. De visste at en veileder var under utarbeiding. Stadig flere somaliske familier hadde

flyttet til drabantbyen de siste årene, og de møtte problematikken i det daglige arbeidet. Antropologen Berit Torbjørnsrud ble kontaktet og de fikk henne til et dagsseminar. Da OK-prosjektet startet og veilederen kom, ble to av helsesøstrene fra Stovner med på kurs. De var aktive og ble brukt som ressurspersoner av OK-prosjektet. Blant annet var de inne i forbindelse med utarbeiding av informasjonsmateriell. En av dem har dessuten skrevet et kapittel i håndboka som snart kommer fra OK. Helsepersonalet var altså selv aktive og ble trukket inn som bidragsyttere i aktiviteten rundt OK-prosjektet, samtidig som de ble stimulert av OK-prosjektets aktiviteter og produkter. Helsesøstre på Stovner utviklet rutiner som inneholdt både anvisninger om *når* temaet skal tas opp og *hvordan*. Omskjæring er rutinemessig satt på dagsorden i forbindelse med svangerskapskontroll, barnekontroll, helsestasjon for unge og skolehelsetjenesten.

Innholdsmessig består opplegget av korte punkter for *hva* de skal ta opp med kvinner på kontroller og konsultasjoner, *hvordan* de skal ta det opp, og hvordan de skal føre journal og lignende. De har utviklet en sjekklister som inkluderer punkter om spredning av informasjonsmateriell. Erfaringene fra Stovner er skrevet ned og distribuert til ganske mange steder rundt om i landet. De har reist rundt og holdt foredrag og redegjort om måten de jobber på.

Stovner har også *definert ansvarsforholdet* for hvem som holder seg à jour og informerer de andre. En spesiell helsesøster skal ha ansvar for å holde seg informert om veiledningsmateriale, informasjonsmateriale og tiltak/kurs og spre dette videre til andre, inkludert legesentrene og skolene. I tillegg har de *forpliktet* seg på et *kollektivt* plan til å sette temaet på dagsorden en gang i semesteret, der de møtes til erfaringsutveksling og foretar egne evalueringer av praksis og system. Dette har bl.a. bidratt til at de har revidert opplegget underveis.

Holmlia

På Holmlia inngår ikke omskjæringstematikken i det de kaller for kvalitetssystemet; dvs. oversikten over håndtering av en lang rekke forskjellige tema og rutiner for arbeid og samarbeid omkring temaer eller saksområder. En ansatt der sa det slik: "Fordi mange har opplevd det som vanskelig, og fordi det ikke har vært en felles rutine...da har det blitt litt personavhengig hvordan temaet er blitt behandlet". Holmlia hadde det riktignok på dagsorden i fjor, men i påvente av at veilederen skulle komme, ble det lagt til side.

I disse dager er det tatt initiativ til å etablere samarbeidsstrukturer og rutiner også her. En arbeidsgruppe skal komme med forslag, blant annet etter at de har vært på OK-kurs og veiledning. Disse skal

formidle innsikten de har ervervet seg videre til en gruppe bestående av representanter for helsestasjon, skolehelsetjenesten og ungdomshelsetjenesten på ungdomsskolen. Barnevernet er også her perifert, for ” det har ikke vært noen konkrete saker der barnevernet har gått inn”. Jordmødre er heller ikke kontaktet. Bydelen kjøper jordmortjenester fra Ullevål, men ”har ikke diskutert det med omskjæring spesielt med dem”.

Sammenlignet med den andre drabantbyen er disse mer i en etableringsfase som synes typisk; de er enige om at de *skal* ta opp saken med miljøene. De framhever behovet for materiell til bruk i samtaler. De har noe materiale fra OK (brosjyrer og et par videoer, som de ikke helt har sjekket opp enda), og har ingen konkrete planer om å etablere samtalegrupper. Leder for helsestasjon og skolehelsetjenesten påpeker at det tar tid å sette i gang nye ting. Lederen sier det slik: ”Folk har jobbet i mange år og følger de gamle rutinene, selv om det er kommet nye rutiner. Så du må ta det opp jevnlig og diskutere det”. Men de er altså nå i ferd med å ta tak i rutiner, arbeidsformer og samarbeidsformer. Arbeidsformene de ønsker å etablere inkluderer rutiner for undersøkelser, samtaler og informasjonsvirksomhet i mottaksklasser med unge jenter. De er i ferd med å gå fra passiv og personavhengig situasjon, til mer aktiv og systemavhengig.

Gamle Oslo

I svangerskapskontrollen i bydelen har de hatt rutiner for å ta tak i omskjæringsproblematikk så lenge jordmor kan huske. Det skyldes at antallet gravide fra de berørte innvandringsgruppene er stort i bydelen. Når det er utfylling av helsekort for gravide stilles det alltid spørsmål om de er omskåret, om de trenger gjenåpning etc. Det er en egen rubrikk om gynekologiske sykdommer hvor de fyller det inn. Noen blir deretter sendt til Ullevål for gjenåpning. En av damene i svangerskapskontrollen har gått på informatørkurs, men de fikk ikke til samtalegrupper. De synes at det arbeidet OK-prosjektet har gjort er kjempebra. De har også gått på andre fagkurs om temaet, og bruker materialet som OK prosjektet har produsert til distribuering De låner ut filmer og brosjyrer og har bestilt nye på alle språk. De deler også ut en folder som Ullevål Sykehus har laget som omhandler åpning.

To av familieveilederne i bydelen tilknyttet barnevernet jobber inn mot familier som har særlige psykiske problemer. Familieveilederne jobber med et mangfold av problemer og mener at omskjæring er et vanskelig og sensitivt tema å ta opp. De har videofilmer fra OK-prosjektet og har vist disse på helsestasjonsmøter. Brosjyrene som

OK-prosjektet har produsert er også blitt distribuert. Gjennom en tilfeldighet ble de to familieveilederne rekruttert til å ta et informatørkurs etter å ha vært på møte i HUS som var samlokalisert med OK: ”Vi var der i forbindelse med et opplæringsprosjekt i forhold til søvnproblemer. Da oppdaget en av OKs medarbeidere meg og kom løpende og spurte om vi ville være med på gruppene som de arrangerte mot omskjæring. Det var slik vi ble involvert. Jeg kjente henne litt fra før og så ble vi huka inn.”

Familieveilederne forsøkte å drive to samtalegrupper, en for ungdom og en for damer, men de fikk problemer med å gjennomføre begge. Både på det økonomiske, administrative og det organisatoriske oppsto det problemer. ”Vi kunne drevet grupper her hvis det hadde vært mer struktur. Vi ble for alene i vår bydel, og det ble liten oppfølging og det var ikke tilstrekkelig institusjonelt forankret”.

Det virker som om bydelen har engasjert seg i omskjæringsproblematikken, men at det mangler en overordnet struktur og en koordinering av arbeidet slik som det blant annet fantes i Skien. Dette var også en av grunnene til at samtalegruppene ble vanskelig å forankre. Ulike sektorer og personer i bydelen har engasjert seg, noen steder er det etablert rutiner. OK-prosjektet har hatt en viktig rolle som leverandør av ulike tjenester og materiell.

7.2 Forutsetninger for at temaet kommer på dagsorden

De ulike byer og bydeler som har jobbet intenst og seriøst med omskjæringsproblematikken synes å ha startet litt gradvis før 2001, men så virker det som om TV programmet ”Rikets tilstand” og mediaoppmerksomheten knyttet til det har utløst en ekstra kraft, en trigger-effekt med motivasjon, energi og midler. Vi kan kanskje snakke om en *oppvåkning eller vekkelse for temaet*. Samtidig ser vi at personfaktoren har vært vesentlig alle steder. Det har vært pådrivere i de enkelte lokalsamfunn som har vært mottagelig for temaet og tatt tak i prosessene, skapt samarbeidsrelasjoner og ført prosessen videre, skapt allianser og økonomisk midler. OK-prosjektet har kommet inn alle steder med sine faglige og økonomiske ressurser, og vært kontaktet for å gi input til de prosesser som er kommet i gang. Det har også vært nødvendig å opprette gode økonomiske og administrative rammer rundt prosessene, slik som ble gjort spesielt i Skien og på Stovner. En interesse fra miljøene selv, slik som i Skien hvor det finnes *pådrivere* nedenfra som skaper en oppbacking og press på

apparatet, og *legitimitet for temaet, nedenfra*, er også gunstig for å få prosessene til å fungere optimalt. I Tromsø var det en somalisk kvinnegruppe som tok kontakt fordi de ville fortelle om hvordan de ønsket å bli møtt som omskårne kvinner på sykehuset når de kom for å føde.

En vesentlig faktor for at temaet omskjæring blir tatt alvorlig og satt på agendaen er at det også er relevant. I kommuner med få innvandrere vil det antageligvis være mindre interesse for problemstillingen. Omskjæring er et spesielt *relevant tema* i kommuner med en stor innvandringsbefolkning fra spesielle afrikanske land hvor omskjæring praktiseres, og det er i forhold til helsetjenesten at relevansen er størst og motivasjonen høyest for å gripe fatt i temaet. Det gjelder alle steder at det er i forbindelse med svangerskapskontroll at en først møter kvinner som er omskårne, og blir konfrontert med deres helseproblemer. Motivasjonen vekkes også når en føler empati, og ser at det finnes muligheter for å gi hjelp. Reparasjonsarbeid, smertebehandling og åpninger til kvinner som er omskåret faller naturlig inn under helsetjenestens arbeide.

Bortsett fra Skien hvor barnevernet gjennom det tverrfaglige forum mot skadelige tradisjoner har satt temaet på dagsorden og allerede har *utviklet rutiner og prosedyrer*, så virker det ikke som om barnevernet mange andre steder har vært tilsvarende interessert i problemstillingen slik som helsevesenet, og det virker som om barnevernet er kommet litt bakpå når det gjelder kunnskapsoppbygging og prosedyrer. Det skyldes antageligvis at de opplever at problemstillingen ikke er helt relevant, ettersom de så og si mangler konkrete saker. Når de ikke får bekymringsmeldinger, og det er så mange andre temaer som sloss om oppmerksomheten, vil dette temaet lett falle i skyggen. ”Det er i de ytre tjenestene at en må arbeide forebyggende først” (Drammen)

”Barnevernet har hatt så mange oppgaver å gjøre, og omskjæring er ikke noe som de egentlig har kommet tett på. Det har derfor vært en større grad av vegring og motstand til stede til å gå inn i nettopp dette feltet”. (Helsesøster)

Leder av Oslodelen av OK- prosjektet sa det slik: ”Vi har ikke hatt mye suksess med barnevernet. Vi har laget endagskurser for dem. Men det var nesten aldri noen som kom – bare noen få. De kom noen ganger på veiledningsmøtene. Barnevernet har for mange oppgaver. Dette handler om noe annet, og det er vanskelig for dem å engasjere seg spesielt hvis de ikke har ledere som synes at dette er veldig viktig.”

I en av bydelene i Oslo der helsesøstre har jobbet svært aktivt med omskjæringsproblematikk, sier en seksjonsleder innenfor barnevernet, etter å ha konferert med de andre lederne, at ”ingen kjenner OK-prosjektet”. Men alle kjenner til eller har kunnskap om omskjæringsproblematikken, selv om den ikke er høyt på dagsorden i barnevernet. Det er nærmest et ikke-tema, sier hun. Forklaringen er at det ikke har vært del av saker som er meldt til dem: ”Det blir nok ikke meldt til oss, hvis ikke det er knyttet til annen type problematikk”. Barnevernet jobber veldig tett med barnehagene i bydelen, men omskjæring har ikke vært oppe i de felles refleksjonene og drøftingene. Hun forteller at det ikke ligger noe informasjonsmateriale på venterommet eller på kontoret.

Det kan tenkes at barnevernets motivasjon vil øke og at de kommer til å føle at problemstillingen er mer relevant nå etter hvert som informasjon om avvergelsesplikten blir spredt og de skjønner alvoret av den. De kommer til å få en viktig rolle som en instans for bekymringsmeldinger relatert til avvergelsesplikten. Dermed blir de tvunget til å utarbeide prosedyrer og sette problemstillingen høyere opp på prioriteringslisten.

7.3 Prosedyrer og strukturer for å beholde temaet på dagsordenen

En viktig forutsetning for å beholde oppmerksomheten og aktiviteten gående er at det finnes *rutiner og adferdsformer for handling og samhandling*. Dette er ikke noe som kommer av seg selv, men noe som en må etablere, slik som det er gjort i Skien, Stovner og Drammen med en overordnet *struktur og knutepunkt*, hvor ansvarsdelingen er klart definert. Betydningen framstår klart når en sammenligner de som ikke har denne problematikken på dagsorden og de som har det. Selv om omskjæringsproblematikken står sentralt i flere av bydelene i Oslo, på alle nivåer, virket det ikke som om det mange steder var etablert overordnede strukturer og knutepunkter, dermed blir personavhengigheten viktigere og legger føringer på hvorvidt det år om annet er på dagsorden på helsestasjonen eller skolen.

Forutsetningen for å sørge for at temaet kommer på dagsorden er altså en *kombinasjon av engasjement og system*. Systemet forhindrer for det første at problematikken ”glemmes” eller taper i kampen om oppmerksomhet med mange andre saker, og for det andre blir det enklere, spesielt for de litt usikre, å ta opp temaet i møte med kvinner

fra målgruppen. De har fått et verktøy å bruke i en situasjon som før gjorde mange handlingslammet.

Manglende prioritering er ikke nødvendigvis en nedprioritering, selv om det i sin konsekvens blir det. Det er mengden saker og temaer som gjør at omskjæring ikke nødvendigvis kommer like høyt på dagsorden alle steder. I tillegg er det som tidligere nevnt av betydning hvor relevant det er på stedet og om det er personer som blir engasjert i temaet.

I en av drabantbyene har de laget et kvalitetssystem for hvordan alle saker skal behandles, men ikke angående omskjæring.. ”Det er et vell av tema du skal ta opp, da er det lett å skyve dette ned på lista, i hvert fall hvis de (kvinnene) ikke selv bringer det på banen og det blir opp til helsesøster å ta det opp”. En annen peker på at de føler de rett og slett ikke rekker alt, særlig i disse tider der det har vært flere nedskjæringer. Handlingsrommet er innskrenket, men mengden saker er den samme eller større. Helsevesenets saksmengde er altså en opplevd barriere, dessuten er det mye annet ved målgruppens aktuelle situasjon som først settes på dagsorden. For eksempel er det overfor somaliske kvinnemiljøer behov for å informere om en lang rekke temaer som gjelder det norske samfunn, hvordan ting fungerer, vanlige holdninger til ulike tema, forståelser knyttet til barneoppfostring og skolegang osv.

Nettopp på grunn av konkurransen med alle andre temaer blir det nødvendig med strukturer som sørger for at temaet holdes ved like i apparatet.

Et eksempel på nødvendigheten av at det finnes samarbeidsstrukturer og arbeidsrutiner, finner vi på en ungdomsskole i Oslo. En av lærerne der jobbet aktivt med tematikken da OK-prosjektet startet. Hun hadde vært trukket inn av OK som konsulent i forbindelse med produksjonen av en film, og senere laget hun et undervisningsopplegg som hun med gode resultater prøvde ut i 10.klasse. Opplegget fungerte veldig bra, og hun lagde også lærerveiledning knyttet til det. Men når hun nå har en klasse på et lavere trinn, synes det ikke som hennes undervisningsopplegg og veiledningsmateriale er benyttet av lærere i 10.klasse, selv om hun befinner seg på skolen som mulig pådriver og potensiell veileder. Denne nærheten er altså ikke alltid tilstrekkelig, og det viser som hun sier at ”det er nok litt tilfeldig...det er så mye”. Det er ikke bare innen helsevesenet og barnevernet det er mange tema som konkurrerer om oppmerksomheten, også i skolen skjer det samme.

7.4 Barrierer og motstand mot å sette omskjæring på dagsorden

Det kan være flere andre faktorer som kan forhindre at omskjæringsproblematikken settes på dagsorden.

Et gjennomgående forhold som i begynnelsen kan ha fungert som en barriere mot å gripe fatt i omskjæringsproblematikken, har vært vissheten om at dette ikke bare er et *sensitivt tema*, det har også til en viss grad vært et *tabubelagt tem*. Det har også vært oppfattet som *Deres tema*, hvor *De* hadde kunnskapen og ikke systemet. Dette kan ha medført at aktører i systemet har vært redde for at deres håndtering ytterligere skulle stigmatisere kvinner og etniske grupper. Dette kan ha skapt *usikkerhet* for hvordan en skulle bringe temaet på banen, hvordan skulle helsearbeidere respondere på kvinnenenes fortellinger eller reaksjoner, hva skulle de si? Deres rolleutøvelse som hjelpere og formidlere var forbundet med usikkerhet mht. handlingsvalg og adferdsvalg. En skolehelsesøster betegner sine tidlige erfaringer som den ”trasige kommunikasjonen” med første klasseforeldre om dette tema. Hun fremhever at hun ”synes mange somaliske damer er flotte, og vi vil ikke si ”fy-fy”. Og vi vil hjelpe til med relasjonen mor-datter”.

Flere helsearbeidere forteller om at det var vanskelig i begynnelsen, og at de derfor kviet seg. I en travel hverdag, med et mangfold av oppgaver som står i kø, er det derfor lett å skyve omskjæringsproblematikken til side. Usikkerheten hos dem selv var altså en barriere. OK-prosjektets virksomhet; veilednings- og informasjonstiltak og informasjonsmateriell, synes å ha vært viktig for at helsepersonell skulle komme over denne barrieren og settes i stand til å fungere som formidlere, hjelpere og forebyggere. Kunnskap har gitt trygghet slik at de fleste informantene nå gir følgende kommentarer:

Jeg synes ikke omskjæring er et så sensitivt og vanskelig tema å ta opp som folk sier. Kanskje i begynnelsen. Når en har tatt det opp noen ganger er det ikke overhode vanskelig.

Vi er ikke vant med dette, og innvandrerne kjenner problematikken bedre enn oss. Det at vi mangler kunnskap og at det at det er en underlig og fremmed skikk, gjorde oss usikre.” (jordmor) ”Når du tar opp problemet første gangen føler du deg usikker, men etter

hvert er det ikke vanskelig. Damene er åpne og de stiller spørsmål, og det er helt greit. Det er ikke så sensitivt (helsesøster)

En viktig forutsetning for bruk er altså at helsesøstre og annet helsepersonell har kommet over kneika med å ta opp dette. De har lært mye, både om hvordan de berørte kvinnene reagerer, hvordan de kan fås i tale, hvordan de kan bruke materialet som de har tilgjengelig, og ikke minst hvordan de skal takle sine egne holdninger. ”Jeg har jo vært gjennom en prosess...det tar noen år å bli fortrolig med det, men nå, etter å ha jobbet mye med det, har jeg ikke noen problemer med å at det opp”, sier en av helsesøstrene, og fremhever hvordan OK-materialet også har vært viktig for hennes egen del fordi hun har lært veldig mye om dette. Holdningene har ikke bare dreid seg om usikkerhet og engstelse for stigmatisering. Også egne moralske holdninger er blitt utfordret gjennom møtene med miljøene. En annen helsesøster sier at hun personlig etter hvert har fått en litt annen holdning, at hun ikke er så moralsk indignert eller sjokkert lenger, at hun forstår hvorfor det er sånn og hvorfor det tar tid å forandre: ”Det er trist, og vi kan fortvilemen skjønner at det er naturlig (for dem)...Det blir regnet for noe stort noe...det blir feira...Vi kan snakke om skadevirkningene og hvordan det er når de skal føde barn”. Hun synes det er viktig å holde seg til fakta og ikke fordømme selve tradisjonen.

Men ikke alle har gått veien med gradvis endring av egne moralske holdninger og usikkerhet; det finnes enkelte som hele tiden har opplevd at det har vært ”helt greit” å ta opp dette. Et eksempel er en lærer på en ungdomsskole, som har erfaring med å sette dette tema på dagsorden i 10-klasse der gutter og jenter er samlet. Læreren var imidlertid i utgangspunktet kjent med tematikken, ettersom hun hadde vært engasjert som konsulent av OK-prosjektet i forbindelse med produksjonen av filmen ”Retten til et fullverdig liv”. Filmen var del av et større informasjonsopplegg som skulle ut til skolene. Læreren sier hun synes ”noen er *veldig* forsiktige med å ta opp omskjæring”, og det synes hun ”er overdrevet til de grader”. Selv har hun veldig gode erfaringer med å ta opp temaet i samlet klasse, og mener det er viktig at alle får høre om dette, uansett kjønn eller etnisitet, slik at en ikke må velge ut hvem som skal få høre om det eller ikke. Dessuten fremhever hun betydningen av å sette denne tematikken inn i en større kontekst. Hennes undervisningsopplegg, var et helhetlig opplegg der seksualundervisning, menneskerettigheter, etikk, normer og verdier var knyttet sammen. Hun tok for eksempel utgangspunkt i ”det å skamme seg” av ulike grunner, og at det ofte ikke er noe en sjøl er skyld i. ”De unge var rasende over det at noen følte skam over at de

var omskåret, og ville beskytte dem. For dette var jo ikke noe de kunne noe for!” Dette engasjerte elevene veldig. Slik kunne hun bygge opp støtte i jevnaldningsmiljøet og forebygge eller redusere fordømmelse.

Men felles for de norske aktørene, i forskjellige byer, er at de sier det er mye lettere å ta opp temaet omskjæring nå enn det var tidligere. I tillegg til at de selv er blitt vant med det og har arbeidet med egne holdninger, har det vært av betydning at de har hatt informasjonsmateriale tilgjengelig for bruk og utdeling. Det har både vært noe å støtte seg til som har legitimert at dette må snakkes om, og det har vært et viktig redskap i å informere om hovedbudskapene. Hovedbudskapene i samtalene med unge jenter eller med kvinner har kunnet konsentreres rundt informasjonsmaterialets hovedpunkter: forståelse for tradisjonen, det straffbare i Norge, ulike omskjæringstyper og hva som er normal fysiologisk tilstand, fysiske plager, psykiske belastninger og problemer, mulighetene for gjenåpning etc. OK-prosjektet har dessuten tvunget frem en debatt og fått miljøene i tale, slik at også de er blitt vant med å snakke om et sensitivt tema; ”temaet er mye mer åpent enn før, det er mye lettere å snakke direkte om dette” (Tromsø). Ut fra hva mange forteller, synes det å ha vært viktig at OK-prosjektets aktører har hatt en grunnleggende omsorgs-holdning. En helsesøster sier det slik: ”Vi må tørre! Og de må oppleve respekten, ikke nedlatende holdninger når vi møter andre mennesker.” Men hvordan skal vi balansere mellom det forhold at personene skal møtes med forståelse og respekt, samtidig som det faktisk er viktig å avverge nye omskjæringer av jenter? Budskapet om omsorg og forståelse må derfor ikke misforstås som aksept for tradisjonen.

7.5 Spredning av informasjon til målgruppen

Innenfor apparatet er det høyst varierende kjennskap til materialet, og til OK-prosjektet som sådan. Noen forteller at de sitter på mye materiale; hefter, filmer og veiledningsmateriell. Andre har ikke noe. Noen tror de har hørt om noe, eller synes å huske det vagt. De med størst kjennskap til materialet er gjerne de personene som har vært engasjert spesielt i tematikken, og som for eksempel har vært på informatørkurs, bidratt faglig til utforming av materialet, fungert som konsulenter og lignende for OK-prosjektet, dvs. som hører til kategorien som er spesielle og aktive brukere av materialet. Den mer allmenne målgruppen, som i utgangspunktet ikke hadde omskjæring spesielt på dagsorden, synes i mindre grad å være nådd. I flommen av

temaer som disse sektorene skal befatte seg med, vil OK-materialet konkurrere om oppmerksomheten, og i en del tilfelle bli liggende mer og mindre passivt til bruk dersom det skulle dukke opp en sak. Det er dessuten flere som har uttalt at de ikke tror at målgruppen i innvandringsmiljøene leser materialet som de blir tildelt fordi det er for vanskelig, og de leser for dårlig. Dette samsvarer med resultatene fra kapittel 6.

Enkelte helsestasjoner har hatt litt informasjonsmateriale tilgjengelig, og har klart seg brukbart med dette eller ikke tatt noe initiativ til å skaffe seg mer. En helsesøster på en ungdomsskole har for eksempel brukt brosjyren ”Vi er ok” i samtaler med jenter, men ”Jeg husker ikke andre brosjyrer. Har ikke sett noe annet heller, verken fra OK eller andre. Vet ikke hvor det er distribuert”.

Generelt virker det som om informasjonsmaterialet har vært viktig for de som først har satt tematikken aktivt på dagsorden. Flere av disse har god kjennskap til det meste av det som er laget og distribuert. De fleste oppfatter opplysningsmaterialet som veldig bra, og sier de har lært veldig mye av det. I tillegg har mange av dem tatt del på ”åpne dager” i OK-prosjektet, noe som også har fungert som viktige erfaringsoverføringsarenaer. Det er erfaringene til de spesielt aktive brukerne som selv har vært pådrivere til å sette tema på dagsorden, som vi skal gjennomgå nedenunder:

Brosjyrer/skriftlig materiale

Brosjyrene (”Vi er ok” og ”Hvorfor. Spørsmål og svar om vanlige plager”) er delt ut til ungdom i skolegrupper, i individuelle samtaler og i kvinnegrupper. Noe av det som alle fremhever, er viktigheten av at det er bilder (skisser) som viser de ulike formene for omskjæring og hvordan ikke-omskårede kvinner ser ut. Mange har ikke visst hvordan det normalt skulle være, ei heller at det er mulig å bli gjenåpnet på sykehus. Dette har vært til stor hjelp. En helsesøster på en ungdomsskole sa at det viktigste var *billedmaterialet*, - tegninger på ulike omskjæringer og på ”det normale”, for ”da skjønner de det!” og ”skjønner da lett hvorfor de lett kan få urinveisinfeksjoner og mensmerter”.

Den interaktive gjennomgangen av materialet ser ut til å fungere best. Da sitter gjerne en helsesøster sammen med kvinnen/ungdommen og går gjennom bildene og forklarer muntlig det som står i teksten.

Brosjyrene er spesielt viktig fordi mange unge jenter ikke selv kommer med spørsmål. Ved å gå igjennom brosjyrene sammen får de en anledning til å ta fatt i de viktigste sidene ved denne

problematikken. Det later til å være brosjyren ”Vi er ok” som har vært mest benyttet. ”Hvorfor”-brosjyren står for eksempel ikke på venterommet på helsestasjonene i en av de mest aktive bydelene ettersom helsearbeiderne ”føler at de blir så stigmatiser”. Men innholdet er likevel slik at de mener den har verdi for dem det gjelder, og de skal nå dele den ut til alle de møter individuelt som er omskårne, og på svangerskapskontrollen der jordmødrene tar opp teamet. For øvrig har de distribuert den til legesentrene, sammen med tilleggskriv om Ullevåls tilbud om gjenåpning.

Flere av helsearbeiderne synes at brosjyren ”Vi er ok” er bra fordi ”den går litt på tanker, litt på følelser, litt på religion og litt på det intime, på det helsemessige”, som en helsesøster på en ungdomsskole sier. ”Synes den var veldig bra, veldig nyttig. Den har fungert bra i forhold til her i Oslo-området”. Videre: ”Jeg tror de har klart å formidle mye kunnskap til helsesøstre”. Så framholder hun at ”det viktigste, det er de personlige møtene med oss”. Men hun synes ikke alltid det er så lett å snakke med jentene om dette – i betydningen at hun ikke vet helt hva som når frem eller hva som er deres problemer eller spørsmål; ”jeg vet ikke om det er noe de klarer å sette ord på”.

Brosjyren ”Vi er ok” brukes også av enkelte helsesøstre i møte med foreldre med barn i 1.klasse. Da er brosjyren bra å ha til utdeling. En helsesøster forteller at konsultasjonene med foreldrene inneholder enkelte steder spørsmål om deres barn er omskåret, og at hun noterer ned alt som blir sagt. Hun sier dette er blitt enda viktigere etter at avvergelsesplikten ble knyttet til loven, fordi de da må dokumentere hva de som helsearbeidere har gjort.

Flere fremhever at dette dreier seg om jenter og kvinner som kommer fra kulturer der de i stor grad er vant med muntlig informasjon mer enn skriftlig. Mange er ikke vant til å forholde seg til større tekstbiter og til den skriftlige budskapsformen. En av helsesøstrene sier det slik: ”mange kan ikke lese slikt, - mange er ikke vant til å forholde seg til det skriftlige”. Språkkompetansen varierer, og utdannelsesnivået er dessuten gjennomgående lavt. Muntlige overleveringer i ulike former er derfor viktig. Det skriftlige supplerer dette og kan anvendes av jentene/kvinnene for å dokumentere ting overfor andre. At brosjyrene finnes tilgjengelig er derfor viktig. De distribueres ”etter behov”, dvs. at helsesøstre spør om de ønsker den med seg eller vurderer selv om det er behov for å levere den ut. De ser det an i hvert enkelt tilfelle. Dette er et typisk eksempel på at informasjon og informasjonsmateriale brukes i forebygging.

At skriftlig materiale har betydning selv i miljøer med muntlige kommunikasjons- og informasjonstradisjoner, viser en praksis som en av helsesøstrene viser til. I sine møter med unge jenter på ungdomsskolen pleier hun å snakke om feriereiser til hjemlandet og hvilket press eller tvang de kan bli utsatt for der. I tillegg til at hun forteller at de kan få en legeattest før de reiser på at de *ikke* er omskåret (for slik å dokumentere at omskjæring eventuelt er utført), så gir hun dem et notat om loven i Norge (som også gjelder de som bor her) og ber dem ta med litt litteratur på somalisk med argumenter mot omskjæring. Så er de litt forberedt og har dette skriftlige materialet å støtte seg på og vise til dersom det skulle blir nødvendig.

Filmer

Filmene brukes gjerne i forbindelse med møter med målgruppen, dels på møter mellom folk som jobber i helsevesen, skole, politi, barnevern og lignende. Noen steder gis filmene ut til utlån. Men bruken synes å variere stort. I en av byene var erfaringen at om det skulle vises film for målgruppen, måtte det følges opp med samtale og anledning til å stille spørsmål. ”Retten til et fullverdig liv” er bestilt av enkelte til skolebruk sammen med undervisningsopplegget. Det kan synes som den største bruken er i møter mellom kolleger og samarbeidspartnere i det offentlige hjelpe- og tjenesteapparatet; de bruker den for å få kunnskap og innsikt i temaet og som grunnlag for å drøfte tiltak og holdninger.

Hjemmesiden til OK-prosjektet er noe de mange har sett litt på, men i liten grad aktivt brukt som informasjonskilde.

Åpne dager

De som har deltatt på dette har positive erfaringer. Det har vært muligheter for å diskutere konkret hva man skulle gjøre. Praksis i Oslo har vært åpne invitasjoner til bydelene. Noen vet at de bare har kunnet ringe OK dersom det har vært noe de lurte på.

Informasjonskanaler

Ute i kommunene og bydelene synes det å være høyst ulik praksis mht. hvordan informasjonsmaterialet har vært distribuert og hvorvidt det finnes rutiner for dette. Det er m.a.o. litt tilfeldig og litt personavhengig. Men det finnes eksempler på steder der informasjonsflyten er satt i system. I en bydel er det slik at en av helsesøstrene er definert som informasjonsansvarlig. Det innebærer at hun skal skaffe seg materiale, holde seg orientert, distribuere det videre til sine kollegaer, til skoler, legesentre og andre aktuelle

instanser. Skolene er informert om at hun sitter på en del materiale. Siden skolene også omfattes av avvergelsesplikten”, er det viktig at de har kunnskap om temaet.

Vurdering

Det er de spesielt interesserte som i størst grad har hatt nytte av det materialet som OK-prosjektet har produsert, og de har også kunnet bruke det på en interaktiv måte. De spesielt interesserte har vi også betegnet som pådrivere og ildsjeler. De har gjerne gått på kurser og ofte har de hatt en aktiv rolle i forhold til OK-prosjektet. De kan ha fungert som veiledere og tatt del i produksjonen av informasjonsmaterialet. Informatørkurs og samtalegruppe samt kommunens engasjement og vilje til å sette problemstillingen på agendaen, har fått konsekvenser for bruk av materialet.

Ellers har vi vist gjennom hele denne evalueringen at det fremdeles er et stort underforbruk av det materialet som OK-prosjektet har laget. Prosjektet har så vidt gjort seg ferdig med produksjonsfasen, og er kommet et stykke på vei inn i spredningsfasen. Helsevesenet føler at de har fått en del kunnskap, mens barnevernet henger mye lengre etter.

Det er fremdeles en vei å gå i å bygge ned motstand i det offentlige apparatet, spre den produserte kunnskapen og gjøre aktiv bruk av den.

7.6 Behandlingsarbeid versus avvergelsesarbeid

Det gjelder spesielt for aktørene i helsevesenet at de har kunnet møte omskjæringsproblematikken som et behandlings- og omsorgsproblem. For helsearbeiderne står reparasjon av skader, behandling, sentralt. Denne helse-siden ved omskjæringen har de kunnet kommunisere ut til miljøene, og dette har informasjonstiltakene og materialet fokusert på også. Det forkastelige, altså den egne, moralske holdningen tilknyttet omskjærings årsak, har de kunnet underkommunisere. Kunnskap og innsikt i de kulturelle tradisjonene og forklaringsvariablene som OK-prosjektet og andre har spredd informasjon om, har fått flere av helsearbeiderne til å hente argumentativ styrke til å underkommunisere sin eventuelle moralske fordømmelse av tradisjonen. Det forkastelige synes å ha blitt redusert til fordel for det forståelsesfulle, uten at dette er blitt en handlingslammende holdning i omsorgs og behandlingsarbeidet. Tvert imot virker det som de som har jobbet mest med denne problematikken, og som kommuniserer sin

forståelse for målgruppens situasjon, er blitt handlekraftige, trygge og realistisk forståelsesfulle i sitt direkte møte med omskårne kvinner.

Når en skal jobbe med å avverge omskjæring, altså forebygging, og ikke bare med omsorg og behandlingsarbeid, kommer det utbehagelige temaet frem i forgrunnen, det straffbare og det umoralske. Ønsker og vilje til å endre tradisjonen med omskjæring er jo basert i det forhold at en betrakter omskjæring som noe negativt, og en moralsk vurdering blir derfor del av betraktningen. Hvorfor skulle man ellers endre tradisjonen? Derfor kan det heller ikke være slik at en betrakter det som umoralsk for helsearbeidere hvis de moralsk fordømmer en slik tradisjon. Dersom en fjerner den moralske fordømmelsen, kan en faktisk fjerne endringskraften, endringsviljen, og en helsesøster må få lov til å beholde sine personlige moralske holdninger til tradisjonen, men må allikevel kunne møte kvinnene med respekt og forståelse.

Samtaler rundt kontroll, avverging og forebygging blir ubehaglige fordi det introduserer en mistillit, en negativ moralsk holdning og fordømmelse inn i samtale-situasjonen. Det underkommuniserte stikker seg frem. Det introduserer andre løsninger i henvisningsrekken – i stedet for å sende saken opp til Ullevål Sykehus, blir saken kanskje sendt til barnevern og politi. Det introduseres inn i samtalen den bakgrunn at det finnes en strafflov, en avvergelsesplikt og en barnevernslov. Samtalen, når den fokuseres på forebygging og avverging, vil rette seg mot det vi har omtalt som status to i personen – den potensielle overgriper og ikke bare til den trengende pasient. Dette status/rollesettet mellom helsesøster og potensiell overgriper, består av helt andre kommunikative elementer enn status/rollesettet helsesøster og trengende pasient. Det inviterer til mistillit, aktsomhet og grensesetting, mens det første rollesettet inviterer til varme, forståelse, inderlighet og empati. Så hvordan skifter man fra det ene settet til det andre, og har helsepersonell trygghet og kunnskap til å foreta slike skift?

En helsearbeider som konsentrerer seg om helse og behandling av allerede etablerte skader er på en mye tryggere grunn fordi hun slipper fordømmelsen, men kan spille ut sin empati, forståelse og omsorg. Hun kan lete etter signaler hos kvinnen som trigger hennes positive hjelperolle og en uforbeholden støtte. I det andre tilfelle må hun lete etter signaler som kan stimulere til mistenksomhet og mistillit – og hun kan bli forbeholden. Hjelperollen er en mye lettere og mye bedre rolle å ha, enn kontrollrollen som skal overvåke, og avverge at kvinnen ikke omskjærer sine barn. Mange vil nok naturlig foretrekke den empatisk og forståelsesfulle rollen i stedet for mistenksomheten.

Ja, nærhetsfilosofer som Løgstrup hevder at tillit kommer til oss først. Den er en suveren livsytring. Å skulle trekke frem mistilliten og årvåkenheten er ikke en foretrukken holdning. Det forhold at barnevernet ikke mottar bekymringsmeldinger fra helsestasjonene kan også skyldes at flere jordmødre og helsesøstre nettopp foretrekker å møte sine pasienter med tillit og omsorg heller enn å gå inn i kontrollrollen. Hvordan skal disse to rollesett kombineres?

Det vesentlige for en helsesøster må være at hun retter den moralske fordømmelsen (hvis hun føler den) mot tradisjonen, og ikke mot de personer som har vært offer for den. Dette blir meget viktig i behandlingsarbeidet, men også for å avverge omskjæring, at en greier å kommunisere på en ærlig måte sin fordømmelse av tradisjonen hvis en blir spurt og hvis en føler det, men ikke for personen som må møtes med respekt. Det virker som om de fleste helsesøstre og jordmødre som vi intervjuet, gjennom sin erfaring har klargjort og blitt trygge på sitt menneskesyn og likeledes sitt syn på tradisjonen, og at de derfor kommuniserer ut sin respekt for personen og underkommuniserer sin moralske fordømmelse for tradisjonen. Det kan ikke være et poeng å fjerne den moralske fordømmelsen, fordi den er nødvendig som motivasjonskraft for å endre tradisjonen, og for å avverge flere omskjæringer. For å få til avvergelse, blir det i fremtiden viktig å vite hvordan en skal håndtere og kommunisere innenfor og mellom de ulike sett av status/roller og også bli klar og trygg på sitt menneskesyn, og syn på tradisjonen.

Det etiske dilemmaet relatert til de to statusene trengende pasient og potensiell overgriper blir særdeles tydelig når det gjelder forestående feriebesøk i hjemlandet. Helsesøstrene er enige i at dette temaet skal på dagsorden, men sier at de må stole på det når folk det gjelder forsikrer at de ikke har tenkt å omskjære jentene sine under ferieturen. Mistenkeliggjøringen er ubehagelig for dem, og de ønsker ikke helt å vise den frem: ” Vi spør jo ikke alle andre grupper hva de skal gjøre på i ferien sin når de kommer for å få reisevaksine”.

Hvis en ikke går inn i kontrollrollen får en kanskje ikke informasjon som kan lede til avvergelse. Informasjoner som skal lede til avvergelse er også ubehagelige informasjon som kan skape ekle konsekvenser for en selv og den kvinnen en har foran seg. Tenk om en misforstår, og da har en satt i gang masse problemer for personen foran seg. Heri ligger det også en barriere i det faktum at en ønsker å unngå unødige ubehageligheter. Forholdet mellom de to statussettene *helsearbeider – pasient/offer for omskjæring*, og *helsearbeider – potensiell overgriper*, er viktig å diskutere i det fremtidige arbeidet og søke løsninger på. Dette skyldes at avvergelsesplikten er kommet

sentralt på agendaen for det videre arbeidet. Det blir viktig å utvikle kommunikative redskaper, klargjøre sin holdning til tradisjonene og utvikle grep og holdninger, et menneskesyn, som gjør det mulig å avverge fremtidige og potensielle omskjæringer slik at reparasjonsarbeide, behandling og smertelindring kan brukes konstruktivt som en vei til å tre inn i avvergesproblematikken og ikke blir en barriere mot avvergelse. Den nye upubliserte håndboken til OK-prosjektet vil i så måte bli et meget nyttig verktøy for å få til de kommunikative grep og prosedyrer for å avverge omskjæring. Til nå virker det som om behandling og omsorgsarbeid har fått forrang foran avvergesarbeid. Det skyldes jo også at omsorg og kunnskap skulle være *metodiske grunnpillarer* i arbeidet mot omskjæring. Men å skifte fokus fra omsorg/kunnskap til avvergelse synes å kreve et lite mentalt paradigmeskift, nettopp fordi det introduserer mistilliten. Her ligger det fremdeles en utfordring som både helseapparatet og barnevernet må gå mer målrettet inn i.

8 Konklusjon og veien videre

8.1 Har regjeringen valgt en riktig strategi?

OK-prosjektet har hatt en stor arbeidsinnsats i de tre åene som har gått med å produsere kunnskap og spre den til de relevante innvandringsmiljøene og til det offentlige apparatet for å forebygge omskjæring og gi omsorg. Men har dette virkemiddelet; dvs. kunnskap og omsorg som metode, vært et riktig valg av strategi for å forebygge og avverge kjønnslemlestelse? Burde en ha valgt en annen hovedstrategi?

For å svare på dette må vi se på *virkningene* av strategien, og måle dem mot alternativene og begrensingene ved strategien.

De omskårne kvinnene og deres familier har gjerne manglende medisinske kunnskaper om naturlig anatomi, om medisinske konsekvenser av omskjæringen, om menneskerettigheter, funksjon og helse til kvinner som ikke er omskåret m.m. De relevante miljøene har trengt denne form for kunnskap i tillegg til kunnskap om lov og straff. Det samme gjelder det offentlige apparatet. Helsearbeidere har fått økt sin kompetanse og kan nå møte omskårne kvinner med en mye større trygghet enn det de kunne før. Motstanden mot å ta tak i problematikken har eksistert i helsevesenet og i barnevernet, men ved hjelp av OK-prosjektet har motstanden/vegringen blitt bygget ned, spesielt i helsevesenet. Apparatet er styrket når det gjelder å gi behandling, rettlede, styrke og gi selvtillit til kvinner som er omskåret. Det synes også å ha fått konsekvenser gjennom det faktum at langt flere kvinner nå ønsker å gjenåpnes. Det finnes også flere enkelthistorier om kvinner som har vært med i prosjektet og som har greid å forhindre andre kvinner i å omskjære døtrene sine. Det er en ny åpenhet rundt omskjæring i innvandringsmiljøene og i apparatet. Det er en støtte i miljøene for OK-prosjektet, som har fått stor legitimitet. Flere kvinner med bakgrunn fra land som praktiserer denne tradisjonen ønsker å omtale det som kjønnslemlestelse heller enn som omskjæring. Dette viser at det har skjedd endringer og bevegelse i innvandringsmiljøene

som også kan skyldes OK-prosjektets aktivitet. På grunnlag av evalueringen kan vi derfor si at en ikke har kunnet komme forbi bruken av kunnskap og omsorg som metoder. Strategien har vært helt nødvendig og synes å ha bidratt til at en har oppnådd mye.

Men vi vet fremdeles ikke med sikkerhet om OK-prosjektets arbeide i tilstrekkelig grad har virket til å forebygge og avverge omskjæring av jenter født og oppvokst i Norge. Barnevernet får ikke bekymringsmeldinger. De har i liten grad kommet på banen og har i liten grad tatt del i OK-prosjektets kunnskapsformidling, eller opplæring i håndtering av problematikken i møtet med målgruppen. Det har aldri vært noen siktelsler, og visnok kun én anmeldelse som ledet til etterforskning og konstatering om kjønnslemlestelse, men anmeldelsen ble trukket tilbake.

Antagelsene som ligger bak strategien er at kunnskaps- og omsorgsformidlingen skal lede til en snuoperasjon i de omskårne kvinnenes tankegang slik at de skifter ut sine verdier og normer. Arbeid i forhold til mødrene vil forebygge omskjæring av døtrene. I stedet for at kvinner og menn vil støtte omskjæring, vil de på grunnlag av kunnskap og forståelse som de får gjennom OK-prosjektets kunnskapsproduksjon og formidling, skifte perspektiv – og bli motstandere av omskjæring. Denne snuoperasjonen vil gjøre at de unnlater å omskjære sine døtre som en *sekundær effekt* av omsorg og kunnskaps-strategien. Derfor vil strategien fungere forebyggende og forhindre omskjæring av små jentebarn etter hvert som kunnskapen internaliseres. Disse antagelser ligger i OK-prosjektets metodiske grunnpillars, dvs. at det er en teori om årsaker og antatte virkninger. Men er det slik det virker i praksis?

Vi tror at dette er en riktig strategi på lang sikt, men at den også har en svakhet som skyldes tidsperspektivet. Internalisering av nye holdninger og verdier skjer dessverre ikke raskt nok. Selv om strategien er teoretisk og moralsk riktig, er det grunn til å reise tvil om hvorvidt den raskt nok greier å bygge ned motstanden i miljøene og føre til internalisering av ny kunnskap. Mens vi venter på at dette skjer, kan flere barn og unge jenter risikere kjønnslemlestelse. Strategien kan sies å ha vært riktig og nødvendig, men utilstrekkelig; fordi den er tidkrevende, og fordi motstanden kan være stor både i apparatet og i miljøene. Strategien må derfor suppleres med andre strategier.

*Så hva består motstanden i de berørte miljøene av? Kjønnslemlestelse medfører store smerter og ubehageligheter for de kvinnene det gjelder, og nettopp derfor har det utviklet seg *begrunnelsessystemer* og*

belønningssystemer. Disse gir mening til både smertene og tapet av noe/litt/mye kjønnsorgan. En omskåret kvinne får respekt og hun blir lettere gift. Meningen forbundet med disse belønnings- og begrunnelsessystemene er dypt internalisert og utgjør også *barrierer* mot holdningsendringer. Å skifte holdning fra å se omskjæring som noe positivt, til noe negativt – fjerner den positive meningen og belønningen med omskjæringen som den enkelte kvinne opplever. En uomskåret kvinne kan få problemer med å bli gift, og kan tape anseelse. Dette viser hva hun risikerer ved skifte av holdninger. Skifte av holdning vil naturligvis også resultere i stor sorg hos de kvinnene som er omskåret og som begynner å betrakte seg selv på en ny måte. Det blir et tap av både mening og identitet. Hun får en helt ny psykologisk smerte ved å skifte sin holdning. Dette betyr at både kvinneidentiteten og den kulturelle identiteten trues. Begge disse grunnleggende identitetene utsettes for press om endring på samme tid. Reaksjonene på slike press kan derfor gå i flere retninger.

1. *De som blir pådrivere i motstanden mot omskjæring*. De internaliserer motsanden mot omskjæring så dypt at de motiveres til aktiv handling. Vi har sett at flere av de somaliske kvinnene har blitt pionerer og pådrivere i kampen mot kjønnslemlestelse, som de nå velger å betegne det. Også flere menn fra de relevante miljøene arbeider nå veldig aktivt mot, bl.a. takket være støtte fra OK-prosjektet. De må benyttes mer i det videre arbeidet. Disse personer har forlatt de gamle begrunnelsessystemene og erstattet dem med ny mening og nye identiteter. Menneskerettigheter og islam brukes nå sammen for å bekjempe omskjæring: "En skal ikke skade Guds skaperverk". De henter støtte i religionen for sitt arbeid. Dette innebærer ikke bare en "snuoperasjon" ved at mange (urettmessig eller feilaktig) har trodd at det finnes begrunnelser i religionen for omskjæring. Denne endringen betyr samtidig at bekjempelsesarbeidet positivt forankres i religiøse argumenter, noen som er vesentlig ettersom religionen betyr mye for store deler av målgruppen.
2. *De som blir motstandere, men på en mer passiv måte*. Kanskje faller de ned i en depresjon, og trenger psykologisk hjelp og støtte som et resultat av sin holdningsendring? Det kan tenkes at de føler tap av identitet og mening, og ikke har styrke nok til å motstå press fra slektninger. De er mot omskjæring, men motstanden behøver ikke være så dypt internalisert slik at det leder til aktiv handling som for de foregående, og de kan da gi etter for press.
3. *De som ignorerer informasjonen* og ikke vil endre sine holdninger til tradisjonen fordi begrunnelsessystemer og belønningssystemene er for sterke. De snakker klisjépreget mot

omskjæring for ikke å komme på kant med apparatet og personer de snakker med, men ønsker allikevel i det skjulte å omskjære døtrene sine.

4. *De som får styrket sin støtte til omskjæring* Finnes de? Vi vil i denne forbindelse stille noen hypotetiske spørsmål som har sin bakgrunn i flere antropologers erfaringer fra andre kontekster hvor insentivene har fått en motsatt effekt. Da det ble gjort forsøk på å endre enkelte Latin Amerikanske bønders økonomiske strategier i en mer kapitalistisk retning og få dem til å dyrke mer korn for salg på markedet, reagerte enkelte av bøndene på insentivene ved å dyrke mindre. Dette ble beskrevet som ”peasant –rationality.” Og kanskje kan slike *kontraproduktive virkninger* skje i lommer av de relevante miljøene?

Spørsmålet er om behandling og omsorg faktisk kan gjøre det lettere å leve med omskjæringen? Kan enkelte omskårede kvinner i Norge få hjelp til å tåle omskjæringen bedre? Når smertene er borte, blir det kanskje lettere å være omskåret? Kanskje kan omsorg, behandling og kunnskap lede til at enkelte handler motsatt av det vi forventer og bruker det de får av omsorg til å støtte opp og styrke tradisjonen med omskjæring, og ikke motsatt? Dette er hypoteser, men en kan reflektere litt omkring det forhold at det er så vanskelig å endre denne tradisjonen, og at strategier kan ha uforutsette konsekvenser som en ikke har kalkulert med.

Så hva kan motstanden i apparatet bestå av? Gjennom analysen i kapittel syv viste vi hvor mye mer behagelig det er, også for helsearbeidere, å velge omsorgsrollen i stedet for kontrollrollen. Man gir forståelse i stedet for grensesetting. Grensesetting og avvergelse introduserer en mistillit i samtalsituasjonen, som er ubehagelig å gå inn i. Motstanden i det offentlige apparatet ligger også i det forhold at omskjæring som et tema konkurrerer om oppmerksomhet med mange andre temaer.

Vurdering

Det vi i kapittel fire omtalte som B-strategien, kan ikke erstatte A-strategien, og A-strategien er helt nødvendig, om enn tidkrevende. Kritikerne (kapittel 4) kan ha hatt rett i sin utålmodighet og krav om bruk av andre strategier; bl.a. B-strategien, som kan være like nødvendig som A. Mens en venter på at holdningsendringer skal skje trengs det kompensierende tiltak, slik som bl.a. helsekontroller og mer effektiv bruk av lovgivningen. Det synes derfor viktig å kjøre med ulike opplegg parallelt slik at det blir synergieffekter av flere tiltak som må kunne fungere komplementært. På samme måte som

helseisriko kan brukes i en avskrekkingsstrategi ovenfor røykere, må det være mulig i større grad å bruke helse som virkemiddel til å avskrekke mot kjønnslemlestelse, i tillegg til å bruke lov, straff og helseundersøkelser som virkemidler.

Dessuten er bruk av tv og mediemidlet en veldig effektiv og nyttig måte å spre et budskap på. Konflikt og debatt i media er ikke alltid negativt selv om det er energikrevende for de som er involvert. Elementer fra flere strategier må kunne brukes parallelt, i det videre arbeidet. Og det er nødvendig å skape balanse mellom strategiene for også å ta vare på målgruppens selvfølelse.

Mer helseinformasjon og informasjon om lov og straff, etterforskning av foreldre, er også virkemidler som flere av de somaliske informantene etterlyste. Sterkere virkemidler vil klart signalisere til miljøene at kjønnslemlestelse er en straffbar handling som en ikke kan akseptere.

8.2 Har OK-prosjektet hatt en riktig strategi

Gjennom sin kunnskapsproduksjon og spredningen av denne har OK-prosjektet bidratt til å gjøre det offentlige bedre stand til å sette temaet 'omskjæring' på dagsorden. Kunnskapsproduksjonen av skriftlige brosjyrer, hefter og bøker kan ut fra kriterier om tilfredshet sies å ha vært vellykket ettersom de målgruppene vi har vært i kontakt med spesielt innenfor helsevesenet, har uttalt seg positivt om denne.

Informatørkursene og samtalegrupper sammen med foredragsvirksomheten har etter evaluators vurdering vært den beste metode for å nå inn i innvandringsmiljøene, men også for å nå apparatet. Også informanter innenfor den berørte målgruppen utaler tilfredshet ovenfor denne metoden. Den positive virkningen skyldes også at metoden har bygget broer mellom apparatet og pådrivere fra innvandringsmiljøene. Det har hatt en demokratisk form og invitert til dialog og diskusjon om et vanskelig tema.

Det virker som om OK-prosjektet har vært dyktige til å nå modne kvinner i innvandringsmiljøene. Disse kvinnene er nå blitt pionerer i arbeidet mot kjønnslemlestelse, som de velger å kalle det. De har stor empati for omskårne kvinners lidelse, og de er utålmodige etter å få til endringer, og beskytte de unge jentene mot denne tradisjonen. Enkelte av kvinnene synes som å ville gå lengre enn OK-prosjektet i valg av begreper og strategi. Dette nettverk av kvinner er en ressurs for det videre arbeidet og må brukes aktivt.

Det kan tenkes at det fall av tillit som oppsto som konsekvens av det som enkelte kaller som ”mediebomben” gjorde at en uformell kunnskapsspredning med bruk av lånt personlig tillit fra blant annet medarbeiderne i prosjektet har vært den beste måten å operere på. Men over tid kan en se at det blir vanskelig å forankre en stabil drift av samtalegrupper på bakgrunn av uformelle personlige nettverk. Bruk av snøballmetode og uformelle nettverk kan også lede til en skjev rekruttering av personell. OK-prosjektet har forsøkt å bryte klanbarrierer, men får likevel beskyldninger fra medlemmer i konkurrerende organisasjoner om å være infisert av klanlojalitet.

Målgruppen synes å være nådd på lettest vis ved bruk av muntlige metoder. Slik at utvikling av konsepter som anvender eventyr og skuespill kan være den måten å nå frem til målgruppen. Det samme gjelder for bruk av foredrag og filmer. En alternativ måte å nå målgruppen på er gjennom prosess-seminar metoden, med fokuserte teamadager og diskusjoner. Tiden har endret seg, og temaet er ikke så sensitivt som før.

Prosjektet har spilt på lag med pådrivere og personer lokalt som allerede har vist stort engasjement. Materialet brukes interaktivt i samtalegrupper og på helsestasjoner. Allikevel viser intervjuene av somalierne at de fikk sine informasjoner mer muntlig enn skriftlig, og at de ikke hadde mottatt mange brosjyrer på helsestasjoner eller andre steder.

Så kan en spørre om fordelingen av innsats og ressurser mellom de ulike målgruppene har vært riktig ut fra den bestilling som lå i Handlingsplanen og i Regjeringens innsats mot kjønnslemlestelse 2002.

I prosjektbeskrivelsen nevnes både helsepersonell, skole og barnevern som relevante målgrupper i det offentlige. I Regjeringens innsats er det helsedepartementet som gis et hovedansvar for kunnskapsutviklingen hos helsepersonell. Vi har imidlertid gjennom evalueringen sett at OK-prosjektet har vært mer vellykket når det gjelder å nå helsepersonell enn barnevern. Helsepersonell uttrykker en stor tilfredshet angående den kunnskap og bistand de har fått. Prosjektet kan imidlertid ha valgt å gå mest inn i det felt hvor motstanden var minst, og engasjement og motivasjon størst slik som blant helsepersonell. Som lederen i prosjektet uttrykte: ”*Men som med det meste OK har gjort, var vi nødt til å samarbeide tett med de som faktisk viste interesse og gjorde en aktiv innsats.*” En kan spørre seg om OK-prosjektet burde satset mer på å motivere barnevernet, selv om de her møtte vegring og mindre engasjement. Likeledes har

det vært liten respons på brev som OK-prosjektet har sendt til innvandrersorganisasjonene om å ta del i aktiviteter som prosjektet satte i gang. Prosjektet drev sine samtalegrupper inn i innvandringsmiljøene, og disse har fungert meget godt, og de berørte gruppene er fornøyd med OK-prosjektet. Men samarbeidet med miljøene kunne kanskje ha hatt et enda større omfang enn det hadde. Prosjektet kunne ha respondert med en større grad av pro-aktiv innsats mot den tilbakeholdne holdning som de møtte. I stedet ble arbeidet konsentrert der det allerede fantes et engasjement og velvilje fra før av. En kan spørre om innsatsen mot helsepersonell ledet til et overlapp med sosial- og helsedirektoratets innsats, og kanskje i enkelte tilfeller var overflødig. Informanter har antydning at OK-prosjektet ble invitert inn til samarbeid og informasjonsutveksling på seminarer i helsesektoren, men at de som sto for invitasjonene ikke opplevde tilstrekkelig gjensidighet fra OK-prosjektet, noe som ble uheldig for samarbeidet. Helsestasjonene, jordmødre og de innenfor skolehelsetjenesten som evalueringen var i kontakt med har imidlertid uttrykt stor tilfredshet med OK-prosjektets innsats og produksjon av kunnskap, og det kan tyde på at OK-prosjektet har tilfredsstilt et udekket behov i dette feltet, og at det antageligvis ikke var overlapp.

Burde prosjektet orientert seg enda mer enn det gjorde inn mot den berørte innvandrermålgruppen? De somaliske informantene har etterlyst en større involvering av menn både som målgruppe for tiltakene og som alliansepartnere. 83 % av de somaliske informantene mente at mennene burde vært mer involvert i OK-prosjektets arbeid. De har etterlyst en større bruk av menighetene og organisasjonene, og en større orientering mot barn og ungdom. Prosjektet kunne derfor anstrengt seg mer for å nå flere innenfor målgruppen, og benyttet mer den muntlige overleveringen av kunnskap som de hadde utviklet konsepter for. Noen av midlene som gikk til filmproduksjonen kunne kanskje ha gått til å forsterke arbeidet inn mot miljøene, med vekt på å knytte personlige kontakter og bruke mer tid til den muntlige overføringen av kunnskap. Det er imidlertid vårt inntrykk at både de skriftlige og muntlige konseptene fra OK-prosjektets innsats har vært svært nyttige, og det skriftlige arbeidet har også vært brukt på en interaktiv og muntlig måte.

Tre år er imidlertid en altfor kort tidsperiode for de måloppnåelser som OK-prosjektet med sin strategi skulle nå. De kunne ikke greie alt innenfor denne begrensede tidsperiode. Det vil imidlertid i fremtiden være nødvendig med en videre innsats i å bryte ned vegring og motstand både i apparatet og i miljøene, og også få politiet på banen. Det er viktig å stryke barnevernets arbeid, få til strukturer og rutiner og motivere pådrivere i denne sektoren til spesielt å ta problematikken

alvorlig. Det er også nødvendig å skape flere allianser i innvandringsmiljøene, og bruke de muntlige metodene i større grad mot denne målgruppen. Det kan være et poeng å starte med motstandstrening mot omskjæring i miljøene hvor en f.eks bruker rollespill. En kan spre materialet ytterligere, etablere kontakttelefon, gi motstandstrening, og arbeide med kontroll og avvergeselsarbeid. I tillegg må en jobbe bredt inn mot andre relevante afrikanske grupper som må involveres i arbeidet med gruppesamtaler og eventuelt prosess-seminarer. Kanskje de kan lage sine egne handlingsplaner, som de kan få hjelp til å følge opp?

8.3 Behov for kunnskap

Forebyggingseffekten av alle slags strategier vil være vanskelig å måle ettersom vi mangler evidensbasert kunnskap om omfanget av omskjæring i Norge. Hvor mange norske jenter født og oppvokst her, under 15 år, er omskåret? Hvor mange 6 åringer? Vi mangler rett og slett data, registreringer, som sier noe om dette, og vi mangler data som kan si noe om utviklingen over tid. Kunnskaper er nødvendig, ellers blir det til at vi skyter i mørket med våre antagelser om virkninger og våre valg av strategier.

Først når jenter født og oppvokst i Norge om noen år, på eget initiativ begynner å gå til helsevesenet og leger i forbindelse med kvinnesykdommer, graviditet og fødsler vil vi kunne registrere omfang og få kunnskaper om hvor mange jenter som i dag blir omskåret, eller ikke. Inntil den tid vil vi ikke ha grep om den reelle fare som unge norske jenter står i når det gjelder omskjæring. Den kan være overdrevet, men det kan faktisk også være slik at vi fremdeles ikke tar problemet alvorlig nok og ikke er på hugget når det gjelder avvergelse.

Det er en belastning for miljøene å skulle møtes med mistillit, spesielt hvis det ikke er noen grunn for denne mistilliten. Hvis det er svært få som utfører omskjæring på sine barn i Norge, er det helt urimelig at en skal møte enkelte afrikanske befolkningsgrupper med en konstant årvåkenhet og mistillit. På den andre siden, hvis det er mange som vil omskjære sine barn, og faktisk gjør det uten at det snakkes om, altså bryter loven, er mistillit og årvåkenhet helt nødvendig. For øyeblikket er mange mennesker innenfor apparatet usikre på rimeligheten av de holdninger de har – både angående tillit og mistillit. Også i de relevante miljøene er de usikre på sin holdning til andre personer i miljøet. Dette kom også tydelig frem fra de somaliske informantene at

de ikke visste hvor stort problemet var. Når de blir spurt er det få, om ingen, som uttrykker positive holdninger til omskjæring. I det somaliske miljøet uttrykte alle at de var imot omskjæring. Dette er svært positivt, men vi vet altså lite om praksis; om hvor mange som likevel stilltiende støtter denne tradisjonen; som utøver press på andre; og som selv sørger for å få sine barn omskåret og kanskje ”tar bare litt”.

Av hensyn til arbeidet med forebygging og avverging, av hensyn til potensiell ofre, av hensyn til deres foreldre, er det nødvendig å vite det reelle omfanget av det problemet som skal bekjempes. Vi vil anbefale å bruke de etiske forsknings komiteer til å vurdere og utvikle et undersøkelses design som er etisk begrunnet og forsvarlig, og som kan gi oss svar på disse spørsmål om omfang.

8.4 Punktvisse resultater fra evalueringen

Generelle empiriske funn:

- De fleste i innvandringsmålgruppen som ble intervjuet sier de er imot omskjæring, men vi vet ikke i hvilken grad, og hvordan de vil reagere på press.
- Målgruppen i innvandringsmiljøet, (i vår evaluering det somaliske miljøet), oppfatter fremdeles at det er en forskjell på respekten som gis til omskårne jenter og til uomskårne jenter. Det er fremdeles oppfatninger om at det er lettere å bli gift hvis man er omskåret. Dette kan tyde på at mange foreldre fremdeles kan få lyst til å omskjære døtrene sine. Ungdom kan av egen fri vilje også fremdeles føle at det er nødvendig å bli omskåret for å få respekt og bli gift.
- Det er større interesse og mer åpenhet rundt temaet i dag enn før OK-prosjektet startet. Man kan snakke åpent om omskjæring både i innvandringsmiljøene og i det offentlige apparatet. De debatter som har funnet sted i det offentlige, de ulike strategier og innsatser har virket sammen til å endre debatt-klimaet.
- Det er press på flere foreldre som ikke vil omskjære døtrene sine, fra den omliggende storfamilie – gjerne i hjemlandet - om å la døtrene bli omskåret.
- Feriereisene hjem er en utfordring og medfører risiko.
- Det er lettere for apparatets aktører å bruke omsorgs- og behandlingsrollen enn kontroll og avvergelsesrollen. Det er behov for å utvikle denne siste rollen i fremtiden.

- Intervjuene av somalierne viste at de fikk sine informasjoner mer muntlig enn skriftlig, og at de ikke hadde mottatt mange brosjyrer på helsestasjoner eller andre steder.
- I kommuner hvor en har greid å skape en overordnet koordinering og integrere temaet i tverrfaglige fora har det vært enklere å utvikle prosedyrer og motivere barnevernet til å prioritere temaet.

Positive konsekvenser av OK-prosjektets innsats

- Det har vært en stor kunnskapsproduksjon som en kan få nytte av i arbeidet videre.
- Samtalegruppene og informatørkursene har vært særdeles gode instrumenter for å øke og spre kunnskap til både apparatets aktører og til de berørte innvandringsmiljøene.
- Prosjektet har generert et nettverk av kvinner som er pionerer i arbeidet mot omskjæring. De går inn for både strategi A og til dels strategi B, og har en stor empati med foreldregenerasjonens problemer samtidig som de ønsker en sterk grensesetting og velger 'kjønnslemlestelse' som begrep.
- Det har vært holdt en omfattende foredragsvirksomhet mot det offentlige apparatet i hele landet og mot de berørte miljøene.
- Det er positivt at prosjektet har hatt flere ansatte medarbeidere med bakgrunn fra de berørte miljøene.
- Flere aktører av pådrivere og ildsjeler er kommet på banen som en konsekvens av OK-prosjektets arbeid. Det har utløst engasjement, ressurser og utviklet ny kompetanse både i innvandringsmiljøene og i apparatet.
- Det har vært en bevegelse i feltet fra utrygghet til større grad av trygghet i holdninger til omskjæring.
- Apparatets aktører, helsevesenet i særdeleshet, uttrykker at de er fornøyd med det materialet de har fått.
- Filmene beveger, gir innsiktsfulle bilder av omskjæringsproblematikken..
- Prosjektet er blitt klarere og modigere
- OK-prosjektet har opparbeidet tillit og legitimitet i miljøet som ønsker at prosjektet skal fortsette.
- Flere kvinner enn tidligere søker til klinikker for å la seg gjenåpne
- Flere kvinner med somalisk bakgrunn velger å bruke begrepet "kjønnslemlestelse" heller enn "omskjæring", noe som kan tyde på at holdningene i miljøet virkelig har endret seg som et resultat av

OK-prosjektets arbeide, men også som et resultat av andre aktørers innsats.

Svakheter ved OK-prosjektet

- OK-prosjektets tidsramme for måloppnåelse har vært altfor kort.
- Vi vet lite om i hvilken grad prosjektet har greid å forebygge eller avverge omskjæring av jenter.
- Det har vært vanskelig å få barnevernet på banen, og prosjektet kan ha forholdt seg litt for passivt til vegring i barnevernet og i organisasjonene.
- Ungdom og barn har i mindre grad enn ønsket av den berørte målgruppen, vært nådd av prosjektet.
- Det har vært interne og eksterne stridigheter som har tatt energi.
- De berørte målgrupper ønsker en større involvering av menn
- De somaliske informantene ønsker at religionen og menighetene skal brukes som en ressurs i arbeidet.
- De somaliske informantene ønsker en større grad av allianser med innvandrersorganisasjonene.
- Det er viktig å forene kreftene med andre engasjerte aktører. Prosjektet har ikke helt greid å bygge ned konfliktlinjene til andre ressurspersoner – de som står for strategi B. Her ligger muligheter til samarbeid og ikke minst diskusjon. Det er imidlertid avhengig av velvillighet også fra den andre siden.

Anbefalinger til videre arbeid

Vi forslår at innsatsen mot kjønnslemlestelse fortsetter, ettersom det er et svært alvorlig problem, som har mange ofre. Strategi A må kunne kombineres med strategi B. Det er nødvendig å betjene kommuner, barnevern, politi og helsevesen i å utarbeide avvergelses rutiner og prosedyrer. Vi kommer med følgende anbefalinger som kan forbedre arbeidet:

- I fortsettelsen av arbeidet er det nødvendig å fokusere på at det *ikke* er akseptabelt ”å ta bare litt”.
- Bruke nettverket til de ’kvinnelige pionerene’, som prosjektet har generert, i det videre arbeidet mot kjønnslemlestelse.
- Ved å forankre samtalegrupper i de relevante innvandrersorganisasjoner og skape samarbeid med kommunene (kommunehelsetjenesten, flyktningetatt etc.) kan en skape mer kontinuitet, ansvar og institusjonell forankring. Flere av

organisasjonene uttaler at de ønsker å bli involvert. En kan også forankre samtalegruppene i introduksjonsprogrammet.

- Samtalegruppene kan kortes ned i tid eks.til fire ganger slik at det blir mer kontinuitet og utholdenhet av deltagerne. Da blir temaet mer fokusert og en kan få til flere grupper.
- Religionen kan brukes mer aktivt i det holdningsskapende arbeidet. Ved å alliere seg med menigheter og imamer som er imot omskjæring vil en skape legitimitet for at omskjæring ikke har støtte i religionen.
- Det er nødvendig å involvere menn fra de aktuelle miljøene mer aktivt i det holdningsskapende arbeidet. Også de lider av konsekvensene av omskjæring.
- Det er nødvendig å arbeide mer aktivt inn mot skolene slik at en treffer ungdommene som er i risikozonen.
- Det kan være nødvendig å utvikle strategier i å motstå press mot omskjæring. En kan utvikle treningsprogrammer i å utøve motstand gjennom rollespill.
- Det er nødvendig å fordele filmer og brosjyrer på en bedre måte og følge opp det produsert materiale. Det må være pådrivere, og en må utvikle kompetanse til å bruke materialet interaktivt.
- Interaktivt teater bør kunne utvikles og brukes mer.
- Det bør fokuseres mer bredt på flere afrikanske land – fordele belastningene på miljøene.
- Informasjon om helsekonsekvenser kan også brukes i en avskrekkelsesstrategi – eksempelvis slik som anti-røykekampanjene.
- Bruke prosess-seminarmetoden, invitere relevante miljøer til å lage sine egne handlingsprogrammer mot omskjæring, og samarbeide med dem i forsøket på å implementere dem.

Anbefalinger til departementene

- Man må kunne koordinere og samkjøre strategiene A og B på en bedre måte. Dette impliserer mer aktivt bruk av lov og straff og helseinformasjon til avskrekkelse. Likeledes bruke media aktivt for å avverge omskjæring – evt. med programmer på somalisk og andre afrikanske språk med norsk tekst, og diskusjonsprogrammer som involverer personer fra berørte miljø slik at en ser meningsbredden også i miljøet. Dette vil redusere stigmatiseringseffekten. En må kunne invitere og bruke fag- og ressurspersoner med

bakgrunn fra de områdene det gjelder til å holde kurser og informasjon i miljøene.

- Kvinner som er traumatisert på grunn av omskjæringen burde få tilbud om psykologisk hjelp og traumebehandling.
- Helsestasjonene er kommet lengre i sitt arbeide og utvikling av rutiner enn barnevernet. Det er behov for en strategisk satsning på å arbeide mot barnevernet, og også politi.
- Vi vet egentlig ikke hvor mange som har omskåret døtrene sine, født og oppvokst i Norge. På grunn av temaets viktighetsgrad bør en sørge for å få vitenskaplig basert kunnskap om omfanget av omskjæring i Norge på unge norske jenter slik at en ser i hvilken retning utviklingen går, og kan se reelle konsekvenser av tiltakene. En må dessuten vite mer om omfanget av problemet for å kunne vurdere hvor intensivt en bør satse i kampen mot omskjæring. Den nasjonale forskningsetiske komité for medisin og/eller den nasjonal forskningsetiske komité for samfunnsfag og humaniora bør trekkes inn for å vurdere hvordan en kan designe en slik kartlegging av omfang. En må invitere komitéen å vekte de ulike etiske dilemmaer forbundet med en slik forskning, og vurdere konsekvensene av dem, også de konsekvenser som vil følge av at en *ikke* søker å skaffe til veie slik forskningsbasert kunnskap.
- På grunn av betydningen av press fra storfamilien til å foreta kjønnslemlestelse som er rapportert flere steder, må en vurdere om faren for gjentakelse skal innbefatte langt flere familiemedlemmer – altså at en opererer med et utvidet familiebegrep når en vurderer å melde fra til barnevernet. Dette betyr at taushetsplikt og avvergelsesplikt må vurderes ut fra en slik utvidet forståelse av ”faren for gjentakelse” og ”familie”.
- En bør vurdere å innføre helseundersøkelser etter modell av Frankrike.
- Det er nødvendig å evaluere avvergelsesplikten for å se om den har minsket eller styrket motstanden/vegringen i apparatet når det gjelder å handle aktivt for å avverge omskjæring.

Litteratur

- Almås, Reidar (1990): Evaluering på norsk. Universitetsforlaget. Oslo
- Austveg, Berit med Elise B. Johansen, Ahsan Hassan Hersi, Fatima Ali Mader, Simon Rye (1998): Kvinnelig omskjæring – veien videre. Tidsskrift for Den norske Lægeforening nr. 27. 1998
- Dirie, Waris og Cathleen Miller (1979): Ørkenblomsten. Egmont Hjemmets bokforlag
- Engebriqtsen Ada og Gunhild R.Farstad (2004): Somaliere i eksil i Norge. En kartlegging av erfaringer fra fem kommuner og åtte bydeler i Oslo. NOVA skriftserie 1/04
- Fjellhaug Kjersti (1999): Feminism, anthropology and Female Genital Operations. Goldsmith University of London.
- Gruenbaum, Ellen (2001): The Female Circumcision Controversy. An anthropological Perspective. University of Pennsylvania Press
- Hart, H.L.A. (1994) [1961]: The concept of Law Oxford : Clarendon Press.
- Højdahl, Torunn (2000): Somaliere i diaspora. En studie av splittede somaliske hushold. Rapport 2000/4. Oslo: Høgskolen i Oslo
- Johannessen/Skoglie/Skoglund/Tveitereid/Vesthaug: (2004): I dialog mot kvinnelig omskjæring. Evaluering av OK prosjektets informatørkurs og samtalegrupper. Humanistisk prosjektsemester. Universitetet i Oslo
- Johansen, R. Elise B. (2002): "Jordmødre og omskårede kvinner: Myter og usikkerhet." Tidsskrift for jordmødre,; 4.

- Johansen, R. Elise B., Asha Barre, Johanne Sundby, Siri Vangen (2004): Bare et lite snitt. Tidsskriftet Norske Legeforening 2004; 124: 2506-8
- Johansen, R.Elise (2002): Omsorg og Kunnskap mot kvinnelig omskjæring. Det nasjonale prosjektet for oppfølging av Regjeringens Handlingsplan mot Kjønnsslemlestelse. Prosjektbeskrivelse
- Lamo, Torhild (2002): ..det var ingen som hørte hva vi sa. En analyse av den norske debatten om omskjæring av kvinner ved hjelp av intervjuer og avisartikler. Hovedoppgave ii historie. Historisk Institutt. Universitetet i Oslo.
- Lightfoot Klein, Hanny (1989): Prisoners of Ritual: An Odessey into Female Genital Circumcision in Africa. The Hayworth Pres New York
- Manus til håndboken (2005): Omskjæring av jenter. Kunnskap for forebygging og omsorg. Håndbok for helse-og sosialarbeidere, pedagoger og ansatte i mottak. Upublisert
- Momoh C, Ladhani S, Locrie DP et al (2001): Female genital mutilation: analysis of the first twelve months of a southeast London Specialist Clinic. British Journal of Gynaecology 2001;108;186-91
- Norderhaug, Eva (2004): Saynab – min historie. Aschehoug
- Ot.prop.nr.21 (2003-2004:8): Om lov om enringar i lov 15. desember 1995 nr.74 om forbud mot kjønnsslemlestelse.
- Patton, Michael Quinn (1987): How to use qualitative methods in evaluation. Sage, Thousand Oaks.
- Regjeringens handlingsplan mot kjønnsslemlestelse (2001 – 2003). Barne og Familiedepartementet. Q-1012 B
- Regjeringens innsats mot kjønnsslemlestelse 2002
- Rye, Simon (2002): Circumcision in urban Ethiopia : practices, discourses and contexts. Department of Social Anthropology. Oslo

Spiro, Melford: 1997 *Gender Ideology and Psychological Reality. An Essay on Cultural Reproduction*. New Haven: Yale University Press

Statens helsetilsyn (2000). Veileder for helsepersonell i Norge om kvinnelig omskjæring. IK-2723.

Storhaug, Hege (2001) *Omskjæring. En guide mot kjønnslemlestelse. Selvhjelp for innvandrere og flyktninger (SEIF)*

Storhaug, Hege (2003): *Feminin integrering – utfordringer i et fleretnisk samfunn*. Human Rights Service

Sundby, Johanne/Austveg, Berit (1993): *Genital mutilering av kvinner. En ny utfordring til helsevesenet*. Tidsskrift for den norske lægeforening nr. 21/1993.

Sverdrup, Sidsel (2002:63-101): *Evaluering. Faser, design og gjennomføring*. Fagbokforlaget

Talle, Aud (2003): *Kvinneleg omskjæring. Debatt og erfaring*. Samlaget. Oslo

Utenriksdepartementet (2003): *Plan for Regjeringens internasjonale arbeid mot kjønnslemlestelse av jenter*.

Villeneuve de, A (1937).: *Etude sur une coutume Somalie, les femmes cousues*, *Journal. Social. African*, v7:15 1937

Nettsider

<http://www.amnetsy.org/ailib/intcam/fgm1>

<http://www.okprosjekt.no/artikkel.asp?AId=110&MId1=34&MId2=103>

<http://www.fgmnetwork.org/intro/fgmintro.html>

http://www.religoustolerance.org/fem_cirm.htm

Aviser

Aftenposten 1985:10.19

Aftenposten 1993: 07.09.

Aftenposten 2000: 10.05

Dagsavisen 2005: 10.02

Verdens Gang 2002: 14.05

Verdens Gang 2002: 25.06

Verdens Gang 2002: 27.06

Vedlegg 1

Spørreskjema

Norsk institutt for by- og regionforskning
 Postboks 44 Blindern, 0313 Oslo
 Tlf. 22 95 88 00
 Kontaktperson:
 Prosjektnr.: O-2284



Respondentnummer 1-
 2

Evaluering av OK-prosjektet (Omsorg og kunnskap mot kvinnelig omskjæring)

1. Er du?

¹ Kvinne ² Mann 3

2. Hvor gammel er du?

Jer er |__|__| år 4-5

3. Hvis du har vokset opp i et annet land enn Norge, oppgi land

¹ Land..... 6

4. Har du hørt om det statlige prosjektet som heter: OK prosjektet?

¹ Ja ² Nei 7

5. Har du sett brosjyrer fra OK prosjektet?

¹ Ja ² Nei 8

6. Hvor så du brosyrene? (du kan sette flere kryss)

¹ Fikk av en bekjent 9
¹ Så det på Informatørkurs 10
¹ På helsestasjon 11
¹ På sykehus 12
¹ På skolen 13
¹ På sosialkontor 14
¹ Hos flyktningekonsulent 15
¹ På apotek 16
¹ Hos fastlegen 16
 Annet, hvor..... 17

7. Har du lest noen av brosjyrene fra OK prosjektet?

¹ Ja ² Nei 18

8. Hvordan likte du innholdet i brosyrene. (sett bare ett kryss)

¹ Veldig bra ² Nokså bra ³ Bra ⁴ Litt dårlig
⁵ Dårlig ⁶ Veldig dårlig 19

9. Har du sett videofilmer fra OK prosjektet ?

¹ Ja ² Nei 20

10. Hvilke filmer har du sett? (du kan sette flere kryss)

¹ Brutt Taushet 21
¹ Kvinners kamp mot omskjæring 22
¹ Retten til et fullverdig liv 23
¹ Har ikke sett noen film

11. Hvordan likte du filmene?

¹ Veldig bra ² Bra ³ Dårlig ⁴ Veldig dårlig 24

12. Har du vært på OK-s hjemmeside: www.okprosjekt.no, på internett?

¹ Ja ² Nei 25

13. Har du deltatt i samtalegrupper som OK-prosjektet har arrangert?

¹ Ja ² Nei 26

14. Har du hørt foredrag som personer i OK prosjektet har holdt?

¹ Ja ² Nei 27

15. Har du hørt foredrag om omskjæring fra følgende personer: (du kan sette flere kryss)

¹ Barlin Ali Farah 28
¹ Sofia Yusuf Abdi? 29
¹ Elise Johansen? 30
¹ Chava Savosnick? 31
¹ Ali Usman Egeh? 32
¹ Andre? Hvem:..... 33

16. Har du fått informasjon om omskjæringsproblematikk fra personer i det norske samfunnet? (du kan sette flere kryss)

¹ Bekjent fra Somalisk miljø 34
¹ Fast Lege 35
¹ Helsesøster 36
¹ Lærere 37
¹ Flyktningekonsulent 38
¹ Barnevern-ansatte 39
¹ Politi 40
¹ På flyktningemottak 41
¹ Bekjent fra Norsk miljø 42

17. Var det riktig av myndighetene å starte OK prosjektet? (bare ett kryss)

¹ Ja ² Nei ³ Vet ikke 43

18. Hvis du synes at det har vært noen problemer med OK prosjektet, si hvorfor?
(du kan sette flere kryss)

	Enig	Uenig	
De har ødelagt for miljøet	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	44
De har vært uklare i budskapet	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	45
De har fortalt usannheter	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	46
De har vært handlingslammet	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	47
De har unnlatt å ta opp vanskelige temaer	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	48
De burde etterforske foreldre, i stedet for bare å gi informasjon	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	49
Arbeidet har ikke fått tilstrekkelige konsekvenser	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	50
De har brukt feilaktige metoder	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	51
De burde ha konsentrert seg om å forebygge	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	52
De har unnlatt å arbeide med barn og ungdom	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	53

19. På en skala fra 1 – 10: sett en karakter på OK prosjektet slik du opplever det. (1 er dårligst, 10 er best)

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
 54

20. Nedenunder kommer noen påstander hvor du skal krysse av om du er enig eller uenig.

Man må fortsette det arbeidet som OK prosjektet har gjort

¹ Enig ² Uenig ³ Vet ikke 55

Man må la den somaliske gruppen jobbe med dette alene, uten noen innblanding fra det norske samfunnet

¹ Enig ² Uenig ³ Vet ikke 56

Man må involvere myndighetene mer i arbeidet med omskjæring

¹ Enig ² Uenig ³ Vet ikke 57

Man må bygge allianser med innvandrersorganisasjonene for å få til resultater

¹ Enig ² Uenig ³ Vet ikke 58

Man må samarbeide mer med moskeene	
¹ <input type="checkbox"/> Enig ² <input type="checkbox"/> Uenig ³ <input type="checkbox"/> Vet ikke	59
Man må gi mer opplysninger om helserisiko ved omskjæring	
¹ <input type="checkbox"/> Enig ² <input type="checkbox"/> Uenig ³ <input type="checkbox"/> Vet ikke	60
Man må informere bedre om loven og strafferammen	
¹ <input type="checkbox"/> Enig ² <input type="checkbox"/> Uenig ³ <input type="checkbox"/> Vet ikke	61
En må skremme foreldrene fra å omskjære barna	
¹ <input type="checkbox"/> Enig ² <input type="checkbox"/> Uenig ³ <input type="checkbox"/> Vet ikke	62
De fleste foreldre i det somaliske miljøet tror ikke at det er noen risiko for straff hvis de omskjærer barna sine	
¹ <input type="checkbox"/> Enig ² <input type="checkbox"/> Uenig ³ <input type="checkbox"/> Vet ikke	63
En kvinne/ungdom som er omskåret har store psykologiske problemer på grunn av omskjæringen	
¹ <input type="checkbox"/> Enig ² <input type="checkbox"/> Uenig ³ <input type="checkbox"/> Vet ikke	64
Kvinner som er omskåret må få mer psykologisk hjelp	
¹ <input type="checkbox"/> Enig ² <input type="checkbox"/> Uenig ³ <input type="checkbox"/> Vet ikke	65
Også menn får problemer fordi konen har vært omskåret	
¹ <input type="checkbox"/> Enig ² <input type="checkbox"/> Uenig ³ <input type="checkbox"/> Vet ikke	66
Ingen har tatt hensyn til mennenes problemer knyttet til omskjæring	
¹ <input type="checkbox"/> Enig ² <input type="checkbox"/> Uenig ³ <input type="checkbox"/> Vet ikke	67
Man må i større grad involvere menn i kampen mot omskjæring	
¹ <input type="checkbox"/> Enig ² <input type="checkbox"/> Uenig ³ <input type="checkbox"/> Vet ikke	68
Barn og unges problemer har fått mindre oppmerksomhet enn de eldre kvinnenes problemer	

¹ Enig ² Uenig ³ Vet ikke 69

'Kjønnslemlestelse' er et bedre ord å bruke enn 'kvinnelig omskjæring'

¹ Enig ² Uenig ³ Vet ikke 70

Kvinner som er omskåret får mer respekt i det somaliske miljøet enn de som ikke er omskåret

¹ Enig ² Uenig ³ Vet ikke 71

Kvinner som ikke er omskåret får problemer med å bli gift

¹ Enig ² Uenig ³ Vet ikke 72

Kvinner som ikke er omskåret får problemer med å bli respektert

¹ Enig ² Uenig ³ Vet ikke 73

Det er mye lettere i Norge i dag å diskutere omskjæring

¹ Enig ² Uenig ³ Vet ikke 74

21. Har du noen tanker om dette temaet som du synes det er viktig å nevne, skriv det ned :

.....
.....
.....
.....

22. Har du tanker om virkemidler som må brukes for å forebygge kvinnelig omskjæring, skriv det ned

.....
.....
.....
.....

Tusen takk for at du fylte ut skjemaet

Noter

¹ Waris Dirie og Cathleen Miller (1979): Ørkenblomsten, Egmont Hjemmets bokforlag

² Johansen, R.Elise B (2002:): Omsorg og kunnskap mot kvinnelig omskjæring. Det nasjonale prosjektet for oppfølging av regjeringens handlingsplan mot kjønnslemlestelse. Prosjektbeskrivelse

³ Patton, Michael Quinn (1987): How to use qualitative methods in evaluation. Sage, Thousand Oaks.

Almås, Reidar (1990): Evaluering på norsk. Universitetsforlaget. Oslo

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

Fagbokforlaget.

⁴ de Villeneuve, A.: Etude sur une coutume Somalie, les femmes cousues, *Journal. Social. African*, v7:15 (1937)

⁵ Ellen Gruenbaum (2001): The Female Circucision Controversy. An anthropological Perspective. University of Pennsylvania Press

⁶ Kartet nedenunder er hentet fra Gruenbaum 2001. Oversikten i tabellen over typer og proserter er hentet fra Amnesty Internasjonals webside: www.amnestsy.org/ailib/intcam/fgm1. Prosentene er vist med kursiv og understrekning.

⁷ Dette er en typologi basert på Verdens Helseorganisasjons oppdeling. .

Lightfoot Klein, Hanny (1989) hevder det er vanlig å skille mellom det hun kaller mild sunna og modifisert sunna, alt ettersom hvor mye av klitoris som fjernes. Sunna kommer fra det arabiske begrepet sunna – som betyr tradisjon.

⁸ <http://www.fgmnetwork.org/intro/fgmintro.html>

⁹ Ot.prop.nr.21 (2003-2004:8): Om lov om endringer i lov 15. desember 1995 nr.74 om forbud mot kjønnslemlestelse.

¹⁰ Lightfoot Klein, Hanny (1989): Prisoners of Ritual: An Odessey into Female Genital Circumcision in Africa. The Hayworth Pres New York

¹¹ <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs241/en/>

¹² R.Elise B. Johansen, Asha Barre, Johanne Sundby, Siri Vangen (2004): Bare et lite snitt. Tidsskriftet Norske Legeforening 2004; 124: 2506-8

¹³ Momoh C, Ladhani S, Locrine DP et al (2001). Female genital mutilation: analysis of the first twelve months of a southeast London Specialist Clinic. *British Journal of Gynaecology* 2001;108;186-91

¹⁴ Højdahl, Torunn (2000): Somaliere i diaspora. En studie av splittede somaliske hushold. Rapport 2000/4. Oslo: Høgskolen i Oslo

¹⁵ Norderhaug, Eva (2004): Saynab – min historie. Aschehoug

-
- ¹⁶ Plan for Regjeringens internasjonale arbeid mot kjønnslemlestelse av jenter. Utenriksdepartementet 2003.
- ¹⁷ Storhaug, Hege (2001) Omskjæring. En guide mot kjønnslemlestelse. Selvhjelp for innvandrere og flyktninger (SEIF)
- ¹⁸ <http://www.okprosjekt.no/artikkel.asp?AId=110&MId1=34&MId2=103>
- ¹⁹ http://www.religoustolerance.org/fem_cirm.htm
- ²⁰ Dagsavisen 10/2 -2005: Omskårne kvinner vil åpnes igjen. Jon Martin Larsen.
- ²¹ Johansen, R.Elise B.: Kvinnelig Omskjæring – taushet og smerte i møtet mellom pasienter og helsepersonell – kommunikasjon, innlevelse og behandling. Etnisitet og helse. Symposium IV. Oslo: Lovisenberg Diakonale Sykehus. 2002.
- Johansen, R.Elise B., Barre, Sundby, Vangen (2004) : Bare et lite snitt. Tidsskrift for Norske legeförening.
- ²² Storhaug, Hege (2003): Feminin integrering – utfordringer i et fleretnisk samfunn. Human Rights Service
- ²³ Engebretsen Ada og Gunhild R.Farstad (2004): Somaliere i eksil i Norge. En kartlegging av erfaringer fra fem kommuner og åtte bydeler i Oslo. NOVA skriftserie 1/04
- ²⁴ Intervju med Berit Austveg, Seniorrådgiver i Helsetilsynet
- ²⁵ Statens helsetilsyn (2000). Veileder for helsepersonell i Norge om kvinnelig omskjæring. IK-2723.
- ²⁶ Rye, Simon (2002): Circumcision in urban Ethiopia : practices, discourses and contexts. Department of Social Anthropology. Oslo
- ²⁷ Også Kjersti Fjellhaug skrev en mastergrad om omskjæring i 1999: Feminism, anthropology and Female Genital Operations. Goldsmith University of London.
- ²⁸ Sundby, Johanne/Austveg, Berit (1993): Genital mutilering av kvinner. En ny utfordring til helsevesenet. Tidsskrift for den norske lægeförening nr. 21/1993.
- Austveg, Berit med Elise B. Johansen, Ahsan Hassan Hersi, Fatima Ali Mader, Simon Rye (1998): Kvinnelig omskjæring – veien videre. Tidsskrift for Den norske Lægeförening nr. 27. 1998
- ²⁹ Aftenposten, Adressavisa, Dagbladet, Dagsavisen, Dagens Næringsliv , Bergens Tidende, Klassekampen
- ³⁰ Aftenposten 1985:10.19: Høyrekvinner til Kamp mot kvinneomskjæring av Alf B. Godager
- ³¹ Torhild Lamo (2002): ..det var ingen som hørte hva vi sa. En analyse av den norske debatten om omskjæring av kvinner ved hjelp av intervjuer og avisartikler. Hovedoppgave ii historie. Historisk Institutt. Universitetet i Oslo.
- ³² Aftenposten 07.09.93
- ³³ Lamo (op.cit<.55)
- ³⁴ Seminar holdt i Ingeniørenes Hus 02.02.05., arrangert av HRS, med hovedinnlegg av advokat Linda Wil-Curiel (Leder av CAMS (Sommission pour l'abolition des mutilations sexuelles), og Emanuelle Piet (Fylkeslege i

Seine- Saint-Denis og leder for en organisasjon som arbeider mot sekularisert vold ,Collectif feministe contre le viol.)

³⁵ Regjeringens handlingsplan mot kjønnslemlestelse (2001 – 2003). Barne og Familiedepartementet. Q-1012 B

³⁶ Regjeringens innsats mot kjønnslemlestelse i 2002

³⁷ Johansen, R Elise B. (2002): Omsorg og Kunnskap mot kvinnelig omskjæring. Det nasjonale prosjektet for oppfølging av Regjeringens Handlingsplan mot Kjønnslemlestelse. Prosjektbeskrivelse

³⁸ Johansen, Elise (2002): Omsorg og Kunnskap mot kvinnelig omskjæring. Det nasjonale prosjektet for oppfølging av Regjeringens Handlingsplan mot Kjønnslemlestelse. Prosjektbeskrivelse.

³⁹ Talle, Aud (2003): Kvinneleg omskjæring. Debatt og erfaring. Samlaget. Oslo

⁴⁰ Hart, H.L.A. (1994) [1961]: The concept of Law Oxford : Clarendon Press,

⁴¹ Manus til håndboken: Omskjæring av jenter. Kunnskap for forebygging og omsorg. Håndbok for helse-og sosialarbeidere, pedagoger og ansatte i mottak. 2005

⁴² Sverdrup, Sidsel (2002:63-101): Evaluering. Faser, design og gjennomføring. Fagbokforlaget

⁴³ (op.cit. s 64)

⁴⁴ Sverdrup (op.cit) side 65

⁴⁵ Dialog er ikke nok. VG. 14/5-02

Kritisk til omskjæringsprosjekt VG 25/6-02

⁴⁶” Berettiget kritikk”. VG 27/6-02

⁴⁷ Aftenposten 10/5 2000.

⁴⁸ Informasjonen er basert på tilsendte opplysninger fra Eystein Moen førstekonsulent Statens forvaltningstjeneste - Fellestjenesteavdelingen

⁴⁹ Johannessen/Skoglie/Skoglund/Tveitereid/Vesthaug: (2004): I dialog mot kvinnelig omskjæring. Evaluering av OK prosjektets informatørkurs og samtalegrupper. Humanistisk prosjektsemester. Universitetet i Oslo

⁵⁰ Prosjektleder har i sin fritid produsert flere vitenskapelige artikler i internasjonale og nasjonale tidsskrifter under prosjektperioden. Evaluatør har ikke kunnet vurdert virkninger av disse.

⁵¹ Spiro, Melford: 1997 Gender Ideology and Psychological Reality. An Essay on Cultural Reproduction. New Haven: Yale University Press

⁵² op.cit: side 15

Formatert: Engelsk
(Storbritannia)

Formatert: Engelsk
(Storbritannia)