



UNIVERSITETET I
NORDLAND

MASTEROPPGAVE

Kvinnelig kjønnslemlestelse i den norske helsestasjonen

Hvilke utfordringer står helsesøster overfor?

Borghild Rydland

Mastergradsoppgave i praktisk kunnskap

2012

Eksamenskode:

MP300P-004

Senter for praktisk kunnskap

Profesjonshøgskolen



Forord

Arbeidet som flyktninghelsesøster har vist meg en fargerik og spennende, men mangfoldig og utfordrende side av forebyggende helsearbeid. Livet til de menneskene jeg ble kjent med spilte seg ut i alle nyanser av herlighet og tragedie. Det har vist meg en annen måte å være personlig i møtet med brukere på enn det jeg før tenkte var ”profesjonelt”, og jeg har selv endret meg i møtet. Det har nok vært møtet, mer enn kjønnslemlestelse, som har opptatt meg. Men temaet i oppgaven er en uunngåelig del av møtet. Jeg vil takke de somaliske damene som har ført meg inn i arbeidet mot kvinnelig kjønnslemlestelse og inspirert meg.

Jeg vil dernest takke de fire kollegene mine som velvillig stilte opp til intervju og viste meg hvordan norske helsearbeidere tenker i møte med tradisjonen. Uten deres ærlige fortellinger kunne jeg ikke skrive denne oppgaven.

Dernest vil jeg takke mannen min for å ha delt sine opplevelser fra oppveksten i Sudan, og hans mange refleksjoner omkring temaet, og min søster for gode diskusjoner om oppgaveskriving. Sist, men ikke minst, vil jeg takke veilederen min, James McGuirk, for sine innspill, store tålmodighet og hjelp til å rydde tankene.

Sammendrag

Tanken på å skrive om helsesøsters arbeid mot og forhold til kvinnelig kjønnslemlestelse kom etter en erfaringsamling i Helsedirektoratet der jeg deltok sammen med en lokalt bosatt somalisk kvinne. Det var en samling der norske helsearbeidere og andre involvert i forebygging av kvinnelig kjønnslemlestelse møtte sammen med kvinner fra kulturer der tradisjonen er levende. Både før og etter har det vært mye samarbeid med innvandrerkvinner på mange arenaer.

Tradisjonen med kvinnelig omskjæring er brutal og har mange konsekvenser for den som utsettes for det. Den har også konsekvenser for de kvinnene som lever i kulturen og ikke er omskjært. Foreldres valg om å omskjære døtrene utfordrer norske helsearbeideres forståelse av hva som er godt, riktig og viktig i livet. Jeg har spurt helsesøstre hva de har lært om tradisjonen og hvor de har hentet sin lærdom fra.

Dette feltet kan helsesøster ikke overse fordi skadene etter kjønnslemlestelse kan være store både fysisk og psykisk. Vi er lovpålagt å forebygge at dette skjer mot jenter i alle aldre. Jeg lurte på hvilken måte helsesøstre jobbet med temaet omskjæring, og hvordan deres forståelse av innvandreres liv her i landet var. I feltarbeidet har jeg fått intervjuet fire kolleger som har delt sine tanker om kjønnslemlestelse. Det har dreid seg om reaksjoner på tradisjonen, om de har kontakt med familier fra land der tradisjonen praktiseres, og hva de gjør i forebyggingsøyemed. Samtidig har jeg reflektert i lys av egne erfaringer. Behovet for egen refleksjon har vært stort fordi temaet ikke er ofte framme i kollegiet.

Helsesøster arbeider mye alene i møtet med kvinner, barn og familier på helsestasjonen. Hun skal ivareta kvinnen som er omskjært, og hindre at det samme skjer med jentebarnet. Hennes kunnskap om kjønnslemlestelse og evne til å kommunisere med foreldre blir viktig hvis hun skal nå fram med budskapet om helseskader fra tradisjonen. Vi tenker ut fra et helseperspektiv, mens for kvinnen er det et spørsmål om kultur og tradisjon, endatil om godt liv i et hardt samfunn. Trenger vi andre metoder for forebygging? I oppgaven har jeg prøvd å finne ut hva en norsk helsearbeider forstår av kompleksiteten som ligger i feltet når vi møter våre nye landsmenn.

Abstract

The idea of writing about Female Genetal Mutilation (FGM) or Female Circumcision, (FC) came to me on returning home from a meeting in the Norwegian Directorate of Health where I had participated together with one of the Somali women in my city. This was a gathering where Norwegian health workers and others involved in preventive medicine, and women from affected cultures came together to share their experience of working against this harmful practice. I have cooperated closely with immigrant women in various areas both before and after this particular gathering.

The tradition of Female Circumcision is brutal and entails a number of consequences for the person on whom it is performed. It also has consequences for women living in this culture who are *not* circumcised. The parents` choice of circumcising their daughters challenges the Norwegian health worker`s understanding of "the good life" and what is morally right and important in life. This is the context for the following research project in which I attempt to explore the challenges involved in the encounter with this practice between fellow health workers and those affected.

A Publig Health Nurse (PHN) cannot allow herself to overlook the trauma of FC. Norwegian law demands that we prevent this happening to all girls at all ages. I have wondered how nurses do this, and how they inderstand immigrant life in our country. In this particular work I have interviewed four Public Health Nurses who have shared their thoughts on FC, their reactions, their level of contact with families, and what they do to prevent FC. At the same time I have reflected over their stories in the light of my own experience. My own need to reflect was strong because this topic is not often discussed amongst my colleagues.

A nurse sees women, children and families alone at the clinic. She has the dual task of caring for the woman who is circumcised and preventing the same from happening to the daughters. Her knowledge of the tradition and her ability to communicate her message clearly is vital to her work. We view this from a background of health, whilst to the woman before us it is more a question of culture, tradition, and even the good life in a harsh society. Do we need other methods for our work? In this thesis I try to understand what a Norwegian Public Health Nurse understands of this very complex field where we meet our new fellow countrymen.

KVINNELIG KJØNNSLEMLESTELSE I DEN NORSKE HELSESTASJONEN

Hvilke utfordringer står helsesøster overfor?

Del I - Introduksjon

1. Innledning	s10
1.1. Bakgrunn	s.11
1.1.1. En ukjent praksis	s.12
1.1.2. Nye utfordringer	s.13
1.1.3. Å være helsesøster i nytt landskap	s.14
1.1.4. Nyorientering	s.15
1.1.5. Ønske om å forstå	s.17
1.2. Valg av ord	s.17
1.3. Hva er kvinnelig kjønnslemlestelse?	S.18
1.3.1. Et par begreper	s.18
1.3.2. Kort historisk blick	s.18
1.3.3. Konsekvenser	s.20

Del II – Teoretisk bakgrunn og metodevalg

2. Det jeg vil forstå	s.21
2.1. Innledende praktiske utfordringer	s.22
2.2. Tid	s.23
2.3. Å se mennesket	s.24

3. Om metoder og metodevalg	s.24
3.1. Samtale, enetale eller tallenes tale	s.25
3.2. Forskningsmetoder og metodevalg	s.26
3.2.1. Kvantitativ metode	s.27
3.2.2. Kvalitativ metode	s.28
4. Datainnsamling	s.31
4.1. Forskjellige intervju typer	s.33
4.2. Gjennomføring	s.34
5. Hermeneutikk	s.35
5.1. Refleksjon i en hermeneutisk ramme	s.35
5.1.1. Ny innsikt endrer praksis	s.36
5.1.2. Å forstå noe fra utsiden, eller gå inn?	S.38
5.1.3. Hermeneutikkens bakgrunn og historie	s.39
5.1.4. Fra historie til nåtidsfortåelse	s.40
5.2. Møte, dialog og forståelse	s.43
5.2.1. Toleddete og treleddete samtaler	s.46
5.2.2. Jeg og Du og Det	s.47
Del III – Presentasjon av empiri	
6. Praktisk utførelse av feltarbeidet	s.49
6.1. Intervjuer	s.50
6.2. Informantenes arbeidsplasser	s.51
6.2.1. Effekten av organiseringen	s.52

6.2.1.1. Å få erfaring eller ikke	s.53
6.2.1.2. Finner innvandrerkvinnene fram?	S.54
7. utfordringer ved møtet i arbeidshverdagen	s.55
7.1. Kunnskap gjennom kjennskap	s.55
7.2. Veiledning	s.56
7.3. Å forstå helsesøsterpraksis med Meløe til hjelp	s.57
7.4. Tolkebruk	s.59
7.5. Urørlighetssonen	s.61
7.6. Berørthet	s.64
Del IV – Refleksjon og diskusjon av empiri	
8. Forståelse - et blikk å se med	s.67
9. Å forstå og godta	s.69
9.1. Hvem skal forstå og hva er det vi skal forstå?	s.72
9.1.1. Kroppens reaksjon	s.72
9.1.2. (U)trygghet	s.72
9.1.3. Et menneskefellesskap	s.73
9.1.4. Vår egen kulturelle sammenheng	s.75
9.1.5. Å forklare og forstå	s.75
10. Moralisme eller relativisme?	S.77
10.1. Å anerkjenne det vanskelige	s.79
10.2. Gadamer's for-dom	s.80

Del V – Konklusjon og veien videre

11. Tillit og mistillit	s.81
11.1. Samtalearenaer	s.82
11.2. Inngangsporter til tillit	s.84
11.2.1. Kunnskap	s.87
11.2.2. Aristoteles` klokskap	s.89
11.2.3. Å være tilgjengelig	s.91
11.3. Tillit og mistillit i norsk debatt og praksis.	s.92
12. Veien videre	s.93
Litteraturliste	s.100

KVINNELIG KJØNNSLEMLESTELSE I DEN NORSKE HELSESTASJONEN

Hvilke utfordringer står helsesøster overfor?

Del I - Introduksjon

1. Innledning

Følgende historie er fra tidlig på 2000-tallet, den tiden da arbeidet mot kvinnelig kjønnslemlestelse ennå var i en tidlig fase. Helsepersonell og en del kvinner fra land der skikken med omskjæring er del av kulturen, var samlet til konferanse for å få faktaopplysning om helsemessige konsekvenser av tradisjonen. Jeg var flyktninghelsesøster og kjente enkelte av innvandrerkvinnene. I en stille stund ble jeg sittende og snakke med en av de utenbys damene da hun berettet følgende historie om hvorfor hun hadde engasjert seg i dette temaet. Hun fortalte om sin nittenårige datter. Denne datteren var tradisjonen tro omskåret, gift i hjemlandet i Øst-Afrika og skulle føde sitt første barn langt ute på landsbygda. Det var ingen tilgjengelig medisinsk hjelp da fødselen startet. Den var smertefull og dro ut i tid. Det endte med at både datter og barnebarn døde. Somaye fortalte at datterens siste ord til henne var: ”Mamma hvorfor gjorde du dette mot meg?” Aldri hadde det gått så konkret opp for moren at konsekvensene av kjønnslemlestelse var så store. Tårer kom mens hun berettet i denne stille samtalen vår, mange år i etterkant. De yngre jentene til denne damen er uomskåret, aktive sportsjenter som sykler og sparker fotball på lokallaget sitt i Norge i dag. Somayes historie levendegjorde kjønnslemlestelsens brutalitet for meg. Jeg er ydmykt takknemmelig for at hun delte denne erfaringen.

Dette møtet med så mye som er fremmed, og så denne ukjente, brutale tradisjonen - hva ligger det i dette møtet, hva innebærer det og hvilke konsekvenser fører det med seg? Hvordan styrer det oss helsesøstre og hvordan handterer vi det? Blir vi moralsk forarget, resignerer vi; hvordan kan vi arbeide forebyggende? Hva med innvandrerne selv i møte med

vårt samfunn, hvilken forståelse har de av tradisjonen? Og det som etter hvert har ligget meg mer på hjertet - hvordan forstår en helsesøster brukerens forståelse?

Selve utgangspunktet mitt for å gjøre en god jobb som flyktningshelsesøster handlet mye om å forstå alt dette nye som overvældet meg i møtet med mennesker fra fremmede kulturer. Jeg lette etter måter å forstå på og ta inn alt det nye. Spørsmålene som reiste seg for meg var: Hva er det jeg som helsesøster skal overbringe til en som er ny i Norge? På hvilke punkt kan vi møtes? Hva er det felles menneskelige som opptar oss, og hva er våre møtesteder? Dette var tanker som ble hengende igjen hos meg. Arbeidet med denne masteroppgaven ble en måte for meg å undersøke hva er det som ligger i yrkesutøverens møte og handling når vi står overfor dette nye feltet. Det ble også en måte å strukturere min egen refleksjon på for å finne ut av mitt eget ståsted i yrkesfeltet. I denne oppgaven bruker jeg tradisjonen med kvinnelig kjønnslemlestelse som et eksempel på et nytt felt som helsesøster må forstå og arbeide med. Teksten i oppgaven er derfor like mye basert på min egen erfaring og sterke behov for refleksjon over feltet som helhet, som på empirien fra feltarbeidet. Dette har skapt problemer for teksten på den måten at arbeidet med forebygging av kjønnslemlestelse bare utgjør en del av det enda større feltet som er å komme i møte med mennesker fra nye kulturer og ukjente gode og vonde tradisjoner.

Oppgaven er delt inn i fem ulike deler. Første del er introduksjon. Del II handler mest om teoretisk bakgrunn og metodevalg. I Del III snakker jeg om gjennomføringen av prosjektet og presenterer empiri. Del IV handler om refleksjon og diskusjon av empirien, og del V er konklusjon og veien videre.

1.1. Bakgrunn

Jeg har arbeidet som helsesøster for flyktninger i tretten år og fra forskjellige posisjoner. De første åtte årene arbeidet jeg på vanlig helsestasjon og jordmorsenter i Tromsø kommune. De siste årene har jeg for det meste vært engasjert både som saksbehandler og som flyktningshelsesøster med arbeidssted på flyktningskontoret i Bodø. Jeg har også arbeidet med et kommunalt prosjekt for å forebygge kvinnelig kjønnslemlestelse. På arbeidsplassene i begge disse kommunene har altså kvinnelig kjønnslemlestelse vært et tema jeg har fått anledning til å arbeide med fra ulike vinkler.

1.1.1. En ukjent praksis

Tradisjonen med å omskjære jentebarn er fremmed i vår kultur. Over år har det vokst seg fram en bevissthet om en skadelig praksis både hos norske helsemyndigheter, hos politikerne og i befolkningen. Vi har en lov mot kvinnelig kjønnslemlestelse og en avvergelsesplikt¹ for alle profesjoner som kommer i kontakt med de etniske grupper som praktiserer tradisjonen. I løpet av de par siste årene er helsesøsters forebyggende arbeidsoppgaver på området blitt nedfelt i skriftlige prosedyrer. Hele denne framveksten fra loven kom i 1996 og hvordan kunnskap, holdning og arbeid har utviklet seg, er ett eksempel på hvordan vi hankses med noe som er fremmed. Enkelte berørte helsearbeidere har vært opptatt av problemstillingen i lang tid. Andre er kommet til etter hvert, men ikke alle har kontakt med dette i sitt daglige virke. Da er dette det jeg vil kalle en ”sovende” kunnskap.

På det personlige plan har det vært det en lang prosess av å se, undres og å handle. Jeg har lært mye undervegs i møtet med tradisjonen, hvordan jeg har tilnærmet meg og hvordan jeg nå forholder meg til den og arbeider med den. De første årene som flyktinghelsesøster var dette for kollegane ennå en ikke-sak, noe ukjent som de ikke møtte i arbeidshverdagen og ikke tenkte på. I arbeidet med masteroppgaven har jeg snakket med andre helsesøstre om deres møte med denne fremmede tradisjonen. For meg er deres møte eksempler på hvordan vi forholder oss til det som er nytt og fremmed – hva vi tenker og eventuelt foretar oss i dette møtet.

1.1.2. Nye utfordringer

I min yrkesrolle framsto kvinnelig kjønnslemlestelse mer og mer tydelig som en oppgave jeg måtte vite noe om og ta stilling til. Den gangen jeg videreutdannet meg til helsesøster på

¹ Lov om forbud mot kvinnelig kjønnslemlestelse trådte i kraft 01.jan.1996; avvergelsesplikten trådte i kraft 1.sept.2004: ”Med bøter eller fengsel inntil et år straffes yrkesutøvere og ansatte i barnehager, barnevernet, helse-og sosialtjenesten, skoler, skolefritidsordninger og trossamfunn, som fortsettelig unnlater, ved anmeldelse eller på annen måte, å søke avverget en kjønnslemlestelse, jfr.§1. tilsvarende gjelder for forstandere og ledere i religiøse trossamfunn. Avvergelsesplikten gjelder uten hensyn til taushetsplikt. Unnlåtelsen er ikke straffbar hvis kjønnslemlestelsen ikke kommer til fullbyrdelse eller til straffbart forsøk.”

slutten av åttitallet var innvandring og migrasjonshelse ikke noe tema i utdanningen. I denne nye jobben møtte jeg lærerne i ungdomsskolen som klaget over at somaliske jenter ikke ville delta i gymtimer og skolejogging, og hvorfor ville de ikke det? Ingen tenkte på at det blant annet kunne handle om rent fysiske begrensninger som var tilført jentenes egen kropp. Deres krav var at dette var noe helsesøster måtte snakke med elevene om! Elever som ikke deltar i gymnastikk får ikke karakter, og dermed kan det ødelegge for avgangsvitnemålet fra grunnskolen. Slik kan tradisjonen, som er positivt ladet i hjemlandets kultur, bli en negativ faktor for ungjenters skolegang her i landet når ingen skjønner eller snakker om at en påført endring av kroppen kan virke hemmende på fysisk utfoldelse. Inntil da var jeg også ubevisst denne sammenhengen. Temaet kjønnslemlestelse var en heller eksotisk afrikansk tradisjon for meg, og jeg tenkte ikke over hvilke konsekvenser det hadde for jentebarn, kvinner og ektepar. Nå måtte jeg gå inn i stoffet og finne ut om tradisjonens bakgrunn og omfang, og hva den innebar av og helsemessige og sosiale konsekvenser.

I min egen yrkespraksis måtte jeg over en indre terskel for å begynne å spørre kvinner om deres underliv og helseplager. Det var urørlighetssonen som Løgstrup skriver om, og jeg vil komme tilbake til den. Jeg måtte finne ut hva de selv tenkte om denne tradisjonen og jeg lette etter ord og setninger som ikke skulle bevirke til å støte fra meg de damene jeg var satt til å hjelpe. Jeg lette etter virksomme metoder i arbeidet med både å ivareta kvinner som var omskårne og videre forebygge at jentebarn skulle bli kjønnslemlestet. Jeg fant ut at jeg måtte ha god kontakt og dialog med innvandrerguppen. Det første møtet jeg var med på om kjønnslemlestelse, var da den somaliske kvinnegruppen i byen innbød jordmødre og leger på sykehuset for å berette om sitt møte med det norske helsevesenet i forbindelse med fødsel. De bad meg komme med som ”alliert og moralsk støtte”. Da tenkte jeg at kontakten mellom kvinnene og meg var holdbar. Senere tenkte jeg også at det var kvinnes egen trygghet og deres eget møte med fødeavdelingen som stod i fokus; ikke det å hindre at døtrene ble omskåret.² Slik har paradoksene dukket opp for meg. Det har vært en vandring på kryssende stier i et kjent og ukjent landskap. Kjent fordi vi er mennesker som møtes. Vi har en felles erfaring ved å bo her på jorden: komme fra et land og et sted, tilhøre en familie, ha tradisjoner; kort sagt stå i en sosial, kulturell og historisk sammenheng. Landskapet er ukjent fordi vi i møtet har med oss en bakgrunnen av tradisjon og praksis hvor vi er ukjent for hverandre.

² Tonstad og Utstøl, 2006

1.1.3. Å være helsesøster i nytt landskap

Først fra cirka årtusenskiftet, og parallelt med mitt eget arbeid, er kvinnelig kjønnslemlestelse mer og mer vokst fram som et eget helseproblemområde vi må søke å forebygge. Da helsedirektoratet satte i gang OK-prosjektet i 2001³ ble temaet for første gang løftet opp til å bli landsomfattende, og kvinner som kommer fra land der skikken praktiseres ble invitert til å delta aktivt. Denne deltakelsen, der norske helsearbeidere og innvandrere selv deltar i opplysningsarbeid blant sine etniske landsmenn, er blitt til en metode for å drive forebygging, og den kalles for Dialog.

Helsesøstertjenestens arbeidshverdag er travel og jeg mener den levner lite tid til veiledning og refleksjon. Over år har forebyggende tjenester som helsestasjonen fått pålagt oppgaver fra sentrale helsemyndigheter uten at kommunene har utvidet bemanningen nevneverdig. Er vi, i en travel hverdag, villig til å ta inn over oss at i møtet med innvandreres kulturer som er vidt forskjellig fra vår, kan brukerne ha andre og utvidede behov enn det vi er vant å møte på helsestasjonen? Er vi villig til å investere tid og yte noe utover det som er vanlig overfor etniske nordmenn for at innvandreren skal få helsehjelp? Erfaringen min er også at det tar tid å bli kjent nok med brukeren slik at jeg finner fram til innholdet av det de uttrykker, og at det tar tid å formidle min kunnskap på en slik måte at jeg opplever de kan nyttiggjøre seg den. Jeg har lurt på hva andre helsesøstre opplever og gjør i sin praksis når de møter en fremmed skikk som for eksempel temaet kjønnslemlestelse. Har de denne tiden, er de tilgjengelig, har de utviklet noen rutiner, snakker de om temaet med innvandrerkvinner og –familier? Hvor henter de sin kunnskap fra, og på hvilken måte utøver de sin profesjonelle praksis i dette møtet?

Som sagt var jeg i noen år kanskje den eneste helsesøsteren i kommunen som beskjeftiget meg med temaet. I dag er det rutiner for å ta opp kvinnelig omskjæring på lik linje med andre helserelaterte spørsmål helt fra svangerskapsundersøkelsen til jentene er i videregående skole. Å forebygge kvinnelig kjønnslemlestelse er i ferd med å bli som enhver annen del av helsestasjonens oppgaver. Men ennå er temaet nytt i den forstand at ikke alle helsesøstre er i berøring med familier som lever i tradisjonen, og jeg lurer på hva mine kollegaer tenker om

³ OK-prosjektet 2001 – 2004 ble laget som oppfølging til regjeringens handlingsplan mot kjønnslemlestelse. Navnet OK sto for omsorg og kunnskap. Samtidig signaliserte det at kvinner er gode nok uansett, og at det er mennesket, og ikke det at en kvinne er omskåret, som skal settes i fokus når mennesker møtes.

emnet, hvilke erfaringer og tanker de gjør seg og hvor de henter sin kunnskap om kjønnslemlestelse og forebygging fra.

I begynnelsen av min tid som flyktninghelsesøster trodde jeg at dette temaet ikke angikk mine kolleger. Det var et spørsmål som aldri ble tatt opp på veiledning eller fagsamlinger. Det var ikke noe tema. Ikke visste vi noe om de forskjellige formene for kjønnslemlestelse eller helseplagene det medførte, og ikke ble det snakket om forebygging.

I den første samtalen jeg hadde med en kollega om omskjæring, fortalte hun om sin erfaring da hun var på hjemmebesøk til en kvinne etter fødsel, og kvinna ville at hun skulle undersøke henne nedentil – noe som er en nokså uvanlig praksis for helsesøster. Min gode kollega hadde gjort det. Nøkternt og presist berettet hun for meg hvordan denne kvinnas underliv så ut: helt glatt. Så vidt jeg husker hadde hun ikke gått videre og spurt etter helseplager eller vansker i forhold til seksuallivet. Kanskje vi begge ikke engang tenkte så langt som til det siste, hvordan det må være for et ektepar å leve med at den intime delen av samlivet er forbundet med smerte for kvinna. Vi reflekterte litt over hvordan tradisjonen kan brytes. Jeg tviler ikke et sekund på at denne helsesøsteren ellers gjennomførte hjemmebesøket sitt på samme utmerkede måte som til alle andre etnisk norske familier og ivaretok både mor og baby. Hun viste omsorg for mor ved å imøtekomme hennes for oss noe uvanlige ønske om underlivssjekk. Gjennom dette viste hun at hun var lydhør og ivaretok damen etter beste evne. Hadde hun – eller ville jeg – på den tiden hatt nærvær til å spørre kvinna videre om hvilke følger omskjæringen hadde for henne, eller hva hun tenkte om omskjæring generelt? Ville vi ha evnet å undervise henne om sammenhengen mellom helseplager og omskjæring? Neppe, på det tidspunktet for flere år siden. Hun utførte sin praksis og jeg min så samvittighetsfullt som vi evnet i forhold til den kunnskapen vi hadde. Og det er dette som er min forståelse av det arbeidet helsesøstrer utfører: pliktoppfyllende, pålitelig, så grundig som kunnskapen vår rekker til. Men har vi nok kunnskap?

1.1.4. Nyorientering

Noen år senere ble det startet opp med undervisning om temaet i jordmor- og helsesøsterutdanningen i Nord-Norge. Det har, som jeg kjennet til, kommet i løpet av de siste ti årene. For meg betyr god kunnskap en sammensmelting av teori, praktisk erfaring og

refleksjon over praksis. Så lenge temaet ikke ble etterspurt eller snakket om i kollegiet, lette jeg etter kunnskap. Jeg lette etter ord og arbeidsmetoder som ville sette gjøre meg i stand til å si at nå har jeg en god praksis, nå erfarer jeg at omskårne kvinner både får helsehjelp og slutter å omskjære døtrene.

Det tar en tid før man finner ut hva man står overfor og så venner seg til det ukjente, gjør det til sitt. En stund var jeg overveldet av det grusomme i tradisjonen, at småjenter påføres store smerter og ødelegges nedentil. At de kan dø under inngrepet eller senere når de selv skal føde. Jeg lette etter måter å komme over denne forferdelsen på og samtidig beholde respekt og samarbeid med foreldrene. Jeg lette etter støtte som kunne fortelle meg at jeg hadde et realistisk bilde av både tradisjonen og foreldre, og at jeg gjorde de riktige tingene for å beholde dialog og tilføre menn og kvinner ny kunnskap. Mye ressurser er gått med for å få god kontakt og bygge tillit mellom meg selv og brukerne slik at vi har dialog. Det vil si at vi kan snakke åpent sammen uten at noen føler seg krenket eller fordømt. Gjennom dialogen vokser det fram en praksiskunnskap og fortrolighetskunnskap. Den fordrer åpenhet for det ukjente, medisinsk kunnskap, kulturkunnskap og evne til refleksjon både i og over handling. Forkjærte ord uttalt i god hensikt kan velte dialogen. Hva vet vi om hvilke ord og handling som støtter og hva som støter når foreldre står i en sårbar posisjon i en ny kultur? På helsestasjonen føres ikke dialogen av likevektige partnere. Der har den norske helsesøsteren fagkunnskap, språk- og kulturtilhørighet, og hun kjenner samfunnet hun beveger seg i. Det gjør ikke den nye kvinna som kommer. Da er relasjonen i dette møtet sårbar, og det er viktig å imøtekomme kvinna på en slik måte at hun kjenner seg ivaretatt og at det skapes tillit. Dette er i første rekke møtet mellom *menneskene* i samtalen som fordrer likeverdighet og respekt mellom partene.

Denne letingen jeg har gått gjennom har vært en søken etter å finne en god profesjonell yrkespraksis for meg selv både for å ivareta omskårne kvinner, tilføre kunnskap til menn og fedre, og ikke minst hindre at jenter blir omskåret. For å finne ut av alt det overveldende og ukjente jeg møtte som ny flyktningshelsesøster, trengte jeg kunnskap som kunne hjelpe meg til å se og fortolke det jeg møtte i yrkeshverdagen i håp om at det kunne gi meg en forklaring og kanskje også forståelse av mennesker jeg møtte og deres handlinger.

1.1.5. Ønske om å forstå

Jeg vil se på hvilken måte helsesøstrene er i berøring med temaet kjønnslemlestelse og ønsker å forstå deres handlingsvalg og refleksjon over handling i møtet med dette fremmede. Jeg ønsker å se hvor disse handlingsvalgene bringer oss, og vurdere om det hjelper til med å endre tradisjonen med kvinnelig omskjæring. Tiden som har gått fra den fysiske flyttingen til en ny kommune, og det å arbeide med kjønnslemlestelse fra flere vinklinger, har bidratt til å gjøre meg mer fremmed for feltet og kunne se egne og andres handlingsvalg i et mer reflekterende lys.

1.2. Valg av ord

Av stilistiske grunner velger jeg å bruke ordene ”kjønnslemlestelse” og ”omskjæring” om hverandre og som likeverdige. Når det nettopp er begrepet lemlestelse som er valgt til å brukes i offentlig skrift, beskriver det alvorligheten av handlingen som utføres på menneskekroppen. Det er en varig endring og forringelse av kroppens funksjon. Senere, i behandlingen av funnene i feltarbeidet, vil jeg gå inn på hvilken valør disse begrepene har for yrkesutøverne.

Av samme grunn bruker jeg også ordene ”flyktning” og ”innvandrer” om hverandre fordi asylsøkere som får bosettingstillatelse i Norge er nye borgere i landet. Det samme gjelder for kvoteflyktninger. De deler innvandrerbegrepet med alle andre utenlandske statsborgere som får bosetting i landet. Slik blir også en svenske eller polakk som kommer til Norge i arbeidsøyemed, regnet som innvandrer. Helsestasjonen også har ansvar for barn av asylsøkere. I denne sammenhengen er også de innvandrere (selv om de mangler permanent opphold) og jeg har ikke skilt ut disse spesielt fordi de omfattes av de samme rutiner og skal ha samme tjeneste som alle andre foreldre og barn i helsestasjonen.

Med ”flyktningfaglig” arbeid mener jeg at mennesker som har opplevd krig og uro og har flyktet fra hjemstedet sitt, har spesielle behov. Migrasjon – det å flytte over kontinenter og skifte kultur – skaper også i seg selv spesielle utfordringer. I arbeidet med innvandrere må

helsesøster være lydhør for hvilke erfaringer brukeren har med seg. Land der kvinnelig kjønnslemlestelse praktiseres kalles for ”målland”.

1.3. Hva er kvinnelig kjønnslemlestelse?

Som sagt var kjønnslemlestelse et ikke-tema i yrkesutøvelsen min tidligere som sykepleier, psykiatrisk sykepleier og de første ti år som helsesøster. Jeg hadde ikke kontakt med kvinner fra kulturer hvor dette ble praktisert, og kunnskapen om konsekvensene var ikke noe jeg tenkte på siden det ikke berørte det daglige arbeidet.

Jeg tenker at det kan være fjernt for flere selv om temaet de siste årene har vært oppe i aviser, TV og radio en rekke ganger. Mye følelsesladet debatt har pågått. Nedenfor vil jeg forsøke her å klargjøre hva kjønnslemlestelse er og hva det innebærer.

1.3.1. Et par begreper

Det kan være greit å forenkle Verdens Helseorganisasjons ulike typer omskjæring til å snakke om to hovedkategorier, excision og infibulasjon.

Excision er inngrep der det fortrinnsvis fjernes vev. Det omfatter type 1 og 2 nevnt nedenfor.

Infibulasjon innebærer også innsnevring av vagina, dvs. type 3. Infibulasjon betyr at de ytre kjønnsleppene fjernes eller skrapes på innsiden og syes sammen slik at vagina dekkes av et hudsegl. Hos mange er da også hele eller deler av de indre kjønnsorganer fjernet.⁴

I faglitteratur eller internasjonal litteratur støter man også på begrepene Female Genetal Cutting, med forkortelsen **FGC**, og Female Genetal Mutilation, **FGM**. I de landene som praktiserer kvinnelig omskjæring, finner man ofte at begrepene er positivt ladet og knyttet til kulturelle verdier som innebærer et bilde av moralsk høyverdighet, renhet og skjønnhet.⁵

⁴ Johansen 2005 s.21

⁵ ibid s.15, 16, 17

1.3.2. Kort historisk blikk

Denne tradisjonen er så gammel at man bare kan anslå en tid for da den startet. Èn teori er at den oppstod i faraoenes tid i øvre Egypt eller nord-Sudan, og at det ble brukt til å kontrollere kvinnenes seksualliv. Kvinnelige slaver ble byttet bort som verdifulle varer i denne delen av verden. ⁶ Uttrykket “faraonisk omskjæring” kan tyde på at dette er en gammel tradisjon som kommer fra deres tid. Men som sagt, begynnelsen ligger i historiens mørke. Skikken har bredt seg langs handelsveiene fra nord til sør og øst til vest i Afrika sør for landene Libya, Tunis, Algerie og Marokko. Den praktieres da i ulike former og utbredelse i et belte fra Jemen på den Arabiske halvøy til Sudan, Eritrea, Djibouti og Somalia i øst-Afrika til Mauritania i vest. I sør avgrenses den til å praktiseres nord for Victoriasjøen, men gjelder land helt ned til Guineabukten. Skikken praktiseres også blant noen kurdere og er rapportert fra Malaysia, Indonesia og i et lite omfang i India. Den forekommer blant tilhengerne av alle religioner. Alt etter stamme og land kan jenter omskjæres fra de er noen dager gamle helt inntil like før ekteskapsinngåelse. Den har vært forbundet med æresbegrepet. Jentas jomfruelighet viser familiens ære. ⁷

Verdens Helseorganisasjon har delt kjønnslemlestelse inn i fire ulike typer:

Type 1 er fjerning av vev fra klitoris. Forhuden fjernes, med hel eller delvis fjerning av klitoris. Fullstendig fjerning av klitoris utgjør ca. 5% av omfanget på verdensbasis.

Type 2 er fjerning av klitoris og indre kjønnslepper. Forhuden eller selve klitoris fjernes sammen med alt eller deler av de indre kjønnslepper. Denne typen praktiseres av 75 – 80% av de som praktiserer omskjæring.

Type 3 er fjerning av vev og gjensynging av ytre kjønnsåpninger. Det innebærer hel eller delvis fjerning av ytre genitalia og gjensynging slik at vaginalåpningen forsnevres. Denne typen praktiseres av ca.15% av de som praktiserer omskjæring.

Type 4 er en sekk av alle andre former for manipulering av genitalia, som stikking og prikking i klitoris og / eller kjønnsleppene, brenning av klitoris og omkringliggende vev,

⁶ Thalle 2003

⁷ Johansen 2005 s.19

innføring av etsende stoffer i vagina for å minske åpningen, samt en del andre inngrep og skader.⁸

1.3.3. Konkvenser

Selve inngrepet innebærer sterke til ekstreme smerter, fare for akutt blødning og sjokk med påfølgende død, fare for tetanus (stivrampe) eller utvikling av forskjellige infeksjoner i sårtilhelingsfasen. Hepatitt B og HIV er to alvorlige infeksjoner som kan oppstå som følge. Ved infibulasjon kan det på sikt utvikle seg voksende cyster, keloid (stivt arrvev som blir til klumper) slik at vevet i genitaliaområdet ikke lenger har den naturlige elastisitet som trengs når kvinne føder barn. Infibulasjonen hindrer også at jenter kan drive idrett med mye fysisk aktivitet som å hoppe og løpe. Det hindrer til og med jenter og kvinner fra å kunne sykle. Kvinner kan ha smerter ved samleie som påvirker seksuell nytelse og seksuelt samliv for begge parter i ekteskapet. Infibulasjon kan medføre at åpningen som blir laget er så liten at det hindrer fri passasje av urin og menstruasjonsblod. Dette skaper opphopning av urin og blod i urinveier og fødselsveier i underlivet, og påfølgende utvikling av urinvegsinfeksjoner og nyrestein, underlivsinfeksjon og eventuelt sterilitet. Den lille åpningen betyr at vannlating tar lang tid og at kvinne har økte menstruasjonssmerter. Seksuell følsomhet i genitaliaområdet kan være nedsatt. Å føde barn kan bety fare for livet dersom kvinne ikke får adekvat fødselshjelp og åpnes nedentil slik at barnet kommer raskt nok ut. Uten kyndig fødselshjelp kan det oppstå rift bakover mot tarmen eller forover mot urinveiene. De sosiale konsekvensene av slike hendelser er store og kan bety at jenta ikke lenger er ønsket hos mann og svigerfamilie. Psykiske virkninger kan være at jenta / kvinne gruer seg til den seksuelle delen av ekteskapet, til bryllupsnatten og til barnefødsel. Denne informasjonen har jeg fått bekreftet gjennom samtale med en sudansk kvinnelig lege. Jeg har også truffet en mor i legens nære familie som ble gift da hun var tenåring. Etter noen smertefulle bryllupsnetter tok familiens kvinner henne til sykehuset for å åpnes nedentil slik at hun ble i stand til å ha normalt samleie.⁹ Dette er ikke uvanlig, men slike smertefulle hendelser kan bidra til å retraumatisere kvinne senere i livet når hun gjennomgår gynekologisk undersøkelse eller barnefødsler.

⁸ *ibid.* s.20

⁹ Personlig meddelende fra lege Mihad Elzein Mohammed Elbashir i Sudan, 2009.

Mengden av fysiske og psykiske konsekvenser varierer med typen omskjæring, om det er excision eller infibulasjon, og også hva som egentlig er fjernet eller ikke under omskjæringen. I kulturer der omskjæring praktiseres, blir praksisen forbundet med skjønnhet og noe å være stolt av. Det er derfor ansett som et gode for jenta eller kvinna. I en slik kultur regnes konsekvenser som smerte og vanskelige barnefødsler som en del av kvinnelivet og settes ikke nødvendigvis i sammenheng med kjønnslemlestelse. Nedstemthet, angst og traumer defineres heller ikke alltid som psykiske vansker eller ettervirkninger. Derfor vil det variere i hvilken grad kvinner rapporterer at de er psykisk påvirket av omskjæring.¹⁰

Del II – Teoretisk bakgrunn og metodevalg

2. Det jeg vil forstå

Som tidligere nevnt har jeg undret meg over hva andre helsesøstre forstår og hvordan de forholder seg til denne fremmede skikken som omskjæring er og hvordan de utøver sin forebyggende yrkespraksis. Jeg er nysgjerrig etter å finne ut hvilke utfordringer de ser når de skal forebygge kjønnslemlestelse og hvordan de hankses med disse i sin yrkespraksis. Jeg har lyst å forstå kollegaenes praksishverdag – på hvilken måte er de i berøring med temaet, og forstå hvordan helsesøstrene vurderer når de gjør sine tiltak. Temaet er vokst fram av arbeidserfaringer jeg har gjort som flyktningshelsesøster i Tromsø. Feltarbeidet er gjort mens jeg har arbeidet i Bodø og det er her jeg har reflektert mer over kollegaers praksishverdag. Feltarbeidet har gått ut på å belyse det jeg vil forstå.

I arbeidet finnes det finnes flere selvstendige dimensjoner som griper inn i hverandre: en etisk dimensjon, en kulturell dimensjon og den profesjonelle dimensjonen i utøvelsen av yrkespraksis. Den måten helsesøster utfører sin praksis på har utspring i, og virker tilbake på, deres yrkesetikk. La meg ta et eksempel. Jeg oppfatter helsesøstre som en gruppe lydige og pålitelige yrkesutøvere som utfører arbeidet etter de retningslinjer som er lagt i form av lover, rundskriv og veiledere. Vi oppfyller dette etter beste evne. Samtidig står vi i en norsk yrkeskultur og kulturen i samfunnet vi er en del av. Når vi skal drive forebyggende arbeid

¹⁰ Johansen 2005 s.35-39

blant familier hvis kulturbakgrunn vi *ikke* kjenner, utfordres vi både yrkesetisk og på et personlig plan der vi må strekke oss lengre enn vanlig for å nå fram. Vi vet mindre enn ellers hvordan handlemåten vår blir oppfattet av den vi skal hjelpe – kan hende virker intervensjonen vår mot sin hensikt på grunn av den måten vi tilnærmer oss emnet på. Dette er nye utfordringer som vi støter på i arbeidet.

I dette feltarbeidet ønsket jeg å konsentrere meg mest om den profesjonelle delen i yrkespraksis slik den utøves i møtet med familier, kvinner, jentebarn og unge jenter når helsesøster skal forebygge omskjæring. Jeg er nysgjerrig på hvilke erfaringer informantene har i dette arbeidet. Hvor henter de sin kunnskap fra, og hvilken type kunnskap det er som dominerer – teoretisk kunnskap eller erfaring fra yrkespraksis. Kvinnelig omskjæring er en tradisjon som holdes i hevd av kvinner. Å forholde seg til denne tradisjonen krever både medisinsk kunnskap, kulturkunnskap og evne til kommunikasjon. Jeg vil reflektere over dette.

En profesjonell praksis vil for meg si å utøve helsestasjonens målsetting – å forebygge sykdom, skade og lyte¹¹ - hjelpe foreldre til å ivareta barnets fysiske og psykiske helse.

Når jeg har intervjuet kollegaer som arbeider innenfor en annen organiseringsordning enn den jeg var vant med fra før, vet jeg at de har mye erfaring fra møter med etnisk norske barn og foreldre. De har all den erfaringen jeg lengtet etter å få. Ut fra kjennskap til hvordan kommunen og har organisert arbeidet med nyankomne flyktninger, tror jeg at de fleste har mindre erfaring enn jeg selv fra møter med utenlandske foreldre – men jeg vet ikke hvor lite eller mye. Dette vil jeg finne ut av.

2.1. Innledende praktiske utfordringer

I den forrige kommunen jeg jobbet i år lå mye av arbeidet med flyktninger som et særrområde som var tillagt flyktninghelsesøster. Det ble litt slik at én fikk spisskompetanse og ble den som skulle forholde seg til spørsmål vedrørende omskjæring. Men andre kolleger overtok jo ”mine” familier etter hvert og hadde samtidig innvandrerfamilier som kom utenom flyktningtjenesten, som for eksempel studenter og arbeidsinnvandrere. Hva da med deres dybde- og breddeerfaring og behov for faglig oppdatering?

¹¹ Retningslinjer for helsestasjonsvirksomhet

I den nye kommunen min spres flyktningarbeidet rundt til alle helsestasjoner og skolehelsetjenester. Det betyr at alle helsesøstrene møter nyankomne innvandrere og må skaffe seg kompetanse om kulturelle tradisjoner. De får erfaring i bredden. Men når innvandrere spres til lokale helsestasjoner over hele byen spørs det om helsesøster møter nok familier, kvinner og jenter fra kulturene slik at hun får tilstrekkelig og dyp praktisk erfaring. For uten denne erfaringen kan temaet forbli teoretisk og blir lett glemt eller oversett når vi møter det. Det ligger ikke lenger ”i fingrene”. Da svikter vi de jentebarna som lever innenfor tradisjonen.

Med årene er det kommet ulike innvandrergrupper til landet og ikke alle er flyktninger. De kan for eksempel være studenter med familie, arbeidsinnvandrere eller familieinnvandrede. For helsestasjonen representerer de lignende utfordringer ved at flere har flyttet over store avstander, kommer fra andre språkområder og annen kulturbakgrunn enn vår egen. De familiene som flyktninghelsesøster har ansvar for, blir også etter hvert overført til den lokale helsestasjonen der familien bor. Det vil si at alle helsesøstrene kommer i kontakt med brukere fra ukjente kulturer. Denne trenden er klar nok selv om kommunene ennå har noe ulik organisering av arbeidet med flyktninger.

2.2. Tid

Fra min egen praksis husker jeg på ulike samtaler om omskjæring med menn, kvinner og jenter. Jeg tenker at for å bygge tillit med kvinner og familier, for å oppnå fortrolighetskunnskap og ikke minst for å endre en tradisjon, trengs det tid. Sempelthen fordi jeg erfarer at det tar tid å ta inn nye ting, deretter bearbeide det i tanken og så utforme en ny praksis. Har helsesøster tid – tar hun tid – hvilken arbeidsform velger hun? Det trengs tid for å være tilgjengelig når brukeren trenger henne. Det trengs tid til uforstyrret samtale og tid for å vinne kvinners fortrolighet. Kvinnene – og familiene – må erfare at de får noe igjen for å snakke med helsesøster. Dersom hverdagen er hektisk, påvirker det den nødvendige roen og holdningen som helsesøster har med seg inn i møtet med kvinner, jenter og familier. Det er min erfaring. På samme måte trenger innvandrerfamilien tid: til å møte et nytt samfunn, til å oppta ny kunnskap og til å endre handlinger. Deres handlingsvalg henger igjen sammen med valgene til landsmenn i lokalsamfunnet og andre landsmenn her i landet, og med kravene fra

hjemlandet. Det er lettere å ende tradisjon hvis man står flere sammen mot et kulturelt påtrykk fra hjemlandet.

2.3. Å se mennesket

Et etisk moment er at dersom vi ser problemstillingen *kvinnelig kjønnslemlestelse* som større enn omsorgen for kvinne eller barnet vi er satt til å hjelpe, er det fare for at vi mister dette etiske aspektet og dermed går på akkord med profesjonaliteten gjennom for eksempel å opptre byråkratisk eller fordømmende overfor de menneskene vi er satt til å hjelpe. Dette møtet går videre enn til den vanlige hverdags yrkesetikk fordi vi utfordres så sterkt på det personlige plan i møtet – spesielt når møtet gjelder en ukjent praksis som medfører slike varige og alvorlige helseskader som kvinnelig omskjæring kan gjøre. Hvordan forholder mine kolleger seg til denne utfordringen i den profesjonelle utføringen av sin yrkespraksis? Er vi medmennesker, byråkrater eller dommere? Jeg har lyst å finne det ut.

3. Om metoder og metodevalg

3.1. Samtale, enetale eller tallenes tale

Debatten om hvilken arbeidsmetode som er pålitelig og skal brukes for å forebygge kjønnslemlestelse, har vært intens. En side har valgt å stole mest på at kvaliteten av dialogen mellom helsepersonell og det etniske miljøet er god nok til å endre praksisen med omskjæring. Dialogen føres ved hjelp av bred kontakt mellom helsepersonell og frivillige som arbeider mot omskjæring, og personer som kommer fra land der skikken praktiseres. Her arbeider etnisk norsk helsepersonell, og helsearbeidere og andre engasjerte personer fra målland sammen for å nå målet. Man stoler på at foreldre som ikke praktiserer omskjæring også snakker med andre, og at ”den gode praksis” brer seg til andre foreldre. Dette skjedde særlig i tiden under ”OK-prosjektet” i 2001 – 2004 da personer fra etniske grupper reiste rundt i landet og holdt informasjonsmøter med landsmenn. I Bodø var det møte med somaliere på Internasjonalt Senter, i Tromsø ble det opprettet en regional ressursgruppe som

arbeidet mot kvinnelig omskjæring i tillegg til at det var god kontakt mellom norske helsearbeidere og somalisk kvinnegruppe, og med enkelt-personer fra andre målland.

Den andre siden sier at Norge trenger å innføre underlivsundersøkelse av alle jenter for å kunne vite sikkert hva som skjer. Og slik har debatten gått mellom kvalitativ og kvantitativ tilnærming til kartlegging og forebyggende tiltak mot kvinnelig kjønnslemlestelse, både helsearbeidere imellom og på politisk plan. Mellom tvungen underlivsundersøkelse og dialog. Helsedirektoratet inviterte til erfaringsamlinger der norske helsearbeidere og representanter for målgruppen møttes. Temaet, som tidligere ikke ble snakket høyt om i fellesskap, ble til og med diskutert åpent i møte mellom somaliske kvinner og menn i Trondheim i 2007 med norske deltakere tilstede.

Min kollega sier i intervjuet:

”Så det er jo, altså man kan jo også skape masse feilediagnostikk og kanskje masse turbulens i familie, så eg ser mange vanskeligheter hvis det skulle bli tvang, og eg er ikke sikker på om vi hadde fått avverget så veldig mange flere.”

Det er innført en ordning med frivillig underlivsundersøkelse av jenter der foreldre kan få utstedt skriftlig bekreftelse på at barnet ikke er omskåret og at det er ulovlig å omkjære jenter i Norge. Dette kan foreldre bruke som dokumentasjon for å motstå press fra familien i hjemlandet dersom man tar med datteren på ferie ut av Norge. I egen praksis har jeg bare støtt på ett tilfelle der foreldrene ønsket undersøkelse av datteren. Det var for å bekrefte at hun allerede var kjønnslemlestet. Møtet med ukjent holdning og praksis kan føre til at motstridende tanker dukker opp hos helsesøster. Dreier dette eksemplet seg om lovlige foreldre, eller er det tanken på straffeforfølgelse etter ferien som skaper frykt hos foreldrene - og er denne frykten da mer framtrædende enn tanken på de helsemessige skadene som jentebarn utsettes for gjennom omskjæring? Kunnskap om emnet, kjennskap til foreldrene, tillit og mistillit mellom myndighetspersoner og etnisk målgruppe blir sentrale temaer når slike spørsmål trer fram.

Helsedirektoratet landet for noen år siden et sted midt imellom frivillighet og tvang da de sa at ennå skal det ikke innføres tvunget undersøkelse av jenter fra målland men at det skal være et frivillig tilbud. Dette har kanskje bidratt til at man nå fokuserer mer på dialog og informasjon enn på kontroll. Det er utarbeidet regelverk og rutiner som sier at helsesøster skal informere

foreldre fra målland om forbud mot og skader fra kvinnelig kjønnslemlestelse. Foreldrene / mor skal skrive under på at de / hun har mottatt denne informasjonen som helsesøster presenterer i form av en ferdigskrevet erklæring. Konsultasjonen skal gjennomføres ved bruk av tolk og tolken skal signere på samme erklæring. Disse nye rutinene betrakter jeg som en kvalitetssikring. Samtidig mener jeg rutinen kan legges opp til mer ensrettet og informasjonsrettet samtale fra den ene part (helsesøsteren) til den andre (foreldre fra målland), og den nødvendige, undrende dialogen kan bli skadelidende dersom ikke helsesøster passer på.

På dette tidspunkt i tid har jeg ennå ikke funnet at vi har noe tallfestet oversikt over antall kjønnslemlestedede kvinner og jentebarn i Norge, og heller ikke tall som viser opp- eller nedgang på antall kjønnslemlestedede jenter født i Norge. Og jeg tenker det vil by på store utfordringer å få det til, både metodisk og etisk.

Dette er bakgrunnen når jeg har valgt forskningsmetode for å finne ut hva det er kollegene mine møter i sin yrkespraksis og hvordan de arbeider mot kvinnelig kjønnslemlestelse.

3.2. Forskningsmetoder og metodevalg

I et feltarbeid er spørsmålet som man vil finne ut av med på å bestemme valg av metode. For å gjøre dette feltarbeidet valgte jeg kvalitativ metode og hermeneutisk tilnærming. En *kvalitativ* metode har bakgrunn fra humanvitenskapen og skiller seg fra *kvantitativ* metode, som kommer fra naturvitenskap. Kvalitativ tilnærming brukes når man fokuserer på mening og innhold og dreier seg ofte om å undersøke, beskrive og forstå menneskelig aktivitet.

Kanskje jeg selv overfokuserer problemet - at det ikke er noen jenter som utsettes for kjønnslemlestelse i min nåværende kommune, og at helsesøstrene derfor ikke møter problemet? Det er det vanskelig å telle opp. Men jeg tenker at ennå er det vel ikke slik at alle foreldre fra landene har endret praksis. Ifølge informasjon jeg har fått gjennom samtaler med innvandrere fra målland, lever skikken framdeles. Samtidig hører spørsmålet om helsesøstrers forebygging, erfaringer, refleksjon og tiltak hjemme i en større verden som ikke er direkte avhengig av hvor mange jenter fra målland som bor i en bestemt kommune. Det er et tema vi kommer til å konfronteres med før eller siden nesten uansett fordi innvandrere bosetter seg i

de aller fleste kommuner i landet, og da må helsesøstrene forholde seg til det og de er pålagt å følge opp temaet.

Først må jeg si noen få ord om *mettet*. Når undersøkelsen er mettet vil det si at den inneholder en mengde varierte data der alle er ihensyntatt. For eksempel hvordan helsesøstertjenesten i kommunene har organisert arbeidsfeltene internt. Er det noen som bare arbeider i skolehelsetjeneste, bare med helsestasjonsarbeid, bare med flyktninger? Hvor lenge betjener da helsesøster nyankomne flyktninger før de overføres til den helsesøsteren som arbeider i de andre feltene? Hvor mange barn og foreldre med flyktningbakgrunn har hun? I dette feltarbeidet er det hver enkelt kollegas opplevelse og tanker omkring et tema som er interessant. De informantene jeg har brukt, møter alle familier og barn fra målgruppeland i større og mindre grad, både på vanlig helsestasjon og i skolehelsetjeneste. De gjenspeiler snittet av helsesøstre i en bykommune som har bosatt flyktninger i mange år og der brukerne av helsestasjonen bor spredt rundt i bydelene.

Og så litt mer om begge metodeformene:

3.2.1. Kvantitativ metode

Med kvantitativ metode ser man på fakta i *hva som skjer*. I denne metoden kan handlingsoperasjonene listes opp, beskrives og begrunnes. Noe av det arbeidet som foregår på helsestasjonen kan klassifiseres og telles. For eksempel er det lett å telle hvor mange og hvilke vaksiner som settes i løpet av et år. Dette kan igjen måles opp mot barnebefolkningen og man kan få ut ”harde” tall om vaksinasjonsdekning. Fra tid til annen kunne det være behov for å gjennomføre kvantitative undersøkelser om hvor mange jenter som blir utsatt for kjønnslemlestelse årlig i Norge. Tradisjonen med kvinnelig kjønnslemlestelse er en tradisjon i endring. I noen afrikanske land har det lenge pågått arbeid mot kjønnslemlestelse, og holdninger snus. Ut fra det mange flyktningforeldre sier, håper og tror jeg det skjer her i landet også. Foreldre benytter anledningen til å slutte med tradisjonen når de nå bor i Europa. Samtidig fortalte en norsk og en somalisk ansatt i flyktningbarnehagen meg nylig at omskjæring nettopp skjer i diaspora. Derfor kan vi trenge kvantitative undersøkelser og harde tall for å si oss noe om og hvor raskt denne holdningsendringen faktisk skjer.

Når forskeren benytter seg av kvantitativ metode, blir forholdet til informanten mer distansert: jeg kunne for eksempel lage spørsmål med alternativer av typen ”Hva gjør du for å forebygge kjønnslemlestelse? Kryss av for følgende: alternativ A, B, etc.”. Da blir forholdet blir mellom forskeren og informanten mer som ”jeg og objektet, eller det - som – gir – meg - svar”. Det stilles krav til et større antall informanter enn jeg har i dette feltarbeidet for å få et pålitelig resultat, og man kan ikke gå tilbake og spørre mer. Da måtte jeg eventuelt sende ut spørreskjema til flere helsesøstre i flere kommuner.

3.2.2. Kvalitativ metode

Noen data er ”myke” og kan best forstås ved bruk av kvalitative metoder som spør etter *betydningen* av hva som skjer i stedet for å spørre etter tall og hva som skjer konkret. Som for eksempel hva det er som skjer i kontakten mellom helsesøster og foreldre, eller helsesøster og det spedbarnet hun observerer. Forskning på dette vil være å beskrive og forklare hva som skjer i konsultasjonen på helsesøsters kontor og de prosesser som foregår mellom partene. Det vil gi en forståelse av møtet mellom partene.

I dette feltarbeidet valgte jeg bort å gjøre en kvantitativ undersøkelse fordi det legger en annen type vekt på bredde og omfang, og krever et fastlagt opplegg der spørsmål settes opp detaljert med tanke på å dekke feltet man ønsker å undersøke. Spørsmål utformes slik at forskeren spør og informanten svarer. Men jeg vil prøve å forstå hvilken hverdag helsesøstrene står i, hvilke tanker gjør de seg omkring kjønnslemlestelse og hva de gjør når de møter jenter som er omskåret eller prøver å forhindre omskjæring.

Når jeg forsker på min egen profesjon befinner jeg meg i en arbeidshverdag som jeg deler med informantene. Vi er har samme utdanning, arbeider innenfor samme retningslinjer og har samme mål selv om vi ikke er på samme arbeidssted. Vi arbeider med mennesker og skal forebygge sykdom, skade og lyte. Dette er en indre sammenheng, en forståelig virkelighet som jeg og informantene ser innenfra. Jeg ønsker å finne kollegaenes erfaring og finne den refleksjon de gjør seg om et emne. Hver kollega er unik og kan tilføre forskningen, eller den samlede fortellingen, et nytt perspektiv. Og siden vi har samme yrke, snakker vi samme fagspråk. Dette er en dynamisk prosess av refleksjon og faginformatjon som går mellom

begge parter, og der jeg kan gå tilbake og spørre videre hvis jeg trenger det. Det er en vandring i stadig utvikling av innsikt. Gadamer sier at

*”all forståelse begynner med at noe taler til oss. Det er den fremste av alle hermeneutiske betingelser.”*¹²

Jeg lette selv etter erfaringer og metoder for å forebygge kjønnslemlestelse, og tenkte på hva kunne mine kollegaer tilføre nye momenter til min forståelse – var det noe å hente? Det betyr, slik jeg forstår Gadamer, at min egen forståelse (eller for-dom) ble utfordret gjennom samtalen med kollegaer, og derigjennom ble også deres egne tanker utfordret og kom til syne. Derfor tenker jeg at den kvalitative metoden passer for å forske i erfaringer fra yrkespraksis og jeg vil gjøre det i en hermeneutisk forståelsesramme:

Det følgende er et eksempel på hva jeg oppfatter av Gadamer. Før oppstart av feltarbeidet tenkte jeg at ikke alle på helsestasjonen har møtt barn og foreldre fra kulturer som praktiserer kjønnslemlestelse, og dermed vil kunnskapen om hvilke kulturer det gjelder, om type omskjæring og konsekvens være mangelfull. Jeg tenkte at hvis helsesøster har mye klinisk erfaring og initierer og deltar i varierte tiltak for barn og familier er dette viktig for å få god kjennskap og god dialog med mødrene. Det skapes mange møtepunkter. Gjennom dette ville det skapes tillit og dialog der unge jenter og voksne kvinner får en trygg relasjon til helsesøster og kan oppsøke henne når de har spørsmål. I min egen praksis stemte det. Jeg møtte kvinnene på mange arenaer både i og utenfor kontortid. Jeg ble kjent med mange, både kvinner fra målland og norske frivillighetsarbeidere. Jeg fikk mye erfaring. Jeg trodde dette brede engasjementet var nødvendig for å få en god dialog. Det var min før-forståelse. Hvis denne tanken om engasjerthet setter seg fast, kan jeg tro at kollegaer som velger andre måter å jobbe på ikke bryr seg, eller velger bort en kilde til kunnskap ved å begrense seg til kontorarbeidstid. Kanskje det sementerer en bedrevitende holdning. Denne oppfatningen ble satt på spill i feltarbeidet, som viste meg at andre helsesøstre også er engasjert i forebygging av kvinnelig omskjæring og har gjort seg andre tanker om kjønnslemlestelse, men jobber ut fra en annen arbeidssituasjon. Slik er min kunnskap om andres arbeid blitt utfordret og har endret seg.

Å ha tanker om et tema er én sak. Å erverve seg faktakunnskap og følge en kunnskapsutvikling er en annen sak. Kan vi noensinne komme til et stadi der vi har *nok* og

¹² Gadamer 2003 s.43

”ren” kunnskap om et tema? Der ”vilkårlige innfall og umerkelige tankevaner som hemmer forståelsen”¹³ er fjernet? I neste kapittel og kapittel 5.2. behandler jeg temaet forståelse videre.

Kvalitativ metode henger sammen med et humanistisk menneskesyn, som er en kritikk av den naturvitenskapelige tenkningen der alt, også menneskelige handlinger, bestemmes ut fra en årsak - og - virkning modell. Mennesket er ikke en maskin uten egen tanke og vilje. Vi står i en meningsfull sammenheng med våre omgivelser og handler ut fra en historisk sammenheng. Vi har et forhold til kulturen vi lever i, språket vi snakker, mennesker og samfunn. Vi påvirker og påvirkes av våre omgivelser. Som en av mine kolleger sier:

”Eg ser jo på de menneskene som har en fot i en kultur hvor det her praktiseres at de er veldige samarbeidspartnere for på en måte å bygge litt bro over de her kulturforskjellene og kanskje gjøre oss som helsepersonell bedre i stand til å kommunisere på en god måte.....de er en nøkkelperson til å ha en forståelse innenfra kulturen.... da tenker jeg sånn jentegruppe, altså det at jenter kommer sammen og styrker identiteten, det er en bit av det.”

Her ser hun nettopp denne sammenhengen av kultur, samfunn og historie som mennesker står i og hvordan vi påvirker og påvirkes av hverandre. Og hun ser viktigheten av at jenter kommer sammen og styrker hverandre som et av flere tiltak mot kjønnslemlestelse.

Tradisjonen med kvinnelig kjønnslemlestelse og endringen som skjer er ett eksempel på hvordan mennesker står i en kulturell sammenheng og virker i sammenheng med omgivelsene. Som en spiral. Denne måten å se tilværelsen på, som jeg vil kalle en ”organisk vekst”, en evig og omskiftelig virkelighet der noen ting trer fram og andre forsvinner, fordrer fleksibilitet i forskerens metodetilnærming. Kanskje må metoden justeres undervegs i forhold til at forskningsobjektet, eller arbeidsrammene, endrer seg. Det min kollega sier i sitatet overfor viser også hvordan metoden for tilnærming til et tema endrer seg i takt med ny kunnskap. Ut fra en hermeneutisk forståelse trer vår forståelse av virkeligheten gradvis fram. Ny innsikt fører til nye spørsmål. For å kunne frambringe en forståelse av forskningsemnet må forskeren tilpasse seg selv og metoden til det omskiftelige menneskelivet som han/hun vil beskrive og forklare. Derfor er ikke opplegget fastlåst når man bruker en kvalitativ metode. Resultatet, eller forklaringen som forskeren kommer fram til trenger ikke være endelig, den er et bidrag i en stor sammenhengende diskurs der livet trer fram slik det beskrives og forstås.

¹³ Gadamer 2010 s.303

Datainnsamlingen blir da den ene siden av den kvalitative metoden. Den må gjøres for å få en bakgrunn å trekke konklusjoner av. Forskeren må kunne dokumentere hvordan han/hun tenker og hvorfor hun trekker de slutninger hun gjør. Den andre siden blir at bearbeiding og tolkning av funn gjøres med en hermeneutisk tilnæringsmåte der poenget er å avdekke og forstå menneskelig handling. Da kommer det også fram i lyset en forståelse av de bakenforliggende strukturer som bidrar til å påvirke våre handlinger – den tradisjonen vi står i.

Når jeg behandler arbeidet i min egen oppgave, skriver jeg samtidig inn meg selv og min egen forståelsesbakgrunn inn i teksten, fordi både forskeren og forskningsobjektet står i en sammenheng og fordi meningen kan ikke ses løsrevet fra sammenhengen. Det viser mitt ståsted som jeg forstår verden ut fra. Eller sagt med andre ord: det er det blikket jeg ser på verden med. For at resultatet da skal bli pålitelig og gyldig, blir selve analysen av materialet viktig.¹⁴ En forsker må ha et kritisk blikk på resultatet. Det ville kanskje være lettere hvis vi var to personer som arbeidet sammen med bearbeiding og/eller analyse av materialet og kunne være kritiske til hverandre, men i denne konkrete oppgaven må jeg bare være kritisk til meg selv.

4. Datainnsamling

Datainnsamling, eller feltarbeid, kan gjøres på flere måter: blant annet ved observasjon, ved selv å arbeide i feltet, eller ved hjelp av intervju. Denne kvalitative tilnærmingen gir mer fleksibilitet enn når man bruker kvantitativ metode. *Metoden for datainnsamling må tilpasses forskningsgjenstanden*, sier Birthe Loa Knizeg.¹⁵ I valget av metode for mitt eget feltarbeid hadde jeg flere alternativer: burde jeg kanskje følge helsesøstrene i deres arbeidshverdag? Da ville jeg vært nær praksisfeltet. Når jeg ikke gjorde det, er det fordi ingen kolleger i kommunen har kontakt med så mange brukere fra land der skikken praktiseres at jeg fant det praktisk gjennomførbart å være tilstede hver gang temaet kom opp – eller burde komme opp - i hverdagen på helsestasjonen eller skolehelsetjenesten. Mengden av konsultasjoner med flyktninger har delvis å gjøre med antallet flyktninger og innvandrere fra de aktuelle land som

¹⁴ Lorentsen 1998 s.61

¹⁵ Lorentsen 1998 s.34, 36

bor i kommunen, og delvis med organisering av det forebyggende arbeidet - hvilken eller hvor mange helsesøstre som følger opp jentebarn i forskjellige aldre.

En stund vurderte jeg å intervju informantene sammen i samtalegruppe der de kanskje møttes flere ganger og reflekterte over flere aspekter innenfor hovedtema. Det blir noe liknende, men ikke det samme, som Ingela Josefson gjorde i boken ”Lekarens yrkeskunnande”¹⁶. Hun samlet en gruppe leger som hun snakket med om deres erfaringer fra yrkespraksis. Hun innledet hver samtale med en introduksjon innenfor det humanistiske kunnskapsområde. Gruppesamtalene ble tatt opp på bånd, skrevet ut og gitt tilbake til deltakerne før neste møte. Dette arbeidet bestod av et antall samlinger over tid. Jeg liker denne typen felles refleksjon over et tema og finner det lærerikt. Grunnen til at denne idèen ble lagt bort, var at feltarbeidet ville ta lengre tid og det ville kreve mye mer arbeid å skrive ut samtalene, og jeg var usikker på om det ville gi noe mer informasjon enn det jeg kan finne med den metoden som jeg til slutt valgte.

Knizeg snakker om nærhet til forskningsfeltet og at datainnsamling som oftest foregår i naturlige omgivelser¹⁷. Det passer godt overens med den måten jeg foretrekker, og har vært vant til, å arbeide på. For meg passer det godt å legge meg tett opp til en samarbeidspartnerens arbeidsvirkelighet. Det kan jeg gjøre ved å besøke arbeidsplassen eller samtale om den yrkespraksis den andre står i. Når jeg valgte å ikke delta i praksissituasjonen på helsestasjonen, var det også fordi jeg tenkte at mitt nærvær kunne føre til at helsesøster ble mer bevisst på å ta opp emnet omskjæring enten det falt naturlig i konsultasjonen eller ikke. I så fall ville mitt nærvær endre det som vanligvis skjer i yrkespraksis, og jeg ville forstyrre den virkeligheten jeg ønsket å finne ut av. Jeg valgte da å gjennomføre dette feltarbeidet gjennom å intervju fire kollegaer. Intervjuformen gir en fleksibilitet der tid og sted for intervjuet i dette tilfellet ble bestemt av informanten.

Uansett hvilken samarbeidspartner det dreier seg om, gir det meg nye inntrykk når jeg møter andre på deres hjemmebane. Når jeg gjør det, danner jeg meg et bedre inntrykk av vedkommendes arbeidshverdag. Det er som et lite feltarbeid i seg selv. Jeg kommer inn på en ny arbeidsplass. Den andre er vert og deler sitt arbeidsliv. Samtidig er jeg gjest og i en lærlingposisjon. Jeg kommer for å be om vedkommendes erfaringskunnskap om et tema. Cato Wadel snakker om adgangsroller til feltarbeid og sier at lærlingrollen er den som ”synes å gi

¹⁶ Josefson 1998

¹⁷ Lorentsen 1998 s.33

best adgang i de aller fleste feltarbeid”¹⁸. Flexibiliteten var altså et moment i valget av metode. Et annet moment er at jeg liker ”å snakke langsomt” med kollegaer over et tema vi begge kjenner. Det gir rom for refleksjon over handling, og jeg tror det gir læring til alle parter. Som en av informantene sa det:

”eg merker jo selv nå når vi sitter og prater her at - oi, nå blei eg på en måte litt bevisst på enkelte ting som eg ikke har tenkt over fordi at du på en måte prater deg inn i ting og – det er ikke sånt du tenker over i det daglige.”

Når min kollega på denne måten hørte sine egne ord, prøvde hun altså ut meningene sine mot erfaringene i dagliglivet.

Senere i min vanlige nåværende arbeidshverdag hender det at jeg følger mødre og barn til deres første møte med helsesøster og er med når temaet kjønnslemlestelse tas opp. Da er det jeg som flyktninghelsesøster og stasjonert på flyktningkontoret, som følger flyktningen over fra bosettingsfase til hennes faste helsestasjon i bydelen der hun bor. I denne oppgaven blir jeg et mellomledd mellom mor og den nye helsesøsteren som arbeider med alle barn i bydelen, og sørger for at familien får tilgang til de vanlige helsetjenestene som tilbys alle barn. Dette mellomleddsarbeidet finner jeg tilfredsstillende både for meg selv og er det forhåpentligvis også for den nye helsesøsteren. Det gir en følelse av at flyktningen så å si går ”fra hand til hand”. Det blir lettere å ta kontakt og samarbeide dersom noe er uklart i familiens situasjon. Samtidig vet familien at vi hjelpere kjenner hverandre og kan snakke sammen, og det hender at kvinnen ønsker jeg skal videreformidle en beskjed. I tilfeller der jeg følger en gravid dame til jordmor, har det hjulpet at både kvinnen selv, jordmor og jeg kan samarbeide – også i forhold til å henvise henne til kvinneklinikken der hun blir ”åpnet” før fødsel.

4.1. Forskjellige intervju typer

Intervjuer kan gjøres på forskjellige måter¹⁹. Alt etter intensjonen kan det være mer eller mindre dypt. Forskeren bestemmer selv nivået som gir den informasjonen han/ hun leter etter. I forhold til forskerens hensikt kan intervju deles inn i forskjellige former: I et *undersøkende*

¹⁸ Wadel 1991 s.30

¹⁹ Lorentsen 1998 s.38

intervju er det forskeren som ønsker å få del i den kunnskap som informanten innehar. Her oppfattes informanten som ekspert. Forskeren ønsker å oppnå en bestemt informasjon om informanten selv eller om et saksforhold. Da dreier det seg henholdsvis om *diagnostisk intervju* der det er informantens karaktertrekk eller helse som undersøkes (eksempelvis når legen leter etter sykdom); eller *analytisk intervju* der forskeren undersøker sosiale saksforhold på bakgrunn av teoretisk overveielse og begreper; eller *informantintervju* der det ikke er selve personen, men hans viten som er i fokus. Intervjuet kan også være *formidlende*: det vil si at informanten er målet for informasjon, eller intensjonen kan være å få informanten til å endre bevissthet eller erkjenne noe, som for eksempel i en terapisisuasjon.

4.2. Gjennomføring

Gjennom å ha arbeidet både i helsestasjonen og skolehelsetjenesten kjenner jeg virksomhetene som informantene arbeider i. Tre av intervjuene ble gjort på helsesøsters arbeidssted mens det passet den fjerde informanten best å komme til mitt kontor. I dette siste intervjuet måtte jeg være oppmerksom på at det var min kollega som foreslo tid og sted slik at hun ikke skulle få følelsen av å komme til en slags ”eksamenssituasjon”. Jeg tror at blant annet trygghet i intervjusituasjonen er en forutsetning for å få ”gode”, eller pålitelige, data. Vi avtalte de tidspunkt som passet for den enkelte. Det viste seg at den ene helsesøsteren hadde en arbeidsoppgave utenfor helsestasjonen da jeg kom. Derfor avtalte vi at jeg skulle komme tilbake senere samme dag. Dette er eksempel på én side av fleksibiliteten i den kvalitative metode. Dersom det skulle være ønskelig, eller noe slår feil, har jeg mulighet for å gå tilbake med oppfølgingsintervju eller lete etter en informant til. Hvis antallet informanter i en kvalitativ undersøkelsesmetode er lite, slik som i mitt materiale, er det desto mer nødvendig at personene er sentrale med hensyn på fokus, og at de er villig til å berette²⁰. Jeg mener informantene er sentrale.

²⁰ Lorensen 1998 s.35

I dette feltarbeidet er det informantintervjuet som har vært brukt. Disse ble tatt opp på en liten diktafon som jeg satte på bordet mellom oss, og senere har jeg skrevet de ordrett ut fra opptaket. Før hvert opptak har jeg snakket inn navnet på informanten og dato og sted hvor opptaket er gjort. Dette gjorde jeg helt i begynnelsen, mens min kollega var til stede og før selve intervjuet startet.

Selve intervjusituasjonen kan utføres forskjellig. Forskeren kan ha spørsmål som skal besvares i slavisk rekkefølge, eller intervjuet kan utforme seg som en samtale der spørsmålene brukes for å lede samtalen videre dersom svaret på det forskeren vil vite ikke dukker av seg selv undervegs. Forskeren kan se på seg selv som et forskningsinstrument eller som samtalepartner. Jeg ønsket å være det siste i forholdet til mine kollegaer. Ettersom intervjuet skjer i forskerens interesse, har forskeren mer makt i situasjonen enn den som intervjues. Jeg har stor respekt for den teoretiske og praktiske kunnskapen mine kollegaer besitter, og jeg ønsket minst mulig asymmetri i samtalen mellom oss. Jeg følte det var nødvendig at selve intervjusituasjonen var trygg nok slik at følelsen av makt og avmakt ikke skulle dominere. Derfor tok intervjuet form av en samtale der spørsmålene ble veiledende punkter. På denne måten håper jeg at den informasjonen som kom fram i samtalen ble mest mulig ærlig, og at informantene ikke sa hva de trodde jeg ville høre eller framsatte arbeidet sitt som nærmere myndighetenes ideelle mål enn det faktisk er. Gjennom det at vi er kollegaer og jobber innenfor samme virksomhet, tror jeg at intervjuene gir en riktig beskrivelse av yrkespraksis. Det stemmer også med hva jeg har observert i ettertid når temaet om forebygging av kjønnslemlestelse har dukket opp på fagmøter i kollegiet. Jeg oppdaget at kollegene var mer opptatt av temaet enn jeg tenkte, og forholdt seg til det i arbeidshverdagen.

5. Hermeneutikk

5.1. Refleksjon i en hermeneutisk ramme

Jeg valgte altså en hermeneutisk tilnærming til det jeg ville undersøke. I naturvitenskapene kan man forklare naturen etter hvert som nye sammenhenger trer fram. I humanvitenskapen søker man å forstå. Til forskjell fra naturvitenskapen er humanvitenskapen opptatt med å studere fenomener som det ligger en tanke bak. Det dreier seg om menneskeliv og

menneskelig aktivitet. Mennesket kan vi forstå ut fra det at vi selv er menneske. Jeg forstår for eksempel min kollegas arbeidshverdag ut fra det at vi utøver samme yrke. Hermeneutikk er en metode for å forstå ut fra tanken på at den aktiviteten vi står overfor er meningsfull. Begge vitenskaper er måter å forstå og forklare verden på. I vår kulturkrets har tendensen vært at naturvitenskap har blitt betraktet som ”riktigere” kunnskap. Forskeren finner ”nøytral” kunnskap som kan gi oss allmenngyldige lover og dermed forklare verden. Forskeren skal ikke blande seg selv inn i det han vil måle. Vi snakker om ”harde” data og tall som beskriver og forklarer verden. Jeg lurer på om det går an å sette seg utenfor verden på denne måten? Er ikke selv spørsmålene vi stiller og den måten vi formulerer dem på betinget av vårt ståsted i verden? Den gangen i renessansen da hermeneutikk oppstod, var det en metode for å tolke mening og forstå riktig.

5.1.1. Ny innsikt endrer praksis

I min erfaring er det ikke alltid vi ser det vi står overfor når vi møter en annen kultur og tradisjon. Det vi ser må synke inn og reflekteres over. Det er som jeg husker Jacob Meløe uttrykte det i en forelesning på Ex.phil. for mange år siden, at Landego ser forekjellig ut sett fra sjøsiden og fra landsiden. Og når en nærmer seg fra sjøen, kommer andre, nye konturer og detaljer til syne. Jeg tenker at jeg må komme tett på moren på helsestasjonen for å forsøke å se det hun ser. Vi tolker verden ut fra det vi selv kjenner og tolker det ukjente inn i våre egne ordninger, det vil si i det vi kjenner fra før. Og på denne måten blir vi blind for det nye. Passer det her å huske på hva Gadamer sier om historisitet?

”En virkelig historisk tenkning må medtenke sin egen historisitet. Bare da vil den slutte halse etter den historiske objektivismens illusjon, som er gjenstand for framskreden forskning, og vil i stedet lære å erkjenne i saken selv det egne annethet [sa Andere des Eigenen] og dermed både seg selv og det andre. Den sanne historiske gjenstand er ingen gjenstand, men en enhet av dette egne og dette andre, et forhold som utgjør både historiens og den historiske forståelsens virkelighet.”²¹

²¹ Gadamer 2003 s. 43

Helheten er sammensatt av mange deler. Ved å se på delene trer helheten fram. Det er i denne vekselvirkningen at spiralen med stadig utvidet innsikt trer fram - den hermeneutiske spiral, som jeg har vært inne på, på s. 19. Som en av kollegaene uttrykte i løpet av intervjuet :

”du trenger ikke ta stilling på samme måte fordi at du ikke jobber direkte med det. Jeg jobbet jo på prematuravdelinga med nyfødte babyer. Men jeg forholdt meg ikke til det på samme måte til damene... ikke i den grad som en jordmor gjør.” Og videre:

”Eg har jo hørt om det (omskjæring) men ikke tenkt over det på samme måte som når man begynner å jobbe med det.”

Ved å treffe jenter fra land der kjønnslemlestelse praktiseres, lære dem å kjenne og arbeide mer konkret med spørsmålet, ble hennes forståelse utfordret og hun måtte ta stilling til ny erfaring. Hun endret sin måte å tenke og arbeide med temaet på.

Jeg tror at det vi forstår går ut fra oss selv og den sammenhengen vi selv står i. Vår forståelse av det nye er avhengig av at vi forstår den sammenheng vi selv er i. Når foreldre – og kvinner – fra andre kulturer som ennå praktiserer tradisjonen med kvinnelig omskjæring møter vårt samfunn, utfordres deres tradisjonelle forståelse av hva som skader og hva som gagnar jenters liv, kropp og helse i det livet de skal leve innenfor en ny kultur. Verdiene vendes. I den nye kulturen – i Norge – møtes de av en helt annen forståelse av begrepet ærbarhet og av andre forventninger til morsrollen og foreldrerollen. En positivt syn på kjønnslemlestelse blir snudd til noe negativt. Det man i hjemlandet var stolt av, blir i Norge til en belastning. Som en somalisk ungdom tilnærmet sa en gang – i møtet med Norge var jeg ikke bare svart, jeg var også omskåret²². Dermed ble hun tillagt en dobbelt byrde. Så når somaliske jenter og kvinner nå ber om hjelp til å åpnes, tror jeg det er fordi de har møtt ny kunnskap i form av en annen forståelse av kvinneliv.

²² samtale med Sahra Abdullahi

5.1.2. Å forstå noe fra utsiden, eller gå inn?

Alle helsesøstrene jeg intervjuet nevnte at de hadde forståelsen av at kjønnslemlestelse var betraktet positivt i hjemlandet kultur. De satte det inn i en større sammenheng av samfunn og historie. Likevel er det vanskelig å forholde seg til for en som ser det utenfra, og jeg tror dette kan representere et følelsesmessig hinder som helsesøster må komme over når hun tar opp emnet med foreldre. Som en av informantene sa:

”Det er jo nesten litt uforståelig at de kan gjøre sånn. Men jeg skjønner jo at de gjør det ut fra beste mening. .. så de tror jo oppriktig at det her er rett, og at de gjør det riktige overfor ungen sin.”

Jeg tenker at det er når vår egen tradisjon støter an mot det ukjente, slik det nedfeller seg i praksis, at vi oppdager at vi står overfor noe ukjent. – Det er når jeg ikke skjønner logikken i den andres handling. Vi brynes mot det som vi ikke kan sette inn i en forståelig sammenheng. Det er når vi på denne måten blir oss bevisst noe ukjent at jeg tenker vi har sjansen til å erfare noe nytt. Små og store nye innsikter innenfor den store helhetssirkelen blir til en organisk vekst av forståelse der en ting er avhengig av en annen og alt henger sammen med alt. Møtet med mennesker som praktiserer omskjæring og med kollegaer som skal forebygge det samme, får meg til å stille stadig nye spørsmål for å sette min egen forståelse inn i en bredere og mer nyansert sammenheng. Jeg leter etter mening og sammenhenger, også i dette feltarbeidet. Slik utvider min forståelseshorisont seg.

Som helsesøster møtte jeg flyktningkvinner på mange arenaer i og utenfor helsestasjonskontoret og i og utenfor arbeidstid for å få dem i tale og snakke om kjønnslemlestelse. Dette var min yrkespraksis. Det fordret tid, krefter og engasjement. Men jeg kan ikke forvente at alle andre kollegaer skal vise det samme engasjement, og kanskje det ikke er nødvendig? Noen vil si at der er å overdrive. Nå er det kommet nasjonale føringer og Bodø kommune har laget rutiner for når temaet skal tas opp med gravide og foreldre, og det er kanskje nok? -Når er forresten nok, nok?

5.1.3. Hermeneutikkens bakgrunn og historie

Et spørsmål har reist seg hos meg: I hvilken grad kjenner helsesøstre kulturen og tenkemåten til foreldre som praktiserer kvinnelig omskjæring? Er det nødvendig å kunne denne bakgrunnen for å nå fram med argumentasjon til de som er helt nyankomne i landet, eller kan vi snakke om temaet uten å ha denne bakgrunnsforståelsen?

For å svare på dette vil jeg først se på den hermeneutiske forståelsesmåte og dens bakgrunn og historie. Selve betegnelsen hermeneutik kommer fra gresk og inneholder meningene å utsi, uttale, fortolke, oversette og forklare.²³ Hermeneutikk bygger på en konstitusjonell bygging av mening og har nær tilknytning til renessansens interesse for oldtidens litteratur og for å forstå mennesker og menneskelig aktivitet. Jeg må si litt om det først: i renessansen gjenfant man antikkens tanker som hadde vært borte fra europeisk bevissthet så lenge. Jesper Gulddal og Martin Møller²⁴ påpeker at hermeneutisk aktivitet framprovoseres av historiske eller kulturelle brudd. Renaissance var et brudd med middelalderens tenkning, et avgjørende tidsskille mellom middelalder og ny tid. 1500-tallet var tiden da boktrykkerkunsten ble oppfunnet og Luther framsatte sine teser i Wittenberg. Bibelen ble oversatt til tysk og dermed tilgjengelig for et bredere lag av folket. Gammel og stivnet religiøs praksis fra århundrene før stod i opposisjon til den tiden man levde i og de teologiske utlegningene til den katolske kirken ble dratt i tvil. Folk begynte å lese selv, de var ikke lenger avhengig av prestenes utlegninger. Gjennom reformasjonen oppstod det derfor et behov for å fortolke bibelens tekster riktig slik at ikke enhver mann skulle fortolke ut fra sin egen kunnskap og forståelseshorisont. Dette siste begrepet vil si den

*”mengden av de oppfatninger og holdninger som vi har på et gitt tidspunkt, bevisste og ubevisste, og som vi ikke har vår oppmerksomhet rettet mot.”*²⁵

Herfra utviklet det seg en teologisk hermeneutikk.

Gulddal og Møller nevner at det pågikk et betydelig hermeneutisk arbeide med å fortolke oldtidens greske tekster nettopp fordi fortiden var fremmed og at dette nødvendiggjorde en systematisk fortolkning av gamle tekster. På samme måte ble juridisk hermeneutikk utviklet innenfor det juridiske fagfeltet spesielt for å hjelpe unge jurister til å fortolke gamle lover. Man måtte kjenne til fortidens tenkemåte og kultur for å forstå tekstene i lys av den samtiden

²³ Lægred og Skorgen: 2001 s.9

²⁴ Gulddal og Møller: 1999 s.13

²⁵ Føllesdal og Walløe 2004 s.95

de oppstod i. Man måtte kjenne språket teksten var skrevet på, publikum den var skrevet til og i hvilken sammenheng den var skrevet: hva hadde vært forfatterens hensikt? Først når man hadde denne bakgrunnshorisonten, kunne man få en riktig forståelse av gamle lover. Dersom oldtidens tekster århundrer senere ble fortolket ut fra renessansens samtid, ville teksten bli meningsløs. Dette er en konstitusjonell konstruksjon av mening, og denne måten å se yrkesverdenen min på har hjulpet meg til å finne mening når jeg stod overfor en ukjent kultur. Jeg kan ikke bare tolke flyktingens ord ut fra mine dagligdagse erfaringer her i landet, jeg må sette ham/ henne inn i en større sammenheng. Det samme behovet tror jeg en av intervjuobjektene gir uttrykk for i denne uttalelsen når hun ønsker å forstå hvordan hun skal holde god kontakt med flyktinger:

”Der kjenne eg at eg måtte ha hatt litt veiledning hvordan eg skulle gå frem for å kunne beholde kommunikasjonen, altså ikke stenge med en gang og kanskje gjøre noen kulturelle overtramp som bare lukker dører fordi at eg ikke skjønner.”

Gadamer sier at:

”hermeneutikkens oppgave i realiteten er grunnlagt på en polaritet av fortrolighet og fremmedhet.” - det historisk uttrykte og tilhørigheten til en tradisjon.²⁶

Han snakker om nødvendigheten av tidsavstand for å kunne forstå. En saks innhold etterprøves av tiden. Det er i historiens lys at vi kan se om innholdet er allmenngyldig, om saksinnholdet har stått seg mot tidens tann, så og si.

5.1.4. Fra historie til nåtidsfortåelse

På denne måten som er skissert fra Gulldal og Møller får man en forståelse av en tekst. Så skal den fortolkes og gjøres kjent, eller tilgjengelig, for en selv eller for andre. Teksten må kanskje ikles et språk og en form som gjør den forståelig for det publikum den er ment for. Slik forholder det seg også når omskjæring skal forebygges: I den grad jeg som helsesøster kan forstå praksisen med kvinnelig kjønnslemlestelse og kan forholde meg til den i lys av tradisjon og kulturell betydning, hjelper det meg til å snakke om temaet med både kvinner og

²⁶ Gadamer 2003 s.41

menn og kunne undervise på en måte som føyer seg inn i noe som for dem virker kjent og hjemlig. Det samme som når kollegaen min etterlyser kulturell veiledning i sitatet overfor. Da blir jeg troverdig for flyktningen.

På samme måte forstår jeg utfordringer i kollegaers yrkespraksis ut fra min kjennskap til sammenhengen som omgir deres arbeidsoppgaver og de ordninger, lover og regler som organiserer deres hverdag. Til slutt skal denne nye innsikten anvendes: det vil si at jeg må vurdere om min viten om kollegaers praksis tilfører min egen arbeidshverdag noe nytt og om det er hensiktsmessig - for enhver av oss - å endre yrkespraksis. Som utviklingen av hermeneutikken viser overfor, inngår all mening i en kontekst. Ved å forstå delene vil man forstå mer av helheten. Når jeg tør å snakke om kjønnslemlestelse med kvinner, viser de opp mer av tradisjonen og ved utvidet forståelse kommer nye spørsmål som igjen belyser og endrer vår oppfatning av helheten.

Min kollega fortalte meg en gang at hun har lært mye fra å delta i jentekafeen for innvandrertjenter på skolen. Og hun sier:

”jeg har måttet tenke på meg selv og hvem er det jeg har for eksempel på min skole som kunne ha vært berørt av omskjæring. Så har jeg jo måttet tenke gjennom det... jeg har jo hørt om det, men ikke tenkt over det på samme måte, som når man begynner å jobbe med det. Da handler det mer om en selv òg, fordi man må ta stilling til den handlinga”... ”Jeg skal jo ikke være noen myndighetsperson mer enn andre, og man er jo bare på tilbudssida, og må vite hva hun har rett på.”

Jeg tolker dette som at hun må se seg selv i sammenheng med temaet og ta stilling til sin egen holdning og hvilke forebyggende tiltak hun kan gjøre i yrkespraksis. I dette sitatet er hun også inne på en annen type tenkning i møtet med elever fra målland: Hun viser opp en nærhetsetikk. Det er en umiddelbar anerkjennelse av noe annet og av en annen person idet hun skjærer gjennom bakteppet av kultur og tradisjon og ser *personen* som står foran henne. Og hun tenker på hva hun selv kan gjøre for eleven. Dette er en forståelse av den andre som finnes igjen hos Levinas når han snakker om den annens ansikt²⁷, hos Løgstrup og Buber. Jeg kommer tilbake til det senere i oppgaven.

Det kan se ut som om disse to forståelsesmåtene står i kontrast til hverandre. Den ene er å se personen i lys av kulturell og historisk bakgrunn, den andre: å anerkjenne personen

²⁷ Eide (m.fl.) 2003

umiddelbart. Dette siste er hva noen kaller hjertets, eller sjelens møte. Vi møtes som mennesker og overtrår alle øvrige band. Men hver enkelt unike person står i denne store sammenhengen som omgir oss av nasjonalitet, kultur og historie, og vi trekker erfaringer fra denne sammenhengen. Å forstå dette betyr bare at jeg / helsesøster har noen knagger som kan hjelpe oss til lettere å forstå enkeltmennesket i møtet. Det er slik jeg også håper innvandreren ser meg: ikke bare som et resultat av norske omgivelser og kultur, men som unikt enkeltmenneske i verden.

Når vi står overfor det uforståelige trenger vi noe som kan hjelpe oss til å forstå. Det blir sentralt å *lete etter mening* og *fortolke* mening. Det var det jeg gjorde da jeg startet i arbeidet med flyktninger. Jeg lette etter mening når flyktningene foretok handlinger jeg ikke kunne forstå. Og i starten av feltarbeidet lette jeg også hos mine kolleger for å se om de også gjorde det samme.

For meg betyr det at forskeren ikke kan skrives ut av forståelsen av feltet det forskes på. Forskeren er ikke en nøytral instans som står på siden av sitt eget arbeid. Det er snarere slik at vi ser verden gjennom forskerens øyne og med den forståelse forskeren har. Vi bærer oss selv med hele tiden i det vi gjør. Vi kan ikke løpe vekk fra det å være et unikt menneske og være en handlende person. Wilhelm Dilthey sier at:

*”forståelsen af fremmede livsytringer og personer udvikles på grundlag af oplevelsen og forståelsen af en selv, og i deres bestandige vekselvirkning.”*²⁸

Flyktninghelsesøster er hver dag feltarbeider når hun møter en ny flyktning. Mine kolleger blir det samme når de står overfor en som utøver tradisjonen med kvinnelig omskjæring. I min egen bestrebelse på å forstå kollegaers erfaring ligger det også en refleksjon over egne tanker og handlingsvalg fordi jeg jobber og har jobbet med det samme.

Jeg har valgt en metode som kan hjelpe meg til å finne ut hvordan helsesøstre møter denne fremmede tradisjonen som kjønnslemlestelse er, hvordan jeg kan forstå det de forstår når de forebygger kvinnelig omskjæring. Jeg søker etter deres forståelse av saksområdet. Hva er problematisk for helsesøster? Hva er det som driver deres handlingsvalg? Det å forstå blir en prosess for å forstå mer, og så går man lengre inn i materialet for å forstå enda mer. Jeg

²⁸ Hauge og Holgernes 2005 s. 83

oppfatter den hermeneutiske sirkel som en evig dialog mellom det historiske og utviklingen av min egen evne til innsikt og forståelse. Gjennom bearbeidelsen av analysen oppstår det nye spørsmål, og slik trenger man stadig dypere inn i materialet der man veksler mellom ordene i beskrivelsen (det ontologiske) og den mening som kan leses inn i, eller trekkes ut fra, teksten.

5.2. Møte, dialog og forståelse

For å kunne ivareta enhver familie på helsestasjonen er vi avhengig av å nå fram til brukeren. Vi må dele en verden hvor noe er felles. Ofte er det interessen for familiens og barnas velvære og helse. Da må vi òg dele et visst monn av velvillighet og forståelse overfor hverandre. For meg henger disse tre ordene i overskriften sammen. Ingen dialog uten møte, ingen forståelse uten dialog.

Den gjensidige samtalen er èn metode som bringer fram nye momenter og ny forståelse. I dialogen møtes man som et menneske til et annet. For meg oppstår dialog når alle parter oppsøker det felles-menneskelige samtidig som noe nytt avdekkes og ny innsikt inntreer. En tid har jeg deltatt i dialoggrupper med noen innvandrerkvinner som alle kommer fra ulike land. Alle deler opplevelsen av å være ny i Norge, og gruppen tar opp temaer som kvinnene selv mener er viktig for dem. I samtalen skapes det ny innsikt for hver og en av deltakerne idet vi har delt ideer om ærbarhet, respekt, ærlighet, barneoppdragelse og livet i eksil. Det er et fargerikt og morsomt møte. Når samtalen har hatt preg av dialog og ikke hissige debatt, er det kanskje nettopp fordi alle har hatt opplevelsen av å dele noe som er felles og hver person opplever trygghet i kvinnefellesskapet. Disse, og lignende samtaler, har gitt meg en dypere forståelse av flyktnings liv slik det leves i Norge. Hans-Georg Gadamer sier om forståelse at

*”vi er inntatt av noe, og nettopp gjennom det som inntar oss, er vi åpne for det nye, det sanne.”*²⁹

En konstant observasjon og dialog med omverdenen blir for meg et utgangspunkt for å forstå verden og forstå seg selv i verden. Jeg tror det tilhører menneskelig natur å ville kjenne verden omkring seg. Det som er kjent er også trygt. Det gir forutsigbarhet og oversikt i livet. Da behersker vi noe, vi har et handlingsrom hvor vi kan treffe valg og få et forventet resultat.

²⁹ Gadamer 2003 s.59

Samtidig må vi risikere at vår forståelse utfordres i møte med det nye, det fremmede. Kvinnene i samtalegruppen har hatt ulike tilnærminger til temaene som drøftes. Denne utfordringen gjør meg bevisst på ting som jeg ikke tidligere har forstått.

”...ikke tenkt over det på samme måte som når du begynner å jobbe med det...” sa min kollega.

Det oppstår en situasjon der jeg ikke lenger har full oversikt over resultatet av ordvalget jeg gjør i samtalen. Det er en utfordring å finne den rette måten å si noe på slik at det jeg vil formidle kommer klart fram. Jeg tror forresten det gjelder alle deltakerne, for de leter seg fram i samtalen på vaklende språk. Og vi norske forsøker å finne ut hva innvandrerene oppfatter, og hva det er vi selv oppfatter. Uansett om resultatet blir som planlagt eller det blir annerledes, fører denne nye situasjonen til ny erfaring. Dette er universelt for alle deltakerne i gruppa, og det har vært spennende å følge kommunikasjonens utvikling.

I møtet med andre, og spesielt med mennesker som kommer fra kulturer veldig forskjellig fra vår egen, utfordres helsesøster til å forholde seg til mye ukjent og fremmed - og samtidig ivareta den andre personen som noe kjent, det vil si kjent fordi vi har det til felles at vi er mennesker. Dialog med andre er ikke en selvfølge. Å forstå hverandre kommer ikke av seg selv. Vi må risikere at det fremmede kan misforstås. Men

”det er ikke misforståelsen eller fremmedheten som er det primære,” skriver Gadamer. *”Like lite som det er vår primære oppgave å unngå misforståelsen. Til grunn ligger tvert imot det fortrolige og det vi kan enes om. Det er dette som først gjør det mulig å nærme seg det fremmede, å hente inn noe fra det fremmede og dermed utvide og berike vårt eget erfaringsrom.”*³⁰

Min egen erfaring stemmer med det Gadamer sier her. Er det ikke også det som kan skje i jentegruppen som en av informantene sier hun ønsker seg? At jenter fra mållandene kan støtte hverandre og lære av hverandre? Det samme skjer blant de voksne innvandrerne. I kvinnegruppa i Tromsø var det de fortrolige temaer som ble delt, det som angikk hverdagslivet slik den enkelte levde det. Vi norske som deltok ga våre svar og forklarte hvordan samfunnet fungerte, de etniske kvinnene tilpasset det til sitt liv. Samme informant sier hun ønsker seg en lignende gruppe:

³⁰ Gadamer s.66

”Eg kunne godt ha tenkt meg ei sånn ressursgruppe hvor vi når de og hvor de kunne ha rapportert, de som kjenner kulturen fra innsida Eg helt sikker på at det finnes personer her i Bodø som kunne vært med og bidratt. For vi helsepersonell sitter med en del kunnskaper som vi synes er viktig å få formidla til foreldrene og til jentene da som eventuelt er utsatt for dette her (kjønnslemlestelse). De unge jentene og unge voksne kvinner som kanskje sliter med plager som de ikke tenker har en forbindelse med et sånn inngrep. Så har vi har kunnskapen, men vi trenger hjelp til hvordan vi skal få formidlet dette her. Da tror eg de er en nøkkelperson til å ha en forståelse innenfra kulturen.”

Det er disse temaene som dukker opp igjen og igjen. Og i arbeidslivet er det først når jeg har møtt familier og vi har vært kjent en tid, at jeg skjønner bedre hva livet deres dreier seg om. Forholdet mellom oss utvikler seg når vi erfarer at vi møtes med et monn av pålitelighet, respekt og tillit. Det hender jeg hører noe jeg helst ikke vil høre – som når en far sa at datteren måtte omskjæres ”bare litt”. Men det er samtidig denne fortroligheten som gir meg kunnskap om ønsket og uønsket praksis. Uten gjensidig respekt og tillit ville jeg ikke fått denne kunnskapen. Og det hender jeg tenker at samtalepartneren mangler faktisk kunnskap om for eksempel kropp, sykdom og årsakssammenheng. Ikke alltid lar det seg gjøre å forklare det godt heller, fordi forkunnskapen vår er ulik, og hvem vil gi slipp på det man har holdt som sant sånn uten videre?

Den virkeligheten som jeg og innvandreren handler ut fra kan være svært ulik og kan gjøre kommunikasjon veldig vanskelig. Da er det en etisk utfordring for helsesøster å fortsette dialogen og samarbeidet på en måte som ivaretar fortsatt tillit. Kanskje kan det oppstå situasjoner hvor fortsatt dialog blir vanskelig eller umulig. For eksempel hvis jeg finner ut at jeg må gjøre bruk av plikten til å avverge kjønnslemlestelse og melde barnevern eller politi. La meg gi eksempel fra historien på side 63 om kvinne som sendte datteren tilbake til hjemlandet. Da datteren ikke kom tilbake til skolen etter sommerferien, måtte foreldrene svare på mange spørsmål fra både skole, barnevern og politi. Mor i denne familien og jeg hilste ennå på hverandre og snakket sammen når vi møttes på bussen, men hun kom ikke tilbake til mitt kontor. Senere erfaring har vist meg at det ikke er uvanlig at noen innvandrere betrakter alle offentlige personer i kommunen som ”en pakke” og tror at det èn ansatt vet, vet alle. Dette har jeg tatt hensyn til i yrkespraksisen når jeg nå er mer nøye med å forklare nyankomne om taushetsplikten.

Dialogens grunnlag må være tillit og viljen til å møtes og dele sin verden. Hvis tilliten er tilstede, kan dialogen fortsette selv om misforståelse oppstår. Det fordrer åpenhet og respekt for samtalepartneren. Å ta den andre på alvor betyr at en også må ta seg selv på alvor. Deri ligger en vilje til kritisk refleksjon over ens eget arbeid. Til grunn ligger en holdning om at man er likeverdige partnere og at man ser på hverandre som tenkende mennesker. I dette feltarbeidet var det den gode dialogen med mine kollegaer som ble det viktige. I arbeidshverdagen er det dialogen med den enkelte flyktning og den holdning helsesøster viser av høflighet og respekt i møtet, som er viktig.

5.2.1. Toleddete og treleddete samtaler

Dialog forutsetter en eller flere samtalepartnere. Ordet kommer fra gresk *dia* og *logos* og betyr samtale mellom to. Så lenge det foregår en samtale der man er åpen og søker å ta inn og utforske det samtalepartner(e) sier, mener jeg vi har dialog. Det betyr ikke nødvendigvis at jeg er enig i alt samtalepartneren sier. Som mannen som ville omskjære datteren ”bare litt”. Men dialog er å *hente inn* fra det fremmede og *utvide* erfaringsrommet. Det gjorde jeg i samtalen med denne faren. Jeg tenker at dialog er mulig så lenge begge parter er åpne for dimensjonen av det fortrolige. I misforståelse ligger det en risiko for at dialogen brytes, og i det øyeblikk den er borte, forvandles dialogen til enetale for begge parter.

Hans Skjervheim snakker om den toleddete og den treleddete samtalen.³¹ Jeg forstår ham slik at vi har en treleddet samtale når vi har fokus på *den andre*, *meg*, og *sakstilhøvet* slik at vi deler sakstilhøvet med hverandre. Det er når jeg er engasjert i den andres problem og vi begge kommer med våre vurderinger. Det kan vi for eksempel gjøre når en kvinne forteller at hun sliter med underlivssmerter og hun ikke vet hva som vil hjelpe henne. Vi kan formidle den kunnskapen vi har om helsemessige konsekvenser av kjønnslemlestelse, og hjelpe henne med henvisning til en gynekolog som har kunnskap om temaet.

I eksempel I sier en av informantene:

”Vi kan jo være årvåken og vi skal jo kunne snakke om det med brukerne våre. Og det er klart at det er jo forferdelig vanskelig tema å ta opp, og – i forhold til avverging, og også i forhold

³¹Skjervheim 2005 s. 20 21

til de som faktisk talt er omskjært og som – man bør jo ta det opp også med dem for å høre om de har noen plager – at man kan hjelpe dem på noen måte.”

Når kvinna så opplever å få hjelp, skapes det tillit. Denne helsesøsteren har oppmerksomhet både på seg selv, samtalepartneren og saken selv.

I en toleddet samtale er jeg opptatt av det faktum at jeg må forebygge kjønnslemlestelse ved å snakke med mor når hun er på helsestasjonen med jentebarnet. Jeg finner ikke ut om mor er omskåret eller har plager fra omskjæring, eller om hun setter sine egne plager i sammenheng med kjønnslemlestelse. Og jeg hjelper henne ikke til å forstå at plagene kan gå bort hvis hun velger å oppsøke kvinneklinikken og bli åpnet. I denne samtalen snakker vi *til* hverandre men ikke *med* hverandre.

Her er eksempel II fra intervjuene:

”Så jeg sier det, da tenker jeg jo litt fremover, og så sier jeg at akkurat det ikke er lov i Norge og at dere har visst ikke - eller hvis dere gjør det, så kan dere altså bli straffet for det. Sånn at de vet om det. Jeg har fortalt dem om det.”

Her har helsesøster fokus på det hun er pålagt å gjøre og på sakstilhøvet, men ikke på mor som kanskje også er omskåret.

5.2.2. Jeg og Du og Det

Jeg har snakket om hermeneutikk tidligere og vært inne på nærhetsetikk. Dialogen i møtet mellom flyktningkvinna og helsesøster i eksemplene overfor minner meg om Martin Buber, som snakker om grunnord og ordpar³². Han sier at

”det ene grunnordet er ordparet Jeg – Du. Det annet grunnordet er Jeg – Det”,

hvor Det kan erstattes med Han eller Hun. Det jeg forstår fra Buber er at Jeg ikke kunne eksistere uten Du. Det kan ikke være noen dialog uten at vi har noe Du å snakke med. Altså må det være en premiss for dialog at det er to eller flere parter. Er det slik at Jeg oppstår i møtet med Du? For meg forteller Buber her noe om at uten Du kan Jeg ikke ha noe forhold til

³² Buber 1968 s.5

et annet menneske. Da kan jeg kan heller ikke ha et fullstendig forhold til meg selv, for Jeg trer fram i dialogen med Du.

”Forholdet et åpenbart og har språkets form”³³,

sier han. Der hvor Jeg står i forhold til Det, er forholdet språkløst og mangler en fullstendig kommunikasjon; men det eksisterer et forhold. Når jeg samtaler med en annen og får tilbakesvar, defineres visse sider av meg selv i dette møtet. Uten møtet med det fremmede eller den andre vet jeg ikke hva jeg selv er fordi jeg har ikke kjent på grensene av hva jeg er eller det jeg vet. Blir det ikke slik at i dette resonnementet snus hele tanken om dialog på hodet, for her er det ikke lenger jeg og den annen som legger premissen for dialog, men dialogen som er en premiss for at Jeg er og har et forhold til den eller det andre?

Dette illustreres i eksemplet nedenfor. Her er det mitt eget blikk på trekk i det norske samfunnet som endret seg idet jeg møtte nye sider av norsk praksis og dermed fikk nyansert synet på landet vårt, som trådte fram på en annen måte enn om jeg kun hadde snakket med etnisk norske nordmenn på helsestasjonen. Aldri har jeg sett det norske samfunnet som så byråkratisk som da jeg var ny flyktninghelsesøster. Her kom det damer som ikke kunne skrive og lese til meg på helsestasjonen med veska full av innkallinger, fakturaer, vedtak og vilkår skrevet på norsk; gammelt og nytt om hverandre. Hvilken sjanse har de til å vite hva innholdet dreier seg om? Har vi ikke vett til å hjelpe folk å forstå det vi vil formidle? Hvor er etikken i dette? Hvilken kommuneansatt er det som er tilgjengelig nok eller er det som sin oppgave å ta imot disse damer og menn som trenger hjelp med byråkratiet? - var tanken som slo meg den gang.

Det vil si at samfunnet defineres gjennom øynene som ser fordi det blir belyst fra et annet ståsted. Det ukjente trer fram fordi noen reagerer og gir et gjensvar akkurat som deler av meg selv defineres fordi Jeg trer fram i møtet med Du. Et forhold forutsetter gjensidighet. Det er gjensidighet i møtet når jeg er så privilegert at jeg får innblikk i flyktnings hverdag, eller ethvert menneskes liv.

Erfaringen går begge veier, og heldigvis er ikke alt vanskelig. En afghansk bekjent uttrykte det slik at *”Norge åpnet hodet mitt.”* Som far til fire jenter fortalte han at han hadde fått et nytt syn på kvinner og familieliv her i landet. Er ikke dette en levendegjøring av Gadammers historisitet?

³³ *ibid.*, s.6

”En virkelig historisk tenkning må medtenke sin egen historisitet...Den sanne historiske gjenstand er ingen gjenstand, men en enhet av dette egne og dette andre, et forhold som utgjør både historiens og den historiske forståelsens virkelighet.”³⁴

Del III - Presentasjon av empiri

6. Praktisk utførelse av feltarbeidet

Til nå har jeg fortalt om bakgrunn og snakket om teori som ligger i helsesøsters felt, i møtet med det som er fremmed og arbeidet mot kvinnelig kjønnslemlestelse. Jeg vil nå fortelle om feltarbeidet.

Når jeg valgte å intervjuer helsesøstre i Bodø, er det blant annet fordi kommunen har hatt et flyktningkontor og bosatt flyktninger i like lang tid som min forrige arbeidsgiver, gjennom vel 20 år. Jeg har tenkt at helsesøstre i kommunen har lang erfaring i å møte mennesker fra andre kulturer. Dersom jeg hadde henvendt meg til helsestasjonen i en landsens kommune, ville de kanskje ikke hatt den samme lange erfaringen med bosetting av flyktninger og slett ikke samme mengde bosettinger. Det betyr at jeg er relativt ny i denne kommunen hvor feltarbeidet er utført. Jeg begynner å kjenne helsesøstre og organiseringen i av forebyggende tjenester. Men jeg føler at tre år, delvis utenfor helsestasjonen, ikke er lenge nok til å danne meg et fullgodt bilde av hvor mange helsesøstre som kommer i kontakt med innvandrere som praktiserer kvinnelig kjønnslemlestelse. Jeg kjenner ikke til de fagrelaterte diskusjonene som eventuelt har pågått omkring helsetjenester til flyktninger. Dermed føler jeg at jeg går inn i kommunen med et ukyndig, men ikke dødt blick ifølge Jacob Meløe, for hvilke erfaringer mine kolleger har gjort seg på helsestasjonen.

³⁴ Gadamer 2003 s. 43

6.1. Intervjuer

I samarbeid med veileder fant jeg ut at det kunne passe å intervju et antall på tre til fire kollegaer. For å utføre feltarbeidet henvendte jeg meg først til leder for forebyggende tjenester og informerte skriftlig om prosjektet og ba om lov til å intervju fire ansatte i helsestasjonen. Hun ga skriftlig tillatelse til å intervju de helsesøstrene som måtte ønske å delta. Deretter fikk jeg tillatelse fra henne til å komme på et månedlig fagmøte der alle helsesøstrene var til stede og informerte om hva jeg tenkte å gjøre. Jeg bad om at de som eventuelt var villig til å la seg intervju kunne henvende seg til meg per e-post eller telefon. Noen måneder tidligere hadde jeg undervist på et fagmøte for helsesøstrene om forebyggende arbeid for flyktninger, og over en periode på noen måneder arbeidet jeg som vikar ved et av familiesentrene i kommunen.

Tre kolleger ringte. Den fjerde meldte seg frivillig mens vi en gang snakket om kvinnelig omskjæring og hva jeg ønsket å undersøke. Dette er en velvillig imøtekommenhet som jeg kanskje ikke ville møtt dersom jeg kom inn som en fremmed til feltet – en som ikke er kollega eller som er helt ukjent for kollegiet. Jeg informerte hver enkelt av dem muntlig om at intervjuet vil bli anonymisert. Jeg spurte samtidig om lov til å komme tilbake med oppfølgingsspørsmål hvis jeg kom på nye ting undervegs. På denne måten har jeg fått intervju et for meg tilfeldig utvalg av helsesøstrer i kommunen. Fra tidligere har jeg snakket litt med tre av disse helsesøstrene som meldte seg slik at vi kjente hverandre litt, men ikke godt. Den fjerde var ukjent for meg. Hvor ”tilfeldig” var det at de meldte seg til intervju? Tre av de fire anga som motivasjon at de synes det er viktig å støtte fagutvikling og forskning som skjer innenfor helsestasjonen. I ulik grad kommer alle i kontakt både med både etnisk norske og med innvandrerfamilier i sin yrkespraksis.

Det tok tre – fire måneder fra kontakt med informantene var opprettet til intervjuene ble foretatt. Jeg ble redd for at den lange tiden mellom forespørsel og intervju kunne påvirke interessen deres negativt, men alle var positive til møtet vårt. Til dette møtet hadde jeg skrevet opp ni spørsmål som jeg lurte på. Intervjuene var semistrukturert. De varte om lag en time, ble tatt opp på diktafon og skrevet ut. Med semistrukturert intervju mener jeg at jeg hadde laget en intervjuguide med spørsmål, og disse spørsmålene reflekterte min kollega fritt innenfor. Jeg hadde enkelte kommentarer undervegs i dialogen. Så stilte jeg neste spørsmål

når hennes refleksjon over forrige tema tok slutt. Metoden kommer inn under det Birthe Loa Knizeg kaller ”Det problematiserende intervju”³⁵

Siden jeg kun har snakket med kollegaer om deres erfaring og refleksjon over et arbeidsfelt (forebygging av kvinnelig omskjæring), har det ikke vært nødvendig å kontakte Forskningsetisk komitè for medisin og helsefag og be om forskningstillatelse. Det måtte jeg imidlertid ha gjort dersom dette feltarbeidet involverte kontakt med brukere av helsestasjonen. I intervjuene er det heller ikke lagt opp til at informantene skal fortelle om personer. På denne måten ivaretas taushetsplikten overfor brukerne av helsestasjonen.

6.2. Informantenes arbeidsplasser

Jeg må si noen ord om organiseringen som de fire kollegaene som meldte seg til intervju arbeider innenfor. Denne organiseringen har betydning for hvor mye eller lite helsesøster arbeider med familier fra målland, og dermed hvor mye praktisk erfaring hun får med å forebygge omskjæring.

Alle informantene har mangeårig erfaring i yrket. To arbeider med småbarn, barneskoleelever og familier på hvert sitt familiesenter. En arbeider bare på helsestasjon og én er helsesøster i barne- og ungdomsskolen. Denne siste har også innføringsklasser for nyankomne flyktninger og innvandrere. Slik sett dekker informantene en stor del av helsesøstrers nedslagsfelt. De har en yrkeserfaring jeg har stor respekt for og sitter inne med en mengde praktisk kunnskap og erfaring fra familiearbeid som jeg kunne ønske jeg hadde. Den som arbeider i ungdomsskolen har arbeidssted i sentrum av byen. At denne ungdomsskolen er mottaksskole for innvandrere og har innføringsklasser, betyr at nyankomne ungdommer blir plassert i en skoleklasse der hovedvekten ligger på at elevene skal lære norsk. Når eleven har lært språket godt nok til å følge undervisningen i vanlig klasse, overflyttes han eller hun til en ordinær klasse på den skolen som er nærmest der eleven bor. Der er det en ny skolehelsesøster som betjener skolen.

De tre andre helsesøstre som ble intervjuet arbeider i bydeler utenfor bysentrum. I alle disse bydelene er det i varierende grad bosatt flyktningfamilier som kommer fra kulturer hvor

³⁵ Lorentzen 1998 s.43

kvinnelig kjønnslemlestelse praktiseres. Bodø kommune har siden 2008 bosatt 90 flyktninger årlig inntil 2011, da bosettingstallet gikk ned til 65 personer. Familiegenforeninger kommer i tillegg.

6.2.1. Effekten av organiseringen

Med en slik organisering blir ansvaret for oppfølging av eleven flyttet fra én helsesøster til neste når eleven bytter skole. For den nye skolehelsesøsteren betyr det at tiden til å bli kjent med elev og foreldre reduseres. Alle skolene i kommunen har heller ikke innvandrerbarn. Dermed reduseres også helsesøsters sjans til å bli kjent med deres kulturbakgrunn, skikker og holdninger. Hun får ikke bygget opp en langsiktig relasjon til eleven eller foreldrene. For eleven og familien innebærer dette at det alltid dukker opp en ny hjelpeperson å bli kjent med og fortelle sin historie til.

”Eg har (elever) fra utsatte grupper, ja. Det har eg. Ikke mange, men noen.”

Det sier min kollega i skolen. De andre, som har arbeidssted i helsestasjonen, har en ulik mengde utenlandske familier bosatt i det området de betjener. Så organisering av forebyggende tilbud til målgruppen er, som sagt, bestemmende for hvor mye erfaring helsesøstrene får siden familiene er spredt rundt på flere helsestasjoner.

Litt av det samme gjelder for familier som blir bosatt i bydelene. De blir mottatt av helsesøster på flyktningskontoret og får et forhold til henne. Når kvinna i huset så blir gravid, eller de har småbarn, følges familien over til helsestasjonen som til ethvert annet lege- eller helsesenter. Der får de en ny helsesøster å forholde seg til. I dette tilfellet har de kanskje barn som skal følges opp over lang tid, og det gjør at det er rikelig sjans til å bygge et godt forhold mellom familien og den nye helsesøsteren.

6.2.1.1. Å få erfaring eller ikke

Personer som har gått gjennom asylmottak-systemet har gjerne vært i kontakt med flere ansatte som har spurt etter deres historie, fra politiet og til helsesøster og lege. Foreldre blir lei av å gjenta historien igjen og igjen. De ønsker ”å legge den i glemselens hav”, som man sier i Etiopia. Det er tider når tilpasning krever så mye energi at både foreldre og barn blir trøtt. De orker ikke gå gjennom bakgrunnshistorien sin på nytt. Den kan være broket og kan gi helsesøster problemer med å forstå hvorfor barnet reagerer eller oppfører seg på visse måter. Jeg illustrerer det med følgende historie:

For noen år siden var det et barn som pleide å tisse i korridoren på skolen der jeg var, noe som førte til problemer for både ungen selv og skolen. Vi som var i kontakt med barnet sto som spørsmålstegn overfor denne oppførselen. Vi tenkte det måtte ligge noe traumatisk bak, men vi fikk ikke tak i det, og hjelpen til dette barnet ble dårlig. Først mange år senere nevnte tolken tilfeldig for meg at dette skjedde på forelderens befaling. Hvorfor? Hva var hensikten? Tanken på at barn kan få slik ordre fra en foresatt var utenkelig for både skole og meg. Vi må ha erfart situasjonen eller hørt om andres eller liknende erfaringer før vi tenker tanken. Dette var det uforståelige i form av at vi ikke har møtt noe lignende før, og forelderen gjemte bakgrunnshistorien. Likeledes var nok denne forelderens innsikt mangelfull når det gjaldt skolens krav til oppførsel, eller sammenhengen mellom norsk skole og byråkrati forøvrig. Heldigvis er ikke en slik opplevelse hverdagskost. Men erfaringer som dette vil igjen påvirke holdninger som tillit eller mistillit i møtet mellom partene. I møtet med noe nytt kan det være lett å forenkle uttrykket eller ”skjære alle over én kam”. Vi trenger mangfoldige erfaringer for å lære å nyansere bildet. Denne mangfoldigheten kan helsesøster gå glipp av når møtene med innvandrere blir få.

Samtalene med kollegaer viser en opp en annen virkelighet enn den jeg var vant med. De arbeider med alle barn, både etnisk norske og barn av utenlandske foreldre. På denne måten har de hele tiden oversikt over hvilken hverdag de fleste barneforeldre i byen står i, og samtidig får de et innblikk i hverdagen til våre nye landsmenn. Jeg tenker at det på mange måter kan være nyttig å ha denne blandingen av nasjonaliteter. Det innebærer at de har kontakt med mange og ser hvilke foreldre som lett tilpasser seg og hvem som strever. Kanskje de da òg kan se hva det er som gjør at noen strever mer enn andre, og har tanker om hvilke tiltak som kan hjelpe foreldre som står overfor samme type utfordring. Det ligger også en kime til likemannsarbeid i dette siden kvinner i samme situasjon kan støtte hverandre.

Samtidig varierer det hvor mye hver enkelt helsesøster har kontakt med innvandrerfamilier og –jenter når vi snakker om de som kommer fra kulturer hvor kvinnelig kjønnslemlestelse praktiseres. For eksempel nevner to av de fire informantene mine at de ikke har hatt kontakt med skoleelever som kommer fra målgruppeland, selv om jeg vet at de har kontakt med innvandrere fra mange andre land. Familiene har ofte barn i varierende alder. Et barn innkalles til rutineundersøkelse på familiesenteret i spedbarnstiden inntil 1,5 år. Neste kontakt er når barnet er 2,5 år, 4 år og til førskoleundersøkelse det året det begynner på skolen. Hvis barnet faller mellom disse aldre vil det ta det tid før den rutinemessige innkallelsen kommer, og familien kan allerede ha flyttet fra bydelen.

Dersom familiene ikke har jentebarn, er det mindre naturlig å ta opp spørsmålet om kvinnelig kjønnslemlestelse hvis ikke helsesøster er spesielt interessert og spør ekstra med tanke på å hjelpe mor. Det kan gi god detaljkunnskap. Skikken praktiseres som tidligere nevnt i noen afrikanske land men ikke i alle, eller blant enkelte stammer i et land, men ikke alle. For eksempel praktiseres det ikke i land sør for Kenya eller blant kristne i Sør- Sudan, mens enkelte fra Sør-Sudan som har flyttet eller flyktet fra sør til nord har tatt opp skikken i diaspora i nord. For da å fange opp hvilke familier som praktiserer omskjæring eller ikke, kreves det god oversikt av helsesøster, eller hun må gjøre det til en vane å spørre alle hun har kontakt med. I 2009 fikk Bodø kommune rutiner for når spørsmålet skal tas opp med foreldre til jentebarn. Det er fem år etter at loven om avvergelsesplikt trådte i kraft. Denne oppdelingen av ansvar gjør det vanskeligere for helsesøster å vinne praktisk erfaring enn om det er noen få, bestemte helsesøstre som følger opp alle nybosatte flyktninger over en bestemt tid. På den andre siden unngår man at kunnskapen blir for personavhengig siden flere har kontakt med innvandrergruppen.

6.2.1.2. Finner innvandrerkvinnene fram?

Dersom en flyktning har vært i Norge i mer enn fem år, regnes det at han /hun kjenner det norske samfunnet og er integrert. Da må vedkommende klare seg på egen hånd. Dermed får ikke flyktningkontoret automatisk melding om at familien kommer, og heller ikke helsestasjonen, siden det er flyktninghelsesøster som hjelper foreldre og barn videre dit. Da er det opp til herboende ektefelle å sikre at kona /mannen og barna får kontakt med alle instanser

de trenger og får nok hjelp til å orientere seg i samfunnet. Med dagens ordning er det altså ikke kvalitetssikret at barnas tilflytting til kommunen fanges opp av helsestasjon og skole før de kommer i en alder at de skal få innkalling rutinemessig, og navnet deres er på listen fra folkeregistret. Sånn sett kan det i teorien gå et par år før helsesøster får kontakt med mor og barn og får spurt mor om hennes holdning til kjønnslemlestelse.

7. utfordringer ved møtet i arbeidshverdagen

Så var det over til møtet og dialogen med flyktninger i praksishverdagen. Hver ny person som kommer inn på helsestasjonen innebærer et nytt bekjentskap med en fremmed kultur og en ny personlig bakgrunnshistorie. Jeg kjente på at for å ha en bedre dialog med innvandreren hadde jeg behov for kunnskapstilegnelse om land, historie, politisk virkelighet og kulturer i alminnelighet og om kjønnslemlestelse i særdeleshet. Dette var en fagutvikling jeg trengte i min egen praksis fordi jeg opptrådte i en ukjent verden. Hvordan får man kunnskap, og hvilke utfordringer støter en på i hverdagen på helsestasjonen?

7.1. Kunnskap gjennom kjennskap

Etter hvert har jeg fått mer kjennskap til forskjellige skikker og kulturer, både gjennom reising, lesing og ikke minst gjennom det personlige møtet med nye landsmenn. Slik er det òg i større og mindre grad med kollegaene jeg har intervjuet. Kanskje mest for den helsesøsteren som arbeider i ungdomsskolen der det er innføringsklasse. I denne klassen samles det nyankomne innvandrerungdommer. Hovedvekten er som før sagt å lære norsk språk, men også de mest sentrale andre fag. Det at nye utenlandske elever er samlet i denne klassen gir bedre anledning for helsesøster til å møte flere personer, eller ungdom og foreldre, fra andre land. Også de som kommer fra land som praktiserer kvinnelig kjønnslemlestelse.

Jeg tror at møtet med en flyktningfamilie på helsestasjonen i seg selv er noe som bidrar til kunnskap idet jeg ser at det gir mine kollegaer mange tanker og refleksjoner.

Kunnskapservervelse gjennom møtet er vel veien mange, eller de fleste, går som jobber i dette feltet, uansett hvilke mennesker de møter.

”Det er veldig få barn vi har”, sier min kollega i familiesenteret. ”Men nå har det jo vært en sånn ordning at det har vært en mottaksskole på Hunstad, for eksempel. Den ordninga er det jo ikke så lenge siden den kom i gang. Så det har vært konsentrert på enkelte skoler - , så det har ikke vært - i de to årene som jeg har jobba - så har det ikke vært aktuelt, da. Sånn som vi har oppfattet det. Det kan jo selvfølgelig hende at vi har oversett, men jeg kan ikke huske at vi har hatt det oppe.”

Jeg tror at her har helsesøster ikke møtt *nok* jentebarn og foreldre fra målland ennå. Kanskje fordi det ikke har bodd så mange innvandrerefamilier i bydelen at barna er i aktuell alder for å bli innkalt rutinemessig til helsestasjonen. Og hun har – på intervju tidspunktet - jobbet for kort tid til eventuelt å treffe de barna. Dermed mangler en erfaring.

7.2. Veiledning

I dette feltet vokser også taus kunnskap fram når vi klarer å omdanne møtet med flyktninger fra å være episoder til å bli hendelser. For at det skal skje mener jeg at vi trenger både samtalen med kolleger og systematisk veiledning. Den umiddelbare samtalen med en kollega kan hjelpe oss til å få utløp for en reaksjon eller finne tiltak på en aktuell problemstilling der og da, eller vi kan be om råd og forberede oss på noe vi vet kommer. Slik sier min kollega:

”Jeg vet jo at på den her arbeidsplassen så ville vi ha diskutert det. Og kanskje også litt i forkant. Det føler jeg ofte når det gjelder andre ting. For å være littegrann forberedt og høre hva andre tenker.”

Dette sier meg at hun opplever forholdet til kollegene på arbeidsplassen som trygt og at det er rom for å søke hjelp og råd når en trenger.

I en veiledningstime sammen med andre foregår læringen mer systematisk og vi kan få innspill fra flere kollegaer og kanskje annen fagbakgrunn. Det var og er, slik jeg kjenner det, lite tilbud om veiledning fra kollegaer som hadde gått opp denne veien før. Men muligheten for refleksjon gjør nettopp at erfaring kan vokse ut av episoder. Vi trenger tid til å la

opplevelsen synke inn og la tanken dvele slik at ulike poenger dukker opp. Da finner vi mer ut av hva saken dreier seg om. I den første tiden mens jeg arbeidet med flyktninger, savnet jeg dialogen som kunne åpne verden for meg. Gjennom dialogen blir tanker og følelser formet til ord. Når uklare tanker får ords form, tvinges det fram en større klarhet i forsøket å nå fram til samtalepartneren. Spørsmål stilles og nye svar trenger seg fram.

7.3. Å forstå helsesøsterpraksis med Meløe til hjelp

En av grunnene til at har jeg valgt dialog og intervjuformen i dette feltarbeidet er fordi jeg er interessert i å høre erfaringen fra andre helsesøstre som står i det samme møtet med fremmede kulturer og tradisjoner. Jeg forventer ikke at kollegaene skal framsi sin faktakunnskap om temaet kvinnelig kjønnslemlestelse, men jeg ønsker å finne ut på hvilken måte de forstår tradisjonen og de mennesker som utøver den, og hvordan de som mennesker og profesjonsutøvere forholder seg til det. De må ha en måte å forstå temaet på og arbeide med det i arbeidshverdagen.

I min forrige kommune kjente jeg tjenesteavdelingen og det som rørte seg i den. Jeg kjente kollegene og diskusjonene. Jeg visste hvilke satsningsområder og prosjekter som forseggikk. Jeg hadde et *kyndig blikk*, som det heter hos filosofen Jacob Meløe. I min nye kommune Bodø kjenner jeg de ting som er pålagt i virksomheten, men jeg har stått utenfor de mange fagdiskusjoner som pågår. Jeg har ikke kjent helsesøstrene og de prosjekter de holder på med på samme måte. Dermed kjenner jeg heller ikke alltid til hvilke prioriteringer som gjøres og hvorfor. Jeg har ikke hatt den umiddelbare tilgangen til feltet. Hvis jeg ikke passer på, kan jeg tro at temaet ligger dødt – men det vet jeg jo ikke for sikkert. Jeg har et *ukyndig blikk*. Siden jeg er helsesøster og kjenner til helsestasjonsvirksomhetens arbeidsområder og krav, vet jeg noe om hva jeg skal spørre etter i feltarbeidet. Dersom jeg overhodet ikke ante hva avdelingen beskjeftiger seg med, ville jeg hatt et *dødt blikk*. Det var kanskje det jeg hadde da jeg leste om kvinnelig omskjæring første gang og ikke tenkte videre over hva det innebar av uhelse og også død. Hvilket blikk har mine kolleger når de betrakter kvinnelig kjønnslemlestelse? Jeg hadde en forståelse av at de kunne noe om kvinnelig omskjæring siden emnet har hatt mer fokus fra myndighetenes side de siste årene. Noen måneder før feltarbeidet ble gjort, deltok de fleste av helsesøstrene og jordmødrene i byen på et dagseminar som fylkesmannen laget. Der

møttes vi alle. Gjennom intervjuene og samtaler med kollegaer vet jeg nå at det åpnet og utfylte blikket til enkelte.

”vi var på det kurset vi hadde hos fylkesmannen som jo var veldig grundig i forhold til det med kart, og det eg vet er jo at det er et belte sør for Sahara. Kanskje Somalia er det landet som vi har flest ifra i Norge, jeg tror i hvert fall det. Jeg synes vi har fått en del kunnskap om det, og vi har fått materiell, så jeg tenker det er mer det å ha tid og – jeg vet hvor eg skal finne kunnskapen.”

Enten helsesøster gjør noe aktivt i forhold til å forebygge omskjæring eller hun unngår å gjøre noe, er begge alternativene resultat av valg der man forholder seg til noe som er fremmed. Å sette seg inn i denne tradisjonen betyr for meg å forholde seg aktivt til noe som i utgangspunktet er ukjent og forsøke å forstå det på en eller annen måte. Jeg vil bruke ordene fra Jacob Meløe for å klargjøre hvordan jeg forsøker å forstå det mine kolleger forstår i møtet med praksisen av kvinnelig omskjæring. Jeg tenker at på samme måte som Gadammers, handler også Meløes tekster om å forstå og forklare verden. Gjennom egne erfaringer kan jeg møte informantenes refleksjon over deres yrkespraksis. Det er gjennom å gjøre vår egen erfaring at vi kan forstå andre, sier Meløe:

”Vår forståelse av det andre gjør er bygget inn i det vi selv gjør, som premisser for våre egen handlinger”³⁶. ”Det er gjennom våre virksomheter at verden får kontur og skikkelse og blir vår verden. Og det er gjennom våre egne virksomheter at vi selv får kontur og skikkelse”³⁷.

Her tenker jeg Meløe sier noe av det samme som jeg har vært inne på før: at jeg trer fram i møte med omverdenen i forhold til hvordan jeg tar opp i meg verden og svarer tilbake. Bare at denne gangen dreier det seg ikke om Jeg og Du, men om mitt forhold til verden omkring. Den virksomhet han snakker om betyr det vi mennesker gjør eller foretar oss. Fordi jeg har vært aktiv i arbeidet med forebygging av kvinnelig omskjæring i egen yrkespraksis, har jeg erfaring for å forstå mine kollegaers verden. De samtaler jeg har hatt med kvinner fra mållandene og de tiltak jeg har vært med på og satt i gang selv, har gitt min jobbhverdag kontur og skikkelse og er blitt en del av den yrkesverden jeg handler innenfor.

³⁶ Meløe 1985 s.41

³⁷ *ibid*, s.12

”Forståelsen leder handlingen”³⁸, sier Meløe.

Gradvis ble mine tiltak mot kjønnslemlestelse utvidet fra å snakke med damer på helsestasjonen til også å snakke med mennene, til samarbeid med kvinner og menn fra målland, til undervisning på voksenopplæringen og undervisning av kollegaer og andre yrkesgrupper som er i kontakt med innvandrere fra mållandene. Etter intervjuet med helsesøster fra ungdomsskolen har hun fortalt om gruppa for innvandrerjenter som er dannet på skolen hennes. Her treffer hun jentene i en annen sammenheng enn på kontoret. Her opptrer hun mer på deres arena og møter andre ting de er opptatt av. Her byr det seg anledning til å drøfte temaer sammen i gruppa som det ikke nødvendigvis er anledning til på kontoret. Hun sier hun ser andre sider av jentene og forstår mer av deres hverdag. Slik leder også hennes forståelse til ny handling og gir hennes arbeid en annen kontur enn om hun bare treffer jenter på skolehelsekontoret.

7.4. Tolkebruk

Språk er en forutsetning for samtale. En utfordring i arbeidsdagen med flyktinger er mangelen på felles talespråk. Flyktingene som kommer hit støter på en verden de har liten eller ingen erfaring med før. Det vil si, i begynnelsen av kontakten vår vet jeg jo ikke hvor mye de kjenner av detaljene i vår verden, og for ikke å snakke om i vårt hverdagsliv. Jeg vet ikke hvilken kunnskap de har om livet i Norge eller hvor de har hentet den fra. Det kommer fram gjennom samtaler og når jeg tar tiden til hjelp. Denne samtalen føres gjerne ved hjelp av et felles andrespråk eller gjennom bruk av tolk. Sjelden er begge samtalepartene like vel bevandret i samme språk. Språkulikheten er i seg selv et hinder for god dialog og kan synes vanskelig selv om det ikke er uoverstigelig. En av de jeg intervjuet uttrykte det slik:

”...så vil man kanskje sitte og tolke via en tolk, og det kan jo mange ganger være fryktelig vanskelig. Jeg vet jo heller ikke hvordan ord tolken bruker. Det kan jo bli ord som har en helt annen veining eller valør kanskje enn det jeg selv ville bruke.”

Jeg er glad for at hun har reflektert over dette poenget, for det kan overses. Det er et praktisk poeng i arbeidshverdagen. Bruken av tolk kan på samme tid både lette og vanskeliggjøre

³⁸ *ibid*, s.19

kommunikasjonen. Han kan bli til en usikkerhetsfaktor fordi begge parter er avhengig av tolkens dyktighet til å formidle nyansene i det som blir sagt. En god tolk kan vise opp sider slik at en person trer fram på en helt ny måte enn før. Dette er min erfaring. Å lære seg å bruke tolk er nødvendig når man har med flyktninger å gjøre. Praksisen med tolkebruk har imidlertid vært varierende og har vært overlatt dels til den enkelte helsesøsters vurdering og dels til kommunalt tilbud og budsjett. Alle ting skal sies to ganger. Det krever at det settes av god tid til konsultasjonen. Dette må helsesøster være seg bevisst. Ofte har det bare vært mannlige tolker tilgjengelig. Kjønnsløstelse er ikke et emne kvinner er vant til å snakke med menn om, og slett ikke andre enn ektemannen, hvis det går så langt. Det kan hende kvinne blir taus. Det kan også skje hvis ektemannen er den som tolker.

Egen erfaring fra helsestasjonen tilsier at det nok er underforbruk av tolking også fordi helsesøster tror at mor kan mer norsk enn hun kan. Det varierer hvorvidt yrkesutøverne har fått opplæring i tolkebruk, og det varierer hvor god opplæring tolkene har fått. Det meste av tolkeoppdrag i min egen kommune er hittil blitt gjort av lokalt opplærte tolker som har varierende norskspråklig kvalitet. Siden det i mange tilfeller dreier seg om tilstedeværende tolker som er landsmenn og det en ganske små forhold i lokalsamfunnet i byen, har flere brukere større eller mindre bekymring om hvorvidt taushetsplikten ivaretas. Enten en slik mistanke er berettiget eller ikke, så kan det stenge for fortroligheten mellom samtalepartene og øker tilsvarende faren for mistolkning. Så her må helsesøster avveie om det er behov for tilstedeværende tolk eller telefontolk, og om vedkommende skal være mann eller kvinne. En erfaren tolkebruker vet at man kan bestille tolk som er til stede under konsultasjonen, eller man kan velge å benytte telefontolk. Ved riktig tolkebruk kan helsesøster bygge opp flyktingens tillit i møtet.

Da er det også viktig at det er helsesøster selv som vurderer bevisst hvilken type tolk hun vil bruke og at vurderingen ikke tilfeldig overlates til sekretæren på helsestasjonen eller flyktingkontoret, som tar imot bestillingen. En av de jeg intervjuet sa at hun foretrakk tilstedeværende kvinnelig tolk på helsestasjonen.

”Mannlig tolk for kvinner er vanskelig synes eg. Hvis det har kommet en mannlig tolk så har eg opplevd det som et hinder.” og ”Eg foretrekker å ha tolk som kommer inn og er her.. hvis det blir en misforståelse så kan man snakke om det der og da”.

Her har helsesøster tatt hensyn til kjønn og kulturell praksis når hun velger tolk som hun erfarer letter kommunikasjonen med kvinne. Når samtalen dreier seg om kvinneliv, er det ofte

både greit og riktig å benytte kvinnelig tolk. Dersom man er så heldig å ha en kvinnelig tolk lokalt som man kjenner godt og vet hun har tillit i det etniske miljøet, kan hun være en støttespiller i kommunikasjonen med kvinna.

Dersom spørsmålet om anonymitet er framtrepende, er telefontolk et nyttig alternativ. Hvis man da har en telefontolk som man har god erfaring i å samarbeide med, kan en bestille denne spesielt. Flere ganger jeg har snakket med kvinner som angir frykt for sladder i det etniske miljøet som grunn til at de ønsker telefontolk. De stoler ikke på at en tilstedeværende tolk overholder taushetsplikten, eller de er redd for kommentarer som minner om sosial kontroll. Derfor må vi først avtale bruk av tolk som sitter et helt annet sted enn i bostedskommunen og bli enig om at jeg ikke nevner noen navn som kan vise hvem det tolkes for. Derfor tar det gjerne minst to møter før man får gjennomført en eventuell kartleggingssamtale i det hele tatt. Om helsesøster er vant med å bruke tolk eller ikke, og organiseringen omkring tolkebruk, kan derfor bli et av flere små og store ting som hindrer henne fra å gjennomføre en god samtale med foreldrene. Ved bruk av tolk må tidsrammen overholdes nøye fordi tolken kan ha mange oppdrag. Dette gir en mer rigid ramme omkring samtalen enn man ellers har i en konsultasjon. Både helsesøster og bruker må faktisk være til stede til rett tid for at token skal brukes best mulig. I løpet av årene har utallige konsultasjoner blitt utsatt eller gjentatt på grunn av misforståelser og uteblitte brukere. I en travel helsestasjonshverdag kan dette være et problem.

7.5. Urørlighetssonen

I yrkesutøvelsen kommer sykepleiere, jordmødre og helsesøstre mange ganger i veldig tett kontakt med mennesker og snakker om ting som blir både fysisk og følelsesmessig nær. En enkelt gang kan temaet kjennes *for* nært, enten for den jeg snakker med, for meg selv eller kanskje for oss begge. I samtalen med kvinner fra egen språk- og kulturbakgrunn kan man bevege lettere i samtalen ved å velge ord og uttrykk som også dekker det vi helst vil ha usagt. Med kvinner fra en annen bakgrunn må kanskje saksforholdet forklares mer konkret, og dette kan muligens oppleves plumpt for en eller begge parter. Da er det tydeligere at vi nærmer oss urørlighetssonen, der vi helst snakker uten ord.

”.. jeg vil sikkert føle meg beklemt og at eg kan velge de rette ordene. Ja, du ønsker jo ikke å krenke noen,”

sier min kollega, som reflekterer dypt over hvordan hun framtrer overfor innvandrerkvinnene.

Jeg tror det er flere utfordringer helsesøster må gå gjennom før god dialog kan opprettes. Hun må trå over sin egen urørlighetssone og venne seg til å spørre etter, og snakke om, andre kvinners underliv og seksualliv. En del av dette er hun vant med fra før fordi helsesøstre ofte snakker med kvinner og underviser om seksualitet og prevensjon. Men dette: å spørre en annen voksen kvinne om hennes intime deler og hva som har vederfartes hennes underliv en gang i barndommen, var noe jeg måtte venne meg til. Det ble for nær min egen urørlighetssone.

Løgstrup tar opp temaet om urørlighetssonen, som også Helle Ploug Hansen skriver om³⁹. Mennesket har et beskyttelsesfelt rundt sinn og kropp. Fordi kvinnelig omskjæring ikke praktiseres i vår egen kultur, er det utenfor oss. Samtidig berører det fordi vi gjenkjenner en smerte i vår egen kropp. Når jeg snakker med en kvinne fra mållandene og har lett etter ord, blir det vanskelig fordi kjønnslivet og genitalia hører med til emner som er innenfor den private sfære for oss begge. Det er ikke et emne jeg er vant å dele med andre ukritisk. Når jeg spør kvinnen om hun har plager etter kjønnslemlestelse, trår jeg både *ut* av min egen usagte private urørlighetssone for å ta opp emnet, og *over* min samtalepartners fordi jeg er en norsk helsesøster som skal kartlegge det kvinner ikke snakker til fremmede om. Samtidig skal jeg klarlegge om hun vil komme til å utsette sin datter for tradisjonen - og om jeg kan stole på hennes avkreftende svar. Å spørre om helsen i samtale med kvinner blir en rutine, men når jeg spør om kvinneplager og kjønnslemlestelse, spør konkret hvordan hun ser ut nedentil, må jeg finne hvilke ord jeg kan bruke i situasjonen slik at jeg unngår å krenke henne med spørsmålet. Kvinnen er psykologisk naken og ubeskyttet i møtet med helsesøster i en fremmed kultur. Derfor blir ordene vi bruker så viktige. Den afrikanske kvinnens familieliv og barn settes på spill i møtet med en norsk helsesøster som kan tro eller ikke tro på hennes forsikring om ikke å ville omskjære sin datter, eller som kan melde henne til barnevernet for mistanke om å ville praktisere forfedrenes tradisjon.

Jeg tenker at det første steget for helsesøster er å komme over sin egen forskrekkelse over tradisjonen og hemning med å ta opp dette ukjente. Hun utfordres til å bringe seg selv til å ta

³⁹ Ploug Hansen (1998) s.49 - 53

opp temaet kjønnslemlestelse i det hele tatt. Denne urørlighetssonen består mest i det at noen med vilje påfører barnet varig skade av kjønnsorganet. I yrkesutøvelsen har jeg måttet jeg bli fortrolig med dette før jeg kunne føle meg komfortabel i samtalen med damene. Så måtte jeg finne de ordene som kvinnene i kulturen brukte, og ordene måtte ikke krenke. Alle informantene ser at samtalen med kvinner og med foreldre er viktig. To reflekterer over det vanskelige i dialogen:

”Det er jo det at ikke vi bruker ord og har holdninger som gjør at de kanskje lukker seg. I min jobb sånn konkret hver dag så er det ikke et tema sånn veldig ofte fordi eg har ikke så veldig mange flyktningfamilier som eg har kontakt med.” .. det er klart at Norge sier at det her er forbudt, men samtidig får vi jo en utfordring i hvordan vi skal omhandle det.. for det hørte vi jo at hvis jenter nå begynner å beskytte foreldrene sine, de vil ikke fortelle, de går og lider, og da vil ikke de få hjelp fordi er redd for at foreldrene skal komme i knipa liksom sånn så. . Det er et veldig vanskelig tema.”

”Jeg er helt sikker på at jeg kommer – at jeg opplever det vanskelig. Og jeg vil sikkert føle meg beklemt og at jeg kan velge de rette ordene. Ja, du ønsker jo ikke å krenke noen, men jeg er helt sikker på at det kommer til å bli veldig vanskelig.” ...”Det er jo vanskelig for det er sånn – det er en praksis som er så meningsløs. Og det kan jo være vanskelig fordi man sitter her som en sånn, kanskje som en maktperson på en måte. Ovenfor noen som jo har gjort det her i, i beste mening. Som tror at det er riktig å gjøre det. Så det tror jeg at det er det som gjør det vanskelig.”

Samtale om samliv og om endringer som kvinne opplever i kroppen er et vanlig tema ved første konsultasjon etter fødsel. Dette er felles erfaringer som kvinner gjennomgår og på en måte setter barselkvinna og helsesøster i samme posisjon – begge vet at de deler en kvinnekropperfaring. Men tanker og erfaring fra ens egen omskjæring, eller fra omskjæringsseremonien av jentebarn, er ikke noe norske helsesøstre har til felles med innvandrerkvinner. Og ingen i helsestasjonen tenkte vel tidligere å ha fokus på at foreldre kan komme til å skade sitt barn på denne selvfølgelige måten. Her møtes to kulturer hvor kunnskap og praksis for begge er ulik, selvsagt og uttalt.

Men begge sider lærer ved erfaring. Flere innvandrerkvinner forteller meg at de har endret tradisjonen. Og en av informantene sier:

”Altså, eg er jo blitt flinkere til å sette ord på ting etter hvert. Til å begynne med så sa eg jo ingenting selyfølgelig, eg turde ikke det. Men eg er jo blitt flinkere etter hvert til å ta opp de her tingene.”

Betyr dette at hun er blitt flinkere til å snakke *med* eller *til* innvandrerkvinnene? Det vet jeg ikke, for jeg har ikke sett hennes praksis. Først må en bringe seg til å la emnet komme på bane. Dernest må en trene seg på å snakke på en klok måte og åpne for gjensidighet i dialogen.

Man må ta tiden til hjelp i å forebygge omskjæring og vurdere tid og sted der emnet tas opp. Arbeidet må være planlagt og møtet avtalt på forhånd. Det nytter ikke å bare ta opp tema når man råkes. Det er heller ikke alltid så greit å snakke når det er barn tilstede. En av de intervjuede helsesøstrene sa at hun selv ikke har hatt familier fra mållandene som har jentebarn, og at hun kanskje ville ha rådslått med kollegene i forkant av konsultasjonen når den situasjonen kommer.

”Hadde det vært noen sånt tilfelle, så vet jeg jo at på den her arbeidsplassen så ville vi ha diskutert det. Og kanskje også litt i forkant. Det føler jeg ofte når det gjelder andre ting. For å være litegrann forberedt og høre hva andre tenker. Det vet jeg hvis det er spesielt vanskelige ting.”

Denne informanten ga uttrykk for to momenter som bidrar til utrygghet: hennes egen manglende erfaring med målgruppen på helsestasjonen, og det at gjennomføring av samtalen krever tolk. Hun vet at disse momentene er med på å gi henne *et ukjent blikk*. Derfor ville hun søke råd fra kolleger i forkant av det hun tror kan bli et vanskelig møte. Med dette tar hun med seg andres erfaringer og gode råd og forbereder seg til samtalen med kvinnen eller familien. Hun setter sin egen for-forståelse på spill og åpner sin egen tanke for flere måter å møte kvinnen på. Dette mener Gadamer er en forutsetning for å erfare. Jeg tror det også er et steg mot klokskap.

7.6. Berørthet

Selv med ”et helt bilde” i bakhodet kan det være vanskelig for helsesøster å overkomme sin berørthet slik at partene kan gi anerkjennelse til hverandre. Alle fire informantene er enig om

at praksisen er et overgrep mot barn. Jeg tror dette bildet av overgrep i seg selv er så sterk at den står i veien for forståelse. Jeg måtte jobbe med tanken for å kunne distansere meg nok til snakke om kjønnslemlestelse uten å bli opprørt. Det vil si at helsesøsters tanker om en skadelig tradisjon kan stå i veien for dialog. Men en må snu blikket: I boken om Aman⁴⁰ kommenterer Aman selv:

”Ville de godta det hvis jeg forsøkte å lære dem opp til å begynne å omskjære døtrene deres?”⁴¹

Stilt ovenfor et slikt motspørsmål blir det en utfordring å bearbeide sine egne følelser så mye at man kan forholde seg nøkternt til temaet og virkelig kan lytte til foreldrenes fortelling og argumenter. Dette ukjente *er* vanskelig å ta inn over seg kanskje særlig når man vet at konsekvensen av kjønnslemlestelse kan bli så dramatisk. Og kanskje smertefullt fordi man føler seg hjelpeløs. Det er vanskelig å akseptere tradisjonen. En av de intervjuede sier:

”Eg synes jo det virker både grotesk og tar avstand fra det fordi jeg synes det er et overgrep mot jentene og damene og – som blir gjort.”

Et annet utsagn viser det samme:

”man reagerer med vantro og kanskje litt avsky for at noen kan finne på noe sånt.”

Her vises avstanden til det fremmede, der tanken stopper opp. Det at barn påføres smerte og skade. Det blir så vanskelig å ta innover seg. Det er etnosentrisk måte å se ting på der vi ikke klarer å heve blikket opp over egen kultur. Det er vanskelig å forstå at noen ennå kan praktisere omskjæring:

”Men samtidig så kan jeg ikke skjønne at i dagens kultur i forhold til at man er så opplyst og – selv om – nå kommer jo disse damene til Norge og da blir de jo opplyst. Man lever jo inni en ny kultur, så akkurat den der klarer jeg ikke helt å forstå..... det blir så stor avstand fra – det er så store kulturforskjeller.”

Spørsmålet som her står i hodet til min kollega er hvorfor ikke foreldre fra mållandene endrer tradisjonen når de kommer til vårt samfunn. Det som blir overveldende for henne er kanskje tanken på hvordan en enslig helsesøster skal klare å skape endring når hun står overfor en konvensjon, en hel kultur? Er det slik som i hulefortellingen at når du kommer ut fra livet i

⁴⁰ Barens og Boddy 1995

⁴¹ *ibid* s.247

hulens mørke og får se lyset, kan du ikke gå inn igjen? At når vi får kunnskap så kan vi ikke velge den bort igjen? Eller må det mer til? Er det forståelig at det som virker innlysende for meg er ikke like klart for deg? For meg er Gadammers tanke om at vi møtes i det felles-menneskelige borte her. Da hjelper det kanskje å finne det Meløeske ståsted og rette blikket mot det flyktningen har blikket mot, slik som følgende utsagn gjør:

”Det er sånne gamle tradisjoner fra oldtida, fra gamle dager som de holder ved like” og ”foreldre vil det beste for barna sine....men de er jo påvirket av sin familie i det landet de kommer fra.”

og:

” ..det er jo ingen som ønsker å påføre ungan noe som kan føre til problemer for dem.”

Det er en forskrekkelse over tradisjonen koblet med forsøk på å forstå bakgrunnen og tolke den inn i en fornuftig meningssammenheng. Er det noe mer her som vi ikke har fått med oss, en annen begrunnelse for omskjæring? Hvorfor må jentekroppen ødelegges? Kineserne greide å gå bort fra praksisen med å binde kvinnenens føtter. Jenter ble gjort til krøplinger for å bli seksuelt attraktive og bli velstående gift. Jeg har forstått at de gjorde det ved å definere praksisen som en gammeldags konvensjon som ikke hørte hjemme i det moderne kommunistiske Kina. De skapte da felles forståelse gjennom å lage en sterk ideologisk forankring om at fotbinding var bakstreversk og tilhørte en forgangen tid samtidig som de sendte ut sterke sentrale føringer om forbud. Tiden ligger ikke til rette for at vi kan bruke samme uttrykket i forbudsmetodene i vårt samfunn.

Når min kollega sier at damene blir opplyst når de kommer til Norge og hun da ikke klarer å forstå, da tror jeg hun nettopp forventer at vi skal ha oppnådd felles forståelse gjennom det at familier kommer til en ny kultur og ved at de får informasjon om norsk lovverk. På samme måte som Chiku Alis fortelling fra Øst-Afrika feiler forventningen fordi informasjon om loven ikke nødvendigvis er det samme som gjensidig kommunikasjon.

Del IV – Refleksjon og diskusjon av empiri

8. Forståelse - et blikk å se med

Den gangen jeg var alene i jobben som flyktninghelsesøster og overveldet av alt som var nytt og fremmed, lette jeg etter en måte å strukturere tenkningen min på som ville hjelpe meg til å forstå og forklare det som for meg var fremmed. Følgende historie er med på å illustrere hva jeg sto overfor som ny i helsearbeider i flyktningfeltet:

Munya hadde bodd et par år i byen sammen med mann og to døtre. Hun så på bøker og brosjyrer i bokhylla og fortalte med ord og geberder at hun hadde arbeidet som jordmor hjemme i Øst - Afrika. Hun begynte å lære seg norsk. Jeg plukket ut en brosjyre med enkel tekst og illustrerende bilder som hun tok med seg. Litt enkel kanskje, men dugende for å komme seg gjennom den norske teksten. Jeg var avventende nysgjerrig på å bli kjent med denne damen. Hva kunne jeg lære av henne og om hva hun hadde drevet av jordmorpraksis i hjemlandet? Dessverre fikk vi aldri snakket mye om det selv om vi hadde nok av møtepunkter. Utfordrende problemer dukket opp og stilte seg i veien for hennes gode liv her i landet. Noen deler av livet holdt hun tilbake, nesten som en slags hemmelighet. Var det en vane å skjule seg for fremmede, eller var det bare det vanskelige møtet med et nytt kontinent, en ny kultur og nytt språk som krever tid før fortroligheten inntreffer? Munya sendte et av barna tilbake til hjemlandet for å leve der. Denne livlige, blide datteren var godt i gang med å finne seg til rette blant venner og på skole. Hun delte sine planer og drømmer om framtida, fortalte om musikken som betydde så mye for henne. Og ikke minst elsket hun skolen. Denne hendelsen ble som et sjokk for oss norske som kjente jenta. Vi stod perplekse, vi forstod ingen ting. Spørsmålene svirret for å kunne forstå hva som skjedde. Hvordan kunne en mamma sende barnet tilbake til krigen? Og hvis der ikke var krig, hvorfor kom hun så hit? Hvordan kan hun leve uten barnet sitt, uansett? Jenta kom aldri tilbake. Ble det norske samfunnet for fremmed og vanskelig for Munya til å kunne oppdra tenåringsbarn i?

For å hankses med utfordringen i det nye måtte jeg finne noe som var kjent og fortrolig, og som kunne gi meg en plattform for å komme det fremmede i møte. Det som hjalp meg var å betrakte verden gjennom den måten Jacob Meløe snakker om verden på. Å betrakte verden gjennom forskjellige blikk. Det ga meg en måte å forstå alt det ukjente på. Mange av eksemplene til Meløe er hentet fra fiskeryrket. De er nordnorske og kjennes nær til meg. Ordbildene hans om ståsted, om å ta méd og et sted å rette blikket mot, var for meg enkle å

overføre til min egen arbeidsverden med mennesker. Det jeg forstår han sier, er at vi kan rette blikket mot, og forøke å forstå, vår egen virksomhet i verden. Vår virksomhet er skapt av oss selv. Det er menneskevirksomhet. Det jeg selv har skapt kan jeg forstå og endre på. Når det er noe vi ikke forstår i vårt eget samfunn, er det fordi det ikke er mitt eller ditt verk alene, men fordi dette uforståelige er skapt av ulike mennesker i en utydelig historie der handlingene opphever eller forsterker hverandre.⁴² Dette ligner på det jeg oppfatter fra Gadamer om hermeneutikkens universalitet, og jeg vil forklare med Helge Jordheims ord:

*”hvis alt er språk, kan likeledes alt forstås og fortolkes og får dermed en hermeneutisk dimensjon”*⁴³

Alt som skjer er avhengig av noen kan si hva det betyr. Når da en helsesøster vil forstå tradisjonen med kvinnelig omskjæring må hun søke etter den hensikt som ligger til grunn for utøvelse av den. I bunnen ligger det felles-menneskelige at foreldre ønsker et godt liv for barna. Utøvelsen av dette ønsket kan ta forskjellige former i forskjellige kulturer. Dette er det fortrolige som jeg forstår at Gadamer mener at vi kan enes om, og som gjør det mulig å nærme seg det fremmede og hente det inn. Heri kommer berikelsen av verden. I dette feltarbeidet søker jeg etter mine kollegaers forståelse av tradisjonen. Har de blikk for dette felles-menneskelige? Det mener jeg en av mine kollegaer viser når hun sier at foreldrene utfører skikken ut fra beste mening.

”Eg forstår jo det at foreldrene de er jo – de gjør jo det for at det er det beste for barna sine.”
Selv om det er, som en annen sier, *”nesten litt uforståelig”*.

Det handlende menneske heter hos Meløe *en aktør*, og aktører har en *virksomhet* i verden.

”1) Aktøren handler innenfor og med hensyn på en verden.

2) Det vi forstår, når vi forstår det aktøren gjør, er den verden aktøren handler innenfor og med hensyn på.

*3) Hvis vi ikke forstår den verden aktøren handler innenfor, eller med hensyn på, forstår vi heller ikke det aktøren gjør.”*⁴⁴

⁴² Meløe 1985 s.13

⁴³ Gadamer 2003 s.107

⁴⁴ Meløe 1985 s.42

Og så gir han et råd: ”4) *hvis du ikke forstår det aktøren gjør, rett ikke ditt blikk (bare) mot aktøren. Peil inn det sted aktøren ser fra. Og rett ditt blikk mot det som aktøren retter sitt blikk mot.*”

Når vi retter blikket mot egen virksomhet, kaller Meløe det å reflektere⁴⁵. Jeg erfarer at problemer bearbeides gjennom refleksjon og dermed kan jeg finne nye løsninger på noe som er et dilemma. For meg er refleksjon, det å betrakte ens eget arbeid, en måte å lære på. Jeg oppsøkte det som den gang het Psykososialt team for flyktninger og fikk veiledning ved å samarbeide med dem og delta på deres undervisning og refleksjonssamlinger. Vi gjør verden til vår egen gjennom vår virksomhet i den, sier Meløe. Ved å reflektere tenker vi grundigere over yrkesutøvelsen. Vi legger fram vår praksis for kolleger, og vi får svar tilbake. Og slik vil historien gjenta seg med nye fortellinger, ny bearbeidelse og ny praksis. Igjen den hermeneutiske sirkel. På denne måten kan vi lære og integrere ny kunnskap. I yrkesutøvelsen har jeg lett etter tid til refleksjon, til å tenke over hvor flyktningmoren eller –faren retter blikket sitt mot. Da skjønner jeg resonnementet bedre og hva de handler mer hensyn på. Også kollegaen jeg intervjuet retter blikket mot foreldrenes ståsted når hun de betrakter omskjæringskikken slik den praktiseres i innvandreneres hjemland:

”og så kan man jo begynne å tenke på hva som får mennesker til å gjøre det og hva som ligger bak en sånn skikk – det er klart.”

Alle informantene har et krav om at praksisen må stoppe når familien bor i Norge.

9. Å forstå og godta

Jeg har sagt at helsesøster støter på forskjellige utfordringer når hun møter tradisjonen med kvinnelig kjønnslemlestelse. Hva ser helsesøster når hun møter denne skikken og hva tenker hun? Det er en tradisjon som er ukjent for vårt samfunn og som vekker negative reaksjoner. Man kan forsøke å forstå, men det er vanskelig. Det er et følelsesmessig sterkt møte med en fremmed praksis. En av de intervjuede helsesøstrene sier at

⁴⁵ Meløe 1985 s.10

”jeg synes at det er en forferdelig praksis, og du klarer å – identifisere deg, det er nesten fysisk vondt. Det er så – meningsløst. Og det er en uforståelig praksis.” Hun lette etter ord.
”På hvilken måte kan de gjøre slikt mot ungen sin?”

Hennes spontane respons på kvinnelig omskjæring er felles for kollegaene jeg snakket med. Nye ting kan vekke interesse og nysgjerrighet. Det kan bli til et ønske om å forstå mer om andre samfunn og kultur og praksis, eller hun kan ta avstand fra spørsmålet og lukke seg for det som virker fremmed. Det følger en vurdering av det en står overfor. Vurderingen kan føre til at helsesøster tar avstand fra både handling, person og kultur. Eller den kan føre til at hun tar den utfordringen det er å oppsøke målgruppen, snakker med flere og tilegner seg mer kunnskap om temaet. Hvordan skal hun overvinne denne sterke følelsen av at foreldrene følger en ”grusom” praksis, som en av informantene sa, og opprette god kontakt og gi god service til foreldrene? Den sterke følelsesmessige berøringen kan stå i veien for en åpen dialog. Bevisstheten om maktfordelingen mellom helsesøster og helsestasjonsbruker er sterk hos særlig en av informantene:

”Jeg vil sikkert føle meg beklemt og at jeg kan velge de riktige ordene. Ja, du ønsker jo ikke å krenke noen, men jeg er helt sikker på at det kommer til å bli vanskelig. ... det kan bli vanskelig fordi du sitter her som en maktperson på en måte, overfor de her som har gjort det i beste mening. Som tror at det er riktig å gjøre det. ..det er en annen ting å snakke om vaksiner og sånn nøytrale ting, det er helt sikkert.”

”jeg tenker mange gang på hvordan reagerer utlendinger på meg? ..altså den måten jeg går kledd på, fakter og færer, gjør jeg noe som virker negativt på dem? Som støter dem? Bare det, og så i tillegg skulle snakke om et sånt vanskelig emne.”

Vanskelig fordi det fins en makt – og avmakt - posisjon, vanskelig fordi man kan trå over urørighetssonen og krenke den andre. Jeg tviler likevel ikke på at disse gode kollegene ville kunne søke råd fra andre når de står i en konkret situasjon. Som den samme helsesøsteren sier:

” ..Hadde det vært noe sånt tilfelle, så vet jeg jo at på den her arbeidsplassen så ville vi ha diskutert det. For å være lite grann forberedt og høre hva andre tenker.”

Kanskje kollegaveiledning og denne vanskelige samtalen kan bidra til at helsesøstre hjelper hverandre til å forstå hvordan innvandrerkvinnene tenker. Kanskje den kan gi enda mer innsikt i beveggrunnen for hennes valg, legge til ”kjøtt på beina”, så å si?

Selv om kollegene mine stilte seg uforstående til praksisen med omskjæring, ønsket de å forstå hva som driver kvinner til å omskjære døtrene. Dette viser meg at de skiller mellom person og sak og stiller seg åpen for det ukjente. Hos alle fant jeg et ønske og vilje til å forstå det som den ene informantene kalte en uforståelig praksis.

”De gjør jo det for at det er det beste for barna sine”.

Jeg mener dette uttrykker at denne helsesøsteren ser hensikten bak praksis. Hun så at mor ønsker å gjøre det beste for døtrene ut fra den tradisjonen kvinnene står i. Dette forstår hun. Selv om beveggrunnene for kvinnelig kjønnslemlestelse forstås, godtas de ikke. Alle informantene tok også stilling ved å vurdere at dette er en tradisjon det må bli slutt på fordi det gir helseplager som under fødsel kan sette både mors og barns liv i fare. En av dem sier det er en tradisjon fra oldtiden som kulturen holder ved like. Hun sier også at kvinnene kanskje ikke ser sammenhengen mellom helseplager og kjønnslemlestelse.

”det har gått ut over sånne små jenter – som er helt uskyldig, det blir ikke informert, de bare tar dem og legger dem og nu skal vi ha ei dame som ser på dem – det er et overgrep mot barn. Det er et overgrep fra de voksne.”

I Veileder om forebygging av kjønnslemlestelse legges det opp til en profesjonell praksisutøvelse der man søker å sikre god kommunikasjon mellom partene. Det må vi gjøre enten vi forstår eller ikke forstår skikken, om vi godtar den eller ikke. Så her tror jeg vi har en stor utfordring fordi mange helsesøstre ennå ikke møter nok brukere på helsestasjonen som kan gi dem erfaring til å bearbeide egen reaksjoner.

*”Gjennom åpen dialog kan foreldrene, jenta og helsepersonellet sammen identifisere utfordringene familien har til kjønnslemlestelse Gjennom konkret kunnskap og gjensidig respekt er det et mål at samtalen bidrar til å øke bevisstheten om og motstanden mot kjønnslemlestelse.”*⁴⁶

Ifølge regelverket er helsesøster som før nevnt pliktig å ta opp temaet og informere foreldrene om at kjønnslemlestelse er ulovlig og kan straffes med fengsel.⁴⁷

⁴⁶ Helsedirektoratet: (2011) Veileder 1746; s.8

⁴⁷ Veileder om regelverk, roller og ansvar knyttet til kjønnslemlestelse, s.6

9.1. Hvem skal forstå og hva er det vi skal forstå?

9.1.1. Kroppens reaksjon

Hvorfor bedømmer vi denne tradisjonen bare i lys av helse og ikke ut fra for eksempel den sosiale betydningen den har? At den gir jentebarn en identitet og sosial aksept i samfunnet? Kanskje fordi vi tross alt jobber med helse og er klar over hvilke begrensninger omskjæring kan sette for kvinner. Og fordi vi vet at mødre og barn lider dør på grunn av praksisen. Kanskje fordi helse og inngrep i kroppen er så grunnleggende for vår eksistens, og fordi alle vi mennesker har et forhold til vår egen kropp. Så mye at det blir vanskelig å skille det som hender med deg fra det som hender med meg. Som min kollega uttrykker det:

”Jeg synes at der er, hva skal jeg si, jeg synes at de er en forferdelig praksis og du klarer å – identifisere deg, det er nesten fysisk vondt.”

Kroppen gir sin egen reaksjon.

Hva er kvinners liv og erfaring med kjønnslemlestelse, hvordan lever de med det? Noen lever greit nok, noen lever med smerter, noen vil ikke fortelle. Helsesøstre, jordmødre og leger har møtt damer som har underlivsplager i form av gjentatt urinvegsinfeksjon, menstruasjonsmerter eller smerter ved samleie. Damene selv mener smertene er en del av det å være kvinne.

9.1.2. (U)trygghet

Kvinnelivet innebærer mer enn bare hennes egen kropp. Det inneholder også hvordan hun blir ansett og verdsatt av familie og omgivelsene, om hvor hun plasserer seg selv i samfunnet. Og selv om flere nå vet at skikken ikke har noe med Islam å gjøre, er det ennå noen som forbinder det med religion og kyskhets ikke minst.

Det er ikke alltid helsesøster får vite om fysiske plager fra omskjæring. Med tiden har jeg lært å spørre konkret etter det. Det gjør ikke alle med mindre de har nær kjennskap til skadene som oppstår og tar seg tid til å snakke med kvinna. Mange momenter kan spille inn for hvorvidt kvinna vil dele denne informasjonen eller ikke. Kanskje hun tenker at en norsk helsesøster ikke har noe med å spørre om slike intime detaljer som hører med til hennes urørlighetssone.

Her møter vi øyet som ser – hos begge parter. Vi står overfor det uuttalte, selvfølgelig som enhver som er innenfor en kultur tror at alle vet. Innvandrerkvinnene går ut fra at alle kvinner har plager fra underlivet. Jeg nevnte at underlivsplager regnes som en del av kvinnelivet. Dette vet ikke den norske helsesøsteren sånn uten videre. For henne er arrvev i underlivet ukjent og utenkelig. Hvis vi er våken, kan vi se en dame som gruer seg til å føde fordi hun ikke kjenner til hvordan det er å føde på et norsk sykehus, eller er usikker på hvilken fødselshjelp fødeavdelingen kan gi og om de kan åpne henne slik tradisjonen og medisinsk vurdering tilsier. Og kan hende blir usikkerheten større fordi hun vet at hun er i et fremmed land og ikke vet om hun får den rette fødselshjelpen her. Første gang jeg fulgte en dame på omvisning på fødeavdelingen, var jeg usikker på hvor mye dette betød – helt til hun langt senere takket og sa at det var hjelpen hun trengte for å bli trygg før fødselen. Senere tok jeg denne turen med mange kvinner, og nå får de besøke fødeavdelingen i Bodø også.

9.1.3. Et menneskefellesskap

Den gangen de somaliske kvinnene i Tromsø samlet personell fra kvineklinikken, var det nettopp for å fortelle om sine fødselserfaringer i møte med det norske. Når de så var ferdig med å fortelle, ble det tid for dem å høre fra jordmødrene at det har vært vanlig å åpne norske kvinner under fødsel. Noe som lignet på deres egen erfaring idet det er nødvendig å åpne en infibulert fødekvinne. Denne uuttalte forståelsen om skrekk og gryende tillit tror jeg ikke vi kan få hvis vi ikke jobber tett sammen med innvandrerkvinner. For meg handler dette mer om å finne en felles forståelse i Gadamer's ånd. Dette handler om å møtes i noe felles og dele én viktig del av kvinnelivet.

Bryllup er felles, men for øvrig er detaljene i følgende historie som en bekjent fortalte, er mer uvant. Den handler om en av jentene i familien. Hun skulle gifte seg og var fjorten år på bryllupsdagen. Press fra familien gjorde at hun fikk en yngre mann og ikke den eldre som først ønsket henne til brud. Min venn kan ikke glemme tårene som vasket øyesminken nedover kinnene hennes på bryllupsdagen, og det faktum at brudgommen ikke klarte å åpne henne – familien måtte ta henne til sykehus slik at legen kunne åpne omskjæringen. Det ble betraktet som svakhet og skam at mannen ikke klarte oppgaven på bryllupsnatta, og flere

netter til. Hvor mye vondt vederfartes ikke denne fjortenåringen disse dagene og nettene? Han forteller at de den gang var tankeløse unggutter som lo av episoden.

Ugifte og uomskårne kvinner kan bli utsatt for sladder, spekulasjon og mobbeliknende oppførsel fra både menn og kvinner⁴⁸. I noen samfunn får ikke uomskårne jenter servere mat til andre. Ofte blir det foreldrene som livnærer henne og selv som godt voksen kvinne risikerer hun i selskapslivet å bli plassert sammen med ugifte tenåringsjenter. Noen kvinner aksepterer å gifte seg med en gammel mann eller å bli kone nummer to, tre eller fire for å slippe denne situasjonen. Andre flytter rett og slett ut fra landsbyen og søker til anonymitet i storbyen. Men ikke alle – noen kvinner er sterke og gir svar på tiltale. Noen skaffer seg utdanning, blir økonomisk selvstendige og styrer sitt eget liv.

Gjennom disse eksemplene forstår jeg en annen måte for kvinner å leve på enn det jeg selv gjør. Jeg ser en dame som er redd for å enten miste mannen eller bli kone nummer to. Ut fra observasjoner og mange samtaler med menn og kvinner ser jeg at det er viktig for en kvinne å være gift. For å bli godt gift, må man være attraktiv. Omskjæring er assosiert med skjønnhet, troskap og ærbarhet. Etter bryllupsnatten viftes det med det hvite tøyestykket med blod på. Det er tegnet på at bruden var ærbar, noe om i sin tur skinner tilbake på familiens og mannens ære.

Uten at vi går i nærmere dialog med personer fra målgruppen blir kanskje bildet vårt av både kvinneliv og kultur mer unyansert. Det blir lett å se kjønnslemlestelse som seksuell kontroll over kvinner, mens runddanser av samspill som eksisterer mellom kjønnene kommer bort. Mannen ønsker en ærbar kone og kvinna vil gjøre seg attraktiv for mannen. For kvinner betyr ekteskapet økonomisk stabilitet. I et samfunn som er hardt for kvinner er ekteskap en måte å overleve på. Og så er det naturens nedlagte tarv for alle: å føre slekten videre. Dette må vi forstå hvis vi skal kunne snakke åpent og fordomsfritt i møtet. Flere av kollegaene som ble intervjuet nevnte noe av denne forståelsen, at det er viktig å være gift og ”*se ordentlig og fin ut,*” som en av dem uttrykte det.

⁴⁸ Egen erfaring fra Sudan og muntlig informasjon fra ingeniør Suleiman Hemidan

9.1.4. Vår egen kulturelle sammenheng

Denne sammenhengen mellom kjønnslemlestelse og kvinnesyn, eller momentet om kvinners stilling i samfunnet, er forklarlig. Jeg kan forklare uten å godta ”hele pakka”. På samme måte som jeg kan forklare et naturfenomen uten å forstå alle momenter som er involvert. Når min kollega sier at praksisen med kvinnelig omskjæring er uforståelig, er det fordi vi forstår i lys av fortiden, av våre erfaringer. Vår forståelseshorisont er knyttet til livet her og nå i en vestlig kultur og kristen tankegang. I vår kultur nå har vi ingen erfaring med dette praktiske uttrykket som omskjæring er. I middelalderen i Europa fantes kyskhetsbeltet. Men praksisen er så gammel og forlatt at vi har ingen levende erindring om det. På samme måte som omskjæring var dette var også en måte å ivareta kyskhets på. Jomfrudom var ærbarhet – helt opp til manns minne.

Vi husker fra førti år tilbake at noen ”måtte” gifte seg. Hvorfor ”måtte” de det? Synet på det vi anser som god og dårlig moral har endret seg over tid. I dag er det ikke samme skam å være ugift mor. De sist tiårene har vi sett vestlige kvinner som får utført plastikkoperasjon for å gjøre seg vakre. Det kan være både å få større bryster og å pynte på kjønnsorganet. Selve ønsket om skjønnhet er det samme på tvers av kulturer. Dette ønsket er forklarlig og forståelig. Vi har til gode å kalle disse inngrepene for lemlestelse selv om det her også dreier seg om permanent endring av kroppen. Kanskje det er nettopp fordi vi forstår og aksepterer selve ønsket om skjønnhet, at begrepet lemlestelse ikke dukker opp for oss. Praksisen med omskjæring kan være vanskelig å akseptere ut fra konsekvensene det medfører. Og at det er noe som voksne påfører barn, men ikke innser de totale konsekvensene av.

9.1.5. Å forklare og forstå

En av helsesøstrene jeg intervjuet sa at mennesker som kommer fra mållandene blir opplyst når de kommer til Norge. Da lever de i en ny kultur, og hun klarer ikke å forstå hvorfor man da ikke gir slipp på tradisjonen. Jeg tolker det hun sier slik at av ny innsikt følger ny handling, og i ”Norge gjør man som nordmenn gjør”. Deri ligger det for meg et krav til endring. Når vi husker at Aman vendte spørsmålet tilbake og spør om vi kan godta det hvis hun prøver å overbevise oss om å omskjære døtrene, blir det da riktig å kreve endring? Kanskje kan kvinnelig kjønnslemlestelse forklares og forstås? Som en av informantene sier:

”de gjør det jo for at det er det beste for barna sine. Det er selve handlinga og den situasjonen den lille jenta er i – og etter hvert kvinnelivet som kvinna får, og med de plagene det kan gi, - det er noe som det må bli slutt på.”

Kjønnslemlestelse kan da forklares men ikke nødvendigvis forstås, og heller ikke aksepteres. Og det er vanskelig å forstå. Fordi, ifølge Meløe,

*”det ikke er vi som har laget det”*⁴⁹

Temaet berører følelser. Gjennom intervjuene ser jeg at mine kollegaer ønsker å forstå de forklaringer som kulturen og historien gir på omskjæring. Flere så argumentet med at mor vil gjøre det beste for barnet sitt.

”De gjør det sånn ut ifra beste mening. De tror at det må være sånn. Det må være sånn for at jenta skal bli gift – det er jo veldig viktig. Og at det skal se ordentlig – at kjønnsorganet skal se ordentlig og fint ut. Så de, de tror jo oppriktig at det her er rett, og at de gjør det riktige ovenfor ungen sin.”

Det er strevsomt å skulle akseptere noe som virker uforståelig:

”jeg klarer ikke å skjønne hvorfor, selv om jeg vet i forhold til kultur og tradisjon.”

Tanken stopper når vi stilles overfor en tradisjonsutøvelse med så drastiske konsekvenser som helseskader og barseldød.

”Det er nesten fysisk vondt”, sier en av informantene. Er det lettere å forholde seg til foreldre som slår eller mishandler barna sine? Kan vi snakke lettere med dem fordi de tilhører norsk kultur? Både mishandling og omskjæring defineres som vold mot barn, og begge er skadelige.

Med litt arbeid og lesing kan vi sette oss inn i tankegangen som ligger bak og vi kan forklare en tradisjon. Betyr ordet *forklare* at jeg ikke trenger å involvere meg like mye som hvis jeg bruker ordet *forstå*? Er *forklare* noe som ligger utenfor meg, slik som når jeg forklarer et naturfenomen? Noen ganger ligger ønsket om å forstå nært til å akseptere. Semantisk betyr forstå å skjønne, å innse. Da er det lett å blande med *aksept*. Akseptere er synonymt til godta, og helsesøstre kan ikke godta en praksis som innebærer lemlestelse. Norsk lov godtar det heller ikke⁵⁰.

⁴⁹ Meløe 1985 s.16

⁵⁰ Lov om forbud mot kjønnslemlestelse av 15.des.1995 nr.74

10. Moralisme eller relativisme?

Er det legitimt å dømme en kulturell praksis så hardt fordi den er vanskelig å forstå? Er ikke det et resultat av vår egen etnosentriske holdning? Er det lettere å fordømme noe skadelig som kommer fra en fremmed kultur, eller blir det lettere å bortforklare og ikke ta stilling fordi dette er ”deres kultur?” Når må vi bare godta at kjønnslemlestelse er et resultat av at kvinner ikke visste eller ikke vet bedre? Dersom denne tanken kan råde, kan det kanskje hjelpe helsesøster til å undersøke hvilken kunnskap og erfaring kvinna sitter inne med, og hvordan helsepersonell kan bidra med undervisning. Da er det heller et spørsmål om å utvikle metoder som er effektive for å formidle kunnskap.

Står vi alltid overfor to grøfter, eller fins det en tredje veg? Av og til i yrkeshverdagen har jeg hørt kommentaren falle om at ”de må i hvert fall vite at det (omskjæring) er ulovlig.” Hva er det vi egentlig sier når en slik replikk faller? Ligger det en usagt resignasjon der, en oppgitt følelse av å ikke nå fram med argumentasjon? Eller er det å vifte med pekefingeren i ureflektert bedrevitende? I et slikt utsagn setter vi opp handlingsrammen for innvandrersfamilien, omskjæring er forbudt, men vi sier ikke noe om hvorfor det er ulovlig. Vi krever dermed blind lydighet for loven uten å gi forståelse av hva som er så viktig. Det kan være lett å falle i denne grøfta, fordi det å gå inn i dialogen kan være så vanskelig og vi vet ikke hvem som vinner - samtidig som vi vet med både hjerte og kunnskap at praksis må endres.

På den andre siden kan vi gi opp, overse den kulturelle praksis og leve et mer behagelig yrkesliv. Jeg tviler vel ikke på at begge deler har skjedd i vårt yrke og jeg tror det er derfor vi ennå sliter med forebygging og med å finne gode metoder. Etter at dagens forskrifter trådte i kraft har vi ikke lov å være relativister.

Så kan vi spørre oss hvordan det går dersom vi bare forteller om lovforbud og setter det i sammenheng med kroppens funksjon. Her er et eksempel på hvordan det *kan* gå: På et seminar snakket jeg med tanzanianske Chiku Ali, velkjent i innvandrer miljøet i Bergen og mangeårig flyktningarbeider, som fortalte følgende historie fra Øst-Afrika. Hun hadde arbeidet der med en etnisk gruppe som var tatt ut for å komme som overføringsflyktinger til Norge. Mens de ennå var i Afrika fikk de informasjon om Norge og norske skikker. Blant annet fikk de vite at det er straffbart å omskjære jentebarn, men den videre forklaringen på *hvorfor* hadde tydeligvis manglet. Så som forberedelse før reisen var alle jentene deres blitt omskåret. For skikken var jo forbudt i Norge. På denne måten hadde disse familiene vist

respekt for norsk skikk og lov samtidig som de tok vare på deres egen tradisjon. Sannsynligvis uten å være bevisst at det er en skadelig skikk. Slik kan både vi norske og innvandreren komme i skade for å formidle en del av en tradisjon uten å gi det hele bildet: fra ”vår” side de skadelige konsekvensene av kjønnslemlestelse; fra målgruppens side: festen, at jenta er gjort til ”hel” og gifteklar kvinne som er godtatt av og i lokalsamfunnet, hun lever ikke som utstøtt.

Kan det ikke hjelpe å se hvilken tenkegang som ligger bak tradisjonen, og enes om dette ene: at man søker å finne ut hva saken dreier seg om. Jeg tror det er et godt utgangspunkt for dialog.

”Målet for all kommunikasjon og all forståelse er en felles forståelse av saken”, sier Gadamer.⁵¹

Det får meg til å spørre om det å undervise foreldre fra mållandene teoretisk om kjønnslemlestelse er nok til å forandre en tradisjon. Er det slik at vi må vifte med loven og true med fengselstraff, ja faktisk skremme praksisen vekk – hva hvis loven ikke anvendes i praksis; da er det bare en papirtiger som ingen har respekt for.

Kan vi snakke bedre sammen som dersom vi kjenner hele dette bildet? Dialogen står mellom relativisme og moralisme. Den kan heve oss over disse grøftene. Ved å være interessert og anerkjenne tradisjonen og dens betydning kan helsesøster nærme seg innvandrerkvinnas og bli en mer likeverdig partner i dialogen. Møtet blir ærligere. Noen steder i Afrika, blant annet hos Masai-stammen, er det laget alternative overgangsriter. Det betyr at man beholder markeringen av at jentene har forlatt barndommen, festen og gavene, mens selve omskjæringsseremonien utelates. På denne måten overskrides en skadelig praksis. uten en oppriktig dialog der tradisjonen anerkjennes som viktig ville det ikke være mulig å skape disse Alternative Rites og Passage.

Fra å snakke bare om kvinnelig kjønnslemlestelse har man også begynt å snakke om skadelige tradisjoner. Da inkluderes også andre ting så som kroppsmarking – som for eksempel kan være stammemerker – og arrangerte ekteskap og barneekteskap.

⁵¹ Gadamer 2003 s34

10.1. Å anerkjenne det vanskelige

Hvilket valg er det vi tar dersom hele den forebyggende tjenesten ikke gjør mer enn det som er lovpålagt? Da gir vi et minimumstilbud og strekker oss ikke for å komme brukeren i møte. Hva blir helsesøster sittende igjen med hvis hun ikke imøtekommer det ukjente og ikke forstår eller får innblikk i, det rasjonale som styrer praksisen med omskjæring? Hvordan kan hun imøtekomme og snakke med foreldrene som kommer fra disse kulturene, hvis skikken opprører så mye at det er vanskelig å snakke om den uten å opprøres? Hvilken vekt vil ordene våre ha for dem hvis vi viser at vi verken kjenner argumentene eller bryr oss om å kjenne den verden foreldrene handler innenfor og med hensyn på? Dersom vi skal kunne ha en dialog med kvinner og menn fra målland, må vi møte foreldrene med så mye åpenhet og aksept at de ønsker å ha kontakt videre. Vi trenger å møtes med respekt, og vi å må kunne skille person og sak. Vi er nødt til å ha innsikt i skikken og kjenne argumentene som brukes slik at vi kan snakke sammen uten at foreldre føler seg krenket.

Min kollega sier at noe av det som gjør det vanskelig å komme inn på temaet kjønnslemlestelse, er at det er vanskelig å snakke om en slik meningsløs praksis.

”vi skal jo kunne snakke om det med brukerne våre. Og det er helt klart at det er jo forferdelig vanskelig tema å ta opp i forhold til avverging, og også i forhold til de som faktisk er omskjært og som – man bør jo ta det opp og så med dem for å høre om de har noen plager – at man kan hjelpe dem på noen måte”.

”Jeg er helt jeg er helt sikker på at jeg opplever det vanskelig. Og jeg vil sikkert føle meg beklemt og at jeg kan velge de rette ordene. Ja, du ønsker jo ikke å krenke noen, men jeg er helt sikker på at det kommer til å bli vanskelig”.

Her er hun også inne på redselen for å virke støtende, både med ord og påkledning. Jeg mener dette er en refleksjon som viser respekt for den hun skal hjelpe. Der viser en åpenhet for møtet med en person fra en ny kultur, og en villighet til komme den andre i møte.

”Og så er det jo mange ganger vanskelig å snakke med folk som nettopp er kommet til landet. Fordi at man er så forskjellig. Tenker på det her med påkledning, altså at det kan oppleves krenkende – jeg har tenkt noen gang, her sitter man med bukser, med dongeribukser.. Altså måten man sitter på, og ... det kan jo kanskje være vanskelig fordi at man sitter her som en sånn, kanskje som en maktperson på en måte.”

Ja, helsesøster har en maktposisjon. Den har vi både i kraft av at vi utøver en tjeneste og fordi vi tilhører landet og majoriteten, mens flyktningen er et innvandret mindretall. Uten at det erkjennes kan vi heller ikke overskride den med åpenhet og dialog.

10.2. Gadammers for-dom

Når vi i helsestasjonsvirksomheten berøres og noen ganger opprøres kan det være vanskelig å overkomme sin egen opprørthet og holde dialogen med foreldrene åpen. Gadamer sier det fremmede står alltid i fare for å misforstås. Og han spør samtidig:

”Betyr forståelse å unngå misforståelse? Ligger det ikke i realiteten en slags ’bærende felles forståelse’ forut for all misforståelse?”⁵².

Det kan være lett å hoppe fra Gadammersk forforståelse til fordommer når en står overfor dette som berører og opprører. Det blir som femåringen en gang sa en gang det var noe hun ikke ville høre: ”jeg vil ikke forstå”. Gadammers fordom er forutsetningen for at vår evne til å erfare er rettet mot noe. Den er det som vår åpenhet mot verden tar for gitt og som er betingelsen for at vi erfarer noe.

”Du får jo ikke erfaringer over natta,” sier min kollega. ”Det er noe med å må jobbe med det over tid. Eg merker jo selv nå når vi sitter og prater her at oi, nå blei jeg på en måte litt bevisst på enkelte ting som jeg ikke har tenkt over fordi at du på en måte prater deg litt inn i ting og – det er ikke sånt du tenker over i det daglige.”

Erfaring er noe om kommer med ettertanke og bearbeidelse. Deri ligger det at ens forforståelse er satt på spill og nødvendigvis må revurderes. Det krever tid og arbeid. Gadamer sier at man kan utelukke misforståelse gjennom kontrollert og metodisk refleksjon. Uten denne revurderingen der vår forståelseshorisont utvides, forblir hendelsen lukket og vi fortsetter vår praksis uten å ha tatt inn ny lærdom. Dersom vi ikke ønsker å ta innover oss denne smerten ved endring som kommer når noe gammelt og kjent forlates, tar vi skrittet over i fordom. Dette vil ha konsekvenser både for vår holdning til innvandrerkvinner og dialogen med dem. I stedet for å se det felles ”vi kvinner”, ser vi da ”de” og ”oss”. En av de

⁵² Gadamer 2003 s. 57

intervjuede kollegaene sier at hun ønsker å vise holdninger og bruke ord som bidrar til å holde samtalen åpen. Jeg tenker at det samme gjør den andre helsesøsteren som reflekterer over at det kan være vanskelig å velge de rette ordene og hun ønsker ikke å krenke, og som reflekterer over sin egen maktposisjon.

Del V – Konklusjon og veien videre

11. Tillit og mistillit

Så lenge partene er ny for hverandre kan forholdet mellom kvinne og helsesøster ta to veier: det kan oppstå tillit eller mistillit. Dette forholdet mellom helsesøster og kvinner spiller en rolle når kjønnslemlestelse skal forebygges. Dersom det ikke er et monn av tillit mellom partene, vil ikke helsesøsters ord ha noen vekt for brukeren på helsestasjonen. Da er det ingen grunn til at en person fra mållandene skal endre på noe som anses som en selvsagt del av kulturen. Jeg er redd for at formaningen fra helsesøster, som ser praksisen ut fra et helseperspektiv, kan oppfattes som kritikk av personen selv eller hele kulturen.

En av de intervjuede helsesøstrene sier at hun synes det er typisk norsk at foreldrene får informasjon om straffbarheten av omskjæring før de reiser utenlands, men

”om du skriver det, så er det jo ingen som kontrollerer når de kommer tilbake”.

Jeg tolker utsagnet hennes som at vi gjør noe halvvegs og naivt. Vi informerer, men kontrollerer ikke. Hva skal da foreldrene tenke? De kan le av oss, hele veien til omskjærersken.

”Det er mye som foregår i det skjulte mener jeg. Ikke sant, de vet jo om at i Norge så får du straff for det. De går jo ikke og forteller at ” ”hør, jeg har vært hjemme, og da har vi altså gjort er inngrep” ” da vil jeg jo med en gang si fra slik at de blir straffa for det.”

Her er det igjen mistilliten som rår. Denne ene kollegaen min er ikke alene. Jeg har hørt samme argument uttalt av både en sykepleier og min mannlige samtalepartner, begge fra mållandene. Den siste ber om at foreldre som omskjærere døtre må miste omsorgsretten og sendes ut av landet for å statuere eksempel. Han sier at noen år i norsk fengsel er en pris verdt å betale for at datteren blir ærbar og gift.

Er vi andre naive? Uansett hvor mye tillit jeg kunne ha til enkelte familier eller kvinner, var det også tider der jeg tenkte at her er det noen som ikke har forlatt omskjæringstradisjonen. Kanskje det også er utfordrende for flyktningen å møte en norsk helsesøster som snakker om tradisjonen ut fra en medisinsk kontekst og ikke en kulturell eller moralsk – religiøs sammenheng. Kontakten innad i miljøet ga meg bedre kjennskap til personene og noen ganger var det ting som sa meg andre ting enn det jeg ønsket å finne – kanskje spesielt i tilfeller der én var lydige mot hjemlandets tradisjon. Kanskje jeg overreagerer. I barndommens oppdragelse var lydighet en dyd. For meg er ikke lydighet en unnskyldning for å tenke selv og være ansvarlig for egne gjerninger. Jeg blir litt redd når det utvises slavisk og blind lydighet.

11.1. Samtalearenaer

Jeg vil fortelle fra tiden da jeg arbeidet i Tromsø, men først litt om sammenhengen jeg stod i: Under kampanjen mot kvinnelig omskjæring, OK prosjektet i årene 2001 – 2004 var det flere samlinger for norsk helsepersonell der de fikk opplæring om tradisjonsutøvelse og omfang. Informatører fra etniske grupper reiste rundt i landet og snakket til sine landsmenn og – kvinner; metoden var dialog. Hele prosjektet står for meg som et omfattende og ressurskrevende, men nødvendig og meningsfylt arbeid basert på tillit og samhandling.

Både før og etter prosjektet arbeidet jeg og mange gode medarbeidere i regional ressursgruppe mot omskjæring, med et mor-og barn-prosjekt sammen med Røde Kors, og med spesielt somalisk kvinnegruppe i Tromsø. Dette pågikk i og utenfor arbeidstid. Det var et strevsomt og tidkrevende, morsomt arbeid som ga godt innblikk i folks hverdag og som skaffet mye tillit inn i det etniske miljøet. Likevel nådde vi ikke alle kvinner. Så hvor var de som jeg eller annet helsepersonell rundt om i landet - *ikke* nådde, og hvorfor kom de ikke til kvinnegruppen? Var de uenig i det gruppen arbeidet med, var det mistillit mellom kvinnene eller mellom familiene? Spilte klan- eller stammetilhørighet noen rolle? En av damene i vår lokale kvinnegruppe fikk spørsmål fra landsmenn på gata om det foregikk umoralske ting i kvinnegruppa - om de danset der? Mistenkeliggjøring fra menns side kan være én grunn til at enkelte kvinner ikke ble med. Mennene kunne jo heller ikke kontrollere hva som foregikk i gruppen. Eller kanskje damene hadde nok med å stelle hus og passe barn, eller de hadde ikke penger til bussbillett for å komme på samlingene. Jeg så miljøet innenfra. Små hverdagslige

problemer som kan velte mye arbeid. Litt oppgitt måtte jeg konstatere at man ikke når alle, men kunnskapen kvinnene fikk på denne måten håper og tror jeg nådde videre til andre også gjennom private samtaler venninner imellom.

Erfaringen fra kvinnearbeidet er at det tar tid å bygge tillit. Man må være tilgjengelig og konstant. I feltarbeidet for masteroppgaven har jeg ikke funnet ut at det er noen kollegaer som bruker like mye tid på slikt arbeid på samme måte som jeg gjorde i Tromsø. Rammen de arbeider innenfor tillater heller ikke denne tiden. I kommunen hvor dette feltarbeidet ble gjort er det ingen helsesøstre som jobber med etniske kvinnegrupper som sådan, men en av informantene sier: ”

Eg kunne godt ha tenkt meg ei sånn ressursgruppe”.

Spørsmålet er om det virkelig *er* så mye energi som må investeres for å skape godt samarbeid med foreldre, eller om liknende tillit kan vinnes innenfor vanlig arbeidstid. Hvor mye innsats skal det til og hvor mange kopper te skal vi dele for at en norsk helsearbeider kan sies å ha fått tillit inn i den etniske gruppen? Og hvis spørsmålet stilles andre veien: hvor mye skal det til før nordmenn stoler på at en etnisk gruppe følger norsk lov?

Det jeg nå har snakket om i kapitlet viser at det fins dobbelte utfordringer i møtet: Helsesøster skal ha anledning til å arbeide utenfor sin vanlige ramme med hensyn på arbeidstid og –sted. Det fordrer også at hun kan tilpasse arbeidet til privatlivet. Ikke alltid like lett i en tid der man følger opp barn på skole og fritid. Slikt krever et ekstra engasjement for saken. Innvandrerens på sin side er invitert til å delta i å drøfte fenomenet kjønnslemlestelse, noe som kanskje oppleves ikke som et problem i det hele tatt. Tema for møtet må være interessant nok for kvinnen til å ville møte opp, det må være noe å hente som oppleves positivt. På samme måte som helsearbeideren må hun være fri til å komme og ikke være bundet opp av mann, barn eller dårlig økonomi og arbeid. Eller en må legge til rette for at barn kan tas med. Smidighet er et stikkord. Erfaringen fra eksemplet med Røde Kors - prosjektet overfor viser at sosial kontroll fra det etniske miljøet også spiller inn. Viljen til å gjøre en innsats på denne måten utenfor den vanlige arbeidsrammen kan ha et element i seg av både relativisme og moralisme som jeg har vært inne på før. Det hefter ved begge parter i møtet. Både nordmenn og innvandrere kan bli lei – den ene fordi innvandrerens ikke møter, den andre fordi nordmenn rører ved et tema de ikke har noe med, eller det oppfattes som kritikk av ens kulturelle tradisjon.

Så hvordan kan en vinne tillit og unngå mistillit? Denne holdningen går også begge veier. Hvilken tillit har helsesøster til den hun snakker med? Når vet hun med seg selv at mor og far fra målland har endret praksis? Kanskje er det ennå slik som det jeg nå har fortalt om ovenfor, at hun må jobbe på mange måter og ha mange treffpunkt med både familie og etnisk miljø for å få en god "magefølelse" og kunne bedømme når man kan stole på foreldrene og når man kan ha "is i magen". På denne måten får hun mange sjekkpunkter og muligheter for å korrigere og justere sin egen oppfatning av saken. Hun trår ut av det medisinske feltet og over i en blanding av sosialt arbeid og kulturarbeid. Det er som sagt likevel et tankekors hvor mange aktiviteter hun skal engasjere seg i og hvor mye krefter hun kan og skal bruke for å informere etnisk gruppe. Et steds må det gå en grense for kommune- og sykehusansattes tidsbruk i dette arbeidet, og andre krefter må tre inn i form av prosjekter og frivillig arbeid. Nettopp dette har skjedd i arbeidet mot kjønnslemlestelse blant annet ved at Helsedirektoratet satte i gang OK-prosjektet, og helsearbeidere og andre frivillige fra målland har trådt til over lang tid. Nå er arbeidet mot kjønnslemlestelse nedfelt i helsestasjonens rutiner mens etniske ildsjeler, støttet av helsepersonell, læres opp til å arbeide forebyggende innenfor egen gruppe. Vi trenger hverandre. Det betyr ikke at nå helsesøstre og jordmødre nå kan slappe av, men det betyr at mange drar lasset samme veg.

11.2. Inngangsporter til tillit

I dette kapitlet vil jeg ta for meg en del momenter som spiller inn i forholdet mellom helsesøster og kvinner fra målland.

Den måten helsesøster forstår tradisjonen med kvinnelig omskjæring på kan medføre at hun har ekstra oppmerksomhet rettet mot små og store jenter og søker ha en god og løpende kommunikasjon med dem. Møtepunkter kan være mange: som for eksempel min kollegas møte med jentegruppen på ungdomsskolen, ved barnehagebesøk, gjennom samtaler og undersøkelser i skolehelsetjenesten, ved at hun kaller inn til rutinemessig vaksinerings på helsestasjonen og setter av god tid, eller sette av tid til åpen helsestasjon der foreldre og barn/ ungdom kan komme når de selv har behov. Dersom hun har overskudd til mer kan hun besøke barna mens de er i skolefritidsordningen eller på leksehjelp. Eller, som vi gjorde i min

forrige kommune, ved å lage samtalegrupper for barn eller rene jentegrupper med forskjellige aktiviteter. Der er vi igjen tilbake til spørsmålet om hvor langt helsesøster skal strekke seg.

Det er også min erfaring at familier er glad for hjemmebesøk, spesielt i oppstartsfasen i Norge. Da opptrer helsesøstre på familiens hjemmebane og har rikelig anledning til å bli kjent med alle medlemmer. Det er en god anledning til å bygge tillit. Alt dette ligger spesielt godt til rette dersom det er en fast helsesøster som følger familien fra de bosettes i kommunen og en tid – kanskje et par år eller så – framover. Men dette har å gjøre med kommunens organisering av helsetjenesten til flyktninger og innvandrere. Dersom oppgavene er spredt på en helsesøster i mottaksfasen, en på helsestasjon og atter en annen i skolen, byr det seg færre anledninger til samlet oppfølging av familier, mødre og jenter. Familiens behov for helsehjelp kan være komplisert og partene trenger god kjennskap til hverandre.

Er det andre ansatte som kan fylle noen av oppgavene som kreves i oppstartefasen? Personer som er ny i Norge trenger ekstra og veldig konkret hjelp for å mestre hverdagen i sitt nye land. Det kan dreie seg om alt fra å få vite hvilke matvarer som gjemmer seg under merkelappen på supermarkedet, om innkjøp av riktige klær som passer til årstiden, om hjelp til å finne fastlege, bestille legetime og ikke minst avgjøre når slikt er nødvendig eller ikke.

Alt det overnevnte kan ikke ligge til helsesøster. Men hvis helsesøster som ikke er tilgjengelig til andre tider enn ved timebestilling på helsestasjonen, går hun glipp av disse gyldne anledningene til å opparbeide bred tillit som gir så å si gratis inngangsbillett til en ny kultur. To av informantene har beveget seg på denne måten utover de faste rammene i jobben. Den ene når hun går inn i jentegruppen på skolen, og en andre der jeg var med på ekstra hjemmebesøk i forbindelse med at en familie var nyinnflyttet til hennes distrikt og hun valgte å ha første møte på deres hjemmearena. Det samme gjør andre når de for eksempel følger mor til åpen barnehage eller mor og barn til legebesøk. Disse tingene fordrer at helsesøster har ekstra tid. Jeg vet at kollegene strekker seg. Jeg snakker mer om tid og organisering av tjenesten under kapitlet om å være tilgjengelig.

I alt det jeg nå har beskrevet ovenfor, er helsesøsters fokus på barna og familien som helhet. En annen måte å bygge tillit på, er å ha fokus rettet mot mor spesielt, eller noen ganger begge foreldrene. Jeg velger her å konsentrere meg mest om mor. Dette kan hun gjøre ved å ha god kommunikasjon med mor og være tilgjengelig dersom mor velger å søke råd for sin helse. Når

dette skjer og kvinner opplever å få konkret hjelp med egen helse, utvides dialogen og helsesøster trår fram som en samtalepartner og en ressursperson for kvinner som ennå ikke helt har funnet fram i vårt helsevesen eller i vårt samfunn. Gjennom dette skaper hun tillit slik at det dannes en god sirkel der mor får helsehjelp og erfarer at man kan leve uten smerter. Denne helsehjelpen kommer også ektemaken til gode idet kvinna kan nyte seksuallivet uten smerter. En ektemann har kommentert dette til meg tidligere. Kunnskapen et nytt og smertefritt liv er noe jeg ser at kvinner deler mellom seg. Det må vel oppleves som en helt ny verden, en aha-opplevelse. Det kan vitses om, som da to mødre var i akebakken med barna fant ut at nå kunne de fritt ake uten bekymring. Dette fortalte de oss norske damer under stor latter.

Helsesøster alene kan ikke sørge for at kvinner får nok helsehjelp. Hun er bare et mulig første ledd i en liten rekke av hjelpere som skal til. Det er nødvendig med en kjede av personell som jobber mot samme mål og vet av hverandre, slik at henvisningen inn til hjelpende lege er så smidig som mulig og at alle kjenner hva som skal til for å hjelpe. For eksempel kan det hende at en ungjente har plager og ønsker å åpne seg, men hun vet at foreldrene er imot. Da er det viktig at innkallingen til gynekologen på sykehuset skjer i annen form enn ved brev hjem, og at det heller ikke dukker opp en regning hjemme i posten i etterkant. Her er det sykehusets rutiner som må tilpasses pasientens behov for anonymitet. Jenta kan også få med seg dokumentasjon fra legen på at inngrepet var nødvendig av helsemessige grunner. Dette fordi hun kan bli spurt om hvorfor hun ikke er jomfru når hun senere møter den mannen hun vil gifte seg med, og mannen kan avvise henne dersom han tror hun har vært ”løs på tråden”. Kvinnelig omskjæring oppfattes ofte som en måte å kontrollere seksuell atferd og kvinners seksualitet på. Nettopp slik samhandling mellom hjelperne i helsetjenesten og tilpasning av systemet på er et eksempel på at man ser verden fra jenta, eller kvinns, ståsted og legger tilrette slik at tillit kan bestå både mellom jenta og helsevesenet, og jenta i forhold til sin kjæreste. Ved å være i primærhelsetjenesten, i første linje, kan helsesøster ofte være den som setter i gang denne kjeden av hjelpere. Og hun vil også kunne være den som følger jenta opp psykososialt i ettertid. Slikt skaper tillit.

11.2.1.Kunnskap

Både norske helsesøstere og kvinner fra målland trenger på hver sin måte kunnskap om omskjæring.

Den kroppslige erfaringen gjør at innvandrerkvinnene tenker seg om før hun utsetter sin egen jente for omskjæring. Hun tar inn ny kunnskap og gjør den til sin idet hun handler med hensyn på det hun nå vet. Ulikt Sunya i åpningshistorien som dessverre lærte på en tragisk måte, trenger kvinnen da ikke erfare gjennom personlig tap, men kan lære ved hjelp av undervisning og ved at helsepersonell bryr seg. Men hvem skal undervise om kropp og helse? Hvilken oppgave er det helsesøster ser for seg som hennes, og hva velger hun å overlate til andre?

”Altså, du må jo ta det (temaet kjønnslemlestelse) opp når du har samtale med de som har jenter og hvor det er aktuelt. Det er et tema som du bør ta opp på lik linje med vaksinasjon og amming og sånne ting. – og ellers diskutere det på arbeidsplassen. Lage prosedyrer og sånne ting som jeg har nevnt. Ja, ta det opp til diskusjon.”

”Jeg vet ikke hvor vi som helsesøstre ellers skulle nå målgruppa. Det måtte være at vi jobbet sammen med andre grupper og informerte. Jeg vet ikke hvor man kunne treffe målgruppa hen. Om det er noe sånn felles – altså det er jo så forskjellige kulturer, og jeg vet ikke om de forskjellige kulturene møtes. Så jeg ser vel ikke noe sånn direkte. Men man kunne jo jobbet med å ha en informasjonsbrosjyre.”

Gode brosjyrer er forlenget utarbeidet og kan kastes ned fra internett på flere språk. Kommunens forebyggende tjenester har en fagleder som kan hjelpe med kunnskapsutvikling og at informasjon deles. Min generelle erfaring med kolleger er at de aller, aller fleste er flinke til å skaffe seg selv kunnskap. Det ser jeg ofte når vi står overfor en konkret problemstilling. Da søker vi etter mer informasjon som kan komme brukeren til gode. Dersom ikke problemområdet oppleves som aktuelt, vil tidligere informasjon bli liggende som ”sovende” og med tiden utdateres. Derfor må temaet være ”varmt”. Hvis vi ikke viser at vi har kunnskap om kjønnslemlestelse og kan sette tradisjonen inn i et kulturelt og medisinsk perspektiv, eller er villig til å spørre kvinner slik at vi får kunnskap, tror jeg ikke vi vinner noens tillit. Da vil ikke kvinner føle at vi er interessert. Når min kollega legger sitt første møte med innvandrerfamilien til deres hjemmebane, signaliserer hun at hun er mer enn vanlig interessert i deres liv.

Er det ingen helsesøstre som har følt ansvar for å samle for eksempel den somaliske kvinnegruppa i byen? Det er et spørsmål som dukker opp i etterkant av funnene i feltarbeidet. Kanskje fordi ingen av helsesøstrene møter mange nok brukere på helsestasjonen til å se hele feltet. Eller fordi det mangler et innenfraperspektiv og ingen føler eierskap til problemområdet? Hvis man ikke har nok kontakt inn i feltet, er det alltid lett å tenke at det er en annens ansvar. Og så lenge det finnes en helsesøster som skal jobbe spesielt med å ta imot nybosatte flyktninger, kan tanken på ansvar lett overlates til å påhvile denne personen.

I feltarbeidet lurte jeg på hvor helsesøster har sin kunnskap om kjønnslemlestelse fra. En sa at hun hadde lest om temaet i fagbladet for sykepleiere, andre refererte til presse og kringkasting, til forelesning i helsesøsterutdanningen, til forelesning som sykepleieren Safia Abdi Haase hadde holdt under OK prosjektet 2001 - 2004, og til seminar i regi av fylkesmannen i tillegg til å lese selv.

”Vi fikk den boka. (”Fra kunnskap til handling”; min anmerkning) Jeg har en del litteratur og materiell som jeg ikke har fått gått gjennom”.

Det min kollega refererer fra forelesningen med Safia, forteller meg at hun har fått nyansert kunnskap om at kvinners seksuelle følelser ikke er ødelagt selv om hun er infibulert:

”Hun sa at det (seksualitet; min anmerkning) lå ikke bare der nede, det lå er oppe også (hun pekte på underliv og hode). Det her med å – selv om de ødela henne nedentil, så ødela de ikke gleden ved seksualitet”. ”Eg har dessverre ikke fått lest noe om det og satt meg inn i det, men eg er interessert i det. Det var veldig mye som kom opp der,”

sier hun og refererer til forelesningen.

Jeg tenker at denne typen kunnskap som overleveres rett fra ”kilden” så og si, gjør dypt inntrykk og letter kommunikasjon. Denne fortellingen om personlig erfaring fra en som selv har gjennomgått kjønnslemlestelse gjør at helsesøster får et nærmere forhold til temaet siden det kan knyttes til et ansikt. Og det igjen vil gjøre at hun selv er mer frimodig til å ta opp emnet senere. I tillegg til disse nevnte kunnskapskildene har det i de senere årene med mellomrom dukket opp artikler i fagbladene ”Sykepleien”, ”Helsesøstre” og legetidsskriftet. Nå er det mer informasjon å hente fra både jordmor- og helsesøsterutdanningen. Hva gjorde jeg selv? Da lærerne på ungdomsskolen snakket om jenter som ikke ville delta i gym, måtte jeg begynne å lete i litteraturen og finne en pålitelig somalisk dame som jeg kunne spørre i praksis etter skader fra omskjæring. I 1999, da jeg var ny som flyktninghelsesøster, hadde jeg

ikke møtt noen som underviste om emnet, og jeg tror verden i Nord-Norge ennå var ganske taus. Senere deltok jeg på kunnskapssamlinger og arbeidet med kvinnegrupper.

11.2.2. Aristoteles` klokskap

Hvis helsesøster mangler kunnskap om hva som skjer i feltet om kjønnslemlestelse og hvis hun ikke makter å bygge opp tillit til de kvinner og jenter hun skal bistå, kan handlingene hennes oppfattes som arrogant eller uklok. Dette kan skje hvis hun bare forteller om norsk lov uten å spørre etter hvordan kvinnen, eller foreldrene, tenker og hvilken verden de handler innenfor. I veilederen som helsestasjonen følger⁵³ står det at *”Det skal opplyses om at kjønnslemlestelse er forbudt i Norge”*. Informasjonen er oversatt til ulike språk. Foreldrene skal undertegne på at de har mottatt informasjon.

Dette blir en toleddet samtale hvis helsesøster leser opp loven for mor eller foreldrene ved første møte og uten at partene kjenner hverandre. Enhver av partene forholder seg til sitt saksområde: helsesøster skal fortelle om forbud, foreldrene skal tilpasse seg liv og regler i Norge. Helsesøster kan bli så opptatt av det formelle rundt avvergelsesplikten at hun glemmer tiden det tar å bli kjent først. Slik må ikke vår vanlige yrkespraksis bli. Hva tenker vel den damen som er mottaker av informasjonen i rundskrivet hun må undertegne? Hvilket forhold har hun til et papir som hun kanskje ikke en gang kan lese?

I møtet kan helsesøster ha en teoretisk, medisinsk kunnskap om omskjæring som hun kan legge til grunn for samtalen med foreldrene. Den er en forutsetning for at hun kan ta opp emnet og si noe fornuftig om farene ved omskjæring i det hele tatt. Dernest kan hun bestrebe seg på å få et kjent og fortrolig forhold til kvinnen hun snakker med, og la samtalen få form som en utforskende og reflekterende utveksling mellom to parter. Da har forhåpentligvis begge noe å gi hverandre. Jeg håper det er en bedre inngangsport til tillit.

Så lenge helsesøster handler med hensyn på en verden som er ukjent, eksisterer det en sjanse for at handlingsvalget hennes kan oppfattes som krenkende av den hun skal hjelpe. Vi lærer av feil og erfaring. Ryktet om ”ikke snill” sprer seg fort i det etniske miljøet. Motsatt spres

⁵³ Barne- og likestillingsdepartementet, Helse og omsorgsdepartementet: ”Veileder om regelverk, roller og ansvar knyttet til kjønnslemlestelse”; s.11

også det gode ryktet om ”god dame” - at her er en person man kan snakke med. Flyktningen sender ingen skriftlig klage, men uteblir kanskje fra konsultasjon eller ber om å få en annen helsesøster. I slike tilfeller mister hun sjansen til å rette opp feilen fordi hun mangler tilbakemelding. Når det skjer krenkelse, mangler hvor klokskapen, den vise oversikten, måteholdet og holdningen som kan være innebygget i en erfaren yrkesutøvers handling – det som Aristoteles kaller fronesis.⁵⁴ Det vil si når klokskapen er innebygget i praktikerens handling som en integrert del av selve aktiviteten. Med erfaring vokser klokskapen fram.

Det jeg har skrevet om helsesøstrenes kunnskapssamling er den teoretiske bakgrunnen deres, Aristoteles’ episteme. Er det nok kunnskap til å utvikle fronesis? Den tredje informanten kommer inn på praktisk klokskap når hun sier at:

”.. jeg har jo hørt om det (kjønnslemlestelse), men ikke tenkt over det på samme måte, som når man begynner å jobbe med det”.

Når hun møter temaet i yrkeshverdagen og temaet får et ansikt, tvinges hun til å ta stilling og forholde seg aktivt. Før helsesøster griper fatt i temaet og begynner å snakke med kvinner fra målgruppen, får hun ikke erfaring og da kan hun ikke reflektere og utvikle praktisk kunnskap om kjønnslemlestelse. Med det mener jeg at hun trenger denne praktiske vinklingen i tillegg til teoretisk kunnskap. Jeg tror det er nettopp denne vekslingen mellom refleksjon over og i handling som bidrar til å utvikle en klokskap i praksis.

Jeg ser at klokskapen ligger der, i den åpne og varme måten mange tar imot nye helsestasjonsbrukere på. Men hva med tid og tilgjengelighet, og hvor mye tid er det til å løfte blikket og tenke ut over vår vanlige rutinehalvtime på helsestasjonen? Dersom vi ikke ser at likeverdig helsehjelp er mer enn like tjenester, taper vi i utgangspunktet. Slik jeg kjenner yrkesgruppa, tror jeg nok dette poenget anerkjennes. Men jeg har ikke spurt etter det i feltarbeidet.

Tillit og kommunikasjon blir nøkkelord til kunnskapsutvikling i forholdet mellom helsesøster og familier. Med en yrkesutøvelse som skaper tillit får helsesøster mangfoldig igjen i form av innsidekjennskap til andre kulturer og bidrar også til å gi ny kontur til sin egen kultur idet flyktningen da får se Norge med et blick innenfra. Uten tillit mister helsesøster de gode samtalene og får dermed mindre kunnskap om utøvelsen av tradisjonen om kvinnelig kjønnslemlestelse, og flyktningene kan gå glipp av helsehjelp.

⁵⁴ Janick 1996 s.17 - 21

11.2.3. Å være tilgjengelig

Tilgjengelighet er et annet moment som hjelper til med å skape tillit. I begynnelsen av oppgaven har jeg nevnt tiden som trengs til å få kunnskap og til endring av kulturelle vaner og praksis. Jeg kommer tilbake til temaet i kapitlet om lokal praksis. Det er altså ikke bare innvandrerkvinnen eller –familien som endrer seg. Jeg ser at også at min egen og andre helsesøstrers kunnskap og praksisutøvelse er endret.

I enkelte kulturer oppfatter man at tiden er noe som *kommer* mot en; tiden *går* ikke slik som vi sier. Solens gang og dagens oppgaver rytme bestemmer tiden. Hensynet til respekt og høflighet for en bekjent man møter på vegen kan være viktigere enn timen hos legen på et bestemt klokkeslett. Min erfaring er at det nytter lite å bli sint over en tapt helsestasjonstid. Men det hindrer ikke at jeg selv har revet meg i håret over tapt tid av og til. Og flyktninger som ikke forholder seg til vårt tidsbegrep her i landet, møtes etter hvert med misbilligelse fra norsk side og alltid med en faktura i posten for uteblitt time fra sykehus og lege. Dersom helsesøster kan holde ut og ta imot foreldre like blidt neste gang de kommer, vinner hun tillit. Selv om hun påpeker tidligere uteblivelser. Kanskje får hun innblikk i en strevsom hverdag. Hun har sjanse til å få et verdifullt innenfraperspektiv. Det at hun er tilgjengelig, er villig til å låne øre og avtale ny time, skaper tillit. Hun er en som viser interesse for den nyankomne og blir et mellomledd mellom norske kontorer og flyktingen, som på sin side må tilpasse seg og lære å forholde seg til tid på en ny måte.

Tilgjengelighet innebærer at lokaler og helsestasjonsrytme passer for brukerne. Det må finnes en tid for åpen helsestasjon der brukerne kan komme innom og bli møtt med åpenhet. Kanskje til og med bli møtt av en assistent som kan språket? Det er vanlig praksis at helsestasjonen har en tid der brukerne kan komme uten timebestilling og for å veie babyen eller komme med spørsmål de måtte ha. Helsesøstrene deler gjerne på denne oppgaven og betjener en uke hver. Jeg har funnet ut at det lønner seg at innvandrerene, som er ny i landet, får møte den eller de få samme helsesøster som han/hun allerede kjenner. Da slipper de å kave seg gjennom språket og sin personlige historie på nytt. I et tillitsfullt forhold oppstår det en spesiell kontakt mellom innvandrerfamilie / -kvinne og helsesøster. Og her tror jeg er grunnlaget for at den flyktingfaglige kunnskapen vokser fram.

En kollega som har jobbet mange tiår med norske familier sa nylig til meg at hun gjennom sin nye oppgave som flyktninghelsesøster hadde oppdaget at det fins noe som er flyktningfaglig, som skiller seg fra annet helsestasjonsarbeid. Hun pekte på den tause kunnskapen som ligger i det å etablere og beholde et godt forhold mellom innvandrerkvinn / -familien og seg selv. Hun måtte ta imot andre problemstillinger enn hun gjorden tidligere, hjelpe til med de for oss små dagliglivets detaljer, være et mellomledd til andre kontorer. Hun strekker seg lengre i arbeidsoppgavene enn man gjør overfor øvrige brukere. Men hun får så mye igjen i form av menneskelig mangfold, utvist takknemmelighet, varme, kontakt og ervervet erfaring.

11.3. Tillit og mistillit i nasjonal diskurs og praksis.

Debatten om forebyggingsmetode har tidvis gått høyt ikke bare her i landet, men også i Europa. Frankrike fikk lov om tvungen underlivsundersøkelse av jenter og enkelte norske politikere ville ha det samme. Det finnes lov mot kvinnelig kjønnslemlestelse. Det finnes avvergelsesplikt. Etter at det nasjonale OK-prosjektet sluttet i 2004 skulle arbeidet som var påbegynt implementeres som rutiner i kommunenes arbeid. Etter hvert er det kommet rundskriv der mor eller foresatte skal underskrive at de har fått informasjon om kjønnslemlestelse⁵⁵, og tilbudet om frivillig underlivsundersøkelse⁵⁶ av jenter. Noen somaliske kvinner jeg snakket med mener at en norsk legeattest vil kunne gi foreldre som er på utenlandsferie i hjemlandet et argument mot bestemødre og tanters krav om at jenter må omskjæres. Da er dette et tillitsskapende tiltak som kan være til hjelp for foreldre som ikke ønsker omskjæring. Her arbeider helsesøster og foreldre samme mål når erklæringskrivet dras fram i konsultasjonen.

Jeg har allerede sagt at enkelte innvandrere selv argumenter for tvungen underlivsundersøkelse når de sier at landsmenn ikke vil forstå alvoret før noen blir straffet. Men med kravet om tvungen undersøkelse ble det samtidig reist store motspørsmål om når skal jenter undersøkes, hvilke jenter skal det gjelde – *alle* jenter, eller bare jenter fra mållandene? Hvem skal foreta undersøkelsen, og hvor? På helsestasjonen eller hos fastlegen?

⁵⁵ [rundskriv om opplysning og kjønnslemlestelse og](#)

⁵⁶ Det kongelige helse- og omsorgsdepartementet: Forebygging av kjønnslemlestelse – tilbud om samtale og frivillig underlivsundersøkelse av jenter / kvinner med bakgrunn fra land hvor kjønnslemlestelse praktiseres. Rundskriv nr.I-2/2010

Hvem skal stå for innkallingen? Hvilke(n) årsgruppe(r), hvor lenge skal jentene følges opp? Har norske leger kunnskap nok til dette, siden det dreier seg om både forskjellige omskjæringstidspunkter i jentas liv og -metoder samt at anatomien er ulik hos små barn? Dette var vanskelige metodiske spørsmål som oppstod i debatten, og som nå er løst i forskrifter fra Helsedirektoratet der det slås fast at undersøkelse gjelder jenter fra land der skikken praktiseres, og det settes tidspunkt for når foreldre skal inviteres til samtale med helsesøster: ved skolestart og på 5.klassetrinn. I ungdomsskolen inviteres jenta uten foreldre. Lege som eventuelt er ansvarlig for underlivsundersøkelse skal være tilknyttet helsestasjons- og skolehelsetjenesten.⁵⁷ Helsedirektoratet gikk inn for ikke å anbefale tvungen undersøkelse nettopp ut fra ”etiske, juridiske og medisinske grunner”⁵⁸

Videre ansvar for andre tiltak utenom den enkelte kommune er lagt til RVTS-ene, det vil si regionale sentra om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging. Flere steder er det blitt holdt såkalte informatørkurs der kvinner fra målland inviteres sammen med norsk og norsktalende helsepersonell, mest jordmødre og helsesøstre, og hvor partene skal jobbe sammen innad mot sine egne innvandrermiljøer i kommunen. Meningen da er at kvinner som har tillit i de etniske miljøene kan påvirke egne landsmenn. Siden de snakker språket og omgås landsmenn, har de også en langt bedre oversikt over holdninger - og praksis - som rører seg blant dem enn det en nordmann kan få. Det tanken om innenforskap som gjelder når landsmenn underviser sine egne. Jeg synes dette høres ut som en fornuftig metode og jeg er viss på at kolleger stiller opp i møte dersom de blir invitert.

12. Veien videre

Etter som årene har gått har vi fått erfaring med arbeidet mot kvinnelig kjønnslemlestelse i Norge og det er utarbeidet en del materiale til bruk for forebygging. Helsesøstrene må gjøre det til en vane å spørre kvinner om kulturell praksis. I alle fall er de pålagt å følge veilederen mot kjønnslemlestelse og ta opp spørsmålet til visse tider slik jeg har nevnt i overfor. Det er for så vidt regelverket som setter inn kontrollerende tiltak.

⁵⁷ Helsedirektoratet: Veileder IS-1746 s.6 - 10

⁵⁸ ibid s.3

I noen videregående skoler er det ansatt spesialrådgiver som har fokus nettopp på temaene kvinnelig kjønnslemlestelse og tvangsekteskap. IMDI (Immigrasjons - direktoratet) har det samme. Og fylkesmannens helseavdeling prosjektpenger som kommunene kan søke om fra. Så er det opp til hjelpenes blikk, fantasi og innsatsiver hvilke tiltak som kan gjøres.

Når det gjelder former for forebyggende tiltak tror jeg det ikke er snakk om enten kontroll eller frivillighet, men et Ole Brummsk ”ja takk, begge deler”. Helsesøster må befinne seg på den arenaen der hun naturlig treffer kvinner og gripe de muligheter for forebygging som hun ser. Det kan være direkte rettet mot svangerskap og fødsel, mot den enkelte ungjenta eller kvinna selv, eller mot generell informasjon og undervisning i grupper. Og det faktum at norsk lov må anvendes i tilfeller der kjønnslemlestelse skjer.

Jeg tenker arbeidet med forebygging i ett aspekt angår kvinna alene, mens det på andre måter kan knyttes til generell integrering i vårt samfunn. For eksempel hender det at gravide kvinner som er ny i Norge får manglende oppfølging i svangerskapet fordi de ikke er vant til å oppsøke lege tidlig nok. Kan hende vet hun heller ikke om ordningen med oppfølging hos jordmor, eller forstår hvorfor det er viktig. Nå har vi i min kommune samlet innvandrerkvinner til egne små svangerskapskurs der undervisningen har vært tilrettelagt spesielt i forhold til kvinner som er ny i landet og som ikke har samme skolebakgrunn som norske gravide. Kvinneklinikken har også åpnet dørene slik at disse damene får besøke fødeavdelingen og får konkret kunnskap om hvor hun kommer og hva som skjer når fødselen står for døren. Flere kjenner hverandre idet de deltar på voksenopplæringen sammen. Dette lille spesielle svangerskapskurset kan tilpasses kunnskapen til deltakerne og man samler de damer som det er aktuelt for uansett om det er ”mange nok” eller bare to. Og det er gratis. Dette har vært et samarbeid mellom helsesøster, Amatheia og i noen grad flyktningkontoret. Samt kvinneklinikken. Dette er metodeutvikling for å ivareta kvinner og som også har betydning for forebygging av kjønnslemlestelse.

Hvor kan vi treffe kvinnene? På helsestasjonen, i flyktning- eller innvandrerkontoret, på voksenopplæringen, i skolehelsetjenesten når de følger barna. Eller ved å søke samarbeid med etniske kvinnegrupper eller ressurspersoner i det etniske miljøet. Poenget er at vi må bry oss. Vi må erkjenne at det fordrer andre tiltak enn overfor familier, kvinner og barn som beveger seg lett i dette samfunnet. Likt tilbud se ikke det samme som likeverdig tilbud. Vi må samarbeide over et bredt spekter og finne de gode møtepunktene og de gode hjelperne: i

etnisk miljø, med frivillige organisasjoner, med andre helseprofesjoner og andre etater. Vi må jakte på gode tiltak og smidige løsninger.

Over tid ser jeg at det er håp i hengende snøre. Det er opp til både helsearbeidere og innvandrergupper. Holdninger til kjønnslemlestelse snus. Jeg merker i arbeidet mitt at flere kvinner ber om henvisning til kvinneklinikken for å bli åpnet. Et nylig studium blant somaliske kvinner i Oslo bekrefter også dette.⁵⁹

For å bekrefte dette trenger vi metodeutvikling for å lage møter som er gode for innvandrerfamilier og –kvinner, og vi trenger erfaringsutveksling. Og vi trenger både kvantitativ og kvalitativ forskning.

Da synes jeg det passer å sitere en av de somaliske kvinnene i byen. Etter et møte nylig, der vi hadde sett en afrikansk film om kulturelle tradisjoner, kommenterte hun før vi skiltes:

”Si fra til meg når du trenger hjelp.”

⁵⁹ Gele, Kumar, Harsløf Hjelde og Sundby

Littearturliste

- Barends, Virginia Lee og Janice Boddy (1995) *Aman – en kvinne fra Somalia forteller*. Oslo : Hjemmets bokforlag
- Buber, Martin (1968) *Jeg og Du*. Oslo : Cappelen
- Eide, Solveig Botnen, Hans Herlof Grelland, Aslaug Kristiansen, Hans Inge Sævareid og Dag G. Aasland (2003) *Fordi vi er mennesker : en bok om samarbeidets etikk*. Bergen : Fagbokforlaget
- Føllesdal, Dagfinn og Lars Walløe (2004) *Argumentasjonsteori, språk og vitenskapsfilosofi*. Oslo : Universitetsforlaget
- Gadamer, Hans- Georg (2003) *Forståelsens filosofi*. Oslo : Cappelen
- Gadamer, Hans - Georg (2010) *Sannhet og metode*. Oslo : Pax
- Abdi A Gele, Abdi A, Bernadette Kumar, Karin Harsløf Hjelde og Johanne Sundby (2012) *Attitudes toward female circumcision among Somali immigrants in Oslo: a qualitative study*. I International Journal of Women's Health, 18.01.12
- Gulddal, Jesper og Martin Møller (red) (1999) *Hermeneutikk. En antologi om forståelse*. København : Gyldendal
- Hauge, Lars Steinar og Bjørn Holgernes (2005) *Vitenskap og språk : en innføring i vitenskapsfilosofi og logikk*. Kristiansand : Høyskoleforlaget
- Helsedirektoratet (2011) *Forebygging av kjønnslemlestelse : tilbud om samtale og frivillig underlivsundersøkelse*. Oslo : Helsedirektoratet
- Helsedirektoratet Veileder om regelverk, roller og ansvar knyttet til kjønnslemlestelse
- Det kongelige helse- og omsorgsdepartementet: Forebygging av kjønnslemlestelse – tilbud om samtale og frivillig underlivsundersøkelse av jenter / kvinner med bakgrunn fra land hvor kjønnslemlestelse praktiseres. Rundskriv nr.I-2/2010
- Janick, Allan (1996) *Kunnskapsbegreppet i praktisk filosofi*. Stockholm : Brurts Østlings Bokforlag
- Johansen, R. Elise B. (2005) *Fra kunnskap til handling : handbok om kvinnelig omskjæring for helse- og sosialarbeidere, pedagoger og ansatte i mottak*. Oslo : OK-prosjektet. Statens forvaltningstjeneste
- Josefson, Ingela (1998) *Lekarens yrkeskunnande*. Lund : Studentlitteratur
- Lorensen, Margrethe (1998) *Spørsmålet bestemmer metoden*. Oslo : Universitetsforlaget
- Lov om forbud mot kjønnslemlestelse av 15.des.1995 nr.74

- Meløe, Jacob (1985) *Notater i vitenskapsteori*. Tromsø : universitetet
- Årstall *Retningslinjer for helsestasjonvirksomhet*,
- Lægroid, Sissel og Torgeir Skorgen (red.) (2001) *Hermeneutisk lesebok*. Oslo : Spartacus forlag,
- Ploug Hansen, Helle (1998) *Omsorg, krop og død*. København : Gyldendal
- Skjervheim, Hans (2005) *Mennesket*. Oslo : Universitetsforlaget
- Thalle, Aud (2003) *Om kvinneleg omskjæring. debatt og erfaring*. Oslo : Samlaget
- Utstøl, Aasa og Sigrid Tonstad (2006) *Nå er vi trygge! : erfaringer fra arbeidet i Somalisk Kvinnegruppe i Tromsø*. Tromsø : RVTS Nord.
- Wadel, Cato (1991) *Feltarbeid i egen kultur*. Flekkefjord : SEEK