

Forebygging av kjønnslemlestelse: Tilbud om samtale og frivillig underlivsundersøkelse

*Veileder for helsestasjons- og skolehelsetjenesten
Revidert mars 2014*

Heftets tittel: Forebygging av kjønnslemlestelse: Tilbud om samtale og frivillig underlivsundersøkelse

Utgitt: 01/2011

Bestillingsnummer: IS-1746

Utgitt av: Helsedirektoratet
Kontakt: avdeling minoritetshelse og rehabilitering
Postadresse: Pb. 7000 St Olavs plass, 0130 Oslo
Besøksadresse: Universitetsgata 2, Oslo

Tlf.: 810 20 050
Faks: 24 16 30 01
www.helsedirektoratet.no

Heftet kan bestilles hos: Helsedirektoratet
v/ Trykksaksekspedisjonen
e-post: trykksak@helsedir.no
Tlf.: 24 16 33 68
Faks: 24 16 33 69
Ved bestilling, oppgi bestillingsnummer: IS-1746

Forord

Kjønnslemlestelse, eller kvinnelig omskjæring, er en gammel praksis som tradisjonelt har vært oppfattet som en god og moralsk verdsatt handling i mange samfunn. I disse samfunnene har kjønnslemlestelse vært en smertefull, men nødvendig sedvane for at jenter skulle utvikle seg til sosialt verdsatte kvinner, hustruer og mødre.

Norske myndigheter lovfestet i 1995 forbud mot kjønnslemlestelse av jenter og kvinner bosatt i Norge. Kjønnslemlestelse er helseskadelige inngrep på jenter og kvinners kjønnsorganer.

For å forebygge kjønnslemlestelse og fange opp de som trenger helsehjelp som følge av slike inngrep, er det bestemt at helsestasjons- og skolehelsetjenesten skal tilby samtale om kjønnslemlestelse til foreldre og jenter med bakgrunn fra aktuelle land, på 1.trinn og på 5.trinn. Jenter med bakgrunn fra samfunn hvor kjønnslemlestelse er utbredt, skal også få tilbud om underlivsundersøkelse.

I tillegg skal jenter fra de aktuelle landene få tilbud om samtale og underlivsundersøkelse på ungdomsskoletrinnet.

Omskjæring av jenter og kvinner er en praksis som defineres ensidig negativt i det norske samfunnet. Personer med bakgrunn fra land hvor kjønnslemlestelse praktiseres, kan derfor føle seg stigmatisert. Når kunnskapen om helsekonsekvensene øker og omgivelsene endres, tar mange selv avstand fra kjønnslemlestelse. Det forebyggende arbeidet må først og fremst rette seg mot de som ikke har tatt til seg den nye kunnskapen, og som enda ikke har endret sine holdninger i forhold til kjønnslemlestelse som del av en kulturell praksis.

Kjønnslemlestelse er et sensitivt tema, og det er svært viktig å møte foreldre og jenter fra aktuelle land med tålmodighet, respekt og forståelse, samtidig som informasjon om forbudet, helsekonsekvenser og helsehjelp formidles på en god måte.

Oslo, januar 2011

Bjørn-Inge Larsen
direktør

Innhold

Forord	3
1. Tilbud om samtale og underlivsundersøkelse	5
1.2 Bakgrunn for tilbudet	5
2. Kjønnslæstelse	6
2.1 Helsekonsekvenser og komplikasjoner	6
2.1.1 Akutte fysiske komplikasjoner	7
2.1.2 Komplikasjoner på lang sikt	7
2.1.3 Komplikasjoner knyttet til graviditet og fødsel	7
2.1.4 Konsekvenser for psykisk helse	8
3. Målgruppe for tilbud om samtale og frivillig underlivsundersøkelse	8
3.1 Oversikt over aktuell landbakgrunn	8
3.2 Tilbudet omfatter	9
4. Samtale	9
4.1 God kommunikasjon og bruk av tolk	10
4.1.1 Bruk av kvalifiserte tolker	10
4.1.2 Fjerntolking	11
5. Samtykke	10
5.1 Jenter under 12 år	11
5.2 Jenter 12-16 år	11
5.3 Jenter som har fylt 16 år	12
6. Gjennomføring av underlivsundersøkelsen	12
7. Journalføring og legeerklæring	13
8. Henvisning til spesialisthelsetjeneste	13
9. Oppfølging psykisk helse	15
10. Helsepersonells opplysningsplikt og avvergelsesplikt	15
11. Økonomi	16
12. Et helhetlig tilbud til målgruppen i kommunene	16
13. Aktuelle nettsteder og relevant litteratur	16

1. Tilbud om samtale og underlivsundersøkelse

1.1 Formål og målgruppe

Formål med tilbudet er at samtale og en eventuell underlivsundersøkelse skal forebygge at jenter utsettes for kjønnslemlestelse, og bidra til at jenter som har helseplager etter kjønnslemlestelse får helsehjelp.

Målgruppe for tilbudet er foreldre og jenter med bakgrunn fra de aktuelle land. Tilbud om samtale og underlivsundersøkelse skal gis ved skolestart (5-6 år), i barneskolens 5.trinn (10-11 år) og på ungdomsskolens klassetrinn (14-16 år).

1.2 Bakgrunn for tilbudet

"I Innst. S. nr. 185 (2004-2005) til St.meld. nr 49 (2004-2005) *Mangfold gjennom inkludering og deltagelse – Ansvar og frihet* fattet flertallet i Stortinget følgende anmodningsvedtak nr. 385 for å forebygge kjønnslemlestelse: "Stortinget ber regjeringen utrede innføring av klinisk observasjon av alle barns kjønnsorganer ved dagens helsekontroller, samt utrede omfanget av slike kontroller og om de skal være obligatoriske."

Helsedirektoratet, som fikk i oppdrag å utrede spørsmålet, avgrenset utredningen til kjønnslemlestelse av jenter, og tilrådte *ikke* å gjøre slike undersøkelser obligatoriske (dvs. tvungne) i dagens helsekontroller ut fra etiske, juridiske og medisinske grunner, jf. rapport IS - 1372.

Høsten 2007 foretok Institutt for samfunnsforskning (ISF) en kartlegging av omfanget av kjønnslemlestelse i Norge. I kartleggingsstudien vises skepsis til innføring av obligatoriske underlivsundersøkelser, og ISF anbefalte i stedet å utvikle rutiner for tilbud om helsehjelp til kvinner som er kjønnslemlestet, samt å innføre forebyggende samtaler i skolehelsetjenesten, jf ISF - rapport 2008:8.

Videre fikk Senter for menneskerettigheter i oppdrag å foreta en studie av menneskerettslige problemstillinger knyttet til obligatoriske underlivsundersøkelser. Studien ble fremlagt i mai 2008 og konkluderer med at tvungne underlivsundersøkelser som et tiltak mot kjønnslemlestelse - både for alle jenter og for jenter i risikogrupper – antas å være i strid med blant annet retten til privatliv i Den europeiske menneskerettskonvensjonen (EMK) og diskrimineringsforbudet i Barnekonvensjonen.

På bakgrunn av blant annet disse tre utredningene er det besluttet at obligatoriske (tvungne) underlivsundersøkelser av alle jenter eller av jenter i risikogrupper *ikke* er aktuelt.

2 Kjønnsslemlestelse

Praksisen er primært utbredt i et belte tvers over Afrika rundt Sahara. I tillegg praktiseres kjønnsslemlestelse av jenter på den arabiske halvøy og blant enkelte folkegrupper i landene omkring, for eksempel blant kurdiske grupper og andre i Iran og Irak. Videre praktiseres skikken blant enkelte folkegrupper i Indonesia og Malaysia samt små grupper i India og Pakistan.

Etnisk tilhørighet er den mest utslagsgivende faktor med hensyn til om et barn blir kjønnsslemlestet (WHO 2008). Skikken praktiseres både blant muslimer, kristne og andre trossamfunn, men er mest utbredt i muslimske land. Inngrepet skjer oftest når jentene er i alderen 5–14 år. I noen land kjønnsslemlestes jenter før de er fem år, enkelte steder helt ned i spedbarnsalder. Inngrepet utføres vanligvis av lekfolk og under usterile forhold, men det utføres også av profesjonelt helsepersonell under gode hygieniske forhold.

Kjønnsslemlestelse av jenter/kvinner er en fellesbetegnelse på ulike typer og grader av inngrep hvor ytre kjønnsdeler fjernes helt eller delvis, eller påføres annen varig skade og som foretas av andre årsaker enn rent medisinske. Teoretisk skiller man vanligvis mellom fire typer etter inngrepets omfang. Inndelingen er utarbeidet av WHO. I praksis kan det ofte være vanskelig å skille de ulike formene for kjønnsslemlestelse og det er mange mellomtyper.

Type I: Delvis eller fullstendig fjerning av klitoris og/eller dens forhud (klitoridektomi)

Type II: Delvis fjerning eller fullstendig av klitoris og indre kjønnslepper, med eller uten fjerning av vev fra ytre kjønnslepper (eksisjon)

Type III: (infibulasjon)

Innsnevring av skjede-åpningen gjennom dannelse av et dekkende segl, ved at indre og /eller ytre kjønnslepper er skåret i slik at de gror sammen, med eller uten fjerning av klitoris (infibulasjon)

Type IV: Uklassifisert: Alle andre skadelige inngrep i kvinners kjønnsorganer uten medisinsk begrunnelse, bl.a. prikking, gjennomhulling, skjæring, skraping og brenning.

Av betydning i norsk sammenheng er at somaliere og folk fra nord-Sudan i overveiende praktiserer type III, og en betydelig del av befolkninga i Eritrea, (UNICEF 2013). Mens type I og II-lemlestelse er det mest utbredte inngrepet på verdensbasis (UNICEF 2013, Yoder et al 2008), utgjør type III omkring halvparten av kjønnsslemlestelsen i Norge. Dette har sin bakgrunn i innvandringsmønsteret. Man antar at det bor ca. 20 000 kjønnsslemlestedede kvinner i Norge i dag (SSB).

2.1 Helsekonsekvenser og komplikasjoner

Kjønnsslemlestelse er et komplisert og sensitivt tema, som kan være noe av grunnen til at det har blitt gjort relativt få studier av komplikasjoner av kjønnsslemlestelse. Komplikasjonene vil avhenge av flere forhold, spesielt omfanget av inngrepet, omskjærerens ferdigheter, hva slags instrumenter som blir brukt, fysiske og hygieniske forhold knyttet til inngrepet, hvilke metoder som brukes for å redusere smerter, stoppe blødninger og forebygge infeksjoner samt aspekter knyttet til helingsprosessen. Konsekvensene påvirkes også av sosiale og kulturelle faktorer omkring kjønnsslemlestelsen og seinere i livet.

Det er vanlig å skille mellom fysiske komplikasjoner akutt og på lang sikt, komplikasjoner i forbindelse med svangerskap og fødsel, psykiske komplikasjoner og seksuelle komplikasjoner. Helsepersonell vil i de fleste tilfellene støte på komplikasjoner av kjønnslemlestelse på lang sikt, men må også være oppmerksomme på, og kjenne til, akutte komplikasjoner. Noen jenter eller kvinner blir lemlestet rett før de emigrerer. Hvis helsevesenet oppsøkes av en nylig ankommet kvinnelig immigrant eller et nylig ankommet barn med feber eller en alvorlig infeksjon, må klinikerne derfor ta opp en nøyaktig sykehistorie for å avklare hvorvidt kjønnslemlestelse kan være årsak til infeksjonen.

2.1.1 Akutte fysiske komplikasjoner

Komplikasjoner som ofte nevnes er ekstrem smerte, eventuelt "smertesjokk" (blodtrykksfall og eventuelt besvimelse pga smerte gjerne kombinert med angst), blødninger som eventuelt kan bli livstruende, urinstans (urinretensjon) på grunn av smerter, hovenhet eller skader, infeksjoner; sår-, hud- og slimhinneinfeksjoner, stivkrampe (tetanus) og livstruende infeksjoner – blodforgiftning (Johansen 2005, Reyners 2004, Rymer og Momoh 2006, Sundby 2003, Vangen et al 2006).

2.1.2 Komplikasjoner på lang sikt

Risikoen for seinkomplikasjoner øker jo mer omfattende det primære inngrepet var.

I følge Norsk gynekologisk forening er gynekologiske komplikasjoner to og en halv gang så hyppig hos kvinner med [type III](#) (infibulasjon) som [type I](#) kjønnslemlestelse (Norsk gynekologisk forening 2004).

Ca. 86 % av kvinner med [type III](#) kjønnslemlestelse utvikler kroniske fysiske plager (Vangen et al 2006). Komplikasjonene er blant annet:

- smerte og vanskeligheter i forbindelse med menstruasjon, opphopning av menstruasjonsblod i skjeden
- smerte og vanskeligheter i forbindelse med vannlating (tar lang tid) og gjentatte urinveisinfeksjoner, eventuelt nyreskader
- arrdannelse og dannelse av såkalt keloid (tjukke klumper av arrvev) som gjør hud og slimhinner mindre elastisk, mer utsatt for skader og skaper ubehag
- smerte når man sitter eller går, og kronisk smerte i underlivet på grunn av infeksjoner i indre kjønnsorganer
- lekkasje av urin og/eller avføring grunnet fistler (unormale forbindelsesganger mellom urinblære og vagina og/eller endetarmen og vagina)
- vanskelig eller umulig å utføre tilfredsstillende underlivsundersøkelser eller undersøkelser av urinveiene fordi man ikke kommer til med vanlige undersøkelsesteknikker

2.1.3 Komplikasjoner knyttet til graviditet og fødsel

Risikoen for komplikasjoner i tilknytning til fødsel er betydelig større hos kvinner som er kjønnslemlestet enn hos kvinner som ikke er kjønnslemlestet (WHO 2006). Risikoen ser ut til å

være større jo mer omfattende inngrepet er. Komplikasjoner er blant annet:

- ufruktbarhet eller vanskeligheter med å bli gravid; økt risiko for ekstrauterin graviditet
- forlenget og forhindret utdrivningsfase ved fødsel
- vanskelig fosterovervåking på grunn av trang vaginalåpning
- større risiko for fosterpåvirkning, komplikasjoner hos den nyfødte og eventuelt at foster og/eller mor dør
- psykologiske komplikasjoner i forbindelse med fødsel; redsel for smerte som ved kjønnslemlestelsen og redsel for manglende kompetanse og negative holdninger hos norske fødselshjelpere

2.1.4 Konsekvenser for psykisk helse

Psykiske senfølger av kjønnslemlestelse er lite dokumentert. Det er stor variasjon med hensyn til hvordan kjønnslemlestedene opplever at inngrepet har påvirket dem psykisk. Noen har vonde minner knyttet til selve handlingen, men mener likevel at inngrepet ikke i vesentlig grad har fått negative konsekvenser for deres psykiske helse. Det er likevel indikasjoner på at kjønnslemlestelse kan medføre langvarig traumatisering. Dette avhenger av en rekke faktorer, blant annet hvilken type kjønnslemlestelse som ble utført og graden av smerter under inngrepet, komplikasjoner i forbindelse med inngrepet og om det var gjentatte inngrep, jentas alder og forberedelse og kunnskap om inngrepet, relasjonen til de som tok avgjørelsen om inngrepet og til de som utførte det, hva slags minner jenta har fra hendelsen og forholdene rundt den, og den sosiokulturelle konteksten senere i livet, for eksempel i eksil.

Smerter og frykt eller negative minner fra inngrepet kan reaktiveres senere i livet i situasjoner som minner om kjønnslemlestelsen, som i forbindelse med seksuell debut eller seksuell aktivitet, fødsel eller gynekologisk undersøkelse, eller andre vanskelige hendelser i livet.

3. Målgruppe for tilbud om samtale og frivillig underlivsundersøkelse

Demographic health surveys (DHS) og Multiple Cluster Surveys (MICS), gjennomføres jevnlig i land der kjønnslemlestelse er utbredt, og de siste dataene på forekomst kan du finne her ([Landoversikt](#)). Tilbudet gis i første rekke til jenter med bakgrunn fra land der forekomst er > 30 %. Det er imidlertid viktig å huske på at kjønnslemlestelse også praktiseres i høy grad blant enkelte folkegrupper i land der den nasjonale forekomsten ikke er særlig høy. For eksempel er forekomsten bare 8% i Irak, men over 40% blant kurdere i Irak og Iran, og mange fra disse landene i Norge kommer nettopp fra disse folkegruppene.

3.1 Oversikt over aktuell landbakgrunn

Nedenfor er en oversikt over land hvor kjønnslemlestelse er registrert med forekomst >30 % og aktuelle språk:

Land med forekomst >30 %	Språk
Burkina Faso	fransk
Tchad	fransk og arabisk
Elfenbenskysten	fransk
Djibouti	fransk, somali og affar
Egypt	arabisk
Eritrea	arabisk og engelsk

	tigrini
Etiopia	engelsk, amharisk
Gambia	engelsk, wollof
Guinea	fransk
Guinea-Bissau	engelsk og portugisisk
Liberia	engelsk
Mauritania	arabisk
Sierra Leone	engelsk
Somalia	somalisk(engelsk, italiensk, swahili)
Sudan	arabisk
Mali (ca 85%)	fransk

Dersom helsestasjons- og skolehelsetjenesten har kjennskap til at familien ikke er berørt av tradisjon med kjønnslemlestelse, og problemstillingen er uaktuell, er invitasjon til samtale og underlivsundersøkelse unødvendig.

Dersom en jente allerede er kjønnslemlestet og hennes situasjon følges opp på annen måte, må det vurderes om det er nødvendig med ny invitasjon. Dersom en har kjennskap til at jente/foresatte fra et land som ikke står på listen (forekomst < 30 %), er berørt av kjønnslemlestelse bør det likevel vurderes å sende invitasjon.

3.2 Tilbudet omfatter:

Ved skolestart (5-6 års kontrollen): Invitasjonsbrev til foreldre sammen med innkalling til ordinær helsekontroll ved skolestart. Tilbudet om samtale og informasjon om kjønnslemlestelse til foreldre kan integreres i den ordinære helsekontrollen. Videre skal helsestasjonen gi tilbud om underlivsundersøkelse. Dersom foreldre tar i mot tilbudet om underlivsundersøkelse av sin datter skal det foreligge informert samtykke. Innhentet samtykke dokumenteres i journal.

På 5.klassetrinn (10-11 år): Tilbud om informasjon, samtale og underlivsundersøkelse til berørte jenter og deres foreldre sendes ut fra skolehelsetjenesten (se invitasjonsbrev 5.trinn). Invitasjonen må inneholde tid og klokkeslett for samtale. Dersom foreldre tar i mot tilbudet om underlivsundersøkelse av sin datter skal det foreligge informert samtykke. Innhentet samtykke dokumenteres i journal.

På ungdomsskolens klassetrinn:

Invitasjon til samtale sendes individuelt til jenter i målgruppen med dato og klokkeslett. Tilbud om underlivsundersøkelse hos lege tilknyttet helsestasjons- og skolehelsetjenesten presenteres muntlig for jentene i samtalen.

Tidspunkt for samtale bør om mulig legges parallelt med andre tilbud som gis til klassetrinnet, for eksempel i 8. klasse hvor det skal gjennomføres målrettede helseundersøkelser av enkelt elever på bakgrunn av meldte / observerte behov.

(IS-1154 Kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Veileder til forskrift)

Dersom jenta ønsker underlivsundersøkelse, skal informert samtykke dokumenteres i journal. Dersom det er behov for å henvise jenta til spesialisthelsetjenesten for nødvendig helsehjelp,

må det vurderes om foreldre skal kalles inn til en samtale. Se for øvrig kapitel 5 om samtykkekompetanse.

Det må vurderes om det er nødvendig med informasjon til hjemmet.

For at det skal foreligge et informert samtykke, må man på alle trinn se på om det er behov for å bruke tolk, jf pkt. 4.1. Bruk av tolk bør dokumenteres i journal.

4. Samtale

Gjennom en åpen dialog kan foreldrene, jenta og helsepersonellet sammen identifisere utfordringene som familien har i forhold til kjønnslemlestelse. Gjennom konkret kunnskap og gjensidig respekt er det et mål at samtalen bidrar til å øke bevisstheten om og motstanden mot kjønnslemlestelse. I løpet av samtalen skal det gis tilbud om en underlivsundersøkelse. Hensikten med undersøkelsen er å forebygge, samt sørge for nødvendig helsehjelp til jenter med plager knyttet til kjønnslemlestelse.

Helsestasjons- og skolehelsetjenesten kan på denne måten etablere kontakt både med foreldre/foresatte og jentene. Hensikten er å informere om forbudet mot kjønnslemlestelse og de uheldige helsekonsekvensene kjønnslemlestelse medfører. Dersom det er yngre jenter i familien, må det vurderes oppfølging for å forebygge kjønnslemlestelse.

For nærmere beskrivelse av gode tilnærmingmåter til temaet anbefales *Fra kunnskap til handling. Håndbok om kvinnelig omskjæring for helse- og sosialarbeidere, pedagoger og ansatte i mottak. OK-prosjektet 2005*. Boka ble tilsendt alle kommuner i 2007.

4.1 God kommunikasjon og bruk av tolk

I målgruppen for tilbudet kan det være foresatte eller jenter som har begrenset norskkunnskap, og som kan trenge tilrettelagt informasjon og kommunikasjon. Helsepersonell har ansvar for å tilrettelegge informasjonen og så langt som mulig sikre seg at pasienten har forstått innholdet og betydningen av opplysningene. Alle pasienter har rett til nødvendig informasjon om sin helsetilstand og innholdet i helsehjelpen som ytes, jf Pasientrettighetsloven § 3-2.

Informasjonen skal være tilpasset mottakerens individuelle forutsetninger, som alder, modenhet, erfaring og kultur- og språkbakgrunn, Pasientrettighetsloven § 3-5. Informasjonen skal gis på en hensynsfull måte, og helsepersonellet skal så langt det er mulig sikre seg at foreldre og/eller jente har forstått innholdet og betydningen av opplysningene.

Helsepersonellet har ansvar for å tilrettelegge for god kommunikasjon og må vurdere om det er nødvendig å bruke tolk for å yte en god og faglig forsvarlig tjeneste.

Veileder om kommunikasjon via tolk for ledere og personell i helse- og omsorgstjenestene (IS-1924) beskriver helse- og omsorgspersonell sitt ansvar for å vurdere behovet for og bestille kvalifisert tolk i møte med personer med begrensede norskkunnskaper.

[Veileder om kommunikasjon via tolk for ledere og personell i helse- og omsorgstjenestene](#)

4.1.1 Bruk av kvalifiserte tolker

Tolking er en profesjonsutøvelse. Tolkere som benyttes av helsetjenesten er underlagt taushetsplikt og skal ha den nødvendige tolkefaglige kompetanse. Barn, familiemedlemmer eller andre ikke-kvalifiserte tolker skal ikke brukes som tolk. Helsepersonell skal så langt det er mulig

bestille kvalifisert tolk ved behov.

Ved kjøp av tolketjenester er det viktig å benytte tolker med dokumenterte ferdigheter i tolking. Se [Når du trenger tolk \(www.imdi.no\)](http://www.imdi.no). For å sikre god kvalitet på tolkingen anbefales det å bruke Nasjonalt tolkeregister og [www.Tolkeportalen.no \(www.imdi.no\)](http://www.Tolkeportalen.no). Oversikt over språk som er representert i Nasjonalt tolkeregister finnes i Tolkeportalen.

4.1.2 Fjerntolking

Tillit er viktig for at tolkingen og samtalen skal fungere tilfredsstillende, spesielt i samtaler som berører sensitive spørsmål. Telefontolking kan være et bra alternativ i sensitive situasjoner for å sikre anonymitet. Telefontolking bør som regel bare benyttes til kortere samtaler, og for å gi konkrete beskjeder. Brosjyren [Å samtale via tolk \(www.imdi.no\)](http://www.imdi.no) gir praktiske tips om hva du bør passe på under en tolket samtale. Tolkens oppgave kan være svært krevende og det er viktig å gi tolken forsvarlige arbeidsforhold og tilstrekkelige foreberedelsesmuligheter. Tolken vil kunne trenge informasjon om oppdraget på forhånd. Det kan være hensiktsmessig å gå gjennom sentrale ord og begreper på forhånd for å avklare mulige misforståelser.

Skjermtolking ("tv-overført" tolketjeneste) vil også kunne ivareta anonymitet på en god måte.

Det anbefales at en tar hensyn til spesielle ønsker fra foresatte eller jenta selv, for eksempel i forhold til tolkens kjønn, så langt det er mulig.

5. Samtykke

Helsehjelp kan bare gis med pasientens samtykke, med mindre det foreligger lovhjemmel eller annet gyldig rettsgrunnlag for å gi helsehjelp uten samtykke. For at samtykket skal være gyldig, må pasienten ha fått nødvendig informasjon om sin helsetilstand og innholdet i helsehjelpen. I utgangspunktet er det foreldre eller de med foreldreansvaret som samtykker på vegne av barn under 16 år, jf. Pasientrettighetsloven § 4-4 og Helsepersonelloven § 22.

Pasienten kan trekke sitt samtykke tilbake. Trekker pasienten samtykket tilbake, skal den som yter helsehjelp, gi nødvendig informasjon om betydningen av at helsehjelpen ikke gis.

Underlivsundersøkelse er frivillig og kan bare gjennomføres etter at samtykke er innhentet fra den som har samtykkekompetanse, jf. Pasientrettighetsloven § 4-1 første ledd (se samtykkeerklæring for foreldre og for jenter med samtykkekompetanse). Det dokumenteres i barnets journal at samtykke er innhentet. Om det vurderes hensiktsmessig kan samtykke innhentes skriftlig. Se forslag til samtykkeerklæring.

Dersom jenta selv uttrykker sterk motvilje mot undersøkelsen som foreldrene har samtykket til på hennes vegne, må legen bruke sitt faglige skjønn og vurdere om det er hensiktsmessig å gjennomføre undersøkelsen. Dersom foreldrene trekker samtykket tilbake etter at undersøkelsen er påbegynt, må undersøkelsen avsluttes.

5.1 Jenter under 12 år

Etter hvert som barn utvikles og modnes, skal foreldrene høre hva barnet har å si før samtykke gis. Foreldre som samtykker til underlivsundersøkelse for barn under 12 år, bør ha snakket om dette med barnet. Også barn under 12 år bør få si sin mening i spørsmål om egen helse, jf. Pasientrettighetsloven § 4-4 og Barneloven § 31.

5.2 Jenter 12-16 år

Når barnet er under 16 år, er det normalt foreldrene som samtykker på vegne av barnet. Etter at barnet er fylt 12 år, skal det få si sin mening i alle spørsmål som angår egen helse, jf Pasientrettighetsloven § 4-4.

Det vil også være tilfeller der jenter under 16 år kan samtykke til helsehjelp, uten at foreldrene blir informert, når "tiltakets art" tilsier det, jf pasientrettighetsloven § 4-3 første ledd b). Den som har det faglige ansvaret for helsehjelpen, må i denne sammenheng foreta en helhetsvurdering, hvor det bl.a. legges vekt på jentas alder, modenhet, omfanget av helsehjelpen, forhold i familien, og hva som anses å være det beste for jenta. Helsedirektoratet vurderer at dette tiltakets art er slik at jenter mellom 12 og 16 år vil kunne samtykke selv.

Når det ytes helsehjelp til barn under 16 år, er hovedregelen at både barnet og foreldrene skal informeres om helsetilstand og den helsehjelpen som gis, jf Pasientrettighetsloven § 3-4. Det kan imidlertid være tilfeller hvor foreldrene ikke bør informeres om barnets kontakt med helsetjenesten. Opplysninger skal derfor ikke gis foreldrene når jenta *av grunner som bør respekteres*, ikke ønsker dette, og jenta er mellom 12 og 16 år. Dette vil være aktuelt når jenter under 16 år, etter helsefaglig vurdering, anses å ha samtykkekompetanse.

5.3 Jenter som har fylt 16 år

For jenter som har fylt 16 år er hovedregelen at de selv kan samtykke til underlivsundersøkelse, jf Pasientrettighetsloven § 4-3 første ledd b).

6. Gjennomføring av underlivsundersøkelsen

Lege tilknyttet helsestasjonen/skolehelsetjeneste skal i utgangspunktet foreta undersøkelsen.

Barnet henvises om nødvendig til spesialisthelsetjenesten ut fra funn ved underlivsundersøkelsen.

Vanlig praksis ved underlivsundersøkelser er at legen har en annen person til stede når undersøkelsen foretas. Jenta som skal undersøkes kan ha med en foresatt. Eldre jenter kan velge å ha med en venninne eller annen ledsager. Helsesøster kan eventuelt bistå ved en undersøkelse.

Dersom jenta vegrer seg eller gjør motstand må legen respektere jenta og stoppe undersøkelsen umiddelbart. En slik situasjon krever varsomhet og en ny vurdering av hvordan en skal fortsette konsultasjonen. Dette skjer i samarbeid med jenta og eventuelt foreldrene. Å utøve tvang i en slik situasjon vil forsterke følelsen av maktesløshet og overgrep. Helsepersonell må, som ellers, utøve skjønn i forhold til håndtering av situasjoner hvor foreldre har samtykket til undersøkelse og jenta setter seg sterkt i mot. Tilpasset barnets alder og modenhet bør legen/jordmor forklare for barn/foreldre hva som gjøres under selve undersøkelsen og orientere om eventuelle funn.

Lege undersøker klitoris med forhud og svampegemet, indre og ytre kjønnslepper og skjedeåpning. Vær oppmerksom på forekomst av naturlig sammenvokste kjønnslepper (labial fusion). Prevalens 5-10 % av alle jenter.

Det kan vurderes mulige posisjoner for undersøkelse. Jenta kan for eksempel sitte på fanget til en foresatt/helsepersonell med bena fra hverandre. Jenta kan eventuelt ligge på knærne med baken opp.

For nærmere beskrivelse av undersøkelsen anbefales [Veileder for helsepersonell i Norge om kvinnelig omskjæring \(IK-2723\)](#) side 17 og 18.

7. Journalføring og legeerklæring

Ved underlivsundersøkelser skal undersøkende lege på vanlig måte journalføre relevante observasjoner, jf helsepersonelloven §§39 flg. og journalforskriften. Det er ikke nødvendig med fotografisk dokumentasjon i denne sammenhengen.

Dersom berørt jente eller hennes foreldre ønsker det, kan de be om legeerklæring som dokumenterer at legen ikke har funnet tegn på at hun er kjønnslemlestet. Legeerklæringen kan være til hjelp for jenta og foreldrene i tilfeller hvor familie/slekt i hjemlandet er tilhengere av tradisjonen og ønsker at jenta skal kjønnslemlestes. Sammen med [lovforbud](http://www.helsedir.no) (www.helsedir.no), som er oversatt til aktuelle språk, er det tenkt at en legeerklæring kan fungere som en støtte og beskyttelse ved besøk i hjemlandet.

Epikrise fra undersøkende lege i spesialisthelsetjenesten sendes til helsepersonell som trenger opplysningene for å kunne gi pasienten/jenta forsvarlig oppfølging, jf journalforskriften § 9.

Hvis pasienten samtykker, sendes kopi av epikrise til helsestasjonen/skolehelsetjenesten dersom det er pasientens fastlege som er henvisende lege, jf Helsepersonelloven § 22 og 25.

En pasient kan motsette seg utlevering av journal, jf. Helsepersonelloven § 45. Dette gjelder også epikrise. For at adgangen til motsettelse skal være reell, må pasienten informeres om at epikrise faktisk skrives og hvem denne eventuelt sendes til. I enkelte tilfeller vil det likevel være mulig, basert på tungveiende grunner, at de opplysninger som er strengt nødvendig for å iverksette en forsvarlig oppfølging av pasienten, utleveres, jf Pasientrettighetsloven § 5-3 og Helsepersonelloven § 23 nr.4.

Det er hensiktsmessig at barnets journal oversendes ny helsestasjon eller skolehelsetjeneste ved flytting. Samtykke må innhentes før oversendelse.

Opplysninger om at en jente er kjønnslemlestet må tas med i henvisninger til spesialisthelsetjenesten for å sikre at nødvendige hensyn tas i forbindelse med annen helsehjelp. (Jf. tiltakene 29, 30 og 31 i Handlingsplan mot kjønnslemlestelse.)

8. Henvisning til spesialisthelsetjeneste

Ved underlivsundersøkelse må det vurderes om videre henvisning til spesialisthelsetjenesten er nødvendig. Jenter før de har fått menstruasjon henvises til barneklinner. Jenter som har fått menstruasjon henvises til gynekologisk poliklinikk.

Nedenfor er en oversikt over aktuelle steder. Ved kontakt med aktuelt sted er det mulig å etterspørre spesialkompetanse.

Det kan også være fastlegen som henviser. Et tett samarbeid mellom helsepersonell ved helsestasjon eller i skolehelsetjenesten må da vurderes, blant annet hvem som bør få epikrise. Med samtykke kan fastlegen be om kopi av epikrise til aktuelle samarbeidspartnere.

TROMSØ: Universitetssykehuset i Nord-Norge

Kontakt kvinneklinikken, tlf. **77 62 64 50**

BERGEN: Haukeland Universitetssykehus

Kontakt kvinneklinikken mellom kl.10.00-11.30 og 13.30-14.30, tlf. **55 97 42 36**

TRONDHEIM: St. Olavs Hospital

Kontakt kvinneklinikken, tlf. **72 57 47 19**

STAVANGER: Stavanger Universitetssykehus

Kontakt kvinneklinikken, tlf. **51 51 93 85**

OSLO: Oslo Universitetssykehus Ullevål.

Kontakt kvinneklinikken mellom kl.08.30 -12.00, tlf. **22 11 98 44**

OSLO og AKERSHUS: Akershus Universitetssykehus

Kontakt kvinneklinikken, tlf. **67 96 05 00**

DRAMMEN: Drammen Sykehus

Kontakt kvinneklinikken, tlf. **32 80 32 56**

KRISTIANSAND: Sørlandet Sykehus

Kontakt kvinneklinikken mellom 09.00-15.00 mandag og onsdag, tlf. **38 07 40 62**
eller **38 03 32 76**

9. Oppfølging psykisk helse

Ved behov er det viktig å sørge for at jenta får nødvendig oppfølging av psykiske problemer. Helsestasjons- og skolehelsetjenesten og helsestasjon for ungdom er viktige arenaer. Det kan være en fordel med samtaler i grupper der jentene kan støtte hverandre, og vise at det "ikke bare er meg" som opplever noe som er vanskelig. Samarbeid med og henvisning til andre fagpersoner må vurderes. Flere kommuner har ansatt psykologer i tjenester for barn og unge som barnevern, PPT og helsestasjons- og skolehelsetjenesten, eller som en egen psykologtjeneste. Se [Veileder psykisk helsearbeid for barn og unge i kommunene](#)

10. Helsepersonells opplysningsplikt og avvergelsesplikt

Helsepersonell har opplysningsplikt til barneverntjenesten dersom helsepersonellet har en begrunnet bekymring for at en jente står i fare for å bli utsatt for kjønnslemlestelse eller ikke får den helsehjelpen hun har behov for, jf Helsepersonelloven § 33, annet ledd. I slike tilfeller skal det meldes fra til den kommunale barneverntjenesten uten hinder av taushetsplikten.

Det er viktig å vurdere nøye hva som kan sies å være en begrunnet bekymring. For at opplysningsplikten til barneverntjenesten skal foreligge er det et vilkår at det er "grunn til å tro" at et barn blir mishandlet i hjemmet eller utsatt for andre former for alvorlig omsorgssvikt. Det er ikke mulig å lage en uttømmende liste over når det kan sies å foreligge en begrunnet bekymring. Det bør nedtegnes i journalen hvilke avveininger som er gjort. Se Veileder om regelverk, roller og ansvar knyttet til kjønnslemlestelse (Q-1145B) side 21 for vurdering av sentrale opplysninger og risikofaktorer.

Helsepersonell har også avvergelsesplikt etter lov om forbud mot kjønnslemlestelse som er begrenset til å søke å forhindre at jenter blir utsatt for kjønnslemlestelse. Avvergelsesplikten inntreffer når det holdes som *mer sannsynlig* at jenta vil bli kjønnslemlestet enn at hun ikke vil bli det. Den enkelte yrkesutøver må selv foreta en konkret og skjønnsmessig vurdering basert på de foreliggende opplysningene som vedkommende sitter inne med i den aktuelle situasjonen. Se Veileder om regelverk, roller og ansvar knyttet til kjønnslemlestelse (Q-1145B) side 19-20.

I de fleste tilfeller vil det å melde fra til barneverntjenesten være tilstrekkelig for å oppfylle avvergelsesplikten. Dersom det er fare for at kjønnslemlestelsen vil skje i umiddelbar fremtid, slik at bekymringsmelding til barneverntjenesten vurderes å ta for lang tid, må helsepersonellet vurdere om saken også bør anmeldes til politiet. Det må foretas et skjønn i hvert enkelt tilfelle. At foreldre eller jenta selv avstår fra tilbudet om samtale og underlivsundersøkelse er i seg selv ikke tilstrekkelig for at opplysningsplikten eller avvergelsesplikten inntreffer.

Det at kjønnslemlestelse har funnet sted, og at dette er straffbart, vil ikke i seg selv gi grunnlag for å anmelde forholdet.

11. Økonomi

Helseundersøkelser i regi av helsestasjons- og skolehelsetjenesten er gratis. For øvrig følges vanlige regler for reiseutgifter og medisinske undersøkelser, herunder eventuelle egenandeler ved undersøkelse av legespesialist. Det innebærer at barn som har fylt 16 år må betale egenandel ved undersøkelse hos spesialist.

12. Et helhetlig tilbud til målgruppen i kommunene

Tilbudet om samtale og underlivsundersøkelse bør være en del av et helhetlig tilbud til målgruppen i kommunene. Helsepersonell i helsestasjon og skolehelsetjenesten har en pålagt plikt til samarbeid og rutiner for samarbeid med fastlegene, andre kommunale virksomheter og spesialisthelsetjenesten.

Tiltak som kan vurderes:

Helseopplysning til målgruppen i språkopplæringsklasser.

Helseopplysning på asylmottak

Helseopplysning til samarbeidspartnere; interne og eksterne

Skriftlige samarbeidsrutiner med skole, barnehager, PPT, barnevern og politi

Samtalegrupper for jenter i målgruppen i ungdomsskolen

Samtalegrupper for mødre/fedre i målgruppen

Oppsøkende virksomhet til foreninger, religiøse miljøer

Samtalegrupper er et godt verktøy med mulighet for gjensidig dialog mellom helsepersonell og målgruppen, og mellom jenter/mødre eller fedre. En samtalegruppe bør ha flere fokus enn kjønnslemlestelse. Seksualitet, prevensjon, helsehjelp i Norge osv. kan være aktuelle temaer.

Målet med samtalegrupper må være å gi nødvendig kunnskap om egen kropp, helse og seksualitet, rettigheter til helsehjelp i Norge, lovforbud mot kjønnslemlestelse (til voksne), og å styrke selvfølelsen hos jenter/kvinner som har vært utsatt for kjønnslemlestelse. Det må utvises varsomhet om temaet behandles i klasseundervisning. Jenter fra berørte grupper vil ved slik undervisning kunne oppleve det som stigmatiserende.

13. Aktuelle dokumenter og relevant litteratur

Handlingsplan mot kjønnslemlestelse 2008-2011(Q1138-B)

Handlingsplan mot tvangsekteskap, kjønnslemlestelse og alvorlige begrensninger av unges frihet (2013-2016)

Veileder om regelverk, roller og ansvar knyttet til kjønnslemlestelse (Q-1145B)

Rundskriv nr.1-2/2010 Forebygging av kjønnslemlestelse – tilbud på landsbasis om samtale og frivillige underlivsundersøkelser til jenter/kvinner med bakgrunn fra land hvor kjønnslemlestelse praktiseres

[Veileder for helsepersonell i Norge om kvinnelig omskjæring \(IK-2723\)](#)

Fra kunnskap til handling. Håndbok om kvinnelig omskjæring for helse- og sosialarbeidere, pedagoger og ansatte i mottak. OK-prosjektet 2005

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

Veileder i generell gynekologi. Kvinnelig omskjæring (kjønnslemlestelse). Norsk gynekologisk forening (2004).

Pasient og tolk. En brosjyre om tolk i helsetjenesten, NAKMI, 2010

Bedre forvaltningspraksis for bruk og bestilling av tolk, IMDi, 2009

Omskjæring av kvinner – komplikasjoner og behandling. Vangen S., Hoffman R, Flo K, Lorentzen B og Sand S. (2006) Tidsskrift for Norsk Legeforening.

Kjønnslemlestelse i Norge. Lidén H, Bentzen T (2008) ISF-rapport 2008:8, Institutt for samfunnsforskning

Veileder om kommunikasjon via tolk for ledere og personell i helse- og omsorgstjenestene, IS-1924 (2011) Helsedirektoratet

Veiledere fra Helsedirektoratet utarbeides innenfor helsefaglige temaområder der det er behov for utdypende beskrivelser av faglige spørsmål, lovverk, administrative, organisatoriske og institusjonelle forhold. Metode for utarbeiding er beskrevet i hver enkelt veileder.

Helsedirektoratet
Pb. 7000 St Olavs plass, 0130 Oslo
Tlf.: 810 20 050
Faks: 24 16 30 01
www.helsedirektoratet.no