

Det helsevitenskapelige fakultet  
Institutt for helse- og omsorgsfag

## **Helsesøster og rituell omskjæring av guttebarn**

*En kvalitativ studie av helsesøsters utfordringer i arbeid med familier der det er et ønske om rituell omskjæring av guttebarn.*

—

**Camilla Olsen**

*Masteroppgave i helsefag, studieretning helsesøsterfag*

*Mai 2018*

*Antall ord: 19008*

## **Sammendrag**

**Bakgrunn:** Rituell omskjæring av guttebarn har blitt en del av det offentlige helsetilbudet i Norge. En ny lov om rituell omskjæring trådte i kraft i 2015, formålet var å sikre at omskjæringen utføres på en forsvarlig måte og sikre at det er et tilgjengelig tilbud. Store deler av det medisinske fagmiljøet er mot loven, og uttrykker at det er galt å omskjære friske guttebarn uten samtykkekompetanse. Helsedirektoratet har utarbeidet et informasjonsskriv til foreldre som ønsker rituell omskjæring hvor det står beskrevet at de kan få informasjon om tilbudet hos blant annet helsestasjonen. Dette setter en forventning til at helsesøster skal kunne snakke med familier om rituell omskjæring.

**Problemstilling:** ”Hvilke utfordringer møter helsesøster i sitt arbeid med familier der det er et ønske om å omskjære guttebarn?”

**Teori:** Teoridelen i oppgaven tar opp helsesøsters arbeidsområde og rammer, kommunikasjon, veiledning, kulturaspektet og health literacy. Makt, tillit og etikk.

**Metode:** Dette er en kvalitativ studie. Det er foretatt semistrukturert intervju av ni helsesøstre. I analysen av intervjuene ble Malterud (2013) sin firestegsanalysemetode brukt.

**Resultat:** Materialet viser at helsesøster møter flere utfordringer i sitt arbeid med familier som ønsker omskjæring. Helsesøsters mening om omskjæring står i kontrast til det valget foreldrene gjør. Helsesøstrene mener det er galt å omskjære guttebarn. Flere har opplevelser med negative hendelser i forbindelse med omskjæring som har påvirket deres holdning. Helsesøstrene opplever det som problematisk at det ikke er retningslinjer på hvordan de bør håndtere tematikken. Flere synes det er vanskelig å argumentere mot når det ikke er et forbud. Kunnskap om temaet varierer. Temaet blir ikke tatt opp rutinemessig av helsesøster og de opplever at det i liten grad blir tatt opp av foreldrene. Helsesøstrene fokuserer på at det er en sterk tradisjon som er vanskelig å gjøre noe med, de opplever det som fånyttet å få foreldrene til å endre mening og flere har gitt opp. Det er behov for mer kunnskap om temaet og det er nødvendig med økt oppmerksomhet rundt temaet. Det kan se ut til at det er behov for en tydelig avklaring om kommunikasjon om rituell omskjæring er helsesøster sitt ansvar og helsesøstrene ønsker retningslinjer rettet mot tematikken.

**Nøkkelord:** Rituell omskjæring av guttebarn, helsesøster, utfordringer.

## **Abstract**

**Background:** Ritual circumcision of boys has become a part of the public health services in Norway. A new law on ritual circumcision came into force in 2015. A large part of the medical profession are against the law, and express that it is wrong to circumcise healthy children without consent. The Directorate of Health has prepared an information letter for parents who wish for ritual circumcision where it is stated that they can get information about the offer at the health clinic. This puts an expectation that the public health nurse should be able to talk with families about ritual circumcision.

**Research question:** "What challenges does the public health nurse meet in her work with families where there is a desire to circumcise boys?"

**Theory:** The theoretical chapter addresses the public health nurses work and framework, communication, guidance, the cultural aspect and health literacy. Power, trust and ethics.

**Method:** This is a qualitative study. A semi-structured interview has been conducted by nine public health nurses. I am using Malteruds (2013) four-step analysis method.

**Result:** The material shows that public health nurses face several challenges in their work with families who want circumcision. The public health nurses opinion of circumcision contrasts with the choice the parents make. The public health nurse think it's wrong to circumcise boy children. Several have experiences with negative events have affected their attitude towards circumcision. They experience it as problematic that there are no clear guidelines as how they should handle the subject. Several meen it's difficult to argue against when it is not a ban. Knowledge of the subject varies. The subject is not routinely talked about by the public health nurse and the parents usually dont bring it up. The public health sisters adresses it as a strong tradition that is difficult to do something about, they experience it is not possible to make parents change their minds and many have given up. There is a need for more knowledge on the subject and more attention is needed on the subject. It may seem that there is a need for clarification about communication about ritual circumcision and if it is the public health sisters responsibility. The public health nurses want guidelines aimed at the subject.

**Keywords:** Ritual circumcision of boys, public health nurse, challenges.

# INNHALDSFORTEGNELSE

<b>1.0 INNLEDNING</b> .....	<b>5</b>
1.1 RITUELL OMSKJÆRING .....	5
1.2 BAKGRUNN FOR VALG AV TEMA/ RELEVANS.....	8
1.3 PROBLEMSTILLING.....	8
1.4 AVGRENSING.....	9
1.5 TIDLIGERE FORSKNING .....	10
<b>2.0 TEORI</b> .....	<b>13</b>
2.1 HELSESØSTERS ARBEIDSOMRÅDE OG RAMMER.....	13
2.2 KOMMUNIKASJON, VEILEDNING OG ULIK KULTURBAKGRUNN.....	16
2.3 HEALTH LITERACY .....	17
2.4 MAKT, TILLITT OG ETIKK .....	18
<b>3.0 METODE</b> .....	<b>21</b>
3.1 VALG AV METODE .....	21
3.2 HERMENEUTIKKEN SOM INSPIRASJON.....	21
3.3 FORFORSTÅELSE.....	22
3.4 INFORMANTER OG REKRUTTERING.....	23
3.5 DATAINNSAMLING .....	24
3.6 TRANSKRIBERING .....	25
3.7 ANALYSE.....	25
3.8 REFLEKSIVITET OG VALIDITET.....	30
3.9 FORSKNINGSETIKK OG ANONYMISERING .....	32
<b>4.0 FUNN</b> .....	<b>34</b>
4.1 HELSESØSTERS EGNE MENINGER/HOLDNINGER .....	34
4.2 ØNSKE OM EN ENDRING .....	35
4.3 FAGLIG KUNNSKAP OG FOKUS PÅ OMSKJÆRING .....	37
4.4 RETNINGSLINJER OG PROSEDYRER I ARBEIDET .....	38
4.5 KOMMUNIKASJON OM OMSKJÆRING .....	39
<b>5.0 DRØFTING</b> .....	<b>40</b>
5.1 FAGLIGE VERDIER I MØTE MED PERSONLIGE MENINGER OG KULTURELLE NORMER.....	40
5.1.1 Profesjonell og privat holdning.....	40
5.1.2 Åpenhet og tillit .....	41
5.1.3 Ønske om en endring og forståelse ovenfor kultur.....	42

5.1.4 Health literacy .....	45
5.2 FAGLIG KUNNSKAP, RETNINGSLINJER OG PROSEDYRERS MULIGHETER OG BEGRENSNINGER .....	47
5.2.1 Faglig kunnskap.....	47
5.2.2 Fokus på tematikken.....	47
5.2.3 Retningslinjer/prosedyrer, evidensbasert praksis og faglig skjønn.....	48
<b>6.0 AVSLUTNING .....</b>	<b>52</b>
6.1 BETYDNING FOR PRAKSIS.....	53
6.2 VIDERE FORSKNING .....	54
<b>LITTERATURLISTE.....</b>	<b>55</b>
<b>VEDLEGG 1: FORESPØRSEL TIL HELSELEDER I KOMMUNENE .....</b>	<b>67</b>
<b>VEDLEGG 2: UTKAST FORESPØRSEL HELSESTASJON .....</b>	<b>68</b>
<b>VEDLEGG 3: INFORMASJON OG SAMTYKKESKJEMA .....</b>	<b>69</b>
<b>VEDLEGG 4: INTERVJUGUIDE.....</b>	<b>71</b>
<b>VEDLEGG 5: SVAR NSD .....</b>	<b>72</b>

## 1.0 Innledning

Tema for denne oppgaven er helsesøster sitt arbeid med familier der det er et ønske om rituell omskjæring av guttebarn. Det er helsesøsters arbeid med familiene på helsestasjonen som blir hovedfokuset. Hensikten med arbeidet på helsestasjonen er å fremme psykisk og fysisk helse, fremme gode sosiale og miljømessige forhold samt forebygge sykdom og skade (Forskrift om helsestasjons- og skolehelsetj., 2003, § 1-1). For aldersgruppen 0-5 år er det tilbud om et standardisert program med 14 konsultasjoner, innbefattet et hjemmebesøk til nyfødte (Helsedirektoratet, 2017b). Det er anbefalt at hjemmebesøk blir utført av helsesøster 7-10 dager etter fødsel (Helsedirektoratet, 2017b). Dette betyr at helsesøster møter de fleste familiene omskjæring er aktuelt for tidlig, derfor blir hennes stemme viktig i debatten.

### 1.1 Rituell omskjæring

Rituell omskjæring går flere tusen år tilbake i tid. Tradisjonen er utbredt på verdensbasis, enten på tradisjonelt vis eller som en kirurgisk behandling<sup>1</sup> innenfor helsevesenet (Grünfeld & Svendsen, 2016). På verdensbasis er det anslått at 30 % av menn over 15 år er omskjært (World Health Organization, 2007). De vanligste motivene for rituell omskjæring i verden er kulturelle normer og påbud (Grünfeld & Svendsen, 2016). Det er vanlig praksis blant jøder, muslimer og blant en del kristne (Prop. 70L, 2013-2014). I følge Brenna (2007) er det uenighet i islam om omskjæring er pliktig eller bare anbefalt, siden det ikke er et påbud i koranen eller hadith-samlingene. I første mosebok i bibelen omtales omskjæring som et tegn på pakten mellom Gud og Abraham, denne praktiseringen følges av mange jøder.

Omskjæring er den viktigste faktoren i dannelsen av den jødiske identitet, har det mosaiske trossamfunn ytret (Prop. 70L, 2013-2014). I noen vestlige land, slik som USA, Canada og Australia har det blitt utført som et rutinemessig, ”forebyggende” inngrep. Dette er i endring, tallene for omskjæring er synkende i disse landene (Grünfeld & Svendsen, 2016). I Norge er det anslått at rituell omskjæring vil være aktuelt for omtrent 2000 nyfødte barn (Prop. 70L,

---

<sup>1</sup> Omskjæring utføres i hovedsak på to ulike måter. I den første metoden løsnes forhuden fra penishodet og forhuden klippes eller skjæres av i kant mot penishodet, sårkanten sys så sammen. I den andre metoden komprimeres forhuden mot en kopp eller ring som tres over penishodet, den faller så av etter en ukes tid (Prop. 70L, 2013-2014).

2013-2014). Omskjæring av barn er omstridt, Birkler (2012) viser til de ulike argumentene i den etiske debatten rundt omskjæring, hvor det på den ene siden handler om barnets integritet, frihet og selvbestemmelse og på den andre siden om respekten for en religiøs og kulturell tradisjon.

Første januar 2015 trådte lov om rituell omskjæring av gutter i kraft. Formålet med loven er at rituell omskjæring av gutter skal utføres på en forsvarlig måte, i tillegg skal den sikre at tilbudet er tilgjengelig. Loven slår fast at lege skal utføre inngrepet eller være tilstede og stå ansvarlig for inngrepet (Lov om rituell omskjæring av gutter, 2014). Loven er omstridt og nesten hele det medisinske fagmiljøet var mot innføring av loven (Johnsrud, 2014). I etterkant av innføringen klarte eksempelvis ikke Helse Nord å levere et tilbud om rituell omskjæring på grunn av stor motstand mot inngrepet (Tøhaug & Holdal, 2015). Dette til tross for at verken lov om rituell omskjæring av gutter (2014) eller NOU (2016) åpner for en reell reservasjonsmulighet mot å utføre/assistere ved rituell omskjæring. NOU (2016) støtter seg bak lovvedtaket hvor det står at det skal bli tatt samvittighetshensyn så fremt det ikke hindrer et forsvarlig tilbud. Fra februar 2018, har helse Nord inngått avtale med Ibsensykehuset Kaldbakken AS om rituell omskjæring gjeldende omskjæring av barn eldre enn 3 måneder, hvor omfanget er maks 15 pasienter årlig (Helse Nord, 2018). St. Olavs Hospital har kuttet tilbudet om rituell omskjæring av guttebarn med kapasitetsutfordringer som begrunnelse (Skogstrøm, 2018). Til tross for at det er anslått at omskjæring vil være aktuelt for 2000 guttebarn årlig (Prop. 70L, 2013-2014), ble det i 2016 omskjært 128 guttebarn på norske sykehus, offentlige eller private de har avtale med. I 2017 til og med august var det utført 89 omskjæringer. Det er en viss usikkerhet når det kommer til registrering av inngrepet (Skogstad, 2018), så dette tallet kan avvike noe. Men at tallet er mye lavere enn de 2000 barna det er anslått at rituell omskjæring er aktuelt for, er vanskelig å komme forbi. IbsenSykehuset ble forespeilet 1000 inngrep årlig når de inngikk avtale med Helse Sør-Øst men endte opp med færre enn 90 (Bordvik, 2018b).

I desember 2017 startet Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring (NOVA) opp med en evaluering av lov om rituell omskjæring. De skal intervjuer helsepersonell, foreldre, religiøse ledere og etniske talspersoner om deres syn på lov om rituell omskjæring. Legers synspunkt og følelser rundt inngrepet vil stå sentralt og de vil se på om inngrepet fortrenger andre viktige inngrep. Ada Engebrigtsen, prosjektleder ved NOVA viser til at

dersom tallet for omskjæringer i Norge er lavt kan det tyde på at mange omskjæringer fortsatt foregår i utlandet, og at dette er noe av det de skal spørre foreldrene om i denne undersøkelsen. Arbeidet med denne evalueringen skal pågå til utgangen av 2020 (Bordvik, 2018a)

I Norden kom Barneombudene og deler av det medisinske fagmiljøet<sup>2</sup> med en felles uttalelse. De mener at omskjæring uten medisinsk indikasjon hos et menneske uten mulighet for å samtykke er brudd på medisin-etiske prinsipper. De viser til at inngrepet er smertefullt, at alvorlige komplikasjoner kan oppstå, det er irreversibelt og at det ikke er helsemessige grunner for å omskjære gutter i de nordiske landene. De viser til barnekonvensjonens og FNs menneskerettighetsråd oppfordring til å avskaffe inngrep som kompromitterer barns integritet og verdighet og som er skadelig for barnas helse (Barneombudet, 2013).

I forkant av vedtaket gikk barneombudet mot forslag til lovvedtak, prop. nr 70 L (Barneombudet, 2014). Barneombudet påpekte manglende utredning av skadepotensial, manglende utredning og forståelse av barns opplevelse av smerte, manglende utredning av de menneskerettslige sidene ved inngrepet, manglende refleksjon om dette er ønsket praksis i samfunnet og manglende barneperspektiv. Barneombudets primære anbefaling er at det settes en nedre aldersgrense for inngrepet til 15 eller 16 år (Barneombudet, 2014). Det påpekes også at omskjæringsloven kan være i strid med Grunnlovens vern om barns personlige integritet fordi de negative konsekvensene av omskjæring kan være så store (Skaar, 2008). Debatten blusser opp ved jevne mellomrom. Slik som når FrP vedtok at de ønsket å forby rituell omskjæring av guttebarn (Tjenshaugen mfl., 2017), SV gikk inn for en aldersgrense på 15 år (NTB, 2018) og ved Island sitt lovforslag om å forby omskjæring av guttebarn (Skaar, 2008).

Landsgruppen av helsesøstre har vært tydelig i at de ikke støtter Lov om omskjæring (Ersvik, 2011). I høringsuttalelsen fra NSF ved barnesykepleierforbundet, jordmorforbundet og

---

<sup>2</sup> Barneombudene i Norge, Sverige, Finland, Danmark, Barnetalsperson på Grønland, Barnekirurgisk forening Norge, Rådet for legeetikk Norge, Norsk barnelegeforening, Norsk barnesykepleierforbund, Landsgruppen av helsesøstre, Den svenske barnelegeforeningen, Svensk barnekirurgisk forening og Islandsk pediatriisk forening.



landsgruppen av helsesøstre problematiserer de at friske barn blir gjort til pasienter, at de blir utsatt for et inngrep som ikke er reversibelt, smertefullt og risikofylt uten at de har mulighet til å samtykke. De anser det som problematisk at det skal være ulik rettstandard for gutter og jenter, siden all form for omskjæring av jenter er forbudt. De poengterer også hvordan omskjæring kan virke inn på den sårbare barseltiden (Norsk sykepleierforbund, 2014).

## **1.2 Bakgrunn for valg av tema/ relevans**

Som nevnt trådte lov om rituell omskjæring av gutter i kraft 1 januar 2015. (Lov om rituell omskjæring av gutter, 2014). I mai 2017 sendte helsedirektoratet ut informasjonsskriv til helsepersonell om rituell omskjæring (Helsedirektoratet, 2017d). Det ble også utgitt et informasjonsskriv til foreldre som vurderer/ ønsker rituell omskjæring for sitt guttebarn. Det viser til at foreldre kan få informasjon om tilbudet i sin region gjennom nærmeste sykehus, fastlegen eller helsestasjonen (Helsedirektoratet, 2017a). Dette setter en forventning til helsestasjonen når det gjelder omskjæring. Etter å ha snakket med flere helsesøstre og helsesøsterstudenter om temaet var inntrykket at de opplevde tematikken som utfordrende, de møter foreldre som tar opp at de ønsker å omskjære barnet sitt men at det er ulik praksis på hvordan tematikken møtes. Siden omskjæring har blitt en del av det offentlige helsetilbudet (Lov om rituell omskjæring av gutter, 2014), har også omskjæring blitt noe helsesøster må forholde seg til. Jeg ønsker å få et innblikk i helsesøsters erfaring med tematikken. Hvilke utfordringer møter helsesøster i sitt arbeid med disse familiene. Malterud (2013) skriver at det forventes at vitenskapelig kunnskap bringer med seg erkjennelser som kan brukes. Refleksjon og synliggjøring av en problematikk vil kunne gi innsikt og ny kunnskap. En innsikt og kunnskap som vil kunne komme til nytte i helsesøstertjenesten i arbeid med familier hvor omskjæring er aktuelt. Denne kunnskapen vil også kunne være aktuelt for andre grupper som jobber opp mot tematikken. Men jeg mener at kunnskapen også vil kunne være overførbar til annen tematikk, fordi den sier noe om utfordringer og hvordan helsesøster møter disse utfordringene. Men som Malterud (2013) skriver, fasiten for relevans får man likevel ikke før en studie er ferdig og publisert.

## **1.3 Problemstilling**

Omskjæring av guttebarn og lov om rituell omskjæring er omstridt. Da loven ble vedtatt gikk store deler av fagmiljøet mot vedtaket (Johnsrud, 2014). Deriblant Landsgruppen av

helsesøstre (Ersvik, 2011). Så tematikken er ikke problemfri. Helsesøster møter mange familier hvor omskjæring er aktuelt. På bakgrunn av dette har studien følgende problemstilling:

**” Hvilke utfordringer møter helsesøster i sitt arbeid med familier der det er et ønske om å omskjære guttebarn?”**

Problemstillingen viser til utfordringer i helsesøsters arbeid med familier der det er et ønske om å omskjære guttebarn. Det innbefatter også forhold som ligger utenfor det direkte arbeidet med familien, som vil kunne ha en innvirkning. Helsestasjonstjenesten styres av lover, forskrifter, retningslinjer og veiledere (Helsetilsynet, 2012). Det betyr at helsesøsters arbeid i stor grad blir styrt av regelverk og offentlig fagstyring. Men den faglige debatten og den allmenne samfunnsdebatten vil også ha en innvirkning på helsesøster. Sett ut fra dette vil oppgaven også belyse forståelse og kunnskap utover det direkte møtet med familiene.

Når jeg bruker ordet ”guttebarn”, viser jeg til barn som ikke har samtykkekompetanse ennå. Når det gjelder helsehjelp vil dette si barn under 16 år (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999).

Når begrepet ”omskjæring” brukes viser det til omskjæring av guttebarn uten en medisinsk indikasjon. Det vil si en rituell omskjæring (Prop. 70L, 2013-2014).

Bokmålsordboka (2018) betegner ”utfordring” som noe som krever kamp eller hardt arbeid. Problemstillingen viser allerede ved å bruke ordet ”utfordringer” til at det er noe i helsesøsters arbeid med disse familiene som er problematisk. Det er nettopp dette eventuelle problematiske eller vanskelige som gjør at dette møtet ikke nødvendigvis er et møte som alltid er enkelt.

#### **1.4 Avgrensning**

Det er ulike grunner for rituell omskjæring, oppgaven vil ikke vektlegge de ulike begrunnelsene fordi dette ikke har en avgjørende betydning for å belyse helsesøsters arbeid med dette teamet. Oppgaven belyser ikke omskjæring av jenter (kjønnslemlestelse) siden det er forbudt i Norge (Straffeloven, 2005, § 284), og vil dermed stille seg annerledes enn omskjæring av gutter.

Grunnen til at jeg ønsker å intervju helsesøstrene og ikke familiene der det er et ønske om å omskjære guttebarna, er at jeg ønsker å se på mer enn hva helsesøster gjør. Jeg ønsker å få frem helsesøsters stemme, få innblikk i hennes tanker rundt temaet og egne handlinger. Hennes møte med utfordringene i arbeidet med familiene.

### **1.5 Tidligere forskning**

Malterud (2013) beskriver at for å vurdere en potensiell relevans er det viktig å være orientert i eksisterende litteratur. For å få oversikt over tidligere forskning har jeg gjort søk på helsedirektoratet.no, regjeringen.no, lovdata.no, men også på søkemotorer på nettet slik som google.no for å få en større innsikt i debatten som rører seg i det offentlige rom. Det har blitt gjort søk i litteratur fra helsesøsterstudiet. Litteratur har også blitt hentet fra referanselister til den litteraturen jeg finner. Det er også gjort mer systematiske søk gjennom aktuelle databaser, litteratur fra sistnevnte presenteres her.

De første søkene ble gjort i de norske databasene Idunn, Oria, Nora og Helsebiblioteket. Ordene omskjæring, mannlig omskjæring, barn, foreldre, helsesøster, veiledning ble brukt i ulike kombinasjoner. I tillegg ble de samme ordene brukt på engelsk i Nora. Ingen treff gikk direkte på helsesøsters arbeid vedrørende omskjæring av gutter. Det var noen studentoppgaver fra andre studier som var skrevet om omskjæring, men da på et mer generelt nivå og er ikke ansett som aktuelle. Slik som masteroppgaven til Thuve (2015) fra juridiske fakultet ved UiO som går på guttenes rettsikkerhet. Og Johansen (2012) sin masteroppgave i religionshistorie som tok opp argumentasjon og utfordringer knyttet til regjeringenes forslag om lovregulering før ny lov om omskjæring av guttebarn kom. I tillegg til en del oppgaver kom det opp mange artikler, spesielt fra legeföreningen, men ingen gikk direkte på tema for oppgaven.

Søk er gjort i databasene cochrane, medline, Cinahl og Svemed+.

MeSH termene: "nurs\*, public health", "circumcis\*, male", "parent\*", "child" og "counsel\*", ble brukt i ulike kombinasjoner. Det kom en del treff på kvinnelig kjønnslemlestelse. En del av treffene som handlet om mannlig omskjæring går på utførelse av inngrepet og en del på smertelindring. Mange av treffene omhandlet fordeler og ulemper med omskjæring og mange av undersøkelsene er gjort i afrikanske land. Under presenteres fire treff som er på siden av det oppgaven går på, men som likevel er relevant for tematikken.

### **Helsefordelene forsvarer at foreldre får utført omskjæring på sine barn**

Etter gjennomgang av studier kom den Amerikanske pediatriforeningen med en ny rapport og uttalelse angående omskjæring (Blank mfl, 2012) (American academy of pediatrics, 2012). Her viser de til at de preventive helsefordelene kommer foran risikoen ved prosedyren. De konkluderer med at selv om disse helsefordelene ikke er gode nok til at de anbefaler det som rutineinngrep, så rettferdiggjør de at foreldre velger dette inngrepet for sine barn.

Den amerikanske pediatriforeningen har 66 000 medlemmer og var opprettet allerede i 1930 som et uavhengig forum hvor barns helsebehov kunne drøftes (American Academy of Pediatrics, 2018). Det er ikke tvil om at dette er en forening som har en tyngde i miljøet, det betyr at en rapport utgitt av den amerikanske pediatriforeningen vil nå bredt ut. Men det er stor uenighet rundt konklusjonen til den amerikanske pediatriforeningen og rapporten fikk flere motsvar fra ulike hold, ett av dem er presentert under.

### **Helsefordeler forsvarer ikke at foreldre får utført omskjæring på sine barn**

Frisch mfl. (2013) har gjort en gjennomgang av studier og stiller seg skeptisk til konklusjonen til den amerikanske pediatriforeningen. De viser til at den kulturelle forforståelsen når det kommer til mannlig omskjæring i USA kan ha påvirket resultatet, og viser til at i andre rapporter i den vestlige verden er det konkludert annerledes. De viser til at bare argumentet for omskjæring som beskyttelse mot urinveisinfeksjon har relevans, men med svak evidens. De viser til at beskyttelse mot peniskreft, kjønns sykdommer og hiv/aids er argumenter som ikke rettferdiggjør at guttene selv skal kunne ta informert valg senere, siden beskyttelsen ikke vil være aktuell før seksuell kontakt. De viser til at mye av forskningen er gjort i afrikanske land med et annet sykdomsbilde enn i vesten, de viser til svak og motstridende evidens. De kritiserer at rapporten ikke fokuserer på forhudens funksjon som beskyttelse av penishodet og den mekaniske funksjonen under samleie. De kritiserer videre at rapporten ikke tar med seg studier som viser at omskjæring fører til mindre følsomhet, og hvordan det kan føre til seksuelle problemer for mennene og deres partner. De viser til at noen studier indikerer at omskjæring kan føre til psykologisk-, smerte- og seksuell problematikk senere i livet. Artikkelen viser til at det forekommer blant annet infeksjoner, blødninger og sammenvoksinger, penisamputasjon og dødsfall, selv om man ikke vet den eksakte risiko og komplikasjonsratio ved omskjæring.

### **Rådgiving til foreldre som vurderer omskjæring av sitt nyfødte guttebarn**

Etter at den amerikanske pediatriforeningen kom med sin rapport kom Mielke (2013) med en litteraturstudie om temaet. Hun viser at det er et skille mellom å gi råd til foreldre i land med et dårligere helsevesen enn i land med et ressursrikt helsevesen slik som USA. Hun viser til at her bør fokuset være å gi objektiv informasjon om helsefordeler og risiko ved å omskjære guttebarn. Og ha et økt fokus på kondombruk, vaksinasjon og å unngå risikofylt seksuell atferd som forebygging av blant annet HIV og HPV. Helsepersonell bør ha innsikt i og være åpen for synspunkt som både støtter og ikke støtter rituell omskjæring slik at informasjonen ikke bare blir presentert saklig men også respektfullt.

### **Leger i USA trenger mer kunnskap om omskjæring**

Carbery mfl. (2012) har utført en kvantitativ studie med 1500 deltagere som viser at leger trenger mer kunnskap når det kommer til fordeler og risiko ved mannlig omskjæring i USA. Studien viser at 22% av legene ikke kjenner til fordeler og risiko med omskjæring godt nok til å veilede foreldre i det og 40,3 % av legene svarer at de har for lite kunnskap om temaet til at de kan veilede voksne menn i dette

## 2.0 Teori

Dette kapitlet tar for seg noe litteratur som er aktuell for denne oppgaven.

Hensikten med denne oppgaven er å opparbeide ny kunnskap om hvilke utfordringer helsesøster møter i sitt arbeid med familier som ønsker å omskjære guttebarn. Innledningsvis i oppgaven var jeg inne på hva rituell omskjæring er og litt om den debatten og uenigheter det har vært angående omskjæring. Men for å oppnå økt kunnskap om temaet er det også nødvendig å få mer kjennskap til hva som er helsesøsters arbeidsområde og rammer. Siden oppgaven tar for seg utfordringer i helsesøsters arbeid med familier blir kommunikasjon et viktig tema. De som får utført omskjæring er som regel ikke etnisk norsk (Prop. 70L, 2013-2014) mens helsesøstre som regel er det (Neumann, 2011). Derfor blir også kulturaspektet relevant. Makt, tillit og etikk kan også ha stor innvirkning i hennes arbeid. Derfor trekker jeg inn disse aspektene i dette teorikapitlet, for senere å hente det opp i drøftingskapitlet og knytter det opp mot funn.

### 2.1 Helsesøsters arbeidsområde og rammer

Helsesøstre sitt arbeidsfelt er stort. I følge helse- og omsorgstjenesteloven (2011) er kommunen pliktig å tilby nødvendig helse- og omsorgstjenester til personer som oppholder seg i kommunen. De skal ha knyttet til seg blant annet helsesøster og de skal tilby helsefremmende og forebyggende tjenester, herunder skolehelsetjeneste og helsestasjonstjeneste. I følge lovverket skal det være helsestasjon og helsesøster i kommunen. Helsesøsters arbeid er rettet mot helsestasjon, skolehelsetjenesten og helsestasjon for ungdom. Aldersgruppen er 0-20 år (Helsedirektoratet, 2017b). 1. januar 2018 var 1 260 893 av 5 295 619 personer i Norge under 20 år (Statistisk sentralbyrå, 2018), det vil si 23,8 %. Det betyr at nesten en fjerdedel av Norges befolkning er helsesøsters målgruppe. I tillegg kommer helsesøsters arbeid rettet mot foreldre, arbeid som ikke alltid handler direkte om barnet. Nasjonalfaglig retningslinje for det helsefremmede og forebyggende arbeidet i helsestasjon, skolehelsetjeneste og helsestasjon for ungdom beskriver at barn, 0-5 år, bør få tilbud om regelmessige konsultasjoner på helsestasjonen. Hvorav de bør følge et standardisert program med 14 konsultasjoner hvor helsesøster står oppført som utførende helsepersonell (Helsedirektoratet, 2017b). Nær 100 % av barn/foreldre benytter seg av helsestasjonen

(Helsetilsynet, 2012). Dette betyr at helsesøster møter de fleste familiene omskjæring er aktuelt for.

Helsesøster har en spesialistkompetanse innenfor helsefremmende og sykdomsforebyggende arbeid, kjernekompetansen til helsesøster er sykepleie. Hun kan i tillegg ha spisskompetanse innenfor spesialområder innenfor tjenesten (Glavin, 2009). I følge Glavin (2009) har helsesøster en helt spesiell kompetanse for å utøve faget sitt, gjennom teoretisk og praktisk kunnskap. Helsesøstre har opplevd et økt arbeidspres de siste årene, med blant annet endret samfunnsstrukturer og økt globalisering og økt andel flyktninger og innvandrere (Glavin mfl. 2009). Dette gir en del nye utfordringer, økte oppgaver og økte arbeidsområde. Denne utviklingen fører til et økt krav om kompetanse hos helsesøstrene. Dette har ført til at mange helsesøstre spesialiserer seg på et område av tjenesten. Dette kan gi flere fordeler med økt faglig trygghet og en bedre profilering av fag og tjeneste. I mange mindre kommuner vil dette likevel ikke være mulig siden det er få helsesøstre (Glavin mfl., 2009).

Landsgruppen av helsesøstre NSF (2013) mener helsesøstrene har et selvstendig ansvar for faglig oppdatering. Glavin mfl. (2009) mener at ansvaret også ligger hos kommunene. De mener at de har et stort ansvar når det kommer til tilrettelegging for kompetanseheving. Det er et lederansvar å sikre at personellet har riktig kompetanse, og kompetansebehovet skal vurderes individuelt. Ledelsen bør samarbeide med de ansatte i utvikling av tjenesten og opplæring med tanke på ønsker og behov som er i tjenesten. Utdanningsinstitusjonene har også et ansvar i å tilby utdanning og legge til rette for forskning som speiler samfunnets behov.

Helsesøster forholder seg til lover, forskrifter og retningslinjer i sitt arbeid. Lover og forskrifter viser hva som er rett løsning og skal etterleves, men de er ikke alltid entydige (Moelven, 2009). Nasjonale faglige retningslinjer er ikke rettslig bindende men de peker på ønsket og anbefalt handlingsvalg og er retningsgivende. Anbefalingene har ulik styrke, styrken er satt ut fra grad av kvalitet på kunnskapsgrunnlaget. Det skal alltid gjøres individuelle vurderinger, men dersom det velges løsninger som i stor grad avviker fra anbefalingene bør dette dokumenteres (Helsedirektoratet, 2016). Nasjonal faglige retningslinjer er skrevet og gradert ut fra kjent kunnskapsgrunnlag (Helsedirektoratet, 2016). Det vil si at de følger evidensstenkningen hvor det blir tatt utgangspunkt i tiltak som har vist best effekt.

Helsesøsters kan ta i bruk ulike praksiser i arbeid med familier som ønsker rituell omskjæring, en av de er evidensbasert praksis. Evidensbasert praksis blir ofte oversatt til kunnskapsbasert praksis i Norge (Terum og Grimen, 2009). Evidensbasert praksis vil si å benytte seg av de tiltak som har vist best mulig vitenskapelig effekt (Hansen & Rieper, 2009). Vandvik (2009) beskriver at graden av pålitelig kunnskap kan variere, ved kliniske beslutninger bør vi alltid tilstrebe evidens av høyest kvalitet. Oppsummert forskning av randomiserte kontrollerte forsøk skal alltid settes høyest. Han understreker at for å få pålitelige svar krever de ulike spørsmålene ulike forskningsdesign. Selv om det finnes lite eller ingen forskningsbasert kunnskap på et felt så kan man likevel handle evidensbasert, men da vil man hovedsakelig ta utgangspunkt i erfaringsbasert kunnskap. Vandvik (2009) er tydelig på at ved kliniske beslutninger er forskningsbasert kunnskap aldri tilstrekkelig alene, det er viktig å inkludere pasientens preferanser og forsøke å se helheten.

Det er ikke full enighet i om retningslinjer og prosedyrer alltid er en god løsning. Grimen (2009) viser til hvordan prosedyrer kan senke kvaliteten på tjenesten. Grimen problematiserer blind bruk av tiltak med vist best effekt, fordi det ikke tar utgangspunkt i ulikheter blant utøveren. Grimen (2009) anser dette som problematisk fordi andre tiltak vil kunne passe bedre når det gjelder en bestemt utøver og vil dermed kunne gi bedre resultat for denne utøveren, enn at utøveren blir påtvungen å bruke tiltak som han eller hun ikke føler seg fortrolig med. Noen mener at evidensbasert praksis kan true det profesjonelle skjønn, mens andre mener det vil kunne styrke det og at poenget med evidensbasering er å styrke skjønnnet ikke eliminere det (Grimen, 2009). Grimen (2009) viser til at dette handler om ulike måter å forstå skjønn på og at det er behov for en klargjøring av skjønnets plass i evidensstenkningen. Hansen mfl. (2010) beskriver at faglig skjønn er en kombinasjon av kunnskap og dømmekraft som videre leder frem til faglig forsvarlige beslutninger/handlinger. Meyer (1995) beskriver det som fleksibelt, hvor man bruker det man har fra andre situasjoner i nye situasjoner. Hun beskriver det videre som å gjenkjenne større trekk i situasjonen, at man bruker kombinasjoner av det man har med seg fra før for å kunne handle i den nye situasjonen. Det vil si at for å bruke faglig skjønn er det også et krav om kunnskap og kompetanse.



## **2.2 Kommunikasjon, veiledning og ulik kulturbakgrunn**

Kommunikasjon er et vidt begrep som rommer mye. Eide og Eide (2004) betegner god profesjonell kommunikasjon som et verktøy for å ivareta brukeren på en god måte og fremme yrkets formål. Men det ligger også mange utfordringer i kommunikasjon og det er lett å kunne trå feil. Ulik kulturbakgrunn vil kunne være en utfordring i kommunikasjonen. Eide og Eide (2004, s. 99) beskriver hvordan vi ofte forventer at mennesker fra andre kulturer enn oss skal forstå vår livsverden og språk. Noe som ofte ikke er tilfelle fordi det forutsetter at man har et felles grunnlag, ofte har man ikke et felles grunnlag av opplevelser og erfaringer. Dette skaper utfordringer i kommunikasjonen. Magelssen (2008) mener kunnskap om en annen kultur vil kunne være nyttig, men det er først når man prater med og observerer den andre at man får en innsikt hvordan kulturen er for dem. Eriksen og Sørheim (2006) mener det er mennesker som møtes og ikke kulturer, selv om kultur og kulturforskjeller har betydning i møtet mellom mennesker. Eriksen og Sørheim (2006) beskriver at dersom en ønsker å ta andre mennesker på alvor så må man forsøke å forstå hvordan verden de lever i. Det betyr ikke at man undergraver egne meninger eller trenger være enig med den du møter. Dette handler om å møte den andre med empati og innlevelse. For å kunne snakke med den andre, og ikke til, er det nødvendig å sette seg inn i deres oppfatninger. Magelssen (2008) uttrykker at dersom vi skal opptre kultursensitiv i møter er det ikke nok å opptre åpen, medfølende og lyttende man må også være spørrende og analytisk. Helsesøster bør være bevisst sin egen kulturforståelse og verdier. De ubevisste verdiene bør gjøres bevisste mener Slettebø (2009). Neumann (2011) beskriver at helsesøsters blikk for barn og foreldre formes av hennes tilhørighet i en etnisk norsk, kvinnedominert middelklasseprofesjon. Når det kommer til barn er det en sammenflyting av idealene til den etnisk norske middelklassen og profesjonen. Det vil si at den annens og egen kultur kan bli relevant og være viktig i kommunikasjonen med den andre.

Veiledning er en pedagogisk prosess som handler om oppdagelse, bevisstgjøring, læring og eventuelt en forandring. Veiledning handler om at den andre selv skal oppdage, bli bevisst og kanskje selv finne en løsning eller et svar (Tveiten, 2009). Neumann (2011) beskriver at mange helsesøstre utfører foreldre støttende arbeid, og dersom hun opplever uheldig atferd bruker hun eventuelt forsiktig korrigerende av foreldrene. Helsesøster fokuserer på foreldrenes ressurser og kunnskap, eller kunnskap som ligger latent for å styrke foreldrene i foreldrerollen. Brukeren er ekspert på seg og sitt liv, det betyr at det er to med ekspertkompetanse som begge må få komme frem. Selv om partene ikke nødvendigvis er

likestilte, så er de likeverdige (Tveiten, 2009). Det er en forventning til at helsesøster toner ned sin autoritet som ekspert, og dette kan veiledning i stedet for rådgiving bidra til (Neumann, 2011). Men som profesjonell yrkesutøver vil man inneha makt (Mach-Zagal & Saugstad, 2012).

Veiledning er et samarbeid med et delt ansvar, hvor mye ansvar brukeren er i stand til å ta vurderes underveis i felleskap. Det er fokus på kunnskap, ferdighet og holdninger hos brukeren. Veiledningsprosessen kan også inneholde informasjon, undervisning og rådgiving, men trenger ikke å gjøre det. Det å gi råd kan være nødvendig for å komme i gang med veiledningsprosessen. Men dersom man ikke har bedt om råd kan det oppleves provoserende å få det. Veiledning bør være en dialog. Ender det som en monolog, fra en eller begge sider, uten plass for tvil, spørsmål eller argumenter mot kommer en ikke videre. At helsesøster blir rådgivende problematiseres av Tveiten (2009) fordi hun mener det kan føre til at foreldrene kan oppfattes samtykkende, men at de likevel ikke er enig og velger å ikke følge rådene når de drar hjem (Tveiten, 2009). Eide og Eide (2004) skriver at for å få til forandring vil det være hensiktsmessig og noen ganger nødvendig å utfordre den andre. De beskriver at utfordringer i dette er forskjell eller avstand i forståelse og også helperens rolle i å vurdere om den andres forståelse er en hindring for en positiv utvikling. Magelssen (2008) beskriver hvordan kultur kan påvirke relasjonen. Hun beskriver at respekten for kultur kan gjøre oss handlingslammet, at vi i frykt for å røkke ved pasientens verdier lar være å gjøre det vi bør gjøre i følge vår faglige innsikt. Men når dette skjer så har man ikke vært klar over eller fokusert på den egenskapen kultur har til å endre seg. Og dersom man velger å ikke trå inn på dette området vil det vanskeliggjøre å få til endring.

### **2.3 Health literacy**

Olsen (2011) skriver at en vanlig utfordring mellom helsepersonell og mødre med etnisk minoritetsbakgrunn er kommunikasjonsproblemer. Hun viser i sin artikkel til en kreativitet hos helsearbeiderne for å få frem sitt budskap men at de ikke er så opptatt av det mødrene ikke får meddelt på grunn av språkvansker. Olsen (2011) viser til at helsepersonellet i denne studien ser ut til å vurdere behovet for tolk ut fra eget behov og ikke ut fra kvinnens. Health literacy, eller helseinformasjonsforståelse som det kalles på norsk, kan betegnes som en persons personlige, kognitive og sosiale evner til å få tilgang til, forstå og bruke

helseinformasjon for å fremme og ivareta god helse. Helseinformasjonsforståelsen er ikke bastant og kan endre seg i løpet av livet (Jenum & Pettersen, 2014).

Lav health literacy er forbundet med demografi og herunder etnisk minoritetsbakgrunn, i tillegg til høy alder, lav utdanning og lav sosial klasse (Jenum og Pettersen, 2014). Gele m. fl (2016) har i sin studie fokusert på health literacy blant kvinnelige somaliske innvandrere i Norge, de viser til at 71 % av denne gruppen har manglende kapasitet til å innhente, forstå og handle ut fra helseinformasjon og –tilbud, og til å gjøre passende helseavgjørelser. Lav helseinformasjonsforståelse kan resultere i dårligere helsemessige valg og vanskeligheter med å ta et informert valg. I møte med personer med lav helseinformasjonsforståelse mener Jenum og Pettersen (2014) at sykepleierens kommunikasjonsferdigheter blir viktig. Fordi dersom helsekommunikasjonen blir for kompleks er det fare for at pasienten misoppfatter og presisjon, kvalitet og sikkerhet i behandlingen blir truet. Gele m.fl (2016) beskriver at innvandrere har begrenset tilgang til relevant helseinformasjon og at dette kan ha sammenheng med at helseinformasjon ofte presenteres på en kompleks og tungvint måte. Somaliske kvinner ser ut til å ha andre forventninger til helsevesenet og er ukjent med det norske helsesystemet og dette fører til at de i mindre grad oppsøker det. Forfatterne problematiserer også hvordan skriftlig informasjon er den mest vanlige måten å meddele helseinformasjon på i Norge, når 80 % av verdens befolkning lever i muntlige og visuelle kulturer. Dette skaper problemer i møte med blant annet somaliske kvinner som har vanskelig for å nyttiggjøre seg informasjon som presenteres skriftlig.

#### **2.4 Makt, tillitt og etikk**

Forholdet mellom utøver og bruker vil ikke være jevnbyrdig, uavhengig om utøver ser brukeren som underdanig eller jevnbyrdig. Utøveren sitter med utdannelsen og det faglige overtaket i relasjonen. Brukeren har gjerne en annen forventning enn utøveren som fører til en ubalanse (Mach-Zagal & Saugstad, 2012).

Clancy (2015) beskriver at helsesøster følger retningslinjer, forskrifter og gjeldende kunnskap, hun opptrer på vegne av staten. Hennes råd og veiledning skal virke også utenfor helsestasjonen. Men selv om helsesøster har en kontrollfunksjon er det en tjeneste som foreldrene ønsker. De besøker helsestasjonen frivillig, og de kommer for støtte, råd, veiledning og for at barna skal bli undersøkt. Neumann (2011) beskriver at helsesøster i stor

grad er opptatt av at familien opprettholde tilliten til tjenesten og at dette setter grenser for hennes autoritet, at dette påvirker henne i hvordan hun møter familiene. Blir hun for irettesettende vil ikke familiene være åpne for helsesøster. Helsesøster skal være både barnets beskytter og støttespiller til foreldrene. I tillegg kommer rollen som foreldrenes veileder og oppdrager (Neumann, 2011). Så helsesøster er opptatt av tillitt i sitt arbeid med familiene.

Løgstrup (2006) beskriver at man i utgangspunktet møter hverandre med tillitt. Han belyser videre hvordan ulikheter og ulik bakgrunn ofte fører til konflikter fordi personlige forventninger ikke innfris på grunn av ulikt utgangspunkt. I denne oppgaven vil dette ulike utgangspunktet kunne være at man kommer fra ulike kulturer. Magelssen (2008) beskriver at kultur rommer tanker, følelser og handlinger. Kultur kan defineres som kunnskapen, verdiene og handlingsmønstrene mennesker tilegner seg som medlemmer av samfunn. Selv om man kjenner den kulturelle bakgrunnen til en person vil man ikke kunne forutsi hva en person vil tenke, føle og gjøre (Magelssen, 2008). Blix (2014) stiller seg kritisk til tydelige beskrivelser av enkelte kulturelle grupper i læringsøyemed, fordi det ender opp med ganske snevre beskrivelser som egentlig ikke passer til mange av de som blir plassert i denne gruppen. Hun mener helsepersonell må ha innblikk i prosessene, kulturelle, sosiale, politiske, økonomiske og historiske, men også være klar over at de ikke vil kunne vite hvordan prosessene virker inn på livet til den enkelte.

Løgstrup (2006) skriver om hvordan det oppstår en konflikt når man blottlegger seg med forventning om å bli møtt, men ender opp med å ikke bli det. Vi bidrar med å forme den annens verden ut fra vår holdning til hverandre. Dersom tillitt blir møtt med noe annet en mottagelse så slår den over i mistro. Det betyr ikke at vi ukritisk skal møte den andres forventning og ønsker. Han mener likevel at det noen ganger vil det være riktig å si i mot dette fordi etter ens egen innsikt mener at det ikke tjener den andre best. Likevel vil aldri ansvaret for den andre handle om å overta hans eget ansvar i følge Løgstrup (2006). Han uttrykker videre at den andre må få reagere på dette slik den vil, og selv skal få bestemme hva de gjør med de ord og handlinger som er gitt.

Clancy (2015) skriver at foreldre er selvstendige individer som kan ta bevisste valg på hva de deler med helsesøster og således yte motstand. Selv om helsesøster har makt og kunnskap i sitt felt. Begge parter kan velge å unngå tema for å bevare en trygg og forutsigbar ramme.

Foreldrene vet ofte hva som er forventet og akseptert, og handler ofte deretter. Det å ivareta egen integritet, behov for å beskytte barnet og frihet til selv å bestemme over eget liv påvirker gjerne om det ytes motstand i møtet med helsesøster. Slettebø (2009) beskriver en verdikonflikt kan gå på foreldrenes rett til autonomi sett opp mot ikke-skade-prinsippet ovenfor barnet.

Clancy (2015) beskriver at en avslappet atmosfære kan bidra til å begrense motstanden. Men det påvirker også maktbalansen. Det er ikke sikkert at det er moren som tar avgjørelsen i familien (Slettebø, 2009). For eksempel beskriver Eide og Eide (2004) at i noen kulturer er lydighet og lojalitet ovenfor familien høye idealer. Som i norske øyne kan anses som underkastelse, avhengighet og svakhet hos den personen (Eide og Eide, 2004). Magelssen (2008) beskriver at det er fullt mulig å være uenig og ha ulik tolkning innad i en kultur. Men noen vil ha mer makt i et samfunn og deres tolkning vil telle mest. Det vil kunne være vanskelig å stå mot denne makten og en blir fanget i det kulturelle nettet. Hun uttrykker at kanskje det er impulser utenfra som kan bidra med en løsrivelse fra det nettet (Magelssen, 2008). Videre står det beskrevet at det kan være de med makt i et samfunn som bidrar med å beholde en tradisjon, da vil det kunne være vanskelig å snakke med bare den som er avmektig. Men å prate med både den mektige og den avmektige (Magelssen, 2008).

Som fagperson står helsesøster ansvarlig for at helsetilbudet er faglig forsvarlig og at pasienten har fått nok informasjon til å kunne ta et begrunnet valg, også i en konfliktsituasjon (Slettebø, 2009). Retningslinjer og lover er ikke alene nok i helsesøsters arbeid. Slettebø (2009) beskriver at en helsesøster bør ta stilling til sykepleierfaglige verdier, etiske dilemmaer og hun skal kunne jobbe etisk forsvarlig. Det ligger en forventning til at helsesøster forholder seg til yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere som stadfester hennes etiske ansvar (Norsk sykepleierforbund, 2016). Loven er alltid overordnet i helsepersonells arbeid. Det vil si at ved et etisk dilemma der en lovbestemmelse gir en klar løsning, kan ikke etiske retningslinjer eller overveielser brukes som en lovlig begrunnelse (Molven, 2009).

Dahl mfl. (2014) viser i sin artikkel til at etisk utfordrende møter gir helsesøster en følelse av å føle seg verdifull, nyttig og verdsatt av familiene. Men de opplever også utfordrende opplevelser som fører til at de sitter igjen med en følelse av utilstrekkelighet. Men de har også kommet frem til at helsesøster er stolt av jobben sin og er opptatt av brukerne av tjenesten og deres trivsel.

### **3.0 Metode**

Dette kapitlet viser valg av metode. Videre kommer jeg inn på hvordan hermeneutikken har vært en inspirasjon i denne oppgaven. Jeg beskriver min forforståelse. Informanter og rekruttering av disse blir beskrevet, hvordan datainnsamlingen har foregått og transkribering av innhentet materiale. Jeg bruker Malterud (2013) sin firestegs- analysemetode i det videre arbeidet med det transkriberte arbeidet. Videre i kapitlet kommer jeg inn på refleksivitet og validitet. Avslutningsvis tar jeg opp forskningsetikk og anonymisering.

#### **3.1 Valg av metode**

I denne oppgaven ønsker jeg å se saken fra helsesøsters ståsted. Hvilke utfordringer har hun i møte med familiene som ønsker å omskjære guttebarn. Hva ser hun som sin rolle og hvordan blir hun påvirket. Malterud (2013) beskriver at kvalitativ metode passer til å finne ut mer av menneskelige egenskaper og utforskning av dynamiske prosesser. Og det er nettopp det jeg er ute etter i denne oppgaven, jeg ønsker å belyse helsesøsters erfaring angående omskjæring og de utfordringene hun møter i sitt arbeid med familier som ønsker omskjæring. Dermed ble det naturlig å velge kvalitativ metode og intervju i dette prosjektet.

#### **3.2 Hermeneutikken som inspirasjon**

Det at jeg ønsker å se saken fra helsesøster sin side leder meg mot hermeneutikken, som er en inspirasjon for denne oppgaven. Malterud (2013) beskriver at hermeneutikken handler om å tolke og forstå snarere enn å forklare. Gadamer (2010) beskriver den hermeneutiske regelen hvor man forstår helheten ut av delene og delene ut fra helheten. At forståelsesprosessen beveger seg fra helhet til del og tilbake til helhet. Gadamer (2003) beskriver at hermeneutikken har som mål å gjenopprette en manglende forståelse.

Aadland (2013) sammenligner hermeneutikkens helhetstenkning med et puslespill som først begynner å gi mening når brikkene systematiseres og kobles sammen. Trekker vi det mot tematikken i oppgaven så kan omskjæring være en brikke. Denne kobles sammen med mange andre brikker som for eksempel rettigheter og behov som er en del av et guttebarn.

Guttebarnet kobles sammen med familien, som er puslet sammen av brikker med for eksempel ansvar, verdier og sine rettigheter. Disse pusles så sammen med andre mennesker

gjennom kulturell tilhørighet, som så pusles videre med andre deler av samfunnet. Men så har vi helsesøster som er puslet sammen av blant annet retningslinjer, forskning, faglig skjønn og etikk. Helsesøster står heller ikke alene og kan pusles sammen med andre grupper.

Helsesøster kobles også sammen med familien og barn, blant annet lover og retningslinjer kobles også opp mot dette. Puslespillet er uendelig og kan stadig utvides med nye brikker og deler, og man vil ikke klare å opparbeide en forståelse av å se på delen omskjæring alene, eller barnet alene, eller familien alene, eller helsesøster alene. Alle delene henger sammen og danner et bilde sammen.

### **3.3 Forforståelse**

Jeg er sykepleier, jordmor og helsesøster. Jeg har tidligere jobbet kort tid som konstituert helsesøster og helsesøster. Jeg jobber nå som kommunejordmor.

Jeg kommer fra en kultur hvor det ikke er vanlig med rituell omskjæring, selv om jeg har nære relasjoner til kulturer hvor det er det, både gjennom familie og vennsforbindelser. Jeg har som privatperson møtt foreldre som ønsker å omskjære barna sine. Jeg har møtt og møter foreldre som ønsker å omskjære guttebarn som fagperson. Jeg opplever møtene som vanskelig fordi jeg er fundamentalt uenig. Jeg er uenig i at foreldre skal kunne bestemme at det skal utføres et irreversibelt, medisinsk unødvendig inngrep på deres barn. Et inngrep som medfører en risiko for et barn som ikke har samtykkekompetanse. Jeg mener dette skal gjelde på lik linje for alle barn, uavhengig av kjønn. Jeg har vært aktiv i omskjæringsdebatten, jeg har skrevet innlegg i Aftenposten hvor jeg setter spørsmålstegn ved lov om rituell omskjæring (Olsen, 2017). I yrkessammenheng har jeg syntes møtene har vært vanskelig fordi jeg har vært usikker på hvor mye jeg egentlig kan si om det, men også hvordan man bør snakke om det uten å støte familiene i fra seg. Etter å ha snakket med kollegaer fikk jeg inntrykk av at flere var usikker med tanke på hva de skulle si og gjøre. Dette ønsket jeg å undersøke videre og er bakgrunnen for denne oppgaven.

Som regel er forforståelse et viktig utgangspunkt for motivasjonen for å sette i gang med et prosjekt. Men forforståelsen kan også begrense forskeren i å se sitt materiale, at forskeren blir sneversynt og kun ser det som bekrefter egne antagelser. Derfor er det viktig at forskeren er åpen og har et aktivt og bevisst forhold til forforståelsen (Malterud, 2013).

I kapittelet refleksivitet og validitet kommer jeg litt mer inn på hvordan forforståelsen virket inn i arbeidet med denne oppgaven.

### **3.4 Informanter og rekruttering**

I denne oppgaven har jeg intervjuet helsesøstre. Jeg intervjuet ni helsesøstre, fra ulike deler av landet og fra helsestasjoner med ulik størrelse. De var ønsket som informanter fordi de hadde en erfaring fra tematikken. Helsestasjonene som ble kontaktet er også valgt ut på bakgrunn av beliggenhet, det ene for å få en bredde i materialet fra små steder til større byer i ulike deler av landet. Det andre var for at det skulle være mulig for meg å besøke helsestasjonene ut fra et økonomisk aspekt og tidsbegrensningen jeg hadde for innhenting av materiale.

Jeg satte to krav til helsesøstrene jeg skulle intervjuer, de skulle ha en erfaring med familier som ønsket å omskjære guttebarn og jeg skulle ikke kjenne de fra før. Det andre kravet satte jeg for å minimere sjansen for at jeg skulle ha påvirket informantene i forkant. Av samme årsak snakket jeg ikke så mye om studien i forkant av intervjuet. Noen av informantene har jeg møtt på tilfeldig i yrkessammenheng, men ikke noe mer enn det.

I utgangspunktet ønsket jeg å bruke snøballmetoden for å få informanter. Polit og Beck (2014) beskriver snøballmetoden med at tidligere informanter foreslår nye informanter. Jeg innså etterhvert i arbeidet at dette var en strategi som ikke fungerte, blant annet fordi den var tidkrevende og fordi jeg da ikke kunne velge helsesøstre fra helsestasjoner som hadde en høyere andel brukere fra miljøer hvor omskjæring er vanlig.

Jeg valgte å gå over til å ta kontakt med kommuner/helsestasjoner som jeg viste hadde en del erfaring med brukergruppen oppgaven baserer seg på. Enten ved at de hadde eller nylig hadde hatt asylmottak, og ved at størrelsen tilsa at de mest sannsynlig hadde en del brukere med innvandrerbakgrunn. Eller at det var områder som hadde en høy andel beboere med innvandrerbakgrunn. Jeg tok kontakt med kommuner i flere landsdeler.

Først tok jeg kontakt per mail med helseleder i kommunen for å be om tillatelse for å kontakte ledende helsesøster på aktuell helsestasjon, vedlegg 1. Alle spurte helseledere godtok dette. Så kontaktet jeg ledende helsesøster, vedlegg 2. En del takket nei til å være med i studien.



Til slutt endte jeg med 9 informanter fra 5 ulike helsestasjoner i Nord-Norge og på Østlandet. Størrelsen på kommunene variere fra små, mellomstor til stor. Informantene hadde vært helsesøster i fra 1 til over 20 år. Alle hadde erfaring fra familier som ønsket å omskjære guttebarna sine, men hvor stor denne erfaringen var varierte. Noen jobbet spesielt opp mot asylsøkere og flyktninger mens andre jobbet i ordinær helsestasjonsdrift.

Antall informanter ble flere enn jeg hadde tenkt i utgangspunktet, men i respekt for de som sa seg villig til å delta ble ingen avvist. Malterud (2013) påpeker at man fort kan få et for omfattende datamateriale. Selv om det var mange informanter, var intervjuene forholdsvis korte med det lengste på rett i underkant av 30 minutter. Jeg opplevde til tider materialet som u håndterlig, men dette handlet nok mer om egen manglende erfaring med et slikt materiale enn antall informanter.

### **3.5 Datainnsamling**

I oppgaven er det brukt semistrukturert intervju. Semistrukturert intervju har individuelle deltagere (Malterud, 2013). Målet med denne studien er å få innsikt i de utfordringene helsesøster møter på i sitt arbeid med familier som ønsker å omskjære guttebarn. Malterud (2013) beskriver at det er viktig at man ikke følger intervjuguiden til punkt og prikke og at den ikke er for detaljert når formålet er å få vite noe nytt eller at det skal åpnes opp for nye spørsmål. Hun beskriver intervjuguiden i denne metoden som en huskeliste. Her lyktes jeg nok ikke så godt som jeg hadde håpet, fordi jeg ikke klarte løsrive meg fra intervjuguiden.

Jeg utførte et prøveintervju, jeg endret intervjuguiden noe etter dette. Intervjuguiden jeg startet de ordinære intervjuene med ligger som vedlegg 4. Jeg opplevde det som utfordrende å løsrive meg fra intervjuguiden, de første intervjuene var mer stakkato og jeg følte intervjuguiden var min livbøye som jeg måtte holde fast ved. Etterhvert som jeg hadde flere intervju bak meg og ble mer trygg i rollen turte jeg å følge mer den veien intervjuet tok oss. Jeg klarte likevel ikke å løsrive meg så mye som jeg ønsket eller så mye som er hensiktsmessig når det kommer til metoden. Jeg føyde på stikkord og spørsmål underveis til bruk i senere intervju, intervjuene ble nok mer fyldige etterhvert. I etterpåklokskapens lys ser jeg at jeg burde hatt flere prøveintervju, mest for at jeg selv skulle bli trygg i situasjonen og klare å spontant se hva jeg burde be de utdype.

Jeg brukte lydopptak. Bruk av lydopptak gjør at intervjuer kan ha den fulle oppmerksomhet på informanten og dynamikken i intervjuet (Kvale & Brinkmann, 2009). De fleste intervjuene var utført på arbeidstedet til informantene.

### **3.6 Transkribering**

Jeg skrev først ned intervjuene mer eller mindre ordrett, men jeg tok ikke med pauser, lyder eller bekreftende lyder/ord fra meg. Slik som ”eh”, ”mm” og ”ja”. Deretter gikk jeg gjennom det skriftlige intervjuet og fikk det skrevet om til et skriftlig språk. Dette i tråd med Kvale & Brinkman (2009) beskrivelse av transkribering som en oversettelse fra muntlig til skriftlig språk, uten at innholdet påvirkes.

Jeg var overrasket hvor usammenhengende intervjuene virket før jeg fikk skrevet de om, noen ganger måtte jeg gå tilbake til lydfilen for å være sikker på at jeg fikk frem informantens mening på en god måte. Noen ganger ble ikke setninger fullført, noen ganger røpet tonefallet eller det som ble sagt før eller etter de manglende ordene. Noen ganger var det vanskelig å kunne rekonstruere i ettertid og være sikker på at det var det informanten egentlig sa, og av den grunn ble noen setninger stående ufullstendig. Malterud (2013) beskriver det ansvaret forskeren har i å få det som ble sagt frem på en måte slik at det samsvarer med det som var ment. Og fordi jeg i noen tilfeller ikke var sikker på dette ble det heller utelatt.

Noen ganger hadde jeg flere intervjuer på kort tid og det gikk noe tid før jeg fikk skrevet ned intervjuene, dette var en ulempe. Fordi jeg da hadde begynt å glemme stemningen i intervjuet, gester og slikt som kunne hjelpe med i arbeidet for å sikre at jeg fikk frem på rett måte det informantene fortalte. Det er mulig at video kanskje hadde vært bedre, fordi det på grunn av lang reisevei ikke ville være mulig å ha lenger tid mellom intervjuene i de fleste tilfellene. Eller så kan det være at jeg hadde vært mer oppmerksom med dette dersom jeg hadde fått mer trening gjennom flere prøveintervju. At jeg ville blitt mer oppmuntrende og flinkere til å følge opp slike ufullførte utsagn.

### **3.7 Analyse**

Jeg har brukt Malterud (2013) sin firestegs- analysemetode på det transkriberte materialet.

**1:** Analysen startet allerede før jeg hadde begynt transkriberingen, jeg så noen av hovedtemaene allerede i intervjusituasjonene og disse gikk stort sett igjen. Men som jeg har vært inne på kom nok min forforståelse i veien så når jeg fikk gått mer i dybden på de transkriberte intervjuene så jeg at de rommet mer. Malterud (2013) beskriver at i første trinn handler det om å finne helheten i materialet og at hovedtemaer skisseres opp. Når jeg var ferdig med å transkribere alle intervjuene, leste jeg først gjennom alle. Jeg satte så opp noen tema jeg så gikk igjen og leste de på nytt med disse i hodet, det kom til noen flere temaer når jeg gikk gjennom med disse.

Hovedtemaer er:

- egne holdninger
- nytter ikke
- sterk tradisjon
- usikkerhet
- sted for omskjæring
- handlinger

**2:** Jeg skrev ut alle intervjuene på papir og gikk gjennom de på nytt. Jeg krysset over egne utsagn og det som jeg så tydelig ikke var relevant i oppgaven. Her måtte jeg også gå tilbake å viske ut noe av det jeg i første omgang hadde krysset ut, for når jeg etter hvert så det i en større sammenheng så ble det relevant likevel. Jeg gjorde det Malterud (2013) beskriver som en grovsortering.

Når jeg så hadde krysset vekk en del av materialet gikk jeg over til en koding. Malterud (2013) beskriver at her blir meningsbærende enheter kodet og systematisert. Jeg var ikke helt strukturert i starten av dette arbeidet, men etter hvert ble de midlertidige temaene endret. Dette i tråd med det Malterud (2013) beskriver om at temaene bearbeides underveis, nye koder kan måtte tilføyes eller utvides. Jeg satte fargekoder på de ulike temaene, men jeg så etterhvert at temaene ikke passet helt og de endret seg. Jeg gikk frem og tilbake i teksten for å se om temaene gikk over i hverandre eller om viktige meningsbærende enheter ikke kom med. Dette arbeidet gikk tidvis parallelt med at jeg markerte de meningsbærende enhetene med de ulike fargene. Følgende tema fikk hver sin farge.

- Egne holdninger
- Maktesløshet
- Sterk tradisjon
- Prosedyrer/ retningslinjer
- Hvem tar det opp
- Hva gjør helsesøster i møtet
- Hva bør helsesøster gjøre
- Smerter/komplikasjoner

En del områder ble stående uten farge, mens andre områder fikk flere farger. Hva kodene rommet og hvordan de sto i forhold til hverandre endret seg gradvis. Jeg begynner å innse at jeg har for mange koder og at noen egentlig er undergrupper, men jeg valgte å bruke de foreløpig.

En meningsbærende enhet under prosedyrer/retningslinjer var *”I forhold til guttebarn så har vi ikke noen nedskrevne prosedyrer. For eksempel at vi skal ta temaet opp på hjemmebesøk eller 6 ukers-kontroll. Og det er litt i forhold til at det ikke står i veileder for helsestasjonstjenesten at vi skal gjøre det. Det er kanskje litt dumt.”*

Utsagnet under er et eksempel som kunne komme i både kategorien sterk tradisjon og maktesløshet.

*”... fordi jeg tenker at det er et valg og de kommer til å gjøre det uansett, fordi det er sterkt i forhold til en del av de her trosretningene...”*

Når jeg hadde fargekodet de meningsbærende enhetene tok jeg frem problemstilling og forskningsspørsmål og beveget meg over i trinn tre til Malterud (2013) sin analysemetode.

**3:** Når jeg så kodene opp mot problemstillingen begynte det å bli mer system i materialet. Malterud (2013) beskriver at her jobber man mot kategorier som retter seg mot tematikken i oppgave. Hun beskriver at på dette tidspunktet fortsetter arbeidet med kodene, det kan bli nødvendig å dele opp og slå sammen og kodene kan måtte deles i underkategorier.

Jeg ender opp med to overordnet temaer som går rett på forskningsspørsmålene som jeg hadde på dette tidspunktet, men som senere ble endret. Det ble videre 5 koder og 10 undergrupper.

Tabell 1:

<b>Tema</b>	<b>Kode</b>	<b>Undergrupper</b>
Helsesøsters rolle	Fag	Retningslinjer/prosedyrer
		Tema blant helsesøstre?
		Kjennskap til offentlig informasjon
	Handlinger	Hvem tar opp tema
		Hva gjør helsesøster i møtet?
	Veien videre	Hva bør helsesøster gjøre?
Helsesøster og omskjæringsspørsmålet	Helsesøsters autonomi	Helsesøsters meninger/holdninger
	Utfordringer	Sterk tradisjon
		Maktesløshet
		Smerter/komplikasjoner

Disse nye kodene førte til at eksempelet fra forrige trinn som da kom inn i to koder, nå kommer inn under samme kode som er utfordringer, men havner under to ulike undergrupper.

Videre sammenfattet jeg de meningsbærende enhetene til kondensat. Kondensat vil si at man skriver om de meningsbærende enhetene til en mer generell form som rommer det konkrete innholdet i de meningsbærende enhetene (Malterud, 2013). Deretter valgte jeg ut gullsitater som understrekte det kondensatet jeg hadde skrevet. Malterud (2013) beskriver gullsitater som sitat som best mulig illustrer det som er abstrahert.

**4:** Når jeg så beveget meg fra punkt tre til fire i prosessen, så begynte det å gå opp for meg at den problemstillingen jeg hadde og forskningsspørsmålene ikke ble riktig ut fra det jeg ønsket undersøke. Men også det materialet som visualiserte seg foran meg ledet meg også over i en litt annen vinkling, jeg jobbet med å endre problemstillingen samtidig som jeg fortsatte med de samme kodene og undergruppene. Jeg jobbet med å samle materialet i en sammenhengende tekst. Malterud (2013) beskriver at innholdet i kodene og undergruppene

sammenfattes til tekst og at det er denne teksten som er studiens funn. Flere av helsesøstrene hadde likelydende utsagn, disse ble sammenfattet. Samtidig var det utsagn som var vanskelig å sammenfatte, så for å være tro mot helsesøstrene ble noen også stående alene. Jeg brukte noen gullsitater for å utdype deler av resultatet, i tråd med Malterud (2013) sin beskrivelse. Når jeg hadde skrevet ned teksten i dette trinnet, gikk jeg gjennom tekst og intervju på nytt. Jeg måtte inn å utdype teksten og endre formulering enkelte steder for å være mest mulig tro mot det helsesøstrene uttrykte. Jeg oppdaget at jeg hadde brukt lite fra en av informantene. Jeg fulgte Malterud (2013) sin oppfordring til å følge opp denne informanten ekstra. Dette var det første intervjuet jeg utførte, og jeg innså at jeg hadde vært for dårlig til å rettlede helsesøsteren inn på rett spor og at hun svarte en del på siden av det jeg egentlig ønsket å få tak i. Det har nok også sammenheng med at jeg kunne vært flinkere med forberedelsen og at hva jeg ønsket å bruke oppgaven til nok ble tydeligere etter at jeg hadde startet med intervjuene.

Jeg startet opp med å dele inn funn kapittelet i de to hovedtemaene presentert i tabell 1: ”helsesøsters rolle” og ”helsesøster og omskjæringsspørsmålet”.

Helsesøsters rolle fikk underkapittel:

- Retningslinjer/prosedyrer.
- Tema blant helsesøstre.
- Kjennskap til offentlig informasjon.
- Hvem tar opp tema.
- Hva gjør helsesøster i møtet.
- Hva bør helsesøster gjøre.

Helsesøster og omskjæringsspørsmålet fikk underkapittel:

- Helsesøsters meninger/holdninger.
- Sterk tradisjon.
- Maktesløshet.
- Smerter/ komplikasjoner.

Etterhvert som jeg jobbet mer med funnene og fikk en ny problemstilling opplevde jeg at denne inndelingen ikke passet lenger. Jeg endret gruppene, fortsatt kunne noen av funnene passet flere steder men inndelingen ble likevel mer ryddig. Dette er hovedfunnene etter at de foregående ble slått sammen, endret rekkefølge på og fikk en navnendring.

- Helsesøsters egne meninger/holdninger
- Ønske om en endring
- Helsesøsters kunnskap om og fokus på omskjæring
- Retningslinjer og prosedyrer i arbeidet
- Kommunikasjon om omskjæring

Her innså jeg at denne endringen burde ha skjedd mye tidligere, jeg måtte gå gjennom hele materialet på nytt. Jeg leste over intervjuene, gikk gjennom meningsbærende enheter, kondensat og sammenhengende tekst for å se om jeg hadde fått med det jeg skulle i de nye kategoriene og fortsatt var tro mot informantene. Jeg måtte inn å gjøre noen korreksjoner, men hovedinnholdet forble det samme. Det jeg ble sittende igjen med er presentert i kapittel 4.0 Funn.

### **3.8 Refleksivitet og validitet**

Vitenskapelig kunnskap skal være et resultat av systematisk, kritisk refleksjon (Malterud, 2013). Malterud (2013) betegner refleksivitet som en forutsetning for vitenskapelig kunnskap. Det innebærer at man overveier den betydningen eget ståsted har i forskningsprosessen. Egne spor skal vedkjennes og betydningen av disse skal overveies underveis.

Som vist i kapittelet forforståelse så har jeg en veldig sterk mening når det kommer til temaet. Jeg har vært bevisst dette i oppgaven, og i starten var jeg spesielt engstelig for at min forforståelse skulle skygge for oppgaven og at jeg skulle ende opp med å bekrefte egne antagelser uten å egentlig ha grunnlag for det.

Motivasjonen for å gå i gang med denne oppgaven var for å se helsesøsters utfordringer i møte med familiene omskjæring var aktuelt for. Men i starten var jeg redd for at det var min forforståelse som tilsa at det var en utfordring, og at ved å velge et slikt utgangspunkt ville jeg

lage problem av noe som kanskje ikke var det. Til og begynne med valgte jeg derfor å utelate utfordringer i problemstillingen, og brukte en annen vinkling på oppgaven. Men etterhvert som jeg jobbet med intervjuene og hadde skrevet ned funn. Innså jeg at hele poenget med oppgaven er jo at det er utfordringer i dette møtet, derfor endret jeg problemstillingen. Det som skjedde så var at jeg fikk en utfordring når jeg så stilte meg Malterud (2013) sitt spørsmål: var kartleggingen utført på en måte som var relevant for det som var ønskelig å oppnå. Spørsmålene i intervjuguiden var basert på en annen problemstilling og en annen vinkling av oppgaven enn det jeg til slutt endte opp med. Så svaret på Malterud (2013) sitt spørsmål er at kartleggingen i denne oppgaven var ikke optimal i forhold til det jeg til slutt ønsket og oppnå. Kanskje svarene hadde blitt annerledes dersom jeg hadde fokusert på utfordringer helsesøster møter i sitt arbeid med familier der det er et ønske om å omskjære guttebarn. På den annen side, hadde jeg gått hardt ut fra starten, sagt i intervjuene at det var utfordringer i møtet mellom helsesøster og familiene som ønsket rituell omskjæring, så hadde det kanskje også vært en større tvil om min forforståelse hindret meg i å være åpen for deres historier.

Malterud (2013) beskriver at det er en utfordring at forskeren aldri vil bli anonym i en studie. Min stemme vil være i materialet, fordi jeg intervjuer, tema og spørsmål er noe som er valgt av meg, jeg velger hva jeg tar med meg videre i oppgaven og hva som forkastes. Det betyr at det kanskje ikke er sannsynlig at en annen ville kommet frem til akkurat det samme resultatet som meg. Men jeg viser i oppgaven hvordan jeg gikk frem med oppgaven, fra forforståelse, bakgrunn av valg av tema, metode, innhenting av forskning, bruk av litteratur og funn og bruk av disse. Malterud (2013) beskriver at det er synligheten av denne røde tråden som blir viktig i en slik oppgave. Gadamer (2010) påpeker at man ikke skal kaste eller glemme egne foroppfatninger i møte med den andre, men man må være åpen for den andres oppfatning. Her vil jeg si at lydopptakene av intervjuene reddet meg inn, før jeg transkriberte intervjuene hadde jeg nok bitt meg merke i de delene som støttet min forforståelse. Men når intervjuene kom på papiret la jeg merke til at de rommet mye mer, dette ga meg en vekker i forhold til det videre arbeidet i oppgaven. Gadamer (2010) påpeker at ved å bli klar over sin egen forutinntatthet kan teksten få komme frem med sine særegenheter. Min bevissthet rundt forforståelsen og forutinntattheten har kommet og gått litt, og jeg har måttet gå tilbake i arbeidet for å se om jeg virkelig har klart å være åpen. Noen ganger har jeg det andre ganger har jeg måttet arbeide med materialet på nytt.



### **3.9 Forskningsetikk og anonymisering**

Helsinkideklarasjonen er etiske prinsipper for medisinsk forskning som omfatter mennesker (World Medical Association, 2013). Selv om denne retter seg mot pasienter og ikke gir samme beskyttelse til helsepersonell som forskes på (Malterud, 2013), mener jeg den kan videreføres og velger å bringe denne med meg.

Jeg skal undersøke helsesøsters erfaringer, derfor er jeg ikke pliktig til å søke Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (2015). Jeg var derimot pliktig å melde inn til Norsk senter for forskningsdata, NSD (2017) på grunn av personopplysningsloven. Svar fra NSD ligger som vedlegg 5. NSD forutsetter at man er forsiktig med å bruke eksempler under intervjuene. I intervjuene spurte jeg likevel om helsesøster sitt siste møte med en familie som ønsket å omskjære barnet sitt, vedlegg 4. Dette ble likevel en avveining opp mot hvordan jeg kunne få best mulig svar på hva jeg ønsket å finne ut av i oppgaven. Jeg tok også opp om jeg burde ha med det spørsmålet i felles veiledningstime med lærere og medstudenter, vi kom frem til at det var en god måte for å få frem hva helsesøster gjør i disse møtene. I ettertid innser jeg at jeg burde tatt med i informasjonsskrivet om anonymisering av brukere av helsesøstertjenesten, selv om jeg ga noe informasjon muntlig. Ellers ble utsagn som kunne være med på å identifisere enkeltpersoner eller familier slettet under transkribering eller senere fra det nedskrevne intervjuet.

Malterud (2013) beskriver viktigheten av at informantene kjenner prosjektet så godt at de kan ta stilling til om de ønsker å bidra med sin kunnskap. I dette prosjektet deler jeg ut et informasjonsskriv/samtykkeskjema til aktuelle deltagere, vedlegg 4. Dette blir gjennomgått før intervjuet og det åpnes for spørsmål. Det blir gjort lydopptak av intervjuet som bare jeg har tilgang til. Både på båndopptaker og telefon. Så fort intervjuet var ferdig transkribert ble opptaket slettet. Det nedskrevne intervjuet blir anonymisert. De nedskrevne intervjuene blir slettet når studien er avsluttet. Samtykkeskjema er nedlåst. Dersom deltageren trekker seg fra studien blir all data på deltageren slettet.

I oppgaven har jeg måttet utelate noen deler som egentlig hadde styrket oppgaven av anonymitetshensyn. Dette var en tung avgjørelse å ta men det aktuelle var såpass

karakteristisk at jeg kunne ikke ta det med og fortsatt garantere at ingen utenforstående ville kunne kjenne det igjen.

## 4.0 Funn

I dette kapitlet presenteres funnene i denne studien.

Alle helsesøstrene i denne studien har jobbet med familier som har ønsket å omskjære guttebarnet sitt. De fleste helsesøstrene jobber bare med flykninger/asylsøkere, barn 0-5 år eller en kombinasjon av disse to.

### 4.1 Helsesøsters egne meninger/holdninger

Flere av helsesøstrene uttrykker at uheldige hendelser har påvirket dem i deres syn på omskjæring. Flere av helsesøstrene har erfaringer med at det har oppstått komplikasjoner og smerter i etterkant av rituell omskjæring, eller at foreldrene har fortalt om det. En helsesøster fulgte opp en familie der barnet holdt på å miste penis på grunn av for stramt festet ring. En annen hadde vært med på en omskjæring der barnet hadde fått for lite smertelindring og var tydelig smertepåvirket under inngrepet. En helsesøster beskriver at hun har sett på barn som har hatt liten penis og blitt omskjært at den nesten forsvinner bak i pungen etterpå og undrer seg over hvordan det skal bli når han blir større og skal tisse.

Alle helsesøstrene uttrykte sine personlige meninger om omskjæring. En av helsesøstrene mener omskjæring er familiens valg og at de har sine grunner. Hun synes det er vanskelig å skille private og profesjonell holdning når det kommer til dette. Hun sier at på en måte er det fælt at barna blir påført smerte, men hun mener at i totalpakka som kalles livet så er det ting som skjer og hun synes det blir for enkelt å si at foreldrene ikke skal gjøre det, selv om de ikke nødvendigvis tenker hva som er best for barna.

De andre helsesøstrene er tydelig på at de mener det ikke er rett å omskjære guttebarn. En betegner det som uetisk og en annen som et overgrep, en helsesøster beskriver det som et brutalt inngrep. Og flere er tydelig på at det burde være et forbud på lik linje som med kvinnelig omskjæring.

”...Jeg tenker at dette er noe vi skal som nasjon være tydelig på. At dette er et unødvendig inngrep på en frisk kropp og sette et forbud mot det i Norge. Jeg synes vi skal være like tydelig i forhold til guttekroppen som i forhold til jentekroppen...”

Flere av helsesøstrene er opptatt av å understreke at dette er deres personlige mening og en helsesøster uttrykker at hun kan ikke si sin personlige mening til familiene.

Flere av helsesøstrene poengterer at dersom det skal være lovlig å gjøre det, så må det gjøres av det offentlige. Noen uttrykker også bekymring med tanke på hvor det blir gjort dersom det skulle komme et forbud og uttrykker en ambivalens.

”... For jeg tror det blir gjort selv om det blir et forbud... Da vil jeg tro at det får flere komplikasjoner. Samtidig som min mening er at guttebabyen skal få velge selv. Så kanskje hvis vi begynte å snakke mye mer om det her på helsestasjonen, vi som møter de først, kanskje det var et steg å ta først før total forbud.”

Noen av helsesøstrene mener det burde bli et fast tema man skal informere om på hjemmebesøk og at det skal merkes av i journal når det er gjort.

#### **4.2 Ønske om en endring**

En helsesøster mener temaet kan tas opp tidlig, før de blir foreldre. Hun forteller at hun har tatt opp temaet omskjæring på asylmottaket når hun har undervisning som går på seksuell helse med de enslige mindreårige. Hun føler noen ganger at hun kanskje har sådd et frø for at de ikke skal omskjære egne barn når de en gang får det.

Helsesøstrene beskriver at de opplever det som fånyttet å prøve å få familiene til å endre mening. De beskriver overbeviste foreldre som ikke endrer mening. Flere av helsesøstrene beskriver en skuffelse over at det ikke nytter, at de ikke får til en endring. En uttaler:

”Det er spesielt to ganger vi har jobbet ganske så mye, der folk har vært litt i tvil. Der vi har hatt flere veiledninger og flere runder, begge gangene så valgte de å omskjære.

Jeg kjente at det var litt nedtur, det hjalp liksom ikke uansett hvor mange gode argumenter jeg hadde.”

Noen av helsesøstrene beskriver at de ikke prøver å få foreldrene til å endre mening eller har gitt opp å få de til å endre mening.

”...Jeg prøver ikke å påvirke de noe. Jeg tenker det har ingen hensikt. Jeg har aldri opplevd at det har hatt noen hensikt.”

En av helsesøstrene uttrykker at man ikke kan ta alle kampene, at man da kan ende opp med å bli formyndersk. Hun beskriver at foreldrene ikke skjønner hvorfor det er et problem å omskjære fordi alle gjør det og det skal gjøres i følge dem. Hun beskriver at hos en del familier så er kunnskapen og forståelsesnivået lavt. Hun mener at da blir andre ting viktigere å fokusere på, slik som å ikke slå. Hun beskriver at hun kan se for seg at dersom hun spurte en mamma med barn nummer fire om det hadde vært en ide å ikke omskjære, så hadde mammaen bare jattet med av hensyn til henne fordi hun hadde behov å prate om det, og likevel fått det utført. Flere beskriver at familien ikke er mottagelig eller ønsker en diskusjon. En av helsesøstrene beskriver:

”De er så overbevist i forhold til den tanken at dette må gjennomføres at de kan bli litt irritert for at jeg prøver å si noe annet, at jeg har noen andre innspill i forhold til det.”

Flere av helsesøstrene beskriver at det er vanskelig eller utfordrende å skulle argumentere mot omskjæring når det ikke er et forbud eller ikke er noen tydelige retningslinjer.

Flere av helsesøstrene beskriver at det er en sterk og viktig tradisjon for mange, at det er noe foreldrene mener skal gjøres og at noen tror at det er det beste for barnet. En av helsesøstrene beskriver at det er en tusen år gammel tradisjon og at det blir vanskelig å stille seg til doms ovenfor noe slikt. Hun beskriver at hun ikke informerer noe om hvorfor det er bra å ha en forhud fordi hun mener det er et valg de blir å ta uansett siden det er en så sterk tradisjon i en del av trosretningene. Flere uttrykker at det er viktig å være forståelsesfull overfor tradisjon og kultur. En av helsesøstrene uttaler:

”Du må imøtekomme dem ut fra deres kultur og bakgrunn. Du kan selvfølgelig stille noen spørsmål om hvorfor de ønsker det, så det ikke går helt på automaten, men at de må få reflektert litt selv også over det.

Noen av helsesøstrene beskriver at det ikke nødvendigvis er så lett for foreldrene å stå imot omskjæring. En av helsesøstrene beskriver en sterk justis innad i miljøer. En annen beskriver holdningen til storfamilien og hvordan hun er redd for å gjøre det vanskelig for mammaen. En helsesøster beskriver at hun har møtt på foreldre, der mor er etnisk norsk og far er fra en kultur der det er vanlig, der de har ønsket å vente til barnet kan bestemme selv. Noen av helsesøstrene beskriver også at det er en tradisjon som fortsetter selv om de er godt integrert og født i Norge og en av helsesøstrene beskriver at det også står sterkt blant mangegenerasjons innvandrere.

#### **4.3 Faglig kunnskap og fokus på omskjæring**

Helsesøstrene forteller at de ikke har opplevd eller kan huske at temaet omskjæring er diskutert faglig, høyere opp enn blant helsesøstre på helsestasjonen. De forteller at noen ganger blir temaet tatt opp på helsestasjonen, men at det ofte er enkeltsaker som diskuteres. En av helsesøstrene forteller at hun ikke har opplevd at temaet drøftes eller at det har vært tema på kurs. Hun mener det er uheldig at kunnskapen er liten om temaet og at kunnskapen i stor grad er basert på det man får med seg som vanlig samfunnsborger.

Kjennskap til informasjonsskriv som var kommet fra helsedirektoratet angående omskjæring våren 2017 (Helsedirektoratet, 2017a), (Helsedirektoratet, 2017c) (Helsedirektoratet, 2017d) varierte. Noen av helsesøstrene kjente til det og andre ikke. Kunnskapen blant helsesøstrene om omskjæring varierte også. Noen hadde en bred kjennskap til temaet, mens andre hadde liten kjennskap til slikt som konsekvenser, hvor det kan gjøres og støtteordninger. Noen helsesøstre kjente ikke til at omskjæring kunne gjøres i regi av det offentlige og at helsestasjonen kunne henvise til inngrepet.

Flere uttrykker at de får mer fokus på det nå etter intervjuene, en uttaler:

”Men etter at vi snakker nå, så kommer jeg til å bli mer oppmerksom på det. Det kjenner jeg jo, at jeg kommer nok til å vise litt mer interesse rundt det.”

#### **4.4 Retningslinjer og prosedyrer i arbeidet**

Helsesøstrene forteller at det mangler lokale retningslinjer eller prosedyrer om omskjæring av guttebarn. Flere av helsesøstrene synes det er vanskelig å svare på hva helsesøster bør gjøre når lovverket og nasjonale eller lokale retningslinjer er slik det er. Flere poengterer at dette er noe som bør bli tatt stilling til på et nasjonalt nivå og ikke bare lokalt.

En av helsesøstrene forteller at det er en uskreven regel blant de som jobber med flyktningbarn om at de viser foreldrene til helsestasjonslegen som følger de videre opp. Helsesøstrene sier at det burde vært klarere faglige føringer for å sikre at det blir likt. En uttaler:

“ Det er jo ikke så mange retningslinjer på hva vi skal si eller hva vi skal gjøre. Så når vi ikke har det på plass så tenker jeg det er litt begrensa hva vi kan gjøre eller si.”

En helsesøster poengterer at det ikke står beskrevet i ”Veileder for helsestasjonstjenesten” at de skal ta opp omskjæring av guttebarn og at dette virker inn på at det ikke er prosedyrer. Hun beskriver at det blir litt for tilfeldig når eller om temaet blir tatt opp. Hun mener det burde være nedskrevet at temaet skal være obligatorisk på bestemte kontroller, fordi hun mener en helsesøster ikke kan ta opp et tema fordi hun privat mener det er viktig. På en av helsestasjonene får de som spør et informasjonsskriv fra et privat sykehus som har offentlig avtale om omskjæring frem til barnet er 3 måneder. En av helsesøstrene beskriver at før de fikk dette skrevet hadde hun fått beskjed om at hun skulle svare foreldrene at dette ikke var deres bord dersom hun ble spurt om omskjæring. Ved en annen helsestasjon beskriver helsesøster at de ikke har fått noe skriv om at de bør henvise til bestemte klinikker, hun mener at de offentlige burde ha et ansvar her men at hun opplever at de ikke fokuserer på det. Hun beskriver at de innimellom får skriv fra aktører som utfører omskjæring, men at de ikke henger opp det fordi det anses som reklame. Hun mener at slikt burde styres fra kommunen.

#### 4.5 Kommunikasjon om omskjæring

Helsesøstrene forteller at familiene sjelden tar opp temaet omskjæring og flere uttrykker at de fleste utfører det uten at de tar det opp med helsesøster først. En helsesøster uttaler.

”... det er en del som spør, men ikke så veldig mange egentlig. I forhold til hvor mange som jeg vet omskjærer guttebarna sine, så kunne det sikkert vært mange flere spørsmål egentlig.”

Helsesøstrene tror de som ønsker omskjæring snakker seg i mellom og at det er årsaken til at det i liten grad blir tatt opp med dem. Flere forteller at dersom familiene tar det opp, er det som regel spørsmål om hvor de kan få utført omskjæringen. Helsesøstrene forteller at de selv ikke tar opp temaet omskjæring rutinemessig.

Det varierer hvordan helsesøstrene gjennomfører samtale om omskjæring. Fra å svare så godt de kan på spørsmål, dele ut skriv fra helsedirektoratet, henvise til helsestasjonslege/fastlege, vise til at de bør ta kontakt med noen i nettverket sitt eller viser til privatklinikker. Flere forteller at de ikke informerer om omskjæringer eller konsekvenser av inngrepet, noen argumenterer med at det er et kapasitetsspørsmål. Flere av helsesøstrene påpeker at de ikke forsøker å påvirke familiene når det kommer til omskjæring. Samtidig er det andre helsesøstre som informerer om forhold ved omskjæring som kan påvirke barnets helse, informerer om at det ikke er vanlig her og ønsker å få i gang en refleksjon hos foreldrene. Men de mener også det er viktig å få i gang en refleksjon hos foreldrene, men er opptatt av å ikke opptre moraliserende.

Flere er opptatt av at foreldrene bør få informasjon om hvor de kan utføre omskjæring på en trygg måte, de er opptatt av smertelindring og ivaretagelse av barna og familiene. De er opptatt av åpenhet slik at familiene tør å komme til dem. De mener at helsesøster må tørre å snakke om det, stå i det og være åpne om det. Noen helsesøstre mener at foreldrene skal ha informasjon om at det er et ikke-medisinsk inngrep hos et barn uten samtykkekompetanse og hvilke følger det kan få.



## 5.0 Drøfting

Dette kapittelet er delt i to hoveddeler, ”faglige verdier og møte med personlige meninger og kulturelle normer” og ”faglig kunnskap, retningslinjer og prosedyrers mulighet og begrensninger”.

Funnene ses i lys av teori. Teorien som blir brukt i dette kapittelet er i hovedsak presentert innledningsvis eller i teorikapittelet, med noen unntak. Det er ikke alle funn som blir fulgt opp like dyptgående, og noen funn får et større fokus enn andre. Dette er valg som er gjort av meg, på bakgrunn av hva jeg mener er viktigst i denne studien.

### 5.1 Faglige verdier i møte med personlige meninger og kulturelle normer

#### *5.1.1 Profesjonell og privat holdning*

Lov om rituell omskjæring av gutter (2014) slår fast at rituell omskjæring av gutter er lovlig og at hensikten med loven er at omskjæringen skal utføres på en forsvarlig måte og sikre at tilbudet om omskjæring er tilgjengelig. Flere av helsesøstrene uttrykte at de syntes det var vanskelig å svare på hva helsesøster bør gjøre når lovverket er slik det er og nasjonale eller lokale retningslinjer ikke er på plass. Helsesøstrene var tydelig på at de mente at omskjæring av guttebarn var galt og flere mente det burde være et forbud. Dette viser en avstand mellom lovverket og egne meninger hos helsesøster.

Helsesøster vil farges av hvor hun kommer fra og hva som er vanlig og viktig i hennes kultur. Neumann (2011) beskriver helsesøsteryrket som en etnisk norsk kvinnedominert middelklasseprofesjon. Så i de fleste tilfeller vil bakgrunn og kultur til helsesøster og familiene som ønsker omskjæring være svært ulike. De fleste helsesøstrene var i utgangspunktet negativ til rituell omskjæring av guttebarn og mente det var galt, men de var likevel opptatt av at det ikke skulle farge dem i møtet med familien. Noe som skiller seg litt ut i forhold til det Dahl mfl. (2014) beskriver om at personlige og profesjonelle verdier hos helsesøstre er så sammenfiltrede at det er umulig å skille dem. Flere reflekterte rundt forskjellen mellom det de personlig mente og det de uttrykte til familiene. En av helsesøstrene beskrev det som vanskelig å skille mellom profesjonell og privat holdning og støtter således Dahl, Clancy og Andrews (2014) syn. Flere av helsesøstrene, var i forbindelse med at de

uttrykte at de mente omskjæring var galt, opptatt av å understreke at det var deres personlige mening. En av helsesøstrene uttrykte at hun ikke kan si sin personlige mening til familiene. Det kan se ut til at helsesøstrene ikke ønsker at deres personlige meninger skal ha påvirkning i jobbsammenheng. Det kan anses som klokt og riktig å trå varsomt når det kommer til egne meninger. I følge yrkesetiske retningslinjer for sykepleier skal sykepleieren selv være ansvarlig for at egen praksis er faglig, etisk og juridisk forsvarlig (Norsk sykepleierforbund, 2016). Dette vil kunne påvirke helsesøster til ikke å uttrykke egne meninger i enkelte sammenhenger. På den annen side er ikke helsesøsters meninger når det kommer til denne tematikken avvikende fra store deler av fagmiljøet. De nordiske barneombudene og store deler av det medisinske fagmiljøet mener rituell omskjæring hos personer uten samtykkekompetanse er brudd på medisin-etiske prinsipper (Barneombudet, 2013). De viser også til forskning som viser ulempene og eventuelt skadevirkningen ved inngrepet (Barneombudet, 2013). Dette viser til at helsesøster kan bruke forskning og medisin-etisk prinsipper, og at det ikke er bare hennes personlige mening men også et stort fagmiljø sin mening. Helsesøstrene har også med seg en erfaringsbasert kunnskap gjennom jobb, og noen uttrykker at disse erfaringene har påvirket deres syn på rituell omskjæring av gutter. Flere av helsesøstrene har opplevelser med komplikasjoner og smerter i etterkant av inngrepet og flere uttrykker at uheldige opplevelser har påvirket deres holdning til omskjæring. Slik jeg forstår det er det da også faglige vurderinger bak deres syn og det er dermed kanskje ikke bare en ren personlig mening lenger.

### *5.1.2 Åpenhet og tillit*

Det er ulike holdninger til omskjæring hos helsesøster og familiene som ønsker omskjæring. Når det da er en slik uenighet, vil det kanskje tenkes at det er enklest for begge parter å la være å ta opp temaet for å beholde en behagelig atmosfære. På den annen side beskriver Clancy (2015) at når det er en avslappet atmosfære minsker motstanden og foreldrene åpner seg lettere. Det handler også om å skape rom for at foreldrene kan snakke om vanskelige tema. Flere av helsesøstrene i denne studien uttrykker viktigheten av å opptre forståelsesfullt: en av helsesøstrene poengterer at helsesøster må tørre å snakke om det, stå i det og være åpen om det. For at foreldrene skal tørre å komme til helsesøster må hun være åpen. Og med den åpenheten vil hun kanskje kunne bidra til den avslappede atmosfæren Clancy (2015) er inne på. Det helsesøster beskriver sammenfaller også med det Neumann (2011) skriver om at helsesøster er opptatt av at familien opprettholder tilliten til tjenesten. Blir tillitten borte vil

familien dele mindre med helsesøster og det blir vanskeligere for helsesøster å fylle sin rolle som barnets beskytter og støttespiller, samt veileder og oppdrager til foreldrene (Neumann, 2011). Nettopp det belyser en helsesøster ved å si at hun må være åpen for at foreldrene skal tørre å komme til henne dersom det skulle oppstå noe. Løgstrup (2006) beskriver at man i utgangspunktet møter hverandre med tillit. Neumann (2011) skriver også om hvordan helsesøsters autoritet begrenses fordi hun i stor grad er opptatt av at familien skal opprettholde tillitt til tjenesten, og hvordan dette påvirker henne i hvordan hun møter familien. Kanskje dette kan ses i sammenheng med at flere av helsesøstrene uttrykker at de ikke forsøker å få foreldrene til å endre mening. Samtidig som flere av helsesøstrene uttrykkes at det er viktig å være forståelsesfull ovenfor tradisjon og kultur. Ulik kultur og ulik bakgrunn fører ofte til konflikter fordi forventningene ikke innfris nettopp på grunn av en ulik bakgrunn (Løgstrup, 2006). Det kan se ut til at det er nettopp en slik konflikt helsesøstrene forsøker å unngå.

### *5.1.3 Ønske om en endring og forståelse ovenfor kultur*

Helsesøstrene ønsker å få til en endring. Dette kan ses i sammenheng med helsesøsters helsefremmende fokus (Helsedirektoratet, 2017b). Helsefremming tar utgangspunkt i helse og å styrke resursene for god helse (Mæland, 2002). Flere av helsesøstrene har opplevd negative hendelser med inngrepet, ved å la være å omskjære guttebarn vil man heller ikke utsette barnet for smerter og komplikasjoner og vil da fremme god helse for barnet. Selv om American academy of pediatrics (2012), mener preventive helsefordeler kommer foran risiko, er dette omstridt i fagmiljøet. Blant annet hos barneombudene og deler av det medisinske fagmiljøet i Norden som viser til at det ikke er helsemessige årsaker til å omskjære gutter i de nordiske landene (Barneombudet, 2013).

Flere av helsesøstrene snakker åpent med familiene om omskjæring og de er opptatt av at helsesøster bør være imøtekommende, gi informasjon og forsøke å få i gang en refleksjon. Noen informerer om at det kan påvirke barnets helse og at det ikke er vanlig her. En av helsesøstrene uttrykker at helsesøster kan stille noen spørsmål om hvorfor de ønsker det, en annen forteller om familier hun har hatt inne flere ganger til veiledning om omskjæring. Tveiten (2009) beskriver veiledning som en prosess som handler om oppdagelse, bevisstgjøring, læring og eventuelt en forandring. En av helsesøstrene forteller om at hun tar

opp omskjæring når hun har undervisning for enslige mindreårige asylsøkere og at hun noen ganger kanskje hadde sådd et frø slik at de ikke omskjærer egne barn når de en gang får det.

Flere av helsesøstrene beskriver en skuffelse når de ikke får til en endring, noen har gitt opp. Dette ser ut til å stemme overens med Dahl, Clancy og Andrews (2014) sine funn om at helsesøster også har utfordrende opplevelser som fører til at de sitter igjen med en følelse av utilstrekkelighet.

Helsesøstrene tar ikke opp temaet rutinemessig og opplever i liten grad at foreldrene bringer teamet på bane selv. Clancy (2015) er inne på dette at både foreldre og helsesøster selv velger hva de tar opp i situasjonene med tanke på det å beholde en behagelig atmosfære. Ser vi dette opp mot beskrivelsen til flere av helsesøstrene om at familiene ikke er mottagelig eller ønsker en diskusjon, eller en av helsesøstrenes utsagn om at familiene kan bli litt irritert når hun har andre innspill i forhold til omskjæring. Så kan det se ut til at helsesøstrene har opplevd en ubehagelig atmosfære når de har tatt opp temaet. Det kan tenkes at dette kan ses opp mot det noen av helsesøstrene forteller om at de ikke prøver å få foreldrene til å endre mening eller at de har gitt opp å få de til å endre mening. Men det at temaet ikke blir tatt opp kan også gå på foreldrenes motstand som bunner i deres ønske om å selv bestemme over eget liv, integritet og det å beskytte barna. Deres utgangspunkt når det gjelder omskjæring av guttebarn er annerledes enn det er for de fleste helsesøstrene i denne studien som personlig er mot det. Flere av helsesøstrene i denne studien uttrykker at det er en sterk og viktig tradisjon for mange, at det er noe foreldrene mener skal gjøres og at noen tror at det er det beste for barnet. Det samme kommer til uttrykk i Prop. 70L (2013-2014) hvor det står at mange foreldre anser det som riktig og viktig å omskjære. Nettopp her ligger en del av utfordringen til helsesøster fordi hun vet denne prosedyren ikke er helt uten risiko. Inngrepet kan føre med seg smerter og en rekke etiske dilemmaer (Barneombudet, 2013). Dette ses opp mot familiens kultur og tradisjon. Aadland (2011) viser til hvordan noens tro påvirker deres bilde av hvordan verden og virkeligheten henger sammen. Da er det ikke enkel prosess hvor helsesøster kan vise til forskning. Og det er nettopp den ulike forforståelsen av menneske og verden som gjør møtet problematisk. Eide og Eide (2004) beskriver at vi lett forventer at mennesker fra en annen kulturbakgrunn enn oss skal forstå vår livsverden. Men det vil ofte ikke stemme fordi det krever et felles grunnlag av opplevelser og erfaring, og det felles grunnlaget vil ofte ikke være der. Fordi verdiene og prinsippene ikke samsvarer skaper det problemer i helsesøsters arbeid i

å løse sitt etiske problem. I så måte blir kunnskap om den annens kulturelle verdier og livsstil viktig i arbeidet med mennesker fra en annen kulturbakgrunn (Slettebø, 2009). Jagmann (2009) skriver at når man bor i et nytt land blir det spesielt viktig å ivareta tradisjoner og identitet. Det er behov for bevissthet om hvem man er og hva man står for. Dette viser at det er et svært ulikt utgangspunkt i et møte mellom disse foreldrene og helsesøstrene. Ser vi dette mot det Clancy (2015) beskriver om at foreldrene vet hva som er ”innafor” å ta opp. Foreldrene vet kanskje at meningene om omskjæring er delte og at motstanden mot omskjæring er stor i det medisinske fagmiljøet (Johnsrud, 2014).

Noen av helsesøstrene er inne på at det kanskje ikke er så lett for foreldrene å stå imot omskjæring. Vi vet at en del trossamfunn setter klare linjer når det kommer til omskjæring (Prop. 70L, 2013-2014). Kanskje familien setter føringer og omgangskretsen har en forventning. Slettebø (2009) er inne på dette at det ikke nødvendigvis er mor som tar avgjørelser i familien. Da er det ikke nødvendigvis så enkelt å bare adressere foreldrene. Magelssen (2008) beskriver at det er fullt mulig å være uenig og tolke ting ulikt i en kultur. Men noen vil ha mer makt og deres tolkning teller mest. For de som er uenig er det vanskelig å stå imot denne makten. Men kanskje vil impulser utenfra kunne bidra til en løsrivelse. På den annen side kan det også tenkes at det er rett å trekke inn de som har makt i kulturer for å få til en endring. Magelssen (2008) mener det kan være nødvendig å snakke både med den mektige og avmektige.

Neumann (2011) viser i sin studie til at det kunne se ut til at helsesøstrene så bekymringer for barnet tett opp mot foreldrenes rett til å bli respektert på grunnlag av deres kultur. Dette kan føre til en passiv holdning til familiene og en usynliggjøring av en gruppe som i utgangspunktet allerede er marginalisert. Kan det føre til at helsesøstrene er så forståelsesfulle og respekterer kulturen til familien så sterkt at de velger å ikke gå inn på temaet omskjæring, selv om de faglig sett vet det er en uheldig praksis og personlig mener det er galt? Magelssen (2008) mener kultur kan påvirke relasjonen, at respekt for kultur kan gjøre oss handlingslammet. At vi ikke gjør det vår faglige innsikt tilsier at vi bør gjøre i frykt for å rokke ved pasientens verdier. Det kan tenkes at helsesøsters ønske om å være forståelsesfull ovenfor familiens tradisjon gjør det vanskeligere å ta opp tematikken omskjæring, at det her oppstår et dilemma for helsesøster. Vil hun ikke være forståelsesfull ovenfor familien dersom hun tar opp den fagkunnskapen hun har om omskjæring? Magelssen (2008) mener at dersom

man velger å ikke ta opp tema på bakgrunn av respekt for kultur så har man ikke vært klar over eller fokusert på den egenskapen kultur har til å endre seg. Og dersom man velger å ikke trå inn på dette området vil det vanskeliggjøre å få til endring. På den annen side blir helsesøster for irettesettende vil ikke familiene være åpne for helsesøster. Det er vanskelig å kunne svare sikkert på om det er noe av bakgrunnen til helsesøstrenes dilemma og valg. Generelt kan en si at helsesøstrene ikke tar opp temaet rutinemessig. Flere av helsesøstrene uttrykte også viktigheten av å ha respekt for kultur og tradisjon, noe som kan tolkes som at det ikke er enkelt å påføre brukeren sin egen kulturs meninger ved vanskelige tema.

Flere av helsesøstrene påpekte at de ikke forsøker å påvirke familiene når det kommer til omskjæring. Tveiten (2009) beskriver at dersom det ikke er rom for tvil, spørsmål eller argumenter mot kommer en ikke videre. På den annen side dersom helsesøster blir for rådgivende kan foreldrene gi uttrykk for at de er enig uten at de er det og lar være å følge rådene når de kommer hjem. Dette var en av helsesøstrene inne på når hun så for seg å spørre en firebarnsmor om det var en ide å ikke omskjære. Da så hun for seg at hun der og da vil si seg enig med helsesøster men likevel få omskjært barnet. Men det kan også handle om at uttrykksformen er forskjellig og det ikke var ment som å si seg enig. Eide og Eide (2004) beskriver hvordan et ja rett og slett kan være en bekreftelse på at man følger med, og ikke nødvendigvis er enig. Helsesøster må balansere mellom å være åpen, veiledende men likevel noen ganger utfordre for å få til endring (Eide & Eide, 2004) men ikke bli rådgivende dersom foreldrene ikke har bedt om det for det kan virke provoserende (Tveiten, 2009). I tillegg vil det være andre kommunikasjonsutfordringer i mange av møtene. Olsen (2011) skriver at en vanlig utfordring mellom helsepersonell og mødre med etnisk minoritetsbakgrunn er kommunikasjonsproblemer. Dermed blir det også viktig å spørre seg om mottageren forstår informasjonen som blir gitt, eller blir den gitt med tanke om at mottaker har samme utgangspunkt som avsender. Her blir health literacy et viktig begrep.

#### *5.1.4 Health literacy*

Det spørsmålet som dukker opp er hvorfor det ikke nytter å få til en endring. En av helsesøstrene beskriver at foreldrene ikke "skjønner" hvorfor det er et problem å omskjære, alle gjør det og det skal gjøres i følge dem. Hun beskriver også at kunnskapen og forståelsesnivået er lavt hos en del av familiene. Da er det naturlig å stille seg spørsmålet om informasjon og kommunikasjonen tilpasses brukeren.

Health literacy kan betegnes som en persons personlige, kognitive og sosiale evner til å få tilgang til, forstå og bruke helseinformasjon for å fremme og ivareta god helse (Jenum & Pettersen, 2014). Lav health literacy er forbundet med blant annet etnisk minoritetsbakgrunn, lav utdanning og lav sosial klasse (Jenum og Pettersen, 2014). Det betyr at dette vil være gjeldende for mange av familiene som ønsker rituell omskjæring, fordi som regel er disse familiene ikke etnisk norsk (Prop. 70L, 2013-2014). Gele m.fl (2016) skriver at 71 % av kvinnelige somaliske innvandrere i Norge har manglende kapasitet til å innhente, forstå og handle ut fra helseinformasjon og –tilbud, og til å gjøre passende helseavgjørelser. Somalia har hovedsakelig en muslimsk befolkning (Store norske leksikon, 2017), derfor er det sannsynlig at omskjæring er aktuelt for somaliske innvandrere i Norge. Det varierer hvordan helsesøstrene gjennomfører samtalene om omskjæring, fra å svare på spørsmål, dele ut skriv fra Helsedirektoratet, henvise til helsestasjonslegen/fastlegen, oppfordre til å ta kontakt med noen i nettverket sitt eller vise til privatklinikker. Gele m.fl (2016) beskriver at innvandrere har begrenset tilgang til relevant helseinformasjon og at dette kan ha sammenheng med at helseinformasjon ofte presenteres på en kompleks og tungvint måte. Det påpekes at somaliske kvinner har vanskeligheter med å nyttiggjøre seg av skriftlig informasjon. Det problematiseres at skriftlig informasjon er den mest vanlige måten å meddele helseinformasjon på i Norge når 80 % av befolkningen i verden lever i muntlige og visuelle kulturer (Gele m.fl., 2016). Det var nettopp skriftlig informasjon fra Helsedirektoratet som ble oppgitt som en av fremgangsmåtene når helsesøster har samtaler om omskjæring. Da er det nærliggende å tenke at det er vanskelig å få til en endring når informasjonen ikke tilpasses brukeren. Veiledning var også nevnt av helsesøstrene som metode i møte med familiene. Det kan tenkes at veiledning også vil kunne bli en for kompleks måte for noen av familiene, og det er kanskje heller ikke en metode som alle vil være vant til å bli møtt med i helsevesenet. En annen fremgangsmåte som var nevnt av helsesøster var å be foreldrene kontakte noen i nettverket sitt. Dersom de her får informasjon som er tilpasset deres forståelsesnivå, og ikke på en for dem kompleks og tungvint måte. Så er det kanskje ikke så vanskelig å forestille seg at det er en plass de da vil hente informasjon fremfor hos helsestasjonen. Dersom familiene henter informasjonen i nettverket sitt i stedet for på helsestasjonen vil helsesøster miste oversikt over hvilken type og om det er riktig informasjon familien får. Det er heller ikke en ukjent kjensgjerning at dersom man innhenter informasjon som bekrefter det en selv tenker så blir det ingen endring.

## **5.2 Faglig kunnskap, retningslinjer og prosedyrers muligheter og begrensninger**

### *5.2.1 Faglig kunnskap*

I helsepersonelloven (1999) § 4 står det beskrevet at arbeidet skal utføres i samsvar med krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra kvalifikasjoner hos helsepersonell, arbeidets karakter og situasjonen. Dette viser at det er et krav til kvalifikasjoner hos helsesøster, at hun skal kunne gi et faglig forsvarlig tilbud basert på den kunnskapen og kompetansen hun skal besitte.

Kjennskap til tematikken blant helsesøstrene varierer. Noen hadde liten kjennskap til konsekvenser, hvor det kunne gjøres og støtteordninger. Slettebø (2009) beskriver at helsesøster er ansvarlig for at helsetilbudet er faglig forsvarlig, at pasienten skal få nok informasjon til å ta et begrunnet valg og det også i en konfliktsituasjon. Carbery mfl. (2012) sin undersøkelse blant leger i USA viser at 22 % ikke har nok kunnskap om omskjæring for å kunne veilede foreldre. Ut fra svarene fra helsesøstrene i denne studien kan det se ut til at det er en kunnskapsmangel også hos noen helsesøstre her i Norge, og at tilbudet til de det gjelder vil kunne være svært ulikt ut fra hvem brukeren møter og den kompetansen vedkommende innehar.

Helsesøster står imidlertid ikke med ansvaret alene. Helsestasjonstjenesten består også av blant annet allmennlege (forskrift om helsestasjons- og skolehelsetj., 2003). Ledelsen i kommunen har ansvaret for kompetanseheving og at helsesøster innehar den kompetansen det er behov for i tjenesten (Glavin, Helseth & Kvarme, 2009). Det kan se ut til at ledelsen ikke har fokusert på temaet rituell omskjæring siden helsesøstrene ikke har opplevd kursing eller at temaet ble tatt opp høyere enn blant kollegaer på helsestasjonen.

### *5.2.2 Fokus på tematikken*

Helsesøsters arbeidsfelt er stort, hennes arbeid er rettet mot aldersgruppen 0-20 år (Helsedirektoratet, 2017b), det er nesten en fjerdedel av Norges befolkning (Statistisk sentralbyrå, 2018), som kommer innunder hennes målgruppe, og da er foreldregruppen ikke iberegnet. Helsesøster har opplevd et økt arbeidspress de siste årene gjennom blant annet



endret samfunnsstruktur, økt globalisering og flere flyktninger og innvandrere (Glavin mfl. 2009). Med et så stort arbeidsområde er det forståelig at ikke alle tema kan få like stort fokus og at noen tema blir viktigere for noen. Det er anslått at rituell omskjæring er aktuelt for rundt 2000 guttebarn årlig i Norge (Prop. 70L, 2013-2014). Hvor ofte helsesøster møter på familier det er aktuelt for vil naturligvis variere ettersom hvilken helsestasjon hun jobber på. Noen helsestasjoner vil ha en brukergruppe med større andel innvandrere enn andre helsestasjoner. Så selv om nær 100 % av barn/foreldre benytter seg av helsestasjonen (Helsetilsynet, 2012) er 2000 barn sett i et nasjonalt perspektiv et forholdsvis lite antall. Det kan tenkes at siden det gjelder så få og er et så lite tema er noe av årsaken til at temaet ikke får så stort fokus på helsestasjonen. Glavin mfl. (2009) beskriver at mange helsesøstre spesialiserer seg innenfor deler av tjenesten og at dette gir fordeler med blant annet økt faglig trygghet. De fleste av helsesøstrene i denne studien jobber allerede innenfor mindre deler av faget. De fleste jobber med asylsøkere/flyktninger, barn 0-5 år eller en kombinasjon. En av helsesøstrene poengterte at det handler om prioriteringer. Hun fortalte at hun ikke kan ta alle kampene og at noen tema vil være viktigere å fokusere på, slik som at man ikke skal slå barn. Her har hun gjort et valg, hun anser at det ikke er mulig å fokusere på alt derfor har hun valgt å legge vekt på det hun anser som viktigst.

Det ser ut til at det er flere momenter som virker inn på om temaet får oppmerksomhet. Det kan også se ut som at økt oppmerksomheten rundt temaet påvirker helsesøstrene. Flere av helsesøstrene uttrykte at de ville ha mer fokus på temaet etter intervjuene i denne studien. Det kan tenkes at ved å snakke om temaet økes bevisstheten rundt temaet og dermed kan føre til en endring.

### *5.2.3 Retningslinjer/prosedyrer, evidensbasert praksis og faglig skjønn*

Denne studien viser at helsesøstrene mener de mangler klare retningslinjer når det kommer til møte med familier som ønsker rituell omskjæring og at dette fører til en usikkerhet blant noen av helsesøstrene. I følge Norsk sykepleierforbund (2018) inngår juridiske, faglige og etiske rammer og prinsipper for utøvelsen av yrket i møtet med pasientens og pårørendes behov, for å kunne utøve forsvarlige sykepleie. Kjernen i faglig forsvarlig og omsorgsfull sykepleie er oppdatert og relevant kunnskap, yrkesetiske retningslinjer og myndighetskrav, herunder ligger lover, forskrifter og faglige retningslinjer.

Familiene har krav på informasjon om omskjæring. Helsedirektoratet (2017c) skriver om omskjæring at det skal gis informasjon i samsvar med helsepersonelloven § 10. At den informasjonen skal blant annet innbefatte hvordan inngrepet utføres, smerter det medfører, smertelindring og risikoer for komplikasjoner inngrepet medfører. Det står imidlertid ikke spesifisert hvem som skal gi denne informasjonen. I informasjonsskriv til foreldre som ønsker eller vurderer rituell omskjæring av eget guttebarn utgitt av Helsedirektoratet (2017a) står det beskrevet at de kan få informasjon om tilbudet fra blant annet ved helsestasjonene. Dette setter en forventning til at de som jobber på helsestasjonen faktisk har informasjon å gi om temaet.

Det er ingen klare nasjonale retningslinjer som går direkte på rituell omskjæring av guttebarn. Selv om mer generelle deler av nasjonal faglig retningslinje for det helsefremmede og forebyggende arbeidet i helsestasjon, skolehelsetjeneste og helsestasjon for ungdom (Helsedirektoratet, 2017b) også kan rettes mot denne gruppen. Helsesøstre forteller at det mangler lokale prosedyrer eller retningslinjer. Helsesøstre har et ønske om klarere føringer for at det skal bli mer likt tilbud. Men ut fra hvordan de svarer, kan det se ut til at det er vel så mye et likt utgangspunkt de ønsker. En enighet om i hvilken sammenheng temaet skal bli tatt opp og en enighet om hvordan spørsmålet skal håndteres. Det er også tenkelig at ved en mer fastsatt praksis er det lettere for faget å kunne utvikles på dette området.

Helsesøstre er selvstendige fagpersoner, og det er mange andre ulike områder innenfor hennes arbeidsområde som ikke er detaljstyrt av retningslinjer. Helsesøstre uttrykker at rituell omskjæring er et komplisert tema, og det ble uttrykt at det var ønskelig med klare føringer på når temaet skal bli tatt opp. En helsesøster uttalte at hun ikke kunne styres til å ta opp temaet fordi hun selv privat mente det var viktig. Ved vanskelige tema kan det oppleves tryggere at det står nedskrevet hvordan man skal handle, fordi man selv slipper å ta stilling til sitt faglige dilemma. Dersom det er klare retningslinjer som sier at helsesøster skal ta opp rituell omskjæring på en bestemt kontroll, og at hun skal informere om uheldige følger med inngrepet, så slipper helsesøster ta et valg på om hun skal ta opp temaet og hva hun bør informere om. Dette vil kunne minske helsesøsters usikkerhet med tanke på tematikken. Men på den annen side kan det tenkes at det vil kunne minske helsesøsters handlingsrom og faglig selvstendighet.

Retningslinjer vil kunne gi et mer likt tilbud. Helsedirektoratet (2016) poengterer likhet i tilbudet under beskrivelsen av mål og mandat med nasjonale faglige retningslinjer. Eksempelvis er et av målene som er beskrevet at de skal bidra til å sikre at det ikke er uønsket variasjon i helsetilbudet. I tillegg til å bidra til god kvalitet, riktige prioriteringer, løse samhandlingsutfordringer og helhetlig pasientforløp. Retningslinjer peker på ønsket og anbefalt handlingsvalg (Helsedirektoratet, 2016). For å komme frem til de nasjonale retningslinjene har det vært en systematisk og kunnskapsbasert gjennomgang av forskning som foreligger (Helsedirektoratet, 2016). Ved å bruke retningslinjer jobber man evidensbasert. Evidensbasert praksis vil si å benytte seg av de tiltak som har vist best mulig vitenskapelig effekt (Hansen & Rieper, 2009). Helsedirektoratet har gjort en bedømming av forskning når de jobbet med nasjonale retningslinjer. Vandvik (2009) mener at evidensbasert praksis er et nødvendig verktøy i helsetjenesten for at det skal bli tatt beslutninger på bakgrunn av et pålitelig kunnskapsgrunnlag og for å bidra til at ressursene blir brukt på en best mulig måte for befolkningen. Vandvik er også tydelig på at forskningsbasert kunnskap ikke er tilstrekkelig alene. Og dersom det mangler eller er lite forskningsbasert kunnskap tar man utgangspunkt i erfaringsbasert kunnskap (Vandvik, 2009). Dette gir utfordringer med tanke på helsesøstrenes ønske om klare retningslinjer, fordi det er hull i den forskningsbaserte kunnskapen på denne tematikken. Det kan se ut til at dette vil kunne endre seg når NOVA sin rapport kommer etter 2020 (Bordvik, 2018a). Men dette vil ikke nødvendigvis forenkle problematikken. Alle ser ikke likevel på retningslinjer som et entydig svar. Bruken av retningslinjer og prosedyrer er også omstridt. Grimen (2009) mener at prosedyrer kan senke kvaliteten på tilbudet. Grimen (2009) viser til hvor evidenstenkningen bruker de tiltakene som har bevist best effekt. Men at det blir problematisk når man ser på tiltakene alene og ikke på de som skal utføre tiltakene. Utøverne er svært ulike, og det er ikke nødvendigvis at det som er forsket frem som best tiltak er det beste tiltaket for akkurat den som skal utføre det. Han mener dermed at strikte prosedyrer som er lik for alle vil kunne virke mot sin hensikt og vil heller kunne risikere å senke kvaliteten enn å øke den. Grimen (2009) mener det som er viktig er å finne metoder som fungerer best for den enkelte, det den enkelte føler seg fortrolig med. Men det kreves også at utøveren har kompetanse på feltet sitt og at utøveren holder seg oppdatert. Her har helsesøstrene allerede vist gjennom denne undersøkelsen at de handler ulikt i møte med familiene som ønsker omskjæring.

Helsesøstrene uttrykker at de opplever det som et vanskelig tema. Det er naturlig å bruke faglig skjønn i møte med denne tematikken, spesielt siden det er så få andre føringer. Hansen mfl. (2010) beskriver det som en kombinasjon av kunnskap og dømmekraft som videre leder frem til faglig forsvarlige beslutninger/handlinger. Det beskrives som fleksibelt og at man bruker det man har fra andre situasjoner i nye situasjoner (Meyer, 1995). Blir rituell omskjæring en tematikk som er så kompleks og spesiell at det er vanskelig å kunne dra erfaringer fra andre områder. Eller kanskje det generelt blir vanskelig å bruke faglig skjønn når det er vanskelige tema? Det kan se ut til at usikkerheten helsesøstrene har uttrykt fører til at noen velger å ikke handle. I og med at de ønsker klarere retningslinjer for å få et mer likt tilbud så kan det tenkes at de er redd for å trå feil ved å bruke faglig skjønn alene. Men det å kunne gi et likt tilbud til familiene trenger ikke å være en motsats til faglig skjønn. Bruk av retningslinjer vil heller ikke nødvendigvis gjøre det faglige skjønnet overflødig. Flere mener at poenget med evidensbasering er å styrke skjønnet ikke eliminere det (Grimen, 2009).

Helsesøstrene i denne studien har gjennom sitt arbeid med familier som ønsker omskjæring opparbeidet seg en erfaring i tillegg til den fagkunnskapen de har. De handler basert på faglig skjønn, og har funnet sin måte å håndtere tematikken. Dersom helsesøster får føringer på å endre måten hun håndterer tematikken på, til en måte hun ikke føler seg komfortabel med, eller som ikke samsvarer med hennes måte å utøve yrket på, så er det ikke utenkelig at det kan påvirke samtalen med de aktuelle familiene i negativ retning. Eller ved at helsestasjonslegen er den som blir anbefalt å ta denne samtalen med familiene, når det kanskje er helsesøster som har erfaring og interesse fra feltet og best kjennskap til familien, eller visa versa. På den annen side har helsesøster også et handlingsrom ved bruk av retningslinjer. Nasjonale faglige retningslinjer er ikke rettslig bindende men er retningsgivende og viser ønsket retning for arbeidet (Helsedirektoratet, 2016). Men dersom hun velger å ikke følge disse skal hun kunne dokumentere hvorfor hun avviker fra de.

## 6.0 Avslutning

Innledningsvis i oppgaven beskrev jeg noe av den uenigheten som er om rituell omskjæring. Nesten hele det medisinske fagmiljøet var mot innføringen av omskjæringsloven som ble innført i 2015 (Johnsrud, 2014). Dette viser at det er et komplisert tema. Det er anslått at omskjæring er aktuelt for 2000 guttebarn årlig (Prop. 70L, 2013-2014). Helsesøster møter nesten alle familiene rituell omskjæring er aktuelt for og helsedirektoratet har utarbeidet et informasjonsskriv der det står beskrevet at foreldre kan få informasjon om rituell omskjæring av blant annet helsestasjonen (Helsedirektoratet, 2017a). Dette viser at det er en tematikk helsesøstre må forholde seg til.

Gjennom problemstillingen i denne oppgaven ønsket jeg å se på hvilke utfordringer helsesøster møter i sitt arbeid med familier der det er et ønske om å omskjære guttebarn. Dette innbefattet også forhold som lå utenfor det direkte arbeidet med familien. Hensikten med oppgaven var ikke å konkludere, men å belyse de utfordringene hun står i rettet til tematikken.

Dette er funnene kort oppsummert. Helsesøster møter en rekke utfordringer i sitt arbeid rettet mot familier som ønsker å omskjære guttebarn. Helsesøstrenes mening om omskjæring står i kontrast til det valget foreldrene gjør. Helsesøstrene mener det ikke er rett å omskjære guttebarn, men presiserer at det er deres personlige mening. Flere av helsesøstrene har opplevelser med komplikasjoner og smerter i etterkant av inngrepet og flere uttrykker at uheldige opplevelser har påvirket deres holdning til omskjæring. Helsesøstrene uttrykker gjentatte ganger at det er vanskelig når de opplever at det ikke er noen klare føringer eller retningslinjer på hva de skal gjøre. Flere poengterer at det er vanskelig å argumentere mot når det ikke er et forbud. Helsesøstrene fokuserer på at det er en sterk tradisjon som er vanskelig å gjøre noe med. De uttrykker at det er fånyttet å få foreldrene til å endre mening og flere forsøker heller ikke å få de til å endre mening. Kunnskapen om temaet er ulik blant helsesøstrene. Det varierer også når og med hvem temaet blir tatt opp, helsesøstrene tar ikke opp temaet rutinemessig og de opplever at foreldrene i liten grad tar opp temaet selv. Når temaet blir tatt opp handler helsesøstrene ulikt fra å henvise til helsestasjonslegen uten å snakke mer om det, til å gi de den informasjonen de har tilgjengelig.

## 6.1 Betydning for praksis

Når helsesøstrene forteller at de er mot omskjæring er de samtidig opptatt av å uttrykke at det er deres personlige mening. Flere av helsesøstrene beskriver at negative opplevelser i forbindelse med omskjæring har påvirket deres holdning til omskjæring, slik jeg har forstått dette er det da også en faglig vurdering bak deres syn på omskjæring. Når man i tillegg ser at store deler av det medisinske fagmiljøet er mot rituell omskjæring av guttebarn (Johnsrud, 2014), så er ikke helsesøstrenes motstand mot inngrepet noe hun står alene om. Gjennom studien har vi sett at kunnskapen om omskjæring er varierende og at økt oppmerksomhet på tematikken fører til at helsesøstrene også får mer fokus på temaet. Dette viser at det er behov for mer kunnskap om temaet blant helsesøstrene, at det er behov for økt oppmerksomhet rundt tematikken.

Helsesøstrene er opptatt av åpenhet og det å være forståelsesfull ovenfor kultur og tradisjon. Flere forsøker ikke å få familiene til å endre mening. Dette ser ut til å stemme overens med det Neumann (2011) beskriver hvordan helsesøster er opptatt av at familiene skal opprettholde tillitt til tjenesten og hvordan dette begrenser hennes autoritet og påvirker hvordan hun møter familiene. Det kan se ut til at ønske om å beholde en behagelig atmosfære hindrer helsesøster å ta opp temaet. Det ser ut til at det er behov å fokusere på kommunikasjon, hvordan ulik kulturbakgrunn påvirker møtet og health literacy med tanke på møtet mellom helsesøster og familiene som ønsker omskjæring. Jeg tolker mye av det helsesøstrene sier som at det er behov for en tydeligere avklaring om kommunikasjon om rituell omskjæring av guttebarn også er helsesøster sitt ansvar.

Helsesøstrene beskriver manglende retningslinjer om tematikken, noen beskriver at de opplever en usikkerhet som følge av dette. Flere beskriver at de ønsker klarere retningslinjer for at det skal bli et mer likt tilbud. Men dette ser ut til å handle vel så mye om et likt utgangspunkt og trygghet. En enighet om i hvilken sammenheng og hvordan tematikken skal håndteres. Det kan se ut til helsesøstrene opplever det som vanskelig å bruke faglig skjønn og at usikkerhet fører til at de ikke handler. Det kan være at noen klarere føringer ville kunne påvirke dette.

## **6.2 Videre forskning**

Det er behov for mer forskning på tematikken helsesøster og rituell omskjæring av guttebarn, fordi denne studien er det eneste som er på feltet per nå. Men det er også behov for mer forskning på annet helsepersonell opp mot tematikken rituell omskjæring siden det finnes minimalt om dette i dag. Det som også er fraværende på feltet er familier/foreldre opp mot tematikken. Hva mener familiene om dette? Hva førte frem til valget hos familier som har endret syn og valgt å ikke omskjære sine guttebarn? Dette er forskning som vil kunne styrke arbeidet rettet mot denne gruppen.

Det er studier som pågår nå og forhåpentligvis vil NOVA sin undersøkelse (Bordvik, 2018a) kunne bidra til økt kunnskap på feltet.

## Litteraturliste

Aadland, E. (2013) *Og eg ser på deg- vitenskapsteori i helse og sosialfag*. Oslo: Universitetsforlaget.

American Academy of Pediatrics (2018) *About the AAP*. [Internett]. Tilgjengelig fra: <https://www.aap.org/en-us/about-the-aap/Pages/About-the-AAP.aspx> [Lest 27. februar 2018].

American Academy of Pediatrics (2012) *Policy statement. Circumcision Policy Statement*. Pediatrics [Internett]. 130 (3), s. 585-586. Tilgjengelig fra: <http://pediatrics.aappublications.org/content/pediatrics/130/3/585.full.pdf> [Lest 25. februar 2017].

Andreassen, K. (2006) *På parti med helsesøster?* [Masteroppgave]. Oslo: Universitetet i Oslo.

Barnekonvensjonen.

*FNs konvensjon om barns rettigheter av 20. november 1989*.

Barneombudet (2014) *Innspill til Helse- og omsorgskomiteen (Prop. 70L(2013-2014))* [Internett]. Oslo: Barneombudet. Tilgjengelig fra: <http://barneombudet.no/wp-content/uploads/2014/05/Fra-Barneombudet-Lov-om-rituell-omskjæring-av-gutter-Prop-70-L-2013-2014.pdf> [Lest 27. januar 2017].

Barneombudet (2013) *La gutter selv få bestemme om de skal omskjæres- Felles uttalelse fra de Nordiske Barneombudene og barnemedisinske eksperter* [Internett] Oslo: Barneombudet. Tilgjengelig fra: <http://barneombudet.no/wp-content/uploads/2013/09/Felles-uttalelse-fra-de-nordiske-barneombudene-og-barnemedisinske-eksperter-om-omskjæring-av-gutter.pdf> [Lest 20. februar 2017].

Bengtson, J. (2006) *Å forske i sykdoms og pleierfaringer. Livsverdensfenomenologiske bidrag*. Kristiansand: Høyskoleforlaget.



Birkler, J. (2012) *Helt uden grænser – etik og seksualitet*. København: Munksgaard.

Blank, S. mfl (2012) *Technical report. Male Circumcision*. Pediatrics [Internett], 130 (3), s. 756-785. Tilgjengelig fra:  
<[https://www2.aap.org/sections/urology/Circumcision\\_TechnicalReport2012.pdf](https://www2.aap.org/sections/urology/Circumcision_TechnicalReport2012.pdf)> [Lest 25. februar 2017].

Blix, B., H. (2014) En kritisk refleksjon over betydningen av kultur i møter mellom innvandrere og helse- og omsorgstjenester. *Tidsskrift for samfunnsforskning*, 55, 4, 471-484.

Bokmålsordboka [Internett]. Tilgjengelig fra:  
<<http://ordbok.uib.no/perl/ordbok.cgi?OPP=&bokmaal=+&ordbok=bokmaal>> [Lest 20. februar 2018].

Bordvik, M. (2018a) Evaluerer omstridt lov. *Dagens Medisin* [Internett], 26. januar. Tilgjengelig fra: <<https://www.dagensmedisin.no/artikler/2018/01/26/evaluerer-omstridt-lov/>> [Lest 20. mars 2018].

Bordvik, M. (2018b) Privatklinikk ble forespeilet 1000 inngrep – endte opp med færre enn 90. *Dagens medisin*. [Internett], 23. januar. Tilgjengelig fra:  
<<https://www.dagensmedisin.no/artikler/2018/01/23/privatklinikk-ble-forespeilet-1000-inngrep--endte-opp-med-farre-enn-90/>> [Lest 20. mars 2018].

Brenna, L. R. (2007) *Marasim*. Kristiansand: Høyskoleforlaget.

Busch, T. (2014) *Akademisk skriving*. Bergen: Fagbokforlaget.

Carbery, B. mfl. (2012) Need for physician education on the benefits and risks of male circumcision in the United States. *AIDS Education and Prevention*, 24(4), s. 377-387

Clancy, A. (2015) Helsesøsterkonsultasjoner fra sidelinjen- et blikk på makt og kunnskap. I: Kjær, T.A. & Martinsen, K. *Utenfor tellekantene. Essays om rom og rommelighet*. Bergen: Fagbokforlaget, s 145-159.

Clancy, A. & Svensson, T. (2007) 'Faced' with responsibility: Levinasian ethics and the challenges of responsibility in Norwegian public health nursing. *Nursing Philosophy*, 8, s. 158-166.

Dahl, B. M., Clancy, A. & Andrews T. (2014) The meaning of ethically charged encounters and their possible influence on professional identity in Norwegian public health nursing: a phenomenological hermeneutic study. *Scandinavian Journal of Public Health*, 42, s. 32-37.

Dale, M. (2011) *Intervju som forskningsmetode- en kvalitativ tilnærming*. Oslo: universitetsforlaget.

Eide, T. & Eide, H. (2004) *Kommunikasjon i praksis – Relasjoner, samspill og etikk i sosialfaglig arbeid*. Oslo: Gyldendal akademiske.

Eriksen, T. H. & Sørheim, T. A. (2006) *Kulturforskjeller i praksis. Perspektiver på det flerkulturelle Norge*. Oslo: Gyldendal akademiske.

Ersvik, A. G. (2011) *Høring vedr. Rituell omskjæring av gutter*. [Internett]. Oslo: Norsk sykepleierforbund. Tilgjengelig fra [https://www.nsf.no/Content/737572/cache=20141209140204/Rituell%20omskjæring%20av%20gutter,%20HOD\\_09-2011.%20LaH%20NSF.pdf](https://www.nsf.no/Content/737572/cache=20141209140204/Rituell%20omskjæring%20av%20gutter,%20HOD_09-2011.%20LaH%20NSF.pdf) [Lest 28.03.2017].

Everett, E. L. & Furseth, I. (2012) *Masteroppgaven- hvordan begynne – og fullføre*. Oslo: universitetsforlaget.

Folkehelsesloven.

*Lov 24. Juni 2011 nr. 29 om folkehelsearbeid.*

Forskrift om helsestasjons- og skolehelsetj. *Forskrift 4. mars 2003 nr. 450 om kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten.*

Frisch, M. mfl. (2013) Cultural Bias in the AAP's 2012 Technical Report and Policy Statement on Male Circumcision. *Pediatrics* [Internett], 131 (4), s. 796-800. Tilgjengelig fra: < <http://pediatrics.aappublications.org/content/pediatrics/early/2013/03/12/peds.2012-2896.full.pdf> > [Lest 20. februar 2017].

Gadamer, H.-G. (2003) *Forståelsens filosofi- Utvalgte hermeneutiske skrifter*. Oslo: Cappelen Akademiske Forlag.

Gadamer, H.-G. (2010) *Sannhet og Metode. Grunntrekk i en filosofisk hermeneutikk*. Oslo: Pax Forlag A/S.

Gele, A. A., Pettersen, K. S., Torheim, L. E. & Kumar, B. (2016) Health literacy: the missing link in improving the health of Somali immigrant women in Oslo. *BMC Public Health* [Internett], 16 (1134). DOI: 10.1186/s12889-016-3790-6.

Glavin, K. (2009) Kunnskapsbasert helsesøstertjeneste. I: *Fra tanke til handling-metoder og arbeidsmåter i helsesøstertjenesten*. Oslo: Akribe, s. 48-67.

Glavin, K., Helseth, S. & Kvarme L.G. (2009) utfordringer for helsesøstertjenesten – og veien videre. I: *Fra tanke til handling-metoder og arbeidsmåter i helsesøstertjenesten*. Oslo: Akribe, s. 323-330.

Granskär, M. & Höglund-Nielsen, B. (2008) *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- og sjukvård*. Lund: Studentlitteratur.

Grimen, H. (2009) Debatten om evidensbasering- noen utfordringer. I: Grimen, H. & Terum, L. I. *Evidensbasert profesjonsutøvelse*. Oslo: Abstrakt forlag, s. 191-222.

Grünfeld, B. & Svendsen, K-O. B. (20. april 2016) Omskjæring, i: *Store medisinske leksikon* [Internett]. Tilgjengelig fra: <<https://sml.snl.no/omskjæring>> [Lest 27. januar 2017].

Hansen, H. F. & Rieper, O. (2009) Evidensbevægelsens rødder, formål og organisering. I: Grimen, H. & Terum, L. I. *Evidensbasert profesjonsutøvelse*. Oslo: Abstrakt forlag, s. 17-38.

Hansen, H., Humerfelt, K., Kjellevold, A., Norheim, A. & Sommerseth, R. (2010) *Faglig skjønn og brukermedvirkning*. Bergen: fagbokforlaget.

Helse Nord (2018) *Rammeavtale mellom Helse Nord RHF og Ibsensykehuset Kaldbakken AS om rituell omskjæring av gutter*. Tromsø: Helse Nord.

Helse- og omsorgsdepartementet (2013) *Likeverdige helse- og omsorgstjenester- god helse for alle. Nasjonal strategi om innvandreres helse 2013-2017*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.

Helsedirektoratet (2016) *Metoder og verktøy* [Internett] Oslo: Helsedirektoratet. Tilgjengelig fra: <<https://helsedirektoratet.no/metoder-og-verktoy>> [Lest 7. mai 2017].

Helsedirektoratet (2017a) *Informasjon om rituell omskjæring av gutter- Til foreldre som vurderer/ønsker at eget guttebarn skal få utført rituell omskjæring*. [Internett] Oslo: Helsedirektoratet. Tilgjengelig fra: <<https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/1352/Rituell%20omskjæring%20av%20gutter%20-%20norsk.pdf>> [Lest 05. januar 2018].

Helsedirektoratet (2017b) *Nasjonale faglige retningslinjer for det helsefremmede og forebyggende arbeidet i helsestasjon, skolehelsetjeneste og helsestasjon for ungdom* [Internett] Nasjonale faglige retningslinjer, IS-2582. Oslo: Helsedirektoratet. Tilgjengelig fra: <<https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/helsestasjons-og-skolehelsetjenesten>> [Lest 05. januar 2018].

Helsedirektoratet (2017c) *Rituell omskjæring av gutter*. [Internett] Oslo: Helsedirektoratet. Tilgjengelig fra: < <https://helsedirektoratet.no/rituell-omskjering-av-gutter> > [Lest 05. januar 2018].

Helsedirektoratet (2017d) *Informasjonsskriv om rituell omskjæring av gutter* Oslo: Helsedirektoratet. Tilgjengelig fra: <[http://legeforeningen.no/PageFiles/299583/Informasjonsskriv%20om%20rituell%20omskjering%20av%20gutter%20\(L\)\(851844\).pdf](http://legeforeningen.no/PageFiles/299583/Informasjonsskriv%20om%20rituell%20omskjering%20av%20gutter%20(L)(851844).pdf)> [Lest 05. januar 2018].

Helse- og omsorgstjenesteloven – hol. *Lov 24. juni 2011 nr. 30 om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m.*

Helsetilsynet (2012) *Styre for å styrke. Rapport fra tilsyn med helsestasjonsvirksomheten*. [Internett] Oslo: Helsetilsynet. Hentet fra: <[https://www.helsetilsynet.no/upload/Publikasjoner/rapporter2012/helsetilsynetrapport1\\_2012.pdf](https://www.helsetilsynet.no/upload/Publikasjoner/rapporter2012/helsetilsynetrapport1_2012.pdf)> [Lest 06. februar 2018].

Helsepersonelloven.  
*Lov 2. Juli 1999 nr. 64 om helsepersonell m.v.*

Jagmann, K. (2009) Helsesøsters arbeid med flyktninger. I: Glavin, K., Helseth, S. & Kvarme, L.G. *Fra tanke til handling-metoder og arbeidsmåter i helsesøstertjenesten*. Oslo: Akribe, s 305-321.

Jenum, A. K. & Pettersen, K. S. (2014) Hva betyr lav ”health literacy” for sykepleiernes helsekommunikasjon. *Sykepleien* [Internett], 13. oktober. Tilgjengelig fra: < <https://sykepleien.no/forskning/2014/10/hva-betyr-lav-health-literacy-sykepleiernes-helsekommunikasjon> > [Lest: 20. mars 2018].

Johannessen, A., Tufte, P.A. & Kristoffersen L. (2004) *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode*. Oslo: abstrakt forlag.

Johansen, I. E. L. (2012) *Rituell omskjæring av gutter i Norge: argumentasjon og utfordringer knyttet til regjeringens forslag om lovregulering*. [Masteroppgave]. Universitetet i Oslo.

Johnsrud, N. (2014) Folkevalgte, skam dere! *Dagsavisen*. [Internett], 21. november. Tilgjengelig fra: < <http://www.dagsavisen.no/innenriks/folkevalgte-skam-dere-1.300381> > [Lest: 28. april 2017].

Kvale, S. & Brinkmann, S. (2009) *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Gyldendal akademisk.

Laholt, H. (2004) *Hvilke etiske problemer kan helsesøster møte i sin yrkespraksis? – Belysning og drøfting av enkelte områder i helsesøsters yrkespraksis* [Hovedfagoppgave]. Universitetet i Tromsø.

Landsgruppen av helsesøstre (2013) *Spesialistgodkjenning av helsesøstre*. Oslo: Norsk sykepleierforbund.

Lov om pasient- og brukerrettigheter.

*Lov 02. juli 1999 nr. 63. om pasient- og brukerrettigheter.*

Lov om rituell omskjæring av gutter.

*Lov 20. juni 2014 nr. 40. om rituell omskjæring av gutter.*

Lov om trdomssamfunn og ymist anna.

*Lov 13. Juni nr. 25. om trdomssamfunn og ymist anna.*

Løgstrup, K. E. (2006) *Den etiske fordring*. Oslo: J. W. Cappelens Forlag.

Mach-Zagal, R. & Saugstad, T. (2012) *Sundhedspædagogik for praktikere*. København: Munksgaard.

Magelssen, R. (2008) *Kultursensitivitet. Om å finne likhetene i forskjellene*. Oslo: Akribe.

Malterud, K. (2013) *Kvalitative metoder i medisinsk forskning*. Oslo: Universitetsforlaget.

Meyer, K. (1995) Nyanser og utfordringer i det faglige skjønn. I: Martinsen, K. *Den omtenkssomme sykepleier*. Oslo: Tano, s. 62-85.

Mielke, R. T. (2013) Counseling Parents Who Are Considering Newborn Male Circumcision. *Journal of Midwifery & Women's Health* [Internett], 58 (6) 671-682. DOI: 10.1111/jmwh.12130.

Milos, M.F. & Macris, D. (1992) Circumcision- A medical or a Human Right Issue? *Journal of Nurse-Midwifery*, 37 (2), s. 87-96.

Molven, O. (2009) *Sykepleie og jus*. Oslo: Gyldendal akademisk.

Mæland, J. G. (2002) *Forebyggende helsearbeid- i teori og praksis*. Oslo: Universitetsforlaget.

Neumann, C. B. (2011) Det profesjonelle blikket. Om betydning av etnisitet, klasse og kjønn i helsesøsters tolkningsarbeid. I: Leseth, A. & Solbrække, K. N. *Profesjon, kjønn og etnisitet*. Oslo: Cappelen Damm Akademisk, s. 209-228.

NOU 2016: 13. *Samvittighetsfrihet i arbeidslivet*.

Norsk senter for forskningsdata (2017) *Når gjelder meldeplikten?* [Internett] Bergen: Norsk senter for forskningsdata. Tilgjengelig fra:

<<http://www.nsd.uib.no/personvern/meldeplikt/meldeskjema>> [Lest 23. februar 2017].

Norsk senter for forskningsdata (2017) *Veiledende mal for informasjonsskriv*

[Internett] Bergen: Norsk senter for forskningsdata. Tilgjengelig fra:

<<http://www.nsd.uib.no/personvern/meldeplikt/samtykke.html>> [Lest 14. mars 2017].

Norsk sykepleierforbund (2018) *Forsvarlighet – Om faglig kompetent og omsorgsfull sykepleie*. Oslo: Norsk sykepleierforbund. Tilgjengelig fra: <[https://www.nsf.no/Content/3851110/cache=20181604104115/NSF%20Forsvarlighetshefte-april\\_2018..pdf](https://www.nsf.no/Content/3851110/cache=20181604104115/NSF%20Forsvarlighetshefte-april_2018..pdf)> [Lest 18. April 2018].

Norsk sykepleierforbund (2016) *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. [Internett] Oslo: Norsk sykepleierforbund. Tilgjengelig fra: <<https://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17102/Yrkesetiske-retningslinjer>> [Lest 02. mai 2017].

Norsk sykepleierforbund (2014) *Høring vedr. Forslag om lovregulering av rituell omskjæring av gutter Prop. 70 L (2013-2014)*. Oslo: NSF.

NTB (2018) Splittet SV går inn for aldersgrense for omskjæring. *Abc nyheter* [Internett], 14. april. Tilgjengelig fra: <<https://www.abcnyheter.no/nyheter/politikk/2018/04/14/195387966/splittet-sv-gar-inn-aldersgrense-omskjaering>> [Lest 21. april 2018].

Nyström, M. (2008) *Hermeneutik. I: Granskär, M. & Höglund-Nielsen, B. Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- og sjukvård*. Lund: Studentlitteratur.

Olsen, B. C. R. (2011) Språklige og kulturelle barrierer i møtet mellom helsearbeidere og kvinner med minoritetsbakgrunn. I: Bø, B. P. *Multikulturell teori og flerkulturelle praksiser – artikler om norsk minoritetspolitikk*. Oslo: abstrakt forlag, s 115-138.

Olsen, C. (2017) Jeg er sykepleier og jordmor. Og jeg er forbanna. Hvorfor er det lov å omskjære guttebarn? *Aftenposten*. [Internett], 20. mars. Tilgjengelig fra: <<http://www.aftenposten.no/meninger/debatt/Jeg-er-sykepleier-og-jordmor-Og-jeg-er-forbanna-Hvorfor-er-det-lov-a-omskjare-guttebarn--Camilla-Olsen-617484b.html>> [Lest 20. mars 2017].

Polit, D.F. & Beck, C. T. (2014) *Essentials of nursing research- Appraising evidence for nursing practice*. Philadelphia: Wolters Kluwer Health/ Lippincott Williams & Wilkins.



Prop. nr. 70 L. (2013-2014). *Om lov om rituell omskjæring av gutter*.

Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (2015) *Eksempler på virksomhet som skal søke REK* [Internett]. Tromsø: Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk. Tilgjengelig fra:

<[https://helseforskning.etikk.no/reglerogrutiner/soknadsplikt/sokerek?p\\_dim=34998](https://helseforskning.etikk.no/reglerogrutiner/soknadsplikt/sokerek?p_dim=34998)> [Lest: 23. februar 2017].

Ringdal, K. (2013) *Enhet og mangfold*. Bergen: Fagbokforlaget.

Ruyter, K.W. (2010) *Forskningsetikk – beskyttelse av enkeltpersoner og samfunn*. Oslo: Gyldendal akademisk.

Schwartzberg, J.G., VanGeest, J.B. & Wang, C.C. (2005) *Understanding Health Literacy- Implications for Medicine and Public Health*. USA: Amapress.

Sintef (2006) *Helsesøsters kompetanse*. Oslo: Sintef.

Skaar, I. S. T. (2018) Omskjæringsloven er på kant med Grunnloven. *Dagbladet* [Internett], 19. februar. <Tilgjengelig fra: <https://www.dagbladet.no/kultur/omskjaeringsloven-er-pa-kant-med-grunnloven/69531922>> [Lest 21. mars 2018].

Skogstrøm, L. (2018) Statssekretær:- Mer krevende enn vi trodde å få på plass et tilbud om rituell omskjæring. *Aftenposten*. [Internett], 01. februar. Tilgjengelig fra: <<https://www.aftenposten.no/norge/i/5Vn1o6/Statssekretar--Mer-krevende-enn-vi-trodde-a-fa-pa-plass-et-tilbud-om-rituell-omskjaring>> [Lest: 02. februar 2018].

Slettebø, Å. (2009) Grunnlag for god helsesøsterpraksis. I: Glavin, K., Helseth, S. & Kvarme, L.G. *Fra tanke til handling-metoder og arbeidsmåter i helsesøstertjenesten*. Oslo: Akribe, s 35-47.

Statistisk sentralbyrå (2018) *Folkemengde og befolkningsendringar* [Internett]. Oslo: Statistisk sentralbyrå. Tilgjengelig fra:

<<https://www.ssb.no/befolkning/statistikker/folkemengde/aar-per-1-januar>> [Lest 01. mars 2018].

Store norske leksikon (2017) *Somalia* [Internett]. Oslo: Store norske leksikon. Tilgjengelig fra: <<https://snl.no/Somalia>> [Lest 20. mars 2018].

Straffeloven. *Lov 20. mai 2005 nr. 28 om straff*.

Terum, L.I. & Grimen, H. (2009) Profesjonsutøvelse – kvalitet og legitimitet. I: Grimen, H. & Terum, L. I. *Evidensbasert profesjonsutøvelse*. Oslo: Abstrakt forlag, s. 9-16.

Thagaard, T. (2009) *Systematikk og innlevelse- en innføring i kvalitativ metode*. Bergen: Fagbokforlaget.

Thornquist, E. (2009) *Kommunikasjon, teoretiske perspektiver på praksis i helsetjenesten*. Oslo: Gyldendal Akademiske.

Thuve, K. (2009) *Rituell omskjæring av gutter. I hvilken grad ivaretas guttenes rettsikkerhet?* [Masteroppgave]. Universitetet i Oslo.

Tjernshaugen, K., Moe, I. & Eggesvik, O. (2017) Frp vil forby omskjæring av guttebarn. Les alle vedtakene her. *Aftenposten* [Internett], 6. mai 2017. Tilgjengelig fra: <<https://www.aftenposten.no/norge/politikk/i/Wp3ma/Frp-vil-forby-omskjaring-av-guttebarn-Les-alle-vedtakene-her>> [Lest 21. april 2018].

Tjora, A. (2012) *Kvalitative forskningsmetoder - i praksis*. Oslo: Gyldendal akademiske

Tveiten, S. (2009) Veiledning. I: Glavin, K., Helseth, S. & Kvarme, L.G. *Fra tanke til handling-metoder og arbeidsmåter i helsesøstertjenesten*. Oslo: Akribe, s 173-191.

Tøhaug, P. & Holdal, E. Ingen tilbud om rituell omskjæring i nord. *NRK*. [Internett], 01. april 2015. Tilgjengelig fra: <<https://www.nrk.no/troms/ingen-tilbud-om-rituell-omskjaering-i-nord-1.12291333>> [Lest 27. februar 2017].

Vandvik, P. O. (2009) Evidensbasert medisin, uvurderlig verktøy for klinikere. I: Grimen, H. & Terum, L. I. *Evidensbasert profesjonsutøvelse*. Oslo: Abstrakt forlag, s. 111-124.

World Health Organization (2007) *Male Circumcision- Global trends and determinants of prevalence, safety and acceptability*. [Internett] Genève: World Health Organization. Tilgjengelig fra <[http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43749/1/9789241596169\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43749/1/9789241596169_eng.pdf)> [Lest 28. mars 2017].

World Medical Association (2013) *WMA Declaration of Helsinki – Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects* [Internett]. Genève: World Medical Association. Tilgjengelig fra: <<http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/index.html>> [Lest 23. februar 2017].

Waldum-Grevbo, K. (2015) Vi vil det beste for barna. *NRK*. [Internett], 29. juli 2015. Tilgjengelig fra: <<https://www.nrk.no/ytring/vi-vil-det-beste-for-barna-1.12476674>> [Lest 21. Mars 2017].

## **Vedlegg 1: Forespørsel til helseleder i kommunene**

### **Forespørsel om tillatelse til å intervju helsesøstre i (gjeldende) kommune til mastergradsoppgaven:**

*''Helsesøster i møte med foreldre som ønsker å omskjære guttebarnet sitt''*

Jeg er mastergradsstudent ved helsesøsterfag ved Universitet i Tromsø. Jeg skriver om helsesøsters møte med foreldre som ønsker å omskjære guttebarnet sitt. I den forbindelse trenger jeg å intervju helsesøstre som har erfaring fra å jobbe med disse familiene.

Oppgaven er godkjent av Norsk Samfunnsvitenskapelige datatjeneste. Deltager og helsestasjon er sikret anonymitet. Deltager kan trekke seg fra studien når som helst og uten begrunnelse.

Jeg ber herved deg om tillatelse til å kontakte ledende helsesøster ved aktuell(e) helsestasjon(e) for hjelp til å rekruttere helsesøstre til intervju.

Med vennlig hilsen

Camilla Olsen

Masterstudent i helsefag, studieretning helsesøsterfag

Institutt for helse- og omsorgsfag

Helsevitenskapelige fakultet

UIT- Norges arktiske universitet

## Vedlegg 2: Utkast forespørsel helsestasjon

### Forespørsel om hjelp til å rekruttere deltagere til mastergradsoppgaven:

*''Helsesøster i møte med familier som ønsker å omskjære guttebarnet sitt''*

Jeg er mastergradsstudent ved helsesøsterfag ved Universitet i Tromsø. Jeg skriver om helsesøsters møte med foreldre som ønsker å omskjære guttebarnet sitt. I den forbindelse trenger jeg å intervjuer helsesøstre som har erfaring fra å jobbe med disse familiene. Jeg ønsker å intervjuer helsesøstre fra deres helsestasjon. Intervjuet vil ta 30-60 minutter.

Oppgaven er godkjent av Norsk Samfunnsvitenskapelige datatjeneste. Deltager og helsestasjon er sikret anonymitet. Deltager kan trekke seg fra studien når som helst og uten begrunnelse.

Dersom dere har noen aktuelle helsesøstre så kan jeg ta kontakt direkte for å avtale tid og sted for intervju eller så kan jeg sende deg "informasjonsskriv til deltagere" og en liste over dager jeg har mulighet.

Med vennlig hilsen

Camilla Olsen

Masterstudent i helsefag, studieretning helsesøsterfag

Institutt for helse- og omsorgsfag

Helsevitenskapelige fakultet

UIT- Norges arktiske universitet

## **Vedlegg 3: Informasjon og samtykkeskjema**

### **Forespørsel til deltagelse på mastergradsoppgaven:**

*''Helsesøster i møte med familier som ønsker å omskjære guttebarnet sitt''*

### **Bakgrunn og formål**

Jeg er en mastergradsstudent i helsesøsterfag ved Universitet i Tromsø, jeg skriver en masteroppgave om helsesøsters møte med foreldre som ønsker å omskjære guttebarna sine. I den forbindelse trenger jeg helsesøstre som vil delta i en undersøkelse. De helsesøstrene jeg ønsker å intervju bør jobbe direkte med foreldre der dette er aktuelt eller ha erfaring fra dette fra tidligere.

### **Gjennomføring**

Dersom du takker ja til å delta i studien så vil jeg ta kontakt med deg for å avtale tidspunkt for intervju. Intervjuet vil vare 30-60 minutter og jeg vil spørre deg om dine erfaringer og refleksjoner rundt tematikken nevnt over. Du trenger ikke forberede deg på noen som helst måte, intervjuet fokuserer på de erfaringene du har. Vi blir enig om sted for intervjuet, jeg kan fremskaffe lokale dersom det ikke passer på ditt arbeidssted. Det blir gjort lydopptak av intervjuet.

### **Anonymitet**

Oppgaven er godkjent av Norsk Samfunnsvitenskapelige datatjeneste.

Du er sikret anonymitet i studien. Det er kun jeg som har tilgang på lydopptaket som er gjort, når jeg har skrevet ned intervjuet så slettes lydopptaket. Når oppgaven er avsluttet makuleres intervjuet. Du vil bli gitt et fiktivt navn i oppgaven og du vil ikke kunne gjenkjennes.

Du kan når som helst og uten begrunnelse trekke deg fra studien, og da vil all informasjon om deg slettes.

Dersom du ønsker å delta må du signere samtykkeskjemaet som er vedlagt. Har du noen spørsmål ta gjerne kontakt med meg.

Camilla Olsen

Telefon: 95889584

Mailadresse: [camillaolsen84@hotmail.com](mailto:camillaolsen84@hotmail.com)

## Samtykke til deltagelse i mastergradsoppgaven

*“Helsesøster i møte med familier som ønsker å omskjære guttebarnet sitt”*

Jeg har mottatt informasjon om studien og samtykker til å bli intervjuet om tematikken.

---

Sted/dato

Underskrift

## Vedlegg 4: Intervjuguide

### Innledende spørsmål (Gjennomgang av informasjonsskriv og samtykkeskjema.)

- Hvor lenge har du jobbet som helsesøster? Hvor har du jobbet mest?
- Hvor mange møter du gjennom jobben som ønsker å omskjære sønnene sine?
- Har arbeidsstedet egne retningslinjer/prosedyrer for hva man skal gjøre i møte med disse familiene? (hva sier de?)

### Handling

- Kan du beskrive ditt siste møte med foreldre som ønsket å omskjære sønnen sin?
- Hvordan vil du beskrive at disse møtene vanligvis er? (er de annerledes enn andre møter, hvordan er stemningen? Føler du deg ukomfortabel/usikker? Eller føler du deg trygg i møtet?)

### Refleksjoner

- Fortell om hva du anser som din rolle som helsesøster opp mot en slik tematikk?
- Kan du fortelle litt om hva du synes er rett og galt i forhold til temaet, opplever du et etisk dilemma? Hvis ja på hvilken måte?
- Hvilke tanker gjør du deg om omskjæringsdebatten og vedtak gjort i forhold til omskjæring?
  - o Påvirker det deg, og eventuelt på hvilken måte?
- Opplever du at temaet diskuteres blant helsesøstre? I hvilke fora? Hva vil du si er hovedinnholdet i disse diskusjonene?
- Er det noe du ønsker å ta opp nå til slutt, som vi ikke har vært inne på



## Vedlegg 5: Svar NSD



Ellinor Beddari

9037 TROMSØ

Vår dato: 11.08.2017

Vår ref: 54937 / 3 / BGH

Deres dato:

Deres ref:

### Tilbakemelding på melding om behandling av personopplysninger

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 28.06.2017.

Meldingen gjelder prosjektet:

<i>54937</i>	<i>Helsesøster i møte med foreldre som vil omskjære guttebarnet sitt</i>
<i>Behandlingsansvarlig</i>	<i>UiT Norges arktiske universitet, ved institusjonens øverste leder</i>
<i>Daglig ansvarlig</i>	<i>Ellinor Beddari</i>
<i>Student</i>	<i>Camilla Olsen</i>

Personvernombudet har vurdert prosjektet og finner at behandlingen av personopplysninger er meldepliktig i henhold til personopplysningsloven § 31. Behandlingen tilfredsstiller kravene i personopplysningsloven.

Personvernombudets vurdering forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i meldeskjemaet, korrespondanse med ombudet, ombudets kommentarer samt personopplysningsloven og helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.

Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering. Endringsmeldinger gis via et eget [skjema](#). Det skal også gis melding etter tre år dersom prosjektet fortsatt pågår. Meldinger skal skje skriftlig til ombudet

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en [offentlig database](#).

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 30.06.2018, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Dersom noe er uklart ta gjerne kontakt over telefon.

Vennlig hilsen

*Dokumentet er elektronisk produsert og godkjent ved NSDs rutiner for elektronisk godkjenning.*

Marianne Høgetveit Myhren

Belinda Gloppen Helle

Kontaktperson: Belinda Gloppen Helle tlf: 55 58 28 74 / [belinda.helle@nsd.no](mailto:belinda.helle@nsd.no)

Vedlegg: Prosjektvurdering

Kopi: Camilla Olsen, [camillaolsen84@hotmail.com](mailto:camillaolsen84@hotmail.com)



#### INFORMASJON OG SAMTYKKE

Utvalget (helsesøstre) informeres skriftlig og muntlig om prosjektet og samtykker til deltakelse. Informasjonsskrivet er godt utformet.

#### TAUSHETSPLIKT

Helsesøstre har taushetsplikt. Det er derfor viktig at intervjuene gjennomføres slik at det ikke samles inn opplysninger som kan identifisere enkeltpasienter eller avsløre taushetsbelagt informasjon. Vi anbefaler at dere er spesielt oppmerksom på at ikke bare navn, men også identifiserende bakgrunnsopplysninger må utelates, som for eksempel alder, kjønn, tid, etnisitet, diagnoser og eventuelle spesielle hendelser. Vi forutsetter også at dere er forsiktig ved å bruke eksempler under intervjuene. Personvernombudet legger med dette til grunn at dere ikke innhenter personopplysninger om pasienter, og at taushetsplikten ikke er til hinder for den behandling av opplysninger som finner sted.

Studenten og informant har et felles ansvar for det ikke kommer frem taushetsbelagte opplysninger under intervjuet. Det kan derfor være hensiktsmessig om studenten avklarer dette med informanten i forkant av intervjuet

#### SENSITIVE PERSONOPPLYSNINGER

I meldeskjemaet er det krysset av for at det skal samles inn sensitive personopplysninger om utvalget relatert til rasemessig eller etnisk bakgrunn, eller politisk, filosofisk eller religiøs oppfatning. Etter gjennomgang av meldeskjemaet og vedlagt dokumentasjon kan ikke personvernombudet se at det skal samles inn opplysninger av en slik art om helsesøstre. Vi har derfor endret dette punktet og legger til grunn at det ikke registreres sensitive personopplysninger i forbindelse med datainnsamlingen.

#### INFORMASJONSSIKKERHET

Personvernombudet legger til grunn at forsker etterfølger UiT Norges arktiske universitet sine interne rutiner for datasikkerhet. Dersom personopplysninger skal lagres på privat pc/mobile enheter, bør opplysningene krypteres tilstrekkelig.

#### PROSJEKTLUTT OG ANONYMISERING

Forventet prosjektlutt er 30.06.2018. Ifølge prosjektmeldingen skal innsamlede opplysninger da anonymiseres. Anonymisering innebærer å bearbeide datamaterialet slik at ingen enkeltpersoner kan gjenkjennes. Det gjøres ved å:

- slette direkte personopplysninger (som navn/koblingsnøkkel)
- slette/omskrive indirekte personopplysninger (identifiserende sammenstilling av bakgrunnsopplysninger som f.eks. bosted/arbeidssted, alder og kjønn)

- slette lydopptak