

Prosjektrapport

Det er MIN kropp det gjelder!

Et sunnere liv for jenter og kvinner med somalisk bakgrunn –
fokus på kropp, seksualitet og helse.



Pilotprosjekt høsten 2009

Helsefremmende tiltak - samarbeid mellom ulike etater i
Telemark

Rapporten er skrevet av høgskolelektor May-Lisa Spjelkevik i samarbeid
med prosjektgruppen.

1.0 Innledning

Dette er et pilotprosjekt med fokus på kvinnehelse og helsefremmende tiltak blant unge muslimske jenter og kvinner i Norge, begrenset her til jenter/kvinner med somalisk bakgrunn, som er mellom 16 og 50 år og bosatt i en kommune i Telemark

Somaliere er i følge Statistisk sentralbyrå (SSB) den 6.største innvandrerggruppen i Norge med ikke-vestlig bakgrunn. En stor andel bor i Telemark. Cirka halvparten av denne befolkningsgruppen er under 20 år.

Gjennom et ti ukers program, har vi prøvd ut et opplegg for en "ungdomsgruppe" under 25 år og en "voksengruppe" over 25 år. Opplegget har vært en kombinasjon av *svømmeopplæring* og *dialogundervisning* med fokus på kropp, seksualitet og reproduktiv helse.

Initiativet til dette prosjektet kom i et dialogmøte mellom cirka 30 somaliske kvinner og høgskolelektor May-Lisa Spjelkevik fra Høgskolen i Telemark og rådgiver Inger Åse Mørch Jonassen fra AMATHEA. Møtet ble støttet av Fylkesmannen i Telemark og fant sted i november 2008. Med unntak av tre, var alle som kom voksne kvinner med barn. De unge jentene var skoleelever og sa lite under samlingen. Etterpå kom de og ba om et eget møte for ungdommen, siden de ikke kunne være åpne om disse tema sammen med de voksne.

Møtets hensikt var å øke vår kunnskap og bevissthet om de helsemessige utfordringer denne gruppen har, og hva som kan gjøres for å forebygge og fremme deres helse. Selv om vi aldri kan finne en "felleserfaring", tror vi det er mulig å finne fellestrekk som helsepersonell og andre trenger å vite mer om. Det vil også være både interessant og nyttig å lære mer om den kompleksitet som preger oss som mennesker. Vi har begge ansvar for undervisning og veiledning, der denne kunnskapen er sentral. Det finnes imidlertid lite forskning eller annen skriftlig litteratur på området.

Dialogen fikk frem informasjon og motiverte oss til videre arbeid. Kvinnenes utfordringer var i hovedsak relatert til deres møte med en ny kultur, eks. levemåte, helsevesen, lover og regler. De opplevde frustrasjoner og mangelfull kunnskap om egen kropp og helse. De opplevde å ha problemer med vektøkning og inaktivitet, samt ulike fysiske og psykiske plager som ble relatert til traumer de hadde vært gjennom. Generelt hadde de liten kontakt med kvinner og menn utenfor egen etnisk gruppe; få innefor det muslimske miljøet, og så å si ingen med norsk etnisk bakgrunn. De følte seg annerledes og til tider stigmatisert på grunn av negativ fokusering på tradisjoner som bruk av Hijab og kvinnelig omskjæring. Mange følte seg usikre i møte med det norske helsevesenet. De hadde helseplager, som ut fra vår kunnskap kunne vært forebygget.

Kvinnene ønsket å være mer i fysisk aktivitet, og hadde et særskilt ønske om et tilrettelagt svømmeopplærings/treningsstilbud. De kunne ikke svømme og hadde heller ingen mulighet til å bruke offentlige bad siden de var muslimer og ikke kunne vise seg "avkledd" i offentlige rom. Flere sa at de også var redd for å ta med barn til sjø eller vann, fordi de ikke kunne redde dem hvis de falt uti. Deres ønske om svømmeopplæring faller sammen med myndighetenes satsning på økt fysisk aktivitet.

I følge www.helsedirektoratet.no er fysisk aktivitet en kilde til helse og trivsel blant barn, unge, voksne og eldre. Fysisk aktivitet bedrer den fysiske formen, gir økt overskudd, virker positivt på humøret, og er en kilde til sosialt samvær. Samlet sett gjør fysisk aktivitet oss mer rustet til å mestre hverdagens krav og utfordringer. I følge Aktivitetshåndboken (www.helsedirektoratet.no) er svømming hovedsakelig en kondisjonskrevende aktivitet som involverer både store og små muskelgrupper. Svømming kan drives både innendørs i basseng og utendørs. Dette er også en skånsom aktivitetsform, med liten skaderisiko, og slik et godt alternativ for overvektige. Svømming gir dermed god mosjon, og samtidig økte muligheter til sosialt samvær, relasjonsbygging, lek og moro. Gode svømmeferdigheter gir dessuten følelsen av økt mestring og trygghet (ibid).

De somaliske kvinnene ønsket også mer kunnskap om kropp og helse, med spesielt fokus på kosthold, hygiene, seksualitet, prevensjon, graviditet og abort. De ville også lære mer om kvinnesykdommer, og hvordan disse kunne forebygges. I følge Helsedirektoratet (NOU1999:13), er kvinner ofte de i familien som har størst kunnskap om den kulturbetingende helsen, og kan derfor være sårbar i en ny kultur hvor egen kulturelle særtrekk ikke blir verdsatt på samme måte. Ulike kilder viser også at somaliske kvinner og barn representerer en risikogruppe.

En undersøkelse om kosthold og jernstatus hos somaliske barn som bor i Norge, tyder på at denne gruppen, i likhet med andre innvandrere, har en tendens til å utvikle anemi som følge av kostholdsendringer. Fra helsestasjonene rapporteres det om økt risiko for feilernæring, eksempelvis for stort sukkerforbruk, hos somaliske barn (Engebrigsten og Farstad 2004). Satt i sammenheng med forskning som viser at innvandrerkvinner i Norge er hyppigere utsatt for fedme enn norske kvinner generelt, er kunnskap om kost og aktivitet svært viktig for å ivareta deres og deres barns helse.

Mange ulike kilder viser også at somaliske jenter og kvinner er i en risikogruppe når det gjelder kjønnslemlestelse og tvangsekteskap, og helsemessige problemer som følge av dette. De har også mangelfull kunnskap om seksuell- og reproduktiv helse (Handlingsplan mot kjønnslemlestelse 2008-2011; Johansen 2006, 2005; Lien 2005; Talle 2004, 2008; WHO 2008). De er også overrepresentert i gruppen som gjennomfører provoserte svangerskapsavbrudd i Norge (Eskild et.al 2002).

Verdens helseorganisasjon og myndigheter i flere land, har de senere år fokusert særskilt på barn- og unges seksualitet, seksuelle helse og seksuelle rettigheter. I rapporten til FNs økonomiske og sosiale råd (ECOSOC 2004), har også retten til seksuell og reproduktiv helse en fremtredende plass. En prioritert gruppe er barn og unge som er ekstra utsatte og sårbare på bakgrunn av kjønn, seksuell orientering og/eller sin sosiokulturelle bakgrunn (WHO 2006). Ifølge Austveg (2006) er begrunnelsen den sentrale rollen retten til slik helse spiller for individer, par, familier, samfunn og nasjoner, og den sentrale rollen de har i Tusenårsmålene. Seksualitet er en integrert del av det å være barn, kvinne eller mann, hevder hun. Det er et grunnleggende behov og aspekt ved menneskelig væren som ikke kan skilles fra andre deler av livet. Seksualitet påvirker tanker, følelser, handlinger og samspill, og derigjennom vår mentale helse (ibid).

I følge NOU 1999:13, er det en utfordring for det norske helsevesen å forebygge kjønnslemlestelse, så vel som å gi god nok omsorg og et forsvarlig helsetilbud til kvinner som er omskåret. Særskilte utfordringer oppleves i møte med gravide og fødende, men også i forbindelse med rådgivning og veiledning rundt seksualitet og prevensjon (ibid). Kunnskap og bevisste holdninger hos både helsepersonell og målgruppe er en forutsetning for å lykkes. Dette skapes fortrinnsvis gjennom aktiv dialog (Magelsen 2002).

Våren 2009 sendte HiT søknad til Fylkesmannen i Telemark om tilskudd til et oppfølgende prosjekt, med fokus på forebygging av kjønnslemlestelse. Søknaden ble videreformidlet til Barne- og likestillingsdepartementet. HiT fikk tidelt midler til kompetanseutvikling for helse- og sosialarbeidere, samt etablering av et faglig nettverk med deltagere fra ulike etater i Telemark. Undertegnede var prosjektleder for kurset, og ble av Fylkesmannen utpekt som faglig ansvarlig for nettverket. Gjennom disse tiltak videreutviklet vi ideen om et prosjekt med norsk/somaliske jenter og kvinner som målgruppe.

Røde Kors meldte samtidig sin interesse for samarbeid omkring svømmeopplæring for innvandrergrepper. De hadde tidligere, med journalist og frivillig medarbeider Anne Lognvik som initiativtaker, gjennomført et svømmekurs for muslimske kvinner i Vinje. De hadde gjort seg mange nyttige erfaringer, som de ønsket å videreføre.

På denne bakgrunn ble det nedsatt en intersektoriell og tverrfaglig prosjektgruppe, som har planlagt og gjennomført dette pilotprosjektet.

2.0 Prosjektets hensikt og målsetting

Hensikt:

1. Å prøve ut en helsefremmende intervensjon med somaliske jenter og kvinner som målgruppe, der svømmeopplæring og dialogundervisning kombineres i et intersektorielt og tverrfaglig opplegg over ti uker.
2. Å utvikle relevant kunnskap om målgruppens kropp, helse og kultur.
3. Å bygge relasjoner - nettverk over kultur/etniske grenser

Målsetting

a. For de somaliske jenter og voksne kvinner:

- Økte svømmeferdigheter
- Økt kunnskap og bevissthet om seksuell - og reproduktiv helse, med fokus på hvordan de selv kan ivareta egen og sine døtres helse
- Økt kunnskap og bevissthet om unges rett til beskyttelse mot kjønnslemlestelse og annen vold og skade
- Økt kontakt med mennesker som har en norsk kulturbakgrunn, og dermed bedre muligheter for integrering.
- Oppleve samvær preget av glede og trivsel

b. For helsearbeidere og andre ressurspersoner/studenter:

- Økt bevissthet rundt egne holdninger i møte med mennesker som har en fremmed kulturbakgrunn
- Økt kjennskap til og bevisst omkring somaliske kvinners kulturnormer og ressurser - bevisstgjøring av likheter og særtrekk relatert til syn på kropp og seksualitet, og hva som påvirker deres seksuelle og reproduktive helse.
- Økt erfaring med bruk av svømmeopplæring og dialog som metode i helsefremmende arbeid
- Økt erfaring med intersektorielt og tverrfaglig samarbeid for å fremme minoritetshelse
- Oppleve samvær preget av glede og trivsel
- For sykepleierstudentene spesielt: Erfaringer og informasjon som de kan bruke i deres bacheloroppgave og fremtidig praksis som sykepleiere.

d. For andre:

- Tilgang til beskrivelse av erfaringer fra prosjektet via en skriftlig rapport publisert på internett
- Tilgang til ny kunnskap om målgruppens seksuelle og reproduktive helse via relevante nettverk, publisert artikkel, undervisning i utdanning og seminarer.

3.0 Organisering og bruk av ressurser

Prosjektet er organisert etter prinsipper for helsefremmende arbeid og intersektoriell samhandling: fokus på muligheter frem for problemer, salutogenese, empowerment, deltaker styring, tverrfaglighet, samordning av ressurser, samarbeide mellom ulike aktører (Antonovsky 2005, Axelson 2008, Axelson og Bihari 2006, Mæland 2005).

De ulike aktørene har bidratt med sine ressurser i alle faser av prosjektet, og har et definert felles ansvar for at prosjektet blir gjennomført i tråd med de rammer som man er blitt enige om. Dette er i tråd med Ottawa-charteret (WHO 1986), som konkluderer med at det er et stort behov for å skape brede og tverrsektorielle samarbeidsrelasjoner for å oppnå målene i det helsefremmende arbeidet. Et viktig argument er at det bidrar til å utnytte eksisterende ressurser på en effektiv måte (Tillgren 2009, Mæland 2005, Tones og Tilford 2001,). Helse og omsorgsdepartementet vektlegger det samme gjennom Samhandlingsreformen (2009).

De ulike aktører i prosjektet og deres bidrag/rolle:

- HiT er en av hovedaktørene i Folkehelseprogrammet for Telemark. De har et særlig ansvar for og kompetanse innen helse, kultur og generell FOU-virksomhet. De er allerede involvert i ulike aktiviteter relatert til minoritetshelse, herunder arbeid rettet mot forebygging av kjønnslemlestelse som gjøres i samarbeid med Fylkesmannen i Telemark
- AMATHEA har øremerkede bevilgninger over statsbudsjettet til å fremme minoritetskvinners helse. Organisasjonen har erfaringer fra lignende prosjekter andre steder i Norge og innehar mye kompetanse relatert til kvinnehelse generelt og forebygging av kjønnslemlestelse spesielt.

- Røde Kors har fokus på helse, integrering og kultur, erfaring fra lignende aktiviteter og har mange frivillige medarbeidere som er engasjert og som har relevant kompetanse, herunder autoriserte svømmeinstruktører.
- Samarbeidskommunen har fått tildelt ressurser for å iverksette helsefremmende tiltak rettet mot minoritetsgrupper.
De har også kompetanse og relevant erfaring med innvandrergreper og deres helsemessige utfordringer, samt tilgang til svømmebasseng.
- Den afrikanske kulturforeningen har kompetanse, innflytelse og kontakt med målgruppen.

Prosjektet er blitt ledet av en *intersektoriell prosjektgruppe* med fordelt ansvar for planlegging og gjennomføring.

Prosjektgruppen valgte i sitt første møte høgskolelektor May-Lisa Spjelkevik fra Hit som prosjektleder. Hun har hatt et en koordineringsfunksjon i alle faser av prosjektet, samt hovedansvaret for evaluering og den skriftlige rapporten. Sammen med Inger Åse Mørch Jonassen, rådgiver i AMATHEA, har hun også hatt ansvaret for tema og kontakt med ressurspersoner i dialogundervisningen. I tillegg har hun veiledet tre sykepleiestudenter som har vært deltagende observatører i prosjektet, og som har skrevet sin bachelor oppgave på bakgrunn av sine observasjoner av sykepleiere i dialogundervisningen. AMATHEAs representant har sørget for frukt og te til hver samling.

Eli C. Ducros (daglig leder i Telemark Røde Kors), Gloria Leiyen (frivillighetskoordinator i RK), Emina Sarkin Saskin (frivillighetskoordinator i RK) og Anne Lognvik (representant for internasjonalt utvalg RK) har deltatt i prosjektgruppen fra Røde Kors. Anne Lognvik har hatt ansvaret for svømmeopplæringen. Hun har rekruttert og organisert til sammen 15 frivillige svømmeinstruktører og medhjelpere. Gloria Leiyen har med sin kenyanske bakgrunn og flerårige erfaring fra arbeid med mindreårige flyktninger, vært en stor ressurs. Emina Sarkin har vært sekretær og nedtegnet nødvendig og detaljrik informasjon fra fokusgruppeintervjuer, dialogundervisning og prosjektgruppemøter. Hun har med sin innvandrerbakgrunn også bidratt med kompetanse inn i prosjektgruppen.

Halima Sadya (morsmåslærer/tidligere med i OK prosjektet) har representert målgruppen. Hun har vært kontaktperson og ellers deltatt som ressursperson i alle faser av prosjektet.

De andre deltakerne fra målgruppen har selv betalt eget utstyr som badedrakt, såpe, sjampo og håndkle (badehette ble også anbefalt). Siste kurskveld laget de fest med somalisk mat for alle som hadde vært med i prosjektet. Samarbeidskommunen stilte med gratis lokaler. Hver av deltakerne betalte kr. 200,- (som ble brukt til å finansiere avslutningsfest, der alle deltakere i prosjektet ble invitert til å delta og eventuelt lære hvordan maten ble tilberedt).

Hver organisasjon har med sine ulike bidrag gjort det mulig å gjennomføre dette prosjektet. Utgiftene er imidlertid regnskapsført i de respektive etaters driftsbudsjetter. Vi har derfor ingen samlet kostnadsoversikt. AMATHEA, Røde Kors (delvis) og vertskommunen har bidratt med lønn til sine representanter, samt dekket "egne" driftsutgifter.

Samarbeidskommunen har stilt basseng og undervisningsrom til rådighet, med tilhørende vaktmester og rengjøringstjeneste. AMATHEA har bidratt med frukt og te til hver samling.

Tilskuddet fra BLD til Hit, gjennom Fylkesmannen i Telemark, har vært på cirka kr. 70.0000.- Disse midler har dekket lønn til prosjektleder (frikjøp av tid), små honorar for frivillige i prosjektgruppen og enkelte driftsutgifter.

Høgskolen i Telemark har stilt kontor og arbeidstid til disposisjon for evaluering og rapportskriving. De har dessuten gjort det mulig for studenter å delta som ressurser i svømmeopplæringen og dialogundervisningen.

Kulturforeningen har ikke bidratt direkte økonomisk, men har stilt sine ressurspersoner til rådighet i alle faser av prosjektet. Deltakernes egenandel er også en del av deres bidrag.

4.0 Planlegging og gjennomføring av tiltak

4.1 Før kurstart

4.1.1 Innhenting av erfaringer og fastsettelse av rammer

Prosjektgruppen bestemte seg tidlig for å innhente erfaringer fra andre steder i landet, der de hadde gjort lignende prosjekter. Det ble tatt kontakt over telefon med bl.a. Bodø, Oslo (Alna bydel) og Asker Kommune, som alle hadde hatt svømmeopprosjekter gående over kort eller lengre tid. *Ingen hadde kombinert svømming og undervisning i forhold til kvinnehelse*, slik vi hadde planer om. Vi fikk imidlertid mange gode ideer og råd, noe vi la til grunn i vår videre planlegging.

Tidsrammen for prosjektet var satt til høsten 2009. Vi måtte ta hensyn til flere forhold hos målgruppen og de som skulle gjennomføre opplegget, som ramadan, høstferie, juleforberedelser, at det ville ta tid å lære å svømme etc. Oppstart tidspunkt ble derfor satt til 29.september, med opphold i høstferie og avslutning 8.desember.

Planleggingsfasen ble derfor kort. Prosjektgruppen måtte jobbe effektivt, med hyppige møter og tett e-post og telefonkontakt. Alle tok ansvar for sine oppgaver, og tross diverse utfordringer kom vi i mål innen planlagt oppstarts tidspunkt.

På bakgrunn av den informasjon vi hadde samlet, ble det bestemt at utvalget skulle bestå av to grupper, inndelt etter alder. Ungdomsgruppen skulle bestå av jenter mellom 16-25 år. Voksengruppen skulle ha kvinner over 25 år, med ingen begrensing oppad. Begge grupper skulle ha svømmeopplæring og delta i dialogundervisning, og alle deltakerne skulle delta på begge deler minst 6 ganger for å få kurset godkjent.

4.1.2 Praktiske forberedelser

Rent praktisk, var den største utfordringen å finne egnet tid, egnede lokaler og godkjente svømmeinstruktører og medhjelpere.

Mange av de somaliske kvinnene går i moskeen på onsdag og lørdag, og har barn og oppgaver hjemme som skal ivaretas. Vi som skulle være ansvarlig for gjennomføringen, hadde også mange andre oppgaver.

I dialog med de somaliske kvinnene, ble tirsdag bestemt som fast møte dag, og tidspunktet fra 18-20.30. 1 time til dialogundervisning og 1 time til svømming. "Ungdomsgruppen" skulle ha dialogundervisning først og svømme etterpå. "Voksengruppen" skulle gjøre motsatt.

Bassenget måtte ligge sentralt, slik at det var lett å komme dit med buss eller til fots. Kvinnene kunne ikke bade i basseng hvor det var mulig å ha innsyn fra utsiden. Samtidig måtte vi ha tilgang på undervisningslokaler i nær tilknytning til bassenget. Vi var til slutt heldige å få tilgang til både basseng og klasserom, med tilhørende rengjørings og vaktmester tjeneste. Vi fikk utdelt nøkkel til bruk i hele perioden.

Røde Kors med Anne Lognvik som pådriver, fikk avtale med frivillige, kvinnelige medhjelpere i ulike alder, ut fra en målsetting om at målgruppen skulle ha mest mulig tilgang på kvalifisert assistanse i bassenget og at deltakerne skulle forholde seg til kvinner på stort sett samme alder. I tillegg ble det bestemt at tre unge kvinnelige sykepleierstudenter skulle delta i svømmeopplæringen av ungdommene. Dette var en del av deres valgfrie praksis og bacheloroppgave.

Vi sjekket forsikringer, og fikk avklart at kommunens forsikringer gjelder for alle som bruker bassenget, under forutsetning at det er kvalifiserte instruktører/badevakter til stede.

May-Lisa Spjelkevik og Inger Åse Mørch Jonassen fikk hovedansvaret for dialogundervisningen i begge grupper. De skulle lede hver sine kvelder og ellers delta så ofte som mulig. I tillegg skulle de ha med seg ressurspersoner fra samarbeidskommunen, som jordmor, helsesøster og sykepleier fra flyktningetjenesten, samt koordinator mot vold i Telemark Politidistrikt. Avtale med disse ble gjort. Vi prøvde også å få til en avtale med en gynekolog fra Sykehuset Telemark HF, men dette lot seg ikke gjøre på grunn av kort forberedelsestid. De tre sykepleierstudentene skulle være med som deltagende observatører i undervisningen av "Ungdomsgruppa" (samme formål som beskrevet tidligere).

4.1.3 Utvelgelse av deltakere fra målgruppen – informert samtykke – anonymitet

Prosjektgruppen bestemte først at utvalget skulle gjøres via loddtrekning blant de som var interessert i å være med. Dette ble omgjort etter råd fra representanten for de somaliske kvinnene i prosjektgruppen. Hun var redd for mangel på tillit og private konflikter, hvis kvinner fra ulike klaner og kvinnegrupper kom sammen i en setting som denne. Det ble derfor gjort et selektivt utvalg, der kriteriene gikk på alder, motivasjon og relasjoner som i størst mulig grad sikret trygghet, åpenhet og ro i gruppen. Utvalget ble overlatt til henne og foreningen som hun representerte.

Alle opplysninger skulle behandles i overensstemmelse med gjeldende etiske og juridiske rammer. Alle deltakerne fikk muntlig og skriftlig informasjon om prosjektet, at det var frivillig å delta og at de kunne trekke seg når de ville.

Det ble poengtert at vi ville behandle all informasjon konfidensielt, at ingen navn ville bli skrevet ned, ingen bilder bli tatt eller data oppbevart eller publisert, som kunne kobles til enkeltpersoner.

Alle deltakerne lovet også hverandre innbyrdes, på vår oppfordring, å ivareta en "uskreven lov om taushetsplikt". Et hvert forhold som de hadde observert eller hørt i forbindelse med dusjing, svømming, dialogundervisningen eller fokusgruppeintervjuet – og som kunne relateres til enkeltpersoner, skulle holdes internt i gruppa. Representanten fra de somaliske kvinnene skulle "holde orden på" hvem som var med og antall ganger som de deltok. Godkjenning av kurset krevde minst 6 gangers deltakelse.

4.2.4 Innledende møte med gruppene

Prosjektet startet opp med et innledende møte. Hovedhensikten var å gi informasjon om rammer for kurset, samt bli litt mer kjent med deltakerne. De skulle også forberedes til fokusgruppeintervju.

Vi tok først imot "ungdomsgruppa". 6 jenter var møtt opp kl. 18.00. Etter en halv time var det blitt 8, og vi fikk beskjed om at en hadde trukket seg. Gruppen besto hovedsakelig av skoleelever under 21 år, mens to var delvis hjemmeværende alenemødre mellom 23 og 25 år. Alle kjente hverandre godt, flere var i familie, og ellers tilhørte alle samme klan. Cirka halvparten var født i Norge, og en fjerdedel hadde kommet til Norge da de var relativt små. Disse snakket flytende norsk. De to eldste var nå hjemmeværende med barn, hadde bodd kortere tid i Norge. Deres norskkunnskaper var begrenset til norskkurset noen år tidligere, og noe øvelse etterpå.

"Voksengruppa" møtte fulltallig (dvs 10 kvinner). De var i alderen 25-50 år. Også her kjente de hverandre godt. To var søstre og flere i nær familie. Alle var født i Somalia eller Kenya, men hadde bodd flere år i Norge. Noen hadde bodd her i mer enn tjue år. De forsto norsk relativt bra, men strevde mer med å uttrykke seg.

Ingen kunne svømme helt, noen hadde prøvd, men fåtallet hadde vært i et basseng. Noen av ungdommene hadde imidlertid fått svømmeopplæring på barne- og ungdomsskolen, men hadde ikke fått nødvendig øvelse til å føle seg trygg i vann.

Etter en kort presentasjon av alle deltakerne, gikk vi gjennom mål og rammer for kurset. Det ble også informert om fokusgruppeintervju som skulle være uken etter. Alle ble bedt om å tenke gjennom sine forventninger til kurset, herunder innstilling til seg selv, hvilke tema de ønsket å ha i dialogundervisningen, og andre forhold som de syntes var viktige i gjennomføringen av kurset. De ble bedt om å komme frem med dette i fokusgruppeintervjuet

Vi hadde deretter omvisning i dusjgarderobe, svømmehall og undervisningslokaler. Flere hadde aldri vært i en svømmehall før. Vi gikk gjennom rutiner for hygiene, med vektlegging av kravene om å dusje naken før basseng, bruk av egnet badetøy for svømmeopplæring, beskyttelse av hår og ved menstruasjon etc. Det ble en diskusjon omkring dette, da flere syntes det ville bli vanskelig å være naken i garderobe og dusj sammen med andre. Vi var imidlertid tydelige på at dette var et krav for å være med. Tilsynelatende godtok alle dette, da motivasjonen var stor og de ikke fikk noe valg.

Vi ble enige om at dørene skulle låses nøyaktig kl. 18 og kl. 19.15 (planlagt oppstart for svømmekurset), slik at alle kunne føle seg trygge når de kledde av seg, og at verdiskaper ikke skulle bli stålet. Det betydde også at alle måtte komme presis, noe mange så på som en "kulturell utfordring". Flere hadde også lang vei og mange ting å ta seg av, i følge dem selv. Men vi ble enige om at vi skulle være strenge på dette. Vi skulle også prøve å følge de samme regler for undervisningen, slik at den kunne bli effektiv og uten forstyrrelser.

4.1.3 Fokusgruppeintervjuer

Vi foretok fokusgruppeintervjuer i begge grupper. 8 deltok i jentegruppen og 10 i "kvinnegruppen". Hensikten var å kartlegge målgruppens erfaringer, interesse og behov for svømmeopplæring og undervisning i de valgte tema. Vi ønsket også å kartlegge hvordan gruppen fungerte sammen, samt sikre informasjon om prosess og nytte av dialogundervisningen. Data fra disse fokusgruppeintervjuene skulle senere sammenlignes med data fra fokusgruppeintervjuer etter fullført kurs.

Intervjuene ble gjennomført uken etter det innledende møtet (før undervisningen startet). Vi unngikk å bruke opptaker, for å sikre anonymitet i oppbevaringen av data (jfr avtale med NSD). Detaljerte notater ble gjort underveis. De ga oss nyttig informasjon om de utfordringer som deltakerne opplever relatert til det å dusje naken sammen med andre, særlig ikke-muslimer, det å skulle ha tett kroppskontakt med svømmeinstruktører, snakke om kropp og sex etc. De ga oss også informasjon om hvilke tema som gruppene ønsket å snakke om i dialogundervisningen, og hvordan man kunne sikre best mulige forhold for åpenhet og dialog. Vi fikk også høre om deres mål og forventninger til kurset.

4.2.4 Møte med Imamen

En av deltakerne i "voksengruppen" hadde fått betenkeligheter etter det innledende møtet. Dette kom frem i fokusgruppeintervjuet. Hun kunne ikke dusje naken med andre tilstede. Dette gjaldt særlig sammen med "ikke-muslimer". Hun var redd dette stred mot Islam og dermed hennes samvittighet. Hun diskuterte saken med flere andre i gruppen, som også ble usikre. De ville ta dette opp med Imamen. Vi drøftet dette med kulturforeningen, og ble enige om at de skulle organisere et møte med en IMAM for å få hans mening.

Seks fra voksengruppen og prosjektleder møtte. Imamens klare holdning var at ingen kunne vise seg nakne for hverandre, men at en hver måtte velge selv. Vi drøftet hvordan saken kunne løses. Hans forslag til slutt var at de somaliske kvinnene kunne dusje sammen, uten at de "ikke-muslimske" var til stede. Men at de da hadde på seg et klede fra livet og ned, med strikk rundt midjen, slik at fikk vasket seg (jfr.

retningslinjene for bassenget). Når det gjaldt svømmedrakt, var det verre, da ingen i følge han kunne vise naken hud utenom ansikt, hender og føtter. Men igjen var det opp til hver enkelt. En av deltakerne visste om hvor det var mulig å kjøpe "burkini", og ville kjøpe den på tross av at den var dyr. De andre ville tenke over saken.

4.2. Gjennomføring av kurset

Programmet for svømmeopplæringen og dialogundervisningen ble utviklet på bakgrunn av de rammer vi hadde, vår erfaring, informasjon fra fokusgruppeintervjuer og kontakt med fagpersoner i referansegruppen. Detaljene ble tilpasset underveis, ut fra en løpende vurdering av behov og engasjement.

4.2.1 Svømmeopplæringen

Den pedagogiske tenkningen var at svømmeopplæringen skulle gjennomføres ved mest mulig individuell assistanse. Gjennom det vil hver enkelt kursdeltaker bli sett og får hjelp ut fra sitt nivå. I tillegg gir det instruktørene og de frivillige assistentene en sjanse til å bli kjent med de somaliske kvinner. Det er altså tenkt at opplegget skulle gi en praktisk og kulturell læring.

Følgende plan ble satt opp før kursstart, og gjennomført trinn for trinn:

Dag 1:

Gå ut i vannet med støttehand, plaske og kjenne vannet. Holde hverandre i hendene, gå rundt i ring, løpe hvis dette går. Halvparten av ringen flyter på ryggen mens de andre holder, bytter på å flyte. Hoppe og sprute.

Dag 2:

Gå alene ut i vannet, holde seg i kanten. Gå på tvers av bassenget, holde hverandre i hendene hvis dette er nødvendig. Løpe og hoppe på tvers av bassenget. Stå i ring og flyte på rygg som sist, slippe hender hvis de vil. Holde i kant og flyte selv med sterke armer. Trene litt på beintak.

Dag 3:

Gå alene ut i vannet og over bassenget på tvers, løpe tilbake, evt. holde assistent i handa. Hoppe på tvers av basseng. Flyte med plate og trene beintak. Flyte på rygg med assistenthender under ryggen. Hoppe fra trappa. Enkle pusteøvelser med å puste inn og blåse ut. Prøve beintak med plate- og pusting. Holde i kant, øve på beintak. Stå i ring, øve på armtak/bryst. Sparke fra kanten og flyte ut mot assistent.

Dag 4:

Gå alene ut i vannet, leke "sisten" i bassenget. Leke "hoppe sa reven", 1-2- og dukke ned på 3. Flyte med assistenthjelp, de som tør flyter alene. Trene på beintak på tvers av bassenget med plate som hjelpemiddel. Sparke fra i kanten og flyte ut mot assistent som tar imot. Kombinere bein og armtak med assistenthjelp (holde under magen).

Dag 5:

Gå ut i bassenget og dukke under. Gå opp i trappa og hoppe derfra. Leke "sisten" i bassenget. Trene på å sparke fra kanten og flyte mot assistenten, hjelpe til med beintak. Øve beintak alene med plate som hjelpemiddel og ved å holde i kanten. Øve på å flyte på ryggen. Ligge på rygg i ring, bli dratt innover og utover i ringen.

Sparke fra kanten og flyte mot assistenten med ansiktet ned i vatnet. Pustetrening i vannet mens alle står på kne i ring, "puste-blåse". Øve på beintak med plate og "pusting" – langs bassenget. Øve i å bruke armer og bein samtidig.

Dag 6:

Repetisjon av dag 5 – første del av timen. I siste halvdel prøve å svømme på tvers med bruk av bein og armer, de som trenger får assistanse. De som vil kan svømme på langs av bassenget ved kanten, med assistent på utsiden.

Dag 7: Alle hopper ned i bassenget fra kanten, svømmer først med "skumpølser" og deretter med assistent for dem som trenger dette. Trene på å gli fra kant til kant med ansiktet i vannet og puste ut. Trene på å gli under armen til assistent. Dukke ned på bunnen – på det grunne – og ta i ring. Trene på å svømme med bein- og armtak.

Dag 8:

Alle hopper samtidig i bassenget på 1-2-3. De lengste på det dypeste. Trener på å sparke fra kanten, gli ned i vannet, og mellom beina til instruktør/assistent. Instruktører demonstrer av de ulike svømmetyper. Svømme rundt bassenget, det vil si "i firkant formasjon". De som kjenner seg utrygge krysser der det er grunnest. Leke sisten og med ball.

Justeringer underveis:

Kursen i forhold til opprinnelig plan ble betydelig justert. En av instruktørene kunne flere ballspill i basseng som gav stor gevinst og mye moro, så det brukte vi som innledning de siste fire kurskveldene. Det handler også om at ved ballspill må alle bevege seg slik at de ikke blir kalde. Noen, særlig de yngre jentene, ville lære å stupe, hoppe fra kanten og svømme ryggsvømming. Dette ble prioritert for de som ville det. Det lot seg greit kombinere fordi det var stort bassen og ikke så mange deltakere.

4.2.2 Dialogundervisning

Metode

I undervisningen om kropp, seksualitet og helse, valgte vi å bruke *dialog som metode kombinert med ideer fra MI - motiverende intervju* (Barth og Nesholm 2007, Mittelmark og Hauge 2003). Begge metoder er velprøvde og anerkjente innen helsefremmende arbeid. De kan med fordel rammefestes av teorien om salutogenese, med fokus på SOC. SOC har tre dimensjoner, som alle reflekterer interaksjonen mellom individet og omgivelsene: Comprehension (begripelighet), manageability (håndterbarhet) og meaningfulness (meningsfullhet) (Antonovsky 2005 – min oversettelse). Forskning viser at det er en tydelig sammenheng mellom SOC og oppnådd helse. (Antonovsky 2005, Erikson, M; Lindstrøm, B 2008). Metoden bygger på sentrale prinsipper innen helsefremmende arbeid som empowerment og delaktighet (Antonovsky 1995, Tilgren 2009).

Dialogen er særskilt egnet til å utvikle og formidle kunnskap, endre spesielle holdninger, for dermed å endre en bestemt praksis (Davies og Macdowall 2006). Den bygger på ideen om at utvikling av kunnskap og bevissthet både er en sosial og en individuell prosess, og at gjensidig kontakt og tillit mellom deltakerne er vesentlig for å nå målsettingen. Særlig gjelder dette personer med ulike språk- og kulturbakgrunn, og når man fokuserer på tabubelagte og sensitive tema. Freire (1999) hevder at dialogen også har et innebyggt potensial for å formulere løsninger på interessekonflikter. Gjennom dialogen beriker man hverandres reservoar av perspektiver, som i neste omgang skaper et bedre grunnlag for "refleksjon over egen praksis", sier Branstad (2003)

En motiverende samtale (MI) handler fremfor alt om motivasjonsaspektene ved endring. Barth og Nesholm (2007) sier i sin presentasjon av metoden at man først og fremst ikke skal fokusere på hvordan endringen skal skje, men om den skal skje - hvorfor eller hvorfor ikke. Gjennom MI kan man hjelpe personene som deltar med å *begynne* å reflektere over seg selv og sin situasjon (Mittelmark og Hauge 2003). *Samtalen hjelper personen til å komme i kontakt med tanker, følelser og kunnskap som han kan basere sine videre valg og beslutninger på*, hevder Barth og Nesholm (2007).

I utgangspunktet planla vi å ha en 20 minutters ressursforelesning med en invitert ressursperson som innledning til hver gruppesamling, og deretter tilrettelegge for refleksjon og dialog rundt tema. Hovedansvarlig for undervisningen skulle lede dialogen, og stimulere til dette. I praksis ble det imidlertid mest naturlig å la dialogen starte med en gang, og med det mindre styring av den som hadde undervisningsfunksjon. Bilder, plansjer, brosjyrer, samt demonstrasjon av utstyr ble brukt som hjelpemidler i undervisningen av enkelte tema. Film, bruk av tavle og lysbilder ble ikke brukt, da vi var redd dette kunne skape avstand og passivitet. Vi plasserte oss i ring, med et stort bord i midten, slik at alle kunne se hverandre. Den som ledet prøvde å aktivisere og involvere alle i dialogen.

Underveis ble det servert frukt/grønnsaker og grønn te – dette for å sette fokus på verdien av å kombinere rikelig drikke, et sunt kosthold og fysisk aktivitet. Vi mente også at dette ville virke positivt inn på trivsel og dermed aktiviteten i dialogundervisningen. Kurskveldene ble avsluttet med en kort oppsummering og informasjon om neste tema og hvem som skulle være med. Det ble tatt detaljerte notater i hvert møte.

Innhold

Tema ble valgt i tråd med målgruppens ønske, samt en faglig vurdering av relevante emner/områder relatert til målsettingen. De ulike tema ble satt i sammenheng og for oss en logisk rekkefølge.

Første tema var kost og aktivitet. I tillegg til at det var et ønsket tema, ville vi bruke undervisningen til å motivere for svømmeundervisningen (kursdel A), og endring av kostholdet i løpet av kursperioden for dem som trengte dette. Personlig hygiene ble satt opp som neste, blant annet for å sikre optimal hygiene i svømmehallen. Vi mente i tillegg at disse tema ville være en naturlig inngangsport til samtale om mere intime og tabubelagte områder innenfor emnet.

De neste fire kurskvelder hadde fokus på utvikling og ivaretagelse av kropp, seksualitet og helse. Det ble reflektert over sammenhengen mellom natur og kultur, herunder seksualitetens betydning for mennesket, seksuell legning og tiltrekning, seksualadferd og helse, infeksjoner/kvinnesykdommer, beskyttelse mot seksuelle krenkelser og overgrep, samt uønskede graviditeter. Kursets siste tema ble svangerskap og fødsel.

Vi engasjerte dyktige kvinnelige fagpersoner som ressurser i forhold til de ulike tema, minst en pr. kveld i tillegg til oss som kursansvarlige: en høgskolelektor med kompetanse generelt innen kosthold og ernæring, sykepleier, jordmor og helsesøster med god kontakt og erfaring i forhold til innvandrerkvinner og barn, samt en kvinnelig politi som til daglig arbeider med forebygging av vold og overgrep. Vi prøvde også å få med en kvinnelig gynekolog, uten at vi lyktes med det. Dette på grunn av kort forberedelsesfrist.

Her følger en kort oppsummering av innholdet, og hvordan hver kurskveld ble gjennomført:

Dag 1:

Tema: Kost og aktivitet

Aktiv dialog. Hva er et "riktig" kosthold? Hvor mye fysisk aktivitet trenger man og hvilke aktiviteter er best for helsen? Fokus på de vaner man har, utfordringer i forhold til den levemåte / og kulturtilhørighet man har, og hva som anbefales fra myndighetens side. Hva skal til for å endre dårlige vaner? Presentasjon av de anbefalinger som statens ernæringsråd og folkehelseinstituttet gir. Deltakerne hadde mange spørsmål og refleksjoner.

Ansvarlig: May-Lisa Spjelkevik. Deltakere fra prosjektgruppa.

Invitert ressurs: Høgskolelektor Siv Roel (HiT).

Dag 2:

Tema: Kroppshygiene

Aktiv dialog. Hva er god kroppshygiene? Fokus på betydningen av god kroppshygiene – og konsekvenser av dårlig - for egen del og andres. Presentasjon av faktakunnskap. Demonstrasjon og forklaring av "døde hudceller" på et glass (visuelt uttrykk for nødvendigheten av å dusje spesielt før en går i bassenget) Refleksjon rundt forskning og egne erfaringer – fokus på kulturelle (og religiøse) faktorer.

Ansvarlig: May-Lisa Spjelkevik. Deltakere fra prosjektgruppa.

Invitert ressurs: Sykepleier fra Integrasjonsheten i samarbeidskommunen.

Dag 3:

Tema: Kropp, seksualitet og helse

Aktiv dialog. Fokus på seksualitet – natur og kultur. Hva er seksualitet? Refleksjon rundt seksualitetens uttrykk og betydning på ulike stadier i livet, biologisk utvikling, kulturell påvirkning. Seksuell helse – og rettigheter.

Ansvarlig: May-Lisa Spjelkevik. Deltakere fra prosjektgruppa.

Invitert ressurs: Helsesøster i samarbeidskommunen.

Dag 4:

Tema: Kropp, seksualitet og helse

Aktiv dialog. Fokus på grensesetting - forebygging av vold og skade på oss selv og andre, spesielt fokus på barn, eks. kjønnslemlestelse, voldtekter og fysisk vold mot barn sentralt. Politiets og barnevernets rolle, og vårt ansvar for å melde fra ved overgrep.

Ansvarlig: May-Lisa Spjelkevik. Deltakere fra prosjektgruppa.

Invitert ressurs: Familievold / sedelighetskoordinator Kjersti N.Haugen (Telemark Politidistrikt)

Dag 5:

Tema: Kropp, seksualitet og helse

Aktiv dialog og presentasjon av faktakunnskap om kjønnslemlestelse, hva det er, helsemessige og sosiale konsekvenser - bruk av bilder og plansjer, refleksjon rundt betydningen av kunnskap og holdninger hos både unge og eldre, hva som kan gjøres for å forebygge. Noe tid refleksjon rundt "de første seksuelle erfaringene" i Ungdomsgruppa og utfordringer og muligheter i forbindelse med "overgangsalder" i voksengruppa.

Ansvarlig: May-Lisa Spjelkevik. Deltakere fra prosjektgruppa.

Invitert ressurs: Sykepleier fra integreringsavdelingen i samarbeidskommunen.

Dag 6:

Tema: Kropp, seksualitet og helse

Prevensjon - hva, hvorfor og hvordan? Den innledende dialogen viste at jentene/kvinnene hadde lite og til dels feilaktig kunnskap om prevensjon, eks. hva som er mulig å bruke, virkemåte og bivirkninger. Målet ble derfor å formidle faktakunnskap om aktuelle prevensjonsmidler og å gjøre de trygge på å bruke prevensjon. Det ble brukt mye tid på demonstrasjon av ulike prevensjonsmetoder (kondom, P-ring, spiral) og forklaring rundt dette. Til jentene ble det brukt en del tid på informasjon om ulike lavterskeltilbud for ungdom, som Helsestasjon for ungdom og AMATHEA. Begge grupper deltok aktivt med spørsmål og kommentarer.

Ansvarlig: Inger Åse Mørch Jonassen. Deltakere fra prosjektgruppa.

Invitert ressurs: Jordmor i samarbeidskommunen.

Dag 7:

Tema: Graviditet og abort

Aktiv dialog. Fokus på abort – kunnskap og holdninger, hva som skjer før og under en abort, hva som er lov i følge koranen/kultur og hva som skjer på tross av forbud. Hvordan forebygge?

Ansvarlig: Inger Åse Mørch Jonassen. Deltakere fra prosjektgruppa.

Invitert ressurs: Jordmor fra samarbeidskommunen.

Dag 8:

Tema: Svangerskap og fødsel

Aktiv dialog. Fokus på svangerskapet, fødsel - og barseltidens gleder og utfordringer, med noe ulik vektlegging av tema. Etter oppfordring fra jentegruppa, ble tema abort tatt opp igjen. Kjønnslemlestelse ble også tatt opp igjen, denne gang relatert til fruktbarhet og fødsel. Voksengruppa ønsket mer kunnskap om utfordringer relatert til svangerskap og fødsel, som følge av kjønnslemlestelse, og hvordan man kan forebygge helseproblemer generelt. Refleksjon også rundt jordmors rolle i

svangerskapsomsorgen i Norge, og at alle gravide har rett til å gå til kontroll hos jordmor. Plansje om svangerskapets utvikling ble brukt som hjelpemiddel.

Ansvarlig: / Inger Åse Mørch Jonassen (fravær pga sykdom). Deltakere fra prosjektgruppa. Invitert ressurs/ ansvarlig: Jordmor fra samarbeidskommunen.

4.2.2 Avslutning av kurset

Kurset ble avsluttet med "fest". Gruppene med somaliske jenter og kvinner brukte sin egenandel i prosjektet, kjøpte inn og laget mat og drikke til resten av deltakerne. De som ønsket det kunne komme og være med i matlagingen, og flere benyttet seg av tilbudet. "Rollene ble byttet litt rundt", kontakten var god og maten smakte fortreffelig. Mye humor og latter!

5 Våre vurderinger av prosjektet

5.1 Grunnlag for vurderinger

Prosjektet er til nå vurdert på bakgrunn av kvalitative data fra de somaliske deltakerne i prosjektet, innsamlet og analysert av prosjektgruppen, samt sykepleierstudentenes og prosjektgruppens erfaringer og refleksjoner i henhold til prosjektets målsetting. Vi skulle ønsket oss en ekstern evaluering i tillegg til våre vurderinger, men det har ikke latt seg gjøre innenfor de rammer som prosjektet har hatt. Imidlertid har vi prøvd å være mest mulig åpne, selvkritiske og nøyaktige. Vi har også vært flere med i evalueringsprosessen, og har et relativt solid datamateriale som grunnlag.

En fast "sekretær" fra prosjektgruppen observerte og skrev detaljerte notater under alle dialogmøter, med unntak av ett (fravær på grunn av sykdom). I tillegg noterte sykepleierstudentene fortløpende sine observasjoner og refleksjoner. Kursansvarlige for svømme- og dialogundervisningen, hadde jevnlig "refleksjonsmøter" der våre observasjoner og erfaringer ble drøftet og notert ned.

Cirka en måned etter kursavslutningen, gjennomførte vi to nye fokusgruppeintervjuer. Fokus var målsettingen for kurset, og hvorvidt de ulike mål var oppfylt. I tillegg ønsket vi informasjon om hvordan de hadde opplevd egen rolle og deltakelse i prosjektet, og hva som kunne vært gjort bedre fra vår side. Åtte fra voksengruppa deltok, men bare fire fra jentegruppa. Begge grupper var aktive. Jentegruppa var særskilt godt fokusert på de spørsmål som ble stilt, og drøftet temaene på en strukturert måte. Slik fikk vi relevant informasjon fra begge grupper. Data fra de første og siste fokusgruppene ble analysert opp mot hverandre. De ble også sammenholdt med feltnotatene og våre refleksjoner.

Nedenfor gis en kort oppsummering av resultatet i forhold til prosjektets mål.

5.2 Hva har prosjektet bidratt til?

5.2.1 For de somaliske deltakerne i prosjektet

- *Økte svømmeferdigheter*

For noen ble det å venne seg til og like vann et stort nok mål. To av kvinnene lærte ikke å svømme, men de gjorde likevel svært store fremskritt. Resten lærte å flyte og svømme selv om teknikken varierte betraktelig. Alle sier at de trenger mer trening, og savner svømmingen etter at kurset ble avsluttet.

- *Økt kunnskap og bevissthet om seksuell - og reproduktiv helse, med fokus på hvordan de selv kan ivareta egen og sine døtres helse*

Generelt formidler deltakerne at de har lært mye nytt og blitt mer bevisst sentrale forhold ved egen og andres helse.

Begge grupper har hatt utbytte av undervisningen om kost og aktivitet. Selv om de hadde en del kunnskap fra før, ble de mer bevisste på hva som er offentlige anbefalinger til et sunt kosthold. Flere sier at de spiser mindre karbohydrater, og er mer i aktivitet.

Begge grupper sier også at de er mer bevisste på egen kroppshygiene. De er også mer reflektert rundt kulturelle og religiøse tabuer. Selv om de alltid har vært opptatt av renslighet, siden dette vektlegges i deres religion, er de nå mer bevisst hvilken betydning hygiene har for helse. De har også lært mer om hygieniske prinsipper, og konsekvenser for andre.

Alle sier at de har lært mye om sammenhengen mellom kropp, seksualitet og kultur. De har nå mer faktakunnskap om kroppens utvikling og funksjon, og har reflektert mer over betydningen av kultur og religion for aksept av følelser, relasjoner og adferd. De er blitt adskillig mer bevisste sine egne holdninger og tabuer. Særlig gjelder det enkelte konservative unge, som lever beskyttet i egen familie uten særlig kontakt med ungdommer utenfor sin egen etniske gruppe. De har hatt undervisning i dette tema på skolen, men der har de ikke turt å stille spørsmål som de lurte på. Flere sier at de er blitt mer bevisst egne rettigheter, at det er lov til å si nei når de ikke ønsker sex.

De har alle lært mer om prevensjon, graviditet, abort og fødsel. Tema prevensjon og abort har vært særlig aktuelt blant de unge, som etter refleksjon og diskusjoner er blitt mer bevisst egne holdninger og adferd. Voksengruppen har vært mest opptatt av utfordringer relatert til graviditet og fødsel. De har også utviklet mer kunnskap rundt overgangsalderens påvirkning på seksualitet og helse, og hvordan de kan forebygge problemer som kan oppstå. Flere er glad for at de nå vet hvor de kan henvende seg for å få rekonstruert sin vagina– dette visste de ikke fra før.

- *Økt kunnskap og bevissthet om unges rett til beskyttelse mot kjønnslemlestelse og annen vold og skade*

Kjønnslemlestelse har for de voksne vært et tema som først er blitt diskutert etter at de kom til Norge. De har kjent problemene på kroppen, og flere er tydelige motstandere. De snakker imidlertid lite om dette. Dette til tross for at de voksne sier at de snakker åpent med sine døtre om dette. Flere av de unge sier at de har hatt for lite faktakunnskap, og at de gjennom dette kurset har endret syn på denne tradisjonen. Tidligere så de på omskjæring som noe som kunne være skadelig for noen. Etter å ha forstått hva det virkelig er og de konsekvenser det gir, innser de at dette er vold som må forebygges for en hver pris. De er også mer bevisste på hva som ansees som vold i en norsk kontekst, og de juridiske rammer som gjelder i Norge. Imidlertid har de fortsatt skepsis til politiet, og til barnevernet. De kjenner lite til og er redd for hva som skjer hvis de melder noen for vold.

- *Økt kontakt med mennesker som har en norsk kulturbakgrunn, forstå bedre den norsk-etniske kulturen, oppleve mindre barrierer og dermed bedre muligheter for integrering.*

Kurset har bidratt til økt forståelse for den norsk-etniske kulturen. Samtidig har de blitt mer bevisste *likheter* og *individuelle* forskjeller i begge kulturer. Dette har bidratt til at de stiller mer spørsmål og er mer åpen for å bygge relasjoner med andre uten somalisk bakgrunn. De gir også uttrykk for opplevelsen av å ha fått norske venner, og håper at de kan fortsette å holde kontakt.

- *Oppleve samvær preget av glede og trivsel*

Alle gir uttrykk for at dette kurset har vært preget av stor glede og trivsel. Kombinasjonen har vært spesielt heldig. I bassenget har det vært mye lek og latter, og selv om temaene i dialogundervisningen er seriøse, så har det også vært mye latter der. Flere sier også at de har brutt noen barrierer ved at de har dusjet nakne, og at dette har føltes stadig bedre etter som de selv blir vant til det. Den relativt tette kroppskontakten med de andre deltakerne, oppleves også helt greit, etter at de lærte seg å slappe av og bli vant til det.

Flere sier at de savner både det sosiale og faglige ved kurset, og at de ønsker at det må bli muligheter til å fortsette både svømming og dialog. Alle gir uttrykk for enighet i at målgruppen med fordel kan utvides til jenter og kvinner generelt, uten hensyn til kulturell eller religiøs bakgrunn. Dette vil gi økt kunnskap og et større nettverk. Man må imidlertid sørge for å stenge innsyn til bassenget utenfra, og at kun kvinner har tilgang. Dette er en betydelig holdningsendring siden oppstarten av kurset, som gir flere muligheter for videre svømmetilbud og integrering i det norske samfunn.

5.2.2 For prosjektgruppen, ressurspersoner og sykepleierstudenter

- *Økt kjennskap til og bevisst omkring somaliske kvinners kulturnormer og ressurser - bevisstgjøring av likheter og særtrekk relatert til syn på kropp og seksualitet, og hva som påvirker deres seksuelle og reproduktive helse.*

Tilbakemeldingen tilsier at dette har vært et lærerikt kurs for alle deltakere. Vi har lest mye relevant litteratur, og jevnlig reflektert sammen i prosjektgruppen og med studentene. Gjennom dialog og svømmetrening har vi lært mer om likheter, men også mye forskjeller. Vi er alle kvinner, med en kropp og medfødt seksualitet.

Forskjelligheten ligger i vår kulturelle bakgrunn, men også i våre individuelle holdninger og kunnskap omkring dette sensitive og i høy grad personlige og tabubelagte tema. Vi er også alle i forskjellige faser i livet, noe som påvirker oss kanskje mer enn kultur.

Innsamlede data omkring dette tema vil bli bearbeidet og publisert i en egen artikkel. Sykepleierstudentenes refleksjoner er tilgjengelig i deres bacheloroppgave (tilgjengelig på HiT)

- *Økt erfaring med svømmeopplæring og dialogundervisning som metode i helsefremmende arbeid*

Det var stort sett godt oppmøte til kurset, men deltakernes utfordring var å komme presis. Dette bedret seg tidlig, eller at kursansvarlige presiserte dette og to av deltakerne ikke fikk være med, fordi de kom for sent. Døren til svømmehallen og klasserommet ble låst fem minutter etter avtalt oppmøtetid. Dette for å sikre at deltakerne kunne kle av seg og dusje innenfor trygge rammer, og at undervisningen ble mest mulig effektiv.

Svømmeopplæringen

Det var positive kvelder både for oss som skulle lære "fra oss", og for kursdeltakerne. I hvert fall ga deltakerne uttrykk for at de gjerne ville ha svømming to ganger i uka, og at de gjerne ville fortsette etter at kurset var slutt. Tanken med individuell assistanse i bassenget fungerte både i den praktiske opplæringen og som sosial og kulturell læring. Det viste seg at det var svært ulikt ferdighetsnivå blant kvinnene helt fra kvinner som nesten hadde druknet og var livredde for å slippe taket i bassengtrappa til kvinner som kunne svømme til en viss grad. Det at vi var så mange, gjorde at svømmeopplæringen ble mer bredspektra.

En stor utfordring har imidlertid vært hygiene og renhold. Det at mange av kvinnene dusjet delvis tildekket, gjorde at det ble mye såperester i bassenget. Det er uheldig, og det er slik sett vanskelig å tenke seg at men kan gjennomføre et lignende kurs senere uten at det problemet er løst. En ide som kvinnene selv lanserte, var å ha et felleskurs for muslimske kvinner. Da kunne man blande de ulike nasjonaliteter, og håpe at bluferdigheten er ulik. Alternativet kan også være å lage kurs for yngre kvinner, de har mindre problemer med å dusje nakne.

Dialogundervisningen

Vår erfaring er at dialogen er en egnet metode i undervisningen om kropp, seksualitet og helse. Særlig gjelder dette undervisning som er prosessorientert og som går over en viss tid. Vi kom i god kontakt med deltakerne, lærte mye nytt og ble mer reflekterte rundt de tema som vi tok opp. Vi erfarte en stadig større tillit og åpenhet, og at skillelinjen mellom oss som "lærere" og "elever" mer og mer ble visket ut etter som tiden gikk.

Imidlertid erfarte vi at tiden på hver undervisningskveld ble knapp. Særlig gjaldt dette de kvelder hvor vi berørte tema som vekket diskusjon og hvor deltakerne hadde mange spørsmål og refleksjoner. Noen ganger glemte vi oss også litt bort, og ble kanskje mer opptatt av *deres* kunnskap og erfaringer enn den kunnskapen vi skulle formidle til dem. Noen ganger ble undervisningen til gjengjeld kanskje *for mye*

lærerstyrt. Man gikk dermed glipp av verdifull informasjon og respons fra deltakerne. At vi som undervisere hadde ulik erfaring med metoden hadde sikkert også sin betydning.

Selv om vi prøvde å lytte, være åpne, vise respekt og interesse, kunne det likevel skje at vi ikke klarte å fange opp det jentene og kvinnene prøvde å formidle til oss. Kanskje tok vi oss ikke god nok tid til å få frem budskapet, eller at vi misforsto det som ble sagt. Litt frustrerte var vi også da de noen ganger midt i dialogen med oss, begynte å snakke somalisk seg imellom. Etter at vi snakket med dem om dette, og forsto hvorfor, ble det lettere å akseptere og til og med oppmuntre til at de gjorde det. De forklarte at mye av det vi snakket om, var for dem "taus kunnskap", og at de i flere tilfeller manglet ord og heller ikke forsto helt hva vi snakket om. De måtte da forklare for hverandre. Selv om alle snakket bra norsk, hadde de generelt lettere for å uttrykke seg på somalisk. Det kjentes derfor godt å kunne diskutere seg i mellom før de prøvde å formidle til oss hva de tenkte og følte. At ikke alle har samme forutsetninger for å uttrykke seg og forstå det som blir sagt, er selvfølgelig en svakhet i forhold til ønske om mest mulig jevnbyrdighet i dialogen. Dette gjelder begge veier, og har både med ulikheter i språk og kultur å gjøre. Vi må nok i enda større grad være oppmerksom på og ta hensyn til den maktubalanse som vi har på grunn av ulike roller, kunnskap og erfaring.

- *Økt erfaring med intersektorielt og tverrfaglig samarbeid for å fremme minoritetshelse*

Prosjektgruppen har fungert svært godt. Alle har deltatt aktivt og tatt medansvar. Vår ulike kompetanse og tilhørighet har bidratt positivt inn i alle faser av prosjektet. Respekt og åpenhet har preget gruppen innad og i møte med målgruppen. Vi har hatt mye å lære av hverandre, og vil fortsette vårt samarbeide etter at dette prosjektet er ferdig.

- *Erfaringer og informasjon som studentene kan bruke i deres bacheloroppgave og fremtidig praksis som sykepleiere.*

Studentene deltok aktivt i alle ti ukene, både på svømming og i dialogundervisningen. De noterte ned sine observasjoner og reflekterte grundig over sine erfaringer i lys av den teori de hadde valgt for oppgaven. De valgte ut fra Høgskolens rammer å ha fokus på sykepleierne og deres bruk av dialog som metode. Imidlertid har de også lært mye i forhold til innholdet i undervisningen, utviklet sin flerkulturelle kompetanse, fått erfaring fra intersektorielt samarbeid og gjennomføring av ulike faser i et tverrfaglig og flerkulturelt prosjekt. De har på bakgrunn av prosjektet levert en meget god bacheloroppgave.

- *Oppleve samvær preget av glede og trivsel*

Alle deltakerne ga uttrykk for at det hadde vært slitsomme uker, særlig i den kaldeste og mørkeste perioden. Imidlertid opplevde vi alle en glede over å være sammen, med masse humor og nærhet. Tiden sammen gikk bare så altfor fort, var det flere som sa. Flere av ressurspersonene uttrykte ønske om å være med hvis kurset blir gjentatt for nye målgrupper. Noen vil holde kontakten med hverandre også etter kurset.

5.2.3 For andre

Rapporten vil være tilgjengelig på internett for de som ønsker å lese den og bruke erfaringene. Bachelor oppgaven er tilgjengelig på biblioteket ved Høgskolen i Telemark. I tillegg vil vi bruke kunnskapen og erfaringene i forelesninger i utdanningen av helse- og sosialarbeidere, samt på seminarer, kurs, nye prosjekter og i andre fora hvor tema er aktuelt.

Innsamlede data om seksuell – og reproduktiv helse og erfaringer fra dialogundervisningen, vil bli bearbeidet og publisert i en egne artikler.

6 Avsluttende kommentarer

Vi har gjort oss viktige erfaringer med bruk av svømmeopplæring og dialog som helsefremmende metoder, og samarbeid på tvers av fag, organisasjoner og etater. Kombinasjonen har vært vellykket, etter som deltakerne selv sier: *"Vi har fått bruke både hode og kroppen"*. De har fått økt forståelse for sammenhengen mellom kropp, kultur og helse, og utviklet nye ferdigheter. Flere sier at de er mer bevisste sine holdninger - til seg selv og andre.

Erfaringer fra svømmehall og dialogundervisning har bidratt til at også vi som helsepersonell har utviklet ny kunnskap og forståelse, og hva som er særskilte utfordringer for denne gruppen. Dette er kunnskap som alt helse personell og mange andre faggrupper bør ha i møte med mennesker som har denne bakgrunn. Religionens påvirkning er stor, og vi har derfor også lært mye generelt om hva som er akseptert og ikke akseptert innenfor islam.

Vi ser mer enn noen gang behovet for en god dialog mellom grupper som har ulik kulturbakgrunn. Det samme gjelder samarbeid, ikke minst i forhold til ressursutnyttelse. Dette har sammen med engasjementet, livsgleden og åpenheten hos målgruppen, bidratt til å holde motivasjon og motet oppe i ellers mørke og lange høstkvelder. Vi er alle motiverte for videre samarbeid. Opplegg som dette fungerer både med tanke på kvinnehelseaspektet, men også som et lavterskel integreringsprosjekt.

Hvert prosjektgruppemedlem har påtatt seg ansvar og oppgaver med humor, en positiv holdning og vilje til å lykkes. Svært mange av de frivillige ressurspersonene sier at de gjerne vil bli med på flere kurs, for dette hadde vært både moro og lærerikt. Vi har hatt gleden av hverandres engasjement og kompetanse.

Referanser og annen relevant litteratur

Alghasi, S (2006). Mellom to kulturer. Gyldendal, Oslo

Antonovsky, A. (2000). *Helbredets mysterium*. Hans Reitzels forlag. København

Austveg, B (2006). Kvinners helse på spill. Et historisk og globalt perspektiv på fødsel og abort, Universitetsforlaget, Oslo

Axelsson, Runo & Axelsson, Susanna Bihari (2006): Integration and collaboration in public health – a conceptual framework. *International Journal of Health and Management*, 21: 75-88.

Axelsson, Susanna Bihari (2009): Powerpoints fra forelæsning på NHV d. 04.02.09.

Barth, T; Näsholm, C. (2007). Motiverende samtale. Endring på egne vilkår. Fagbokforlaget, Bergen

Brodtkorp; E; Norvoll, R; Rugkåsa, M (2001). Mellom mennesker og samfunn. Gyldendal Akademisk, Oslo

Branstad, A. (2003). *Fra monolog til dialog. I: Mittelmark, I.M.B (red). Helsefremmende arbeid i en brytingstid: Fra monolog til dialog?* (s.164-173). Fagbokforlaget, Bergen

Brataas, H.V; Sten-Olsan, T. (2003). *Kvalitet i samspill – innføring i kommunikasjon og kulturell forståelse for helsepersonell*. Høgskoleforlaget, Kristiansand.

Brenna; L.R (2007) Marasim, Høgskoleforlaget, Kristiansand

Bruvatne; R (2006). Flyktninger og asylsøkere i helsetjenesten. Gyldendal Akademisk, Oslo

Davies, M, Macdowall, W. (2006). Health promotion theory. Understanding public health. *Open Press*, New York.

Dustin, D; Davies, L (2007) Female Genital Cutting and Children's Rights : Implications for Social Work Practice, *Child Care in Practice*, Vol.13, No 1, January 2007, pp.3-16

ECOSOC (2004). Economic, Social and Culture Rights. The right to everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health. Report of the Special Rapporteur, Paul Hunt. 16.february 2004. Economic and Social Council, United Nations

Engebrigsten, A; Farstad, G (2004). Norsksomalier i eksil i Norge. En kartlegging av erfaringer fra fem kommuner og åtte bydeler i Oslo. NOVAS skriftserie, nr.1.

Eriksen, T.B (2006). Født til bevegelse. Om fysisk aktivitet og helse. Fagbokforlaget, Bergen

Eriksen; T.H; Sørheim, T, A (1999). Kulturforskjeller i praksis. Perspektiver på det flerkulturelle Norge. Ad Notam Gyldendal, Oslo.

Eriksen; T, H (1997), Kultur, kommunikasjon og makt. I: Eriksen, T.H (red): *Flerkulturell forståelse*. Tano Aschehoug, Oslo

Erikson, M; Lindstrøm, B (2008). A salutogen interpretation of the Ottawa charter, I *Health Promotion International*, Oxford University Press, vol. 23, Heftenr 2, s,190-199

Eskild A; Helgadottir; L,B; Jerve, F; Qvigstad, E; Stray-Pedersen, S (2002) Provosert abort blant kvinner med fremmedkulturell bakgrunn i Oslo, *Tidsskrift Norsk Lægeforening*, nr.14, 2002 122:1355-7

Fangen, K. (2008a). Deltagende observasjon. Fagbokforlaget, Bergen

Fangen, K. (2008b). Identitet og praksis. Etnisitet, klasse og kjønn blant somaliere i Norge. Gyldendal Akademisk, Oslo

Fangen, K (2007). Breaking up the Different Constituting Parts of Ethnicity. The case of Young Somalis in Norway, I *Acta Sociologica*, nr.4

Foucault, M. (1999). *Discursens orden*. Spartacus forlag, Oslo.

Freire, P. (1999). *De undertrykkes pedagogikk*. Gyldendal, Oslo

Fuglerud, Ø; Hylland Eriksen, T (2007) Grenser for kultur? Perspektiver på norsk minoritetsforskning. Pax forlag A/S, Oslo

Fyrland; L (2005). Sosialt nettverk: Teori og praksis. Universitetsforlaget; Oslo

Glasier, A et.al (2006) Sexual and Reproductive Health 1: Sexual and reproductive health : a matter of life and death, 4-Nov 1, 368, 9547; *ProQuest Medical Library* pg 1595

Gressgård, R. (2007). *Anerkjennelse: Hvilke forskjeller er relevante?* Norsk Tidsskrift for migrasjonsforskning, nr.1

Hanssen, I. (2005). *Helsearbeid i et flerkulturelt samfunn*. Universitetsforlaget, Oslo

Hauger, B; Arntzen, A (2003). Brukermedvirkning som ideal og mulighet. Om bruk av dialogkonferanse som metode i det helsefremmende arbeidet. I: I: Mittelmark, B; Hauge H.A (red): *Helsefremmende arbeid i en brytningstid. Fra monolog til dialog?* Fagbokforlaget, Bergen (2003).

Haugen, H.M (2008). *Makt, rett og livsvilkår. Innføring i internasjonale og globale studier*, Fagbokforlaget, Bergen

Handlingsplan mot kjønnslemlestelse (2008-2011). Departementene

Handlingsplanen mot vold i nære relasjoner (2008-2011). Departementene

Heggdal, K (2008) *Kroppskunnskaping. Pasienten som ekspert i helsefremmende prosesser*: Gyldendal Akademisk, Oslo

Helmus, G (2000) *Manus för mognad: Om kärlek, sexualitet og socialisation i ungdomsåren: mimers* Brunn Kunnskapsförlaget, Sala

Helsedirektoratet (2009). *Migrasjon og helse. Utfordringer og utviklingstrekk*. IS-1663

Holm-Hansen, J., Haaland, T. og Myrvold, T. (2007). *Flerkulturelt barnevern. En kunnskapsoversikt*. NIBR rapport 2007:10, Oslo

Human Rights Centre (2006) *Our right to the highest attainable standard of health*, University of Essex Colchester, Essex, UK

Høstmælingen, N. m. fl (red) (2008) *Barnekonvensjonen. Barns rettigheter i Norge*, Universitetsforlaget, Oslo

Jaldesa, G.W., Askew, I., Njue, C og Wanjiru, M (2005). *Female Genital Cutting among teh Somali of Kenya and Management of its Complications*. Report funded by the United States Agency for International Development (USAID). Nairobi.

Johansen, E.B (2006) Smerte påført i kulturens navn: omskårede kvinners erfaringer i eksil. I: Grimen, H; Ingstad, B (red) *Kulturelle perspektiver på sykdom og helse*; Universitetsforlaget

Kalev, H.D (2004) Cultural Rights or Human Rights: The case of Female Genital Mutilation. Sex Roles, Vol.51, Nos. 5/6

Kirengen, A.L (2005) *Hvordan krenkede barn blir syke voksne*. Universitetsforlaget

- Kumar; I (2001).** *Djulaha! Om å forstå annerledeshet*. Høyskoleforlaget, Kristiansand
- Klepp, K.I; Aarø, L.E (2009)** *Ungdom, livsstil og helsefremmende arbeid*. Gyldendal Norsk Forlag, Oslo
- Magelssen, R (2008).** Kultursensitivitet. *Om å finne likhetene i forskjellene*. 2.utg, Akribe, Oslo
- Mercer, C.H et al (2006)** First Sexual Partnership- Age Differences and Their Significance: Ampirical Evidence from the 2000 British national Survey of Sexual Attitudes and Lifestyles. *Journal of Society for Adolescent Health* 39, 87-95
- Mittelmark, B; Hauge H.A (2003).** Helsefremmende politikk for vurdering av helsekonsekvenser. I: Mittelmark, B; Hauge H.A (red): *Helsefremmende arbeid i en brytningstid. Fra monolog til dialog?* Fagbokforlaget, Bergen (2003).
- Mæland, J.G (2005).** *Forebyggende helsearbeid. I teori og praksis*. Universitetsforlaget, Oslo
- Nedjma (2006)** *Mandelen. En muslims kvinnes erotiske oppvåkning*. Bazar
- Nes, K; Skoug, T; Strømstad, M . (2005).** *Somaliere i Norge – perspektiver på språk, religion og integrering*. Vallset: Oplandske Bokforlag.
- NOU 1998:18.** *Det er bruk for alle. Styrking av folkehelsearbeidet i kommunene*.
- Otterstad; A.M (2008)** Profesjonsutøvelse og kulturelt mangfold – fra utsikt til innsikt. Universitetsforlaget, Oslo
- Prieur, A. (2004).** *Balansekunstnerne. Betydningen av innvandrerbakgrunn i Norge*. Pax Forlag A/S, Oslo
- Prescott, P; Børtveit, T (2004).** *Helse og adferdsendring*. Gyldendal Akademisk
- Regeringskansliet (2006).** *Sexual and Reproductive Health and Rights, Sweden's onternational policy*.
- Satir, V (1981).** *Om å skape kontakt*. Dreyers forlag, Oslo. *Perspektiv prosjekt*
- Schei, B; Bakketeig, L.S (2007)** *Folkehelse i et kjønnsperspektiv*, Gyldendal Akademisk, Oslo
- Siyad, A.A; Bildsten, C; Hellevang, C (2007).** *Somaliere i Norge- noen erfaringer*. Utgivere Somalisk utviklingsforum, Mølla Kompetansesenter, Leieboerforeningen, Seyfardt, Oslo.
- Skaine, R (2005).** *Female, Genital Mutilation. Legal, Cultural and Medical Issues*. McFarland@Company, Inc.Publishers.
- Skytte, M (2008).** *Etniske minoritetsfamilier og sosialt arbeid*. 2.utg. Gyldendal Akademisk, Oslo
- Statens råd for ernæring og fysisk aktivitet (2002).** *Anbefalinger*: Tank Design AS.
- Statens råd for ernæring og fysisk aktivitet, Statens næringsmiddeltilsyn og Statens råd for ernæringsforskning (2001).** Matvaretabellen.
- Suh, E.E (2004).** The Model of Cultural Competence: Through an Evolutionary Concept Annalysis. *Journal of Transcultural Nursing*, 15(2), 93.1002
- Talle, A (2003)** *Om kvinneleg omskjering: Debatt og erfaring*. Samlaget; Oslo
- Træen, B (2009)** *Seksualitet og seksualadferd*. I Klepp, K.I; Aarø, L.E (red): *Ungdom, livsstil og helsefremmende arbeid*. Gyldendal Akademisk, Oslo

Tones, Keith, Tilford Sylvia (2001). *Health Promotion effectiveness, efficiency and equity*. Nelson Thornes Ltd, Cheltenham, United Kingdom. Third Edition; p.p. 149-188.

Træen, B (2008). *Sexology in context*. Universitetsforlaget

Stortingsmelding nr. 11 (2007-2008). *På like vilkår: Kvinners rettigheter og likestilling i utviklingspolitikken*

Stortingsmelding nr. 37 (1992-93). *Utfordringer i helsefremmende og forebyggende arbeid*. Sosialdepartementet

Ulvestad, J. (2003). Folkeopplysning som dialog – utopi eller mulighet? I: Mittelmark, M, B: *Helsefremmende arbeid i en brytningstid: Fra monolog til dialog?*, s. 1001-119. Fagbokforlaget, Bergen

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

Vella, J (1994). Learning to listen, Learning to teach. The power of dialogue in Educationg adults. San Francisco: Jossey-Bass.

Wahlseth, K (2000). *Idrett og integrasjon, erfaringer med muslimske jenter*. Norges Idrettshøgskole. Doktorgradsavhandling.