

Helsehjelp etter kjønnslemlestelse

1. Når kvinnelig kjønnslemlestelse diskuteres, er ofte det juridiske og strafferettslige i fokus. Men for at jenter og kvinner som er utsatt for dette kan leve fullverdige og frie liv, må vi snakke om helse, tjenester og tilgjengelighet. Det er behov for å skille kvinnelig kjønnslemlestelse fra negativ sosial kontroll og tvangsekteskap. Det er **behov for en egen og ny handlingplan mot kvinnelig kjønnslemlestelse** som også omhandler helse, og som tydelig plasseres i Helsedirektoratet. Det er avgjørende at det følger midler med en slik handlingsplan.
2. Det finnes i dag gjenåpningstilbud ved flere sykehus. Slike tilbud er avhengig av sykehusets ressurser og prioriteringer, og vi har derfor ikke et likeverdig tilbud. Det mangler helhetlig oppfølging, og tilbudet er fokusert på det fysiske inngrepet, ikke på psykologisk og seksuell rådgivning. For å sikre et helhetlig tilbud er **det er behov for lavterskeltilbud i primærhelsetjenesten**, med et nært samarbeid med spesialisthelsetjenesten. Det argumenteres i dag med lite behandlingsgrunnlag, men dersom modellen er riktig, kan man anta at flere ønsker å benytte seg av et slik tilbud.
3. Det er behov for at **et nasjonalt kunnskaps- og kompetansemiljø** blant annet kan bidra til å sikre økt kompetanse hos helsepersonell, godt innhold i tilbudet som gis og i oppfølgingen i etterkant.
4. Det bør opprettes **egne tilbud for par der en av partene har opplevd kvinnelig kjønnslemlestelse**, med veiledning og rådgivning rundt seksualitet og samliv.
5. Samtale om kvinnelig kjønnslemlestelse må startes av helsepersonell, ikke pasient. Helsepersonell melder om mangel på verktøy, både til samtale og i oppfølging. **Helsepersonell må få mer kunnskap om helsekonsekvenser av kjønnslemlestelse.** Eksempelvis bør gjentatte urinveisinfeksjoner vurderes som symptom. Helsepersonell må få hevet sin **mangfoldskompetanse og forståelse av hvordan møte kvinner** fra områder der kvinnelig kjønnslemlestelse er utbredt. **Jordmødre og fastleger som møter gravide** jevnlig under svangerskap, samt i barseltiden, er nøkkelpersoner. Myndighetene må iverksette tiltak for å **sikre mangfold og kultursensitiv kommunikasjonskompetanse blant alle typer helsepersonell.**
6. **Likepersoner, ideelle aktører og frivillighet må involveres aktivt for å nå pasientene.** Kvinner utsatt for kjønnslemlestelse er en mangfoldig gruppe. Noen har behov for å øke kunnskap om sin egen kropp og helse, andre trenger å få informasjon om eksisterende helsetilbud. Frivillige organisasjoner som jobber med helse innen integreringsfeltet må få bygge spisskompetanse og må følges opp av Helsedirektoratet. Arbeidet likepersoner legger ned må anerkjennes som arbeid og lønnes. Derfor er det behov for at frivillige aktører får mandat og midler.
7. Det er **lite kartlegging og forskning på konsekvensene av kjønnslemlestelse utført på barn.** Myndighetene må iverksette tiltak for forebygging av kjønnslemlestelse mot og helsehjelp til barn.

Tilslutning

Organisasjoner

Alna helsestasjon

Gaper Association Norway

Human Rights Research League

Landsgruppen av helsesykepleiere NSF

LIN - Likestilling, Inkludering og Nettverk

Migrasjonshelsetjenesten Ullensaker

NKVTS - Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress

PAWA – Pan African Women’s Association

Sex og Politikk

Sex og Samfunn

TEGRA-prosjektet, Jordmortjenesten i Stavanger Kommune

MIO – Minoritetenes Interesseorganisasjon

Norske Kvinners Sanitetsforening

Privatpersoner

Marit Elverland, spesialkonsulent

Trude Slettvoll Lien, NACS-autorisert sexolog

Farhia Mohamed, barnevernskonsulent

Heidi Olsen, rådgiver

Audhild Sinnes, psykologspesialist, Sitid Psykologtjenester AS.

Line Ruud Vollebæk, spesialrådgiver

Mai M. Ziyada, postdoktor