

Kvinnelig omskjæring, kjønnslemlestelse, deinfibulering

Linda Bjørk Helgadóttir, OUS, uxliot@ous-hf.no

Sølvi Taraldsen, OUS

Siri Vangen, OUS

Risa Hoffmann, St. Olavs Hospital

Cecilie Hagemann, St. Olavs Hospital

Heidi Frances Thornhill, Haukeland

Revisjon mars 2023.

Dette kapittelet tilsvarende kapittelet i veileder i fødselshjelp.

Koder ICD 10

Z90.7 Tap av kjønnsorgan(er)

Z91.7 Opplysning om kvinnelig kjønnslemlestelse i egen sykehistorie

O34.7 Omsorg for og behandling av mor ved patologisk tilstand
i ytre kjønnsorganer og perineum (gravide)

Anbefalinger

Vi anbefaler

- Vi anbefaler at deinfibulering gjøres og at tidspunkt bestemmes i samråd med kvinnen(II)
- Deinfibulering kan gjøres før graviditet, i svangerskapet eller under fødsel (II)
- Deinfibulering i svangerskapet anbefales ikke rutinemessig (III)
- Vi anbefaler at både gravide og ikke-gravide kvinner som er omskåret undersøkes og/eller henvises for å avklare om det er behov for kirurgisk behandling (III)

Vi foreslår

- Vi foreslår at gravide kvinner fra land som praktiserer omskjæring spørres om de er omskåret, og status noteres på helsekort (IV)
- Vi foreslår at omskårne kvinner, spesielt hvis de er infibulert, henvises til sykehus/senter med spesiell kompetanse innenfor vurdering og behandling av omskårne kvinner (IV)
- Vi foreslår at episiotomi anlegges ved behov i tillegg til deinfibulering, men episiotomi skal ikke erstatte deinfibulering (III)
- Vi foreslår at alle omskårne kvinner samtales med og informeres om norsk lov i løpet av svangerskap/ barseltid (IV)
- Vi foreslår at kvinnens egen holdning til omskjæring avklares (IV)

Søkestrategi

- Litteratursøk: Ikke systematisk søk i PubMed, Medline, Cochrane database, UpToDate og McMaster pyramidesøk
- Andre kilder: Royal College of Obstetricians & Gynecologists (RCOG), Royal Australian and New Zealand College of Obstetricians and Gynaecologists (RANZCOG), Svensk förening för Obstetrik och Gynækologi (SFOG), Dansk Selskab for Obstetrik og Gynækologi (DSOG), National Institute for Health and Care Excellence (NICE), American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG), International Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO), WHO

På grunn av tilstandens sensitive natur er det vanskelig å studere medisinske komplikasjoner etter omskjæring. De fleste studiene er deskriptive case-studier eller beskrivelser av utvalgte pasientgrupper. Informasjon om forekomst av ulike komplikasjoner er mangelfull og det er sannsynligvis store mørketall. Det er også fare for seleksjonsbias og konfundering fra sosioøkonomiske og andre faktorer. Langt tidsintervall mellom inngrepet og utvikling av komplikasjoner gjør det også vanskelig å avgjøre årsak/virkningsforhold. Allikevel tyder dokumentasjon på en sammenheng mellom omskjæringens omfang og risiko for fødselskomplikasjoner.

Søkeord for app

Kvinnelig omskjæring, kjønnslemlestelse, deinfibulering, infibulering, FGM, KLL

Definisjon (1)

Kvinnelig omskjæring eller kjønnslemlestelse er en fellesbetegnelse på ulike typer og grader av inngrep hvor ytre kjønnsdeler fjernes helt eller delvis, eller påføres annen varig skade og som foretas av andre enn rent medisinske årsaker.

Type I: Delvis eller total fjerning av klitorishodet og/eller forhuden.

Type II: Delvis eller total fjerning av klitorishodet og total eller delvis fjerning av labiae minora, med eller uten eksisjon av labiae majora.

Type III: Innsnevring av vaginalåpningen med dannelse av et dekkende seil (infibulering) ved at labiae minora og/eller labiae majora eksideres og gror sammen, med eller uten klitoridektomi.

Type IV: Alle andre former, inklusive prikking og stikking i klitoris, strekking av klitoris og/eller labiae, kauterisering av klitoris og omgivende vev, og innføring av etsende stoffer i vagina for å minske lumen.

Epidemiologi

Globalt

FN anslår at mer enn 200 millioner kvinner er omskåret (1). Prevalensen går noe ned i fleste land man har tall fra, men antallet øker på grunn av befolkningsvekst. Skikken praktiseres blant muslimer, kristne og andre trossamfunn. Skikken er ikke fundert i religion, men i tradisjon. Den er dokumentert i 30 land, først og fremst i Afrika, men også i Midtøsten og Asia. Infibulering er mest utbredt i den nordøstlige delen av Afrika: Djibouti, Eritrea, Etiopia, Somalia og Sudan. På verdensbasis utgjør type III ca. 10 %.

Nasjonalt

Det er beregnet at det i 2013 bodde 17300 omskårede kvinner i Norge. Av disse var 50 % fra Somalia (2). En gjennomgang av pasienter fra spesialisert poliklinisk tilbud ved 7 norske sykehus viste at 74 % av de omskårede pasientene kom fra Somalia, mens 10 % kom fra Eritrea (3). Det er ikke rapportert at omskjæring har foregått i Norge, men det er kjent at det i enkelte tilfeller har vært utført på feriereise til hjemlandet.

Lovverk (4)

Forbud mot kjønnslemlestelse er tatt inn i straffelovens kapittel om voldslovbrudd og er fra 2015 ikke lenger en separat lov. Strafferammene er økt. Lovbestemmelsene er slik:

§ 284. Kjønnslemlestelse

«Med fengsel inntil 6 år straffes den som utfører et inngrep i en kvinnes kjønnsorgan som skader kjønnsorganet eller påfører det varige forandringer. Rekonstruksjon av kjønnslemlestelse straffes på samme måte. Samtykke fritar ikke for straff.

Med bot eller fengsel inntil 1 år straffes yrkesutøvere og ansatte i barnehager, barnevernet, sosialtjenesten, helse- og omsorgstjenesten, skoler, skolefritidsordninger og trossamfunn, som ved anmeldelse eller på annen måte *unnlater å søke å avverge* en kjønnslemlestelse.

Tilsvarende gjelder for forstandere og religiøse ledere i trossamfunn. Avvergingsplikten gjelder uten hensyn til taushetsplikt. Unnlåtelsen er ikke straffbar hvis kjønnslemlestelsen ikke kommer til fullbyrdelse eller til straffbart forsøk.»

Råd angående fremgangsmåte hvis en er bekymret for at en jente skal bli kjønnslemlestet er å finne i veiviseren om kjønnslemlestelse (5).

§ 285. Grov kjønnslemlestelse

«Grov kjønnslemlestelse straffes med fengsel inntil 15 år. Ved avgjørelsen av om kjønnslemlestelsen er grov skal det særlig legges vekt på om inngrepet har hatt til følge

- a) sykdom eller arbeidsudyktighet av noen varighet, jf. § 274
- b) en uhelbredelig lyte, feil eller skade, eller
- c) død eller betydelig skade på kropp eller helse.»

Når det gjelder anmeldelse av allerede utført kjønnslemlestelse, kan helsepersonell ikke anmelde eller gi opplysninger til politiet uten pasientens samtykke. Det er ikke ført saker om kjønnslemlestelse for domstolene i Norge. En gjennomgang av mer enn 50 politianmeldte tilfeller av mistenkt kjønnslemlestelse (2005 – 2016) viste at de endte alle med henleggelse, hovedsakelig pga. «intet straffbart forhold» og «mangel på bevis» (6). Bare to saker ble anmeldt i 2016 (7).

Risikofaktorer for omskjæring

- Kvinnens opprinnelsesland
- Søstre er omskåret
- Feriereiser til hjemlandet

Diagnostikk

Omskjæring diagnostiseres anamnestic (spør om kvinnen er «lukket», «sydd» eller «kuttet») og ved inspeksjon av genitalia eksterna.

Differensialdiagnoser

- Genitale utviklingsavvik
- Labia adhesjoner/ labiale synekier (sammenvokste labiae minora (ikke uvanlig hos jentebarn))

Behandling/oppfølging

Gynekologisk undersøkelse krever spesiell varsomhet. Vaginal undersøkelse bør kun gjøres på indikasjon, oftest er inspeksjon av genitalia eksterna tilstrekkelig. Fortell kvinnen hva du gjør. Bruk tolk ved behov. Bruk ord kvinnen forstår og ikke stigmatiser. Speil eller fotokolposkop med ekstra skjerm er nyttige hjelpemidler når anatomien skal forklares. Mange er ukjent med naturlig anatomi i vulva og forandringer etter omskjæringen. Bruk gjerne skisser eller tegninger når du

forklarer (se lenke til figurer). Informer om mulig sammenheng mellom aktuelle plager og omskjæringen. Henvisning til psykoterapeutisk behandling kan vurderes.

Det er i hovedsak tre typer kirurgisk behandling: 1. Deinfibulering (åpning av infibulering), 2. cystekirurgi (aktuelt ved alle typer omskjæring) og 3. rekonstruktiv kirurgi (klitorisrekonstruksjon, tilbys ikke i Norge). Eksisjon av cyster eller klitorisrekonstruksjon anbefales ikke gjennomført under svangerskap eller fødsel.

1. Deinfibulering

Indikasjoner for åpning (deinfibulering)

- kvinnens eget ønske
- urinretensjon/forlenget vannlatningstid/residiverende urinveisinfeksjoner
- retinert menstruasjon
- vanskelig/umulig samleie
- smerter
- fødsel / graviditet
- retensjonscyster i vulva/ klitorisområdet

Tidspunkt for deinfibulering

- Kvinnens preferanser tillegges vekt (1).
- Åpning før graviditet anbefales av mange grunner (se over).
- Det er ikke holdepunkter for at deinfibulering før graviditet eller i svangerskapet reduserer fødselskomplikasjoner (8).
- Gravide bør anbefales åpning under fødsel. Kvalitative og data indikerer at mange kvinner ønsker inngrepet utført under fødsel (8). Nyere norske studier har funnet økt risiko for keisersnitt og sfinkterskade assosiert med deinfibulering før fødsel.
- Ved ønske om åpning i svangerskapet bør 1. trimester unngås på grunn av generelt økt abortrisiko.

Tidligere har det vært vanlig å anbefale gravide kvinner åpning under svangerskapet framfor i fødsel av hensyn til risiko for fødselskomplikasjoner. En systematisk kunnskapsoppsummering fra 2018 fant at få studier hadde undersøkt dette, alle observasjonelle. Resultatene var sprikende (9). Metaanalyser av to små studier som sammenliknet antepartum og intrapartum deinfibulering fant ingen forskjell i risiko for keisersnitt og episiotomi. En nyere retrospektiv kohortstudie av somaliske førstegangsfødende kvinner i Norge fant generelt høy risiko for keisersnitt og sphinkterskade uavhengig av omskjæringsstatus. Hos infibulerte kvinner som ble åpnet før fødsel var risiko for keisersnitt høyere enn hos de som ikke ble det (10). Risiko for sfinkterskade var 50% høyere sammenliknet med de som ble åpnet under fødsel (11). Studien analyserte åpning før og under svangerskapet sammenslått av hensyn til statistisk styrke og fant ikke statistisk signifikant økt risiko fr disse hver for seg.

WHO sine retningslinjer fra 2016 anbefaler, gitt at det ikke er vist forskjeller i fødselsutfall, åpning enten i svangerskapet eller under fødsel. Det anbefales at beslutning om tidspunkt for åpning baseres på kontekstuelle faktorer. Blant disse er kvinnens preferanser med hensyn til tidspunkt og om inngrepets estetiske resultat er viktig anbefales det åpning under svangerskapet. Operatørs erfaring er også av viktighet.

Under fødsel anbefales det åpning slik at introitus og uretraåpningen blir eksponert. Åpning i klitorisområdet anbefales ikke under fødsel.

Svangerskap og fødsel

- Det anbefales at gravide som er omskåret undersøkes og/eller henvises for å avklare om det er behov for kirurgisk behandling.
- Omskjæringsstatus og behov for åpning under fødsel noteres på helsekortet.
- Planlegg fødselen med tanke på åpning og adekvat smertelindring.
- Informer vakthavende lege. Avtal hvem som utfører deinfibulering hvis det ikke er gjort tidligere. Deinfibulering bør utføres senest i utdrivingsfasen når barnets hode står på bekkenbunnen, dvs. før hodet buker. Eventuelt umiddelbart ved behov for kateterisering, fosterovervåking med skalpelektrode eller at undersøkelse om cervix ikke er mulig.
- Det foreslås lav terskel for episiotomi (i tillegg til deinfibulering) både blant kvinner som er blitt åpnet før fødsel og de som åpnes under fødsel. Episiotomi skal ikke erstatte deinfibulering.
- Ved elektivt keisersnitt: Avklar om kvinnen ønsker deinfibulering og tilby en avtale om dette.
- I Norge er det forbudt å sy igjen etter fødsel.
- Husk at infibulering ikke er indikasjon for keisersnitt.

Smertelindring

Tilstrekkelig smertelindring. Åpning kan gjøres i lokal, spinal eller generell anestesi. Dette gjelder også gravide. Ofte er lokalanestesi nok. Behovet for smertelindring må vurderes, utilstrekkelig smertelindring kan gi økt risiko for traumatisk "flashback".

Postoperativ smertelindring

Forslag: Etter åpning hos ikke gravide, gravide i 2. trimester eller under fødsel: naproxen i kombinasjon med paracetamol.

Etter åpning hos gravide i 3. trimester: paracetamol eller kombinasjonspreparat med kodein og paracetamol.

Lidocain gel/krem kan smøres på flere ganger daglig.

Det anbefales forsiktighet med opioider.

Teknikk for åpning inngrep ([lenke til tegninger](#))

Hvis mulig, før en eller to fingre inn under hudbroen. Velg kanyle etter hudbroens tykkelse og injiser lokalanestesi rikelig og godt fordelt (kan være umulig og unødvendig hvis hudbroen er flortynn). Lokalanestesi er hensiktsmessig også ved epidural. Legg et snitt fremover i midtlinjen til uretra er blottlagt. Det kan være nyttig å ha en spatula under hudseilet når snittet legges for å unngå skade på underliggende strukturer.

Hvis kvinnen ikke er i fødsel anbefales det å forsøke å åpne i klitorisområdet også, dersom man mener at klitorishodet ligger intakt/delvis intakt under et hudseil. Unngå å tøye vevet.

Avslutningsvis sys sårkantene på hver side med avbrutt eller kontinuerlig absorberbar sutur (12).

Ved rift fortil under fødsel kan det være nødvendig å sy et par sting for å lukke huden der. Vær liberal med mediolateral episiotomi i tillegg, men den skal ikke erstatte åpningen i midtlinjen (deinfibuleringen). Perinealrifter og episiotomi sutureres på vanlig måte. Husk rektaleksplorasjon etter reparasjon for å avdekke evt. fistel.

2. Eksisjon av cyster (9)

Cyster hos omskårede kvinner er ofte rapportert, men prevalensen er ukjent. Det vanligste er epidermale inklusjonscyster i klitorisområdet. Disse kan øke i størrelse, kan bli infiserte, men små cyster trenger ikke å gi plager. Det er rapportert dårligere seksuell tilfredshet etter cystekirurgi og det kan være grunn til forsiktighet ved kirurgi i klitorisområdet.

3. Klitorisrekonstruksjon (9)

Prinsippet for rekonstruktiv kirurgi er at klitorisroten fridissikeres, løftes ventralt, fikseres og dekkes. Inngrepet har blitt etterspurt av enkelte pasienter, men har ikke blitt utført i Norge. En systematisk gjennomgang har konkludert med at det er svært usikker effekt av klitorisrekonstruksjon. Selv om de fleste kvinner rapporterte at de fikk et bedre seksualliv etter klitorisrekonstruksjon, rapporterte opptil 22 % forverring. Vi vurderer behandlingen som utilstrekkelig dokumentert. Kunnskapsgrunnlaget tilsier at inngrepet foreløpig bare bør anbefales innenfor rammen av en forskningsprotokoll. Vi anbefaler at kvinner som vurderer å la seg operere i utlandet informeres om usikker effekt.

Komplikasjoner etter omskjæring

Akutte komplikasjoner

Det er ikke dokumentert tilfeller i Norge. Akutte komplikasjoner inkluderer sterke smerter, lokal infeksjon og abscessdannelse, sepsis, tetanus, blødning, urinretensjon og død.

Komplikasjoner på lang sikt

Risikoen for kroniske plager øker jo mer omfattende det primære inngrepet har vært og er hyppigere ved type III enn ved type I (13,14).

Gynekologiske komplikasjoner (15)

Det er rapportert en rekke gynekologiske følger av omskjæring, men kunnskapsgrunnlaget er sparsomt. En systematisk review har konkludert med at kvinner som er omskåret har økt risiko for urinveisinfeksjoner, smertefull vannlating, bakteriell vaginose og dyspareuni. To studier rapporterte økt risiko for kronisk genitalinfeksjon. Blant andre rapporterte tilstander der data var inkonklusive var dysmenoré, retensjon av menstruasjonsblod, bekkeninfeksjoner, vaginitt, abcesser, perinealskader, arrdannelse, og cyster.

Det er en klinisk erfaring at vi ser disse tilstandene, bl.a. retensjon av menstruasjonsblod og cyster i klitorisområdet, bare hos omskårede kvinner.

Obstetriske komplikasjoner

Betydningen av omskjæring for fødselsutfall er uavklart og forskningsresultater peker i forskjellige retninger. Metaanalyser har funnet økt risiko for langvarig fødsel og, avhengig av inklusjonskriteriene, for keisersnitt, instrumentell forløsning, episiotomi, perineale rifter og Postpartumblødning (16,17). Størrelsen på effekten er usikker og det er uavklart i hvilken grad funn i afrikanske studier kan overføres til en vestlig helsetjenesteesetting. Flere studier i vestlige land har rapportert fødselsutfall hos omskårede som ikke skiller seg fra den generelle befolkningen (17-20).

Type III omskjæring er antatt å medføre størst risiko, men studier i afrikanske land har funnet økt risiko også ved mindre omfattende omskjæring (13). I Norge har registerstudier funnet økt risiko for akutte keisersnitt hos kvinner fra Afrikas horn og kvalitative data har foreslått at manglende deinfibulering kan være årsak til unødvendige keisersnitt (8,12). En ny studie av somaliske kvinner i Norge har funnet at høy keisersnittsrate ikke var assosiert med omskjæring. God

fødselshjelp reduserer risikoen for komplikasjoner. Selv om kvinnen er deinfibulert, kan det fortsatt være økt risiko for protarhert forløp og perinealskade, mulig på grunn av fibrøst arrvev.

Oppfølging

Det anbefales å skylle med lunkent vann ved toalettbesøk både som smertelindring og for å holde området rent, evt. sittebad med mild, flytende såpe daglig i en uke for å forebygge infeksjon.

Det anbefales å avstå fra samleie i fire til seks uker etterpå.

Forbered kvinnen på at vannlatningen kan føles veldig rask og kraftig etter inngrepet, og at det er vanlig å føle seg mer åpen nedentil.

Informere om at stingene går i oppløsning.

Rutinemessig kontroll er ikke nødvendig, men kvinnen bør tilbys å kunne ta kontakt ved behov.

Tilby en attest som beskriver at det var medisinsk nødvendig å åpne kvinnen. I mange kulturer er det viktig at hymen er «intakt». Dersom det ikke er tilfelle etter deinfibulering bør

kvinnen/paret/foresatte informeres om at anatomien naturlig varierer og hvorfor hymen kan ha blitt spaltet som følge av retrograd vannlatning og/eller retinert menstruasjonsblod. Åpnende inngrep bedrer drenasje av blod og urin, men kvinnen kan ikke få tilbake det som er fjernet.

For infibulerte kvinner er et åpnende inngrep ikke bare et lite snitt, men en stor og vanskelig avgjørelse. Selv kvinner som trodde de var godt mentalt forberedt kan få sterke reaksjoner etter inngrepet.

Husk å informere barselkvinnen ved hjemreise om at hun er åpnet under fødsel og hva det innebærer.

Informere helsestasjonen ved åpning i svangerskap eller under fødsel. Det oppfordres til undersøkelse, om kvinnen ønsker det eller har plager. Henvisning til sykehuset ved behov.

Alle kvinner som er omskåret bør snakkes med om holdning til omskjæring av egne døtre og få informasjon om norsk lov. Dette gjelder også kvinner som ikke har hatt behov for åpning under svangerskap eller fødsel. Dersom barnet er en jente, vurder spesielt om det er risiko for omskjæring.

Bruk gjerne vedlagte figurer (lenke) i samtale med pasienten.

Hos Nasjonalt kunnskapscenter om vold og traumatisk stress (NKVTS) kan det bestilles kostnadsfrie brosjyrer om kjønnslemlestelse på en rekke språk (norsk, engelsk, amharisk, arabisk, fransk, somali, sorani og tigrinja) (21).

Lenke til pasientinformasjon.

Referanser

1. WHO. WHO guidelines on the management of health complications from female genital mutilation: World Health Organization, 2016.
2. DAMVAD. Utbredelse av kjønnslemlestelse i Norge. Oslo. Nasjonalt kunnskapscenter om vold og traumatisk stress (NKVTS), 2014.
3. Taraldsen S, Owe KM, Bjorntvedt IW, Eide BM, Sandberg M, Hagemann CT, Oian P, Vangen S, Sorby IK. Female genital cutting in women living in Norway – consequences and treatment. *Tidsskr Nor Laegeforen* 2021; **141**(15): 10-26.

4. LOV-2005-05-20-28. Lov om straff (straffeloven). Obstet Gynecol. https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2005-05-20-28/KAPITTEL_2-10#KAPITLOV-2005-05-20-28TEL_2-10; .
5. NKVTS. Veiviseren om kjønnslemlestelse. <https://kjonnslemlestelse.nkvts.no/>.
6. Lien IL. Politiets arbeid med kjønnslemlestelse: En systemteoretisk analyse. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress (NKVTS), 2017.
7. Retten til å bestemme over eget liv. Handlingsplan mot negativ sosial kontroll, tvangsekteskap og kjønnslemlestelse (2017-2020). In: Kunnskapsdepartementet, editor. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/retten-til-a-bestemme-over-eget-liv/id2542163/>: Kunnskapsdepartementet; 2017.
8. Berg RC, Taraldsen S, Said MA, Sorbye IK, Vangen S. Reasons for and Experiences With Surgical Interventions for Female Genital Mutilation/Cutting (FGM/C): A Systematic Review. [Review]. *J Sex Med* 2017; **1**(8): 977-90.
9. Berg RC, Taraldsen S, Said MA, Sorbye IK, Vangen S. The effectiveness of surgical interventions for women with FGM/C: a systematic review. 2018; **1**(3): 278-87.
10. Taraldsen S, Vangen S, Øian P, Sørbye IK. Female genital mutilation/cutting, timing of defibulation, and risk of cesarean section. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2021;**100**:587-595.
11. Taraldsen S, Vangen S, Øian P, Sørbye IK. Risk of obstetric anal sphincter injury associated with female genital mutilation/cutting and timing of deinfibulation. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2022;**101**:1163-1173.
12. Weum S, de Weerd L, Klein S, Hage JJ. Behandling av bløtdelsdefekter med perforatorlapper. *Tidsskr Nor Laegeforen* 2008; **128**(3): 313-5.
13. Banks E, et al. WHO study group on female genital mutilation and obstetric outcome. Female genital mutilation and obstetric outcome: WHO collaborative prospective study in six African countries. *Lancet* 2006; **367**(9525): 1835-41.
14. Jones H, Diop N, Askew I, Kabore I. Female genital cutting practices in Burkina Faso and Mali and their negative health outcomes. *Stud Fam Plann* 1999; **30**(3): 219-30.
15. Berg RC, Underland V. *Knowledge Centre for the Health Services at The Norwegian Institute of Public Health (NIPH)* 2014; **NIPH Systematic Reviews**: Executive Summaries.
16. Berg RC, Odgaard-Jensen J, Fretheim A, Underland V, Vist G. An updated systematic review and meta-analysis of the obstetric consequences of female genital mutilation/cutting. *Obstet Gynecol Int* 2014; **2014**: 542859.
17. Balachandran AA, Duvalla S, Sultan AH, Thakar R. Are obstetric outcomes affected by female genital mutilation? *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 2018; **29**(3): 339-44.
18. Wuest S, Raio L, Wyssmueller D, et al. Effects of female genital mutilation on birth outcomes in Switzerland. *Bjog* 2009; **116**(9): 1204-9.
19. Davis G, Jellins J. Female genital mutilation: Obstetric outcomes in metropolitan Sydney. *Aust N Z J Obstet Gynaecol* 2019; **59**(2): 312-6.
20. Essen B, Sjoberg NO, Gudmundsson S, Ostergren PO, Lindqvist PG. No association between female circumcision and prolonged labour: a case control study of immigrant women giving birth in Sweden. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2005; **121**(2): 182-5.
21. NKVTS. Brosjyrer om kjønnslemlestelse. <https://kjonnslemlestelse.nkvts.no/innhold/ressurser-og-infomateriell/brosjyrer-om-kjonnslemlestelse>

mutilation and obstetric outcome: WHO collaborative prospective study in six African countries.

