

Sykepleien

FAGUTVIKLING

Sykepleiere trenger mer kunnskap for å møte kvinner som er kjønnslemlestet

Kvinner som har vært utsatt for kjønnslemlestelse, kan unngå helsehjelp fordi de frykter stigma og fordømmelse. Resultatet kan være at helseplager forblir ubehandlet.

Sara Saber

Sykepleier

Nevrokirurgisk avdeling, Haukeland universitetssjukehus

Trine-Lise Dræge Steinskog

Førsteamanuensis

Fakultet for helse- og sosialvitenskap, Høgskulen på Vestlandet

Kvinnehelse

Kjønnslemlestelse

Kulturkompetanse

Kultursensitivitet

Sykepleien 2026;114(104838):e-104838

DOI: [10.4220/Sykepleiens.2026.104838](https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2026.104838)

Hovedbudskap

Sykepleiere møter kvinner som har vært utsatt for kjønnslemlestelse, i helsetjenesten. Mange opplever at de mangler kunnskap og kulturforståelse, noe som kan føre til usikkerhet i møte med pasientene. Mer kunnskap om kjønnslemlestelse og økt kulturkompetanse kan ruste sykepleiere til bedre pasientmøter, med bedre kommunikasjon, brukermedvirkning og helsehjelp. I denne fagartikkelen hevder vi at kultursensitivitet og kompetanse må bygges systematisk gjennom utdanning og praksis.

Kvinnelig kjønnslemlestelse er en global utfordring som rammer millioner av jenter og kvinner. Praksisen er mest utbredt i afrikanske, asiatiske og midtøstlige land. Det finnes ikke eksakte tall på hvor mange kvinner i Norge som har vært utsatt for kjønnslemlestelse. Likevel er det grunn til å anta at antallet øker som følge av migrasjon fra land med høy forekomst, som Somalia, Sudan, Eritrea og Etiopia (1).

Sykepleiere står ofte i førstelinjen i møte med kvinner som har gjennomgått kjønnslemlestelse – på helsestasjonen, i skolehelsetjenesten, i primærhelsetjenesten eller på sykehus, særlig ved gynekologiske avdelinger og fødselsavdelinger (2, 3).

I disse møtene har sykepleieren en viktig rolle som «døråpner» til omsorgsfull og forsvarlig helsehjelp. Et godt møte kan gi kvinnen tillit til helsetjenesten, mens et usikkert møte kan føre til at hun trekker seg unna og går glipp av nødvendig behandling (4, 2).

Manglende kompetanse gjør at sykepleiere unngår temaet

Kjønnslemlestelse kan være et tabubelagt tema, blant annet fordi praksisen er tett knyttet til kulturelle normer, ære, skam og sosial tilhørighet. I tillegg innebærer kjønnslemlestelse intime og ofte traumatiske erfaringer. I møte med helsepersonell kan disse forholdene skape sammensatte følelser. Kvinner kan ha behov for helsehjelp, samtidig som de kan frykte stigmatisering og fordømmelse.

Se for deg pasienten – en kvinne som lever med smerter etter en praksis hun ikke selv valgte, men som likevel har preget livet hennes fysisk, psykisk og sosialt. Du kjenner på at noe er viktig å ta opp, men er redd for å si noe galt og ordene uteblir.

«Kjønnslemlestelse kan være et tabubelagt tema, blant annet fordi praksisen er tett knyttet til kulturelle normer, ære, skam og sosial tilhørighet.»

Studier beskriver hvordan mange sykepleiere opplever kjønnslemlestelse som et vanskelig tema å snakke om. Frykt for å krenke pasienten, usikkerhet rundt hvordan samtalen bør innledes, og manglende kunnskap om medisinske konsekvenser gjør at temaet blir utelatt (2–6).

Denne unnvikelsen kan føre til at kvinner blir gående med udiagnostiserte og ubehandlede helseplager, som kroniske smerter, urinveis- og menstruasjonsvansker og arrdannelse. Ved de mest omfattende formene for kjønnslemlestelse, der de ytre kjønnsorganene er sydd sammen, økes også risikoen for alvorlige komplikasjoner under svangerskap og fødsel (3, 4, 10).

For mange sykepleiere oppleves dette som krevende. Ikke fordi viljen til å hjelpe mangler, men fordi nødvendig kompetanse ofte mangler. Kjønnslemlestelse har fortsatt en utydelig plass både i sykepleierutdanningen og i klinisk praksis (2, 5–8).

Litteraturgjennomgangen oppsummerer nyere forskning

Denne fagartikkelen bygger på en litteraturgjennomgang av nyere forskning om sykepleieres møter med kvinner som har gjennomgått kjønnslemlestelse.

Det ble gjennomført systematiske litteratursøk i databasene CINAHL og MEDLINE. Åtte fagfellevurderte artikler fra internasjonale tidsskrifter, publisert mellom 2017 og 2025, ble inkludert i gjennomgangen (2–9).

Studiene belyser hvordan sykepleierens kunnskapsnivå og kulturelle forståelse påvirker møtet med kvinnene. De viser også hvilke erfaringer kvinnene har med helsehjelpen de mottar.

FAKTA

Kvinnelig kjønnslemlestelse

- **Definisjon:** Delvis eller fullstendig fjerning av de ytre kjønnsorganene uten medisinsk begrunnelse. Praksisen har ingen helsemessige fordeler.
- **Forekomst:** Kjønnslemlestelse rammer kvinner og jenter. Globalt anslås det at rundt 200 millioner er berørt. I Norge anslås tallet å være om lag 17 000.
- **Konsekvenser:** Akutte konsekvenser kan være sterke smerter, blødning og infeksjon. Langsiktige følger kan inkludere kroniske smerter, urin- og menstruasjonsplager, seksuelle vansker og psykiske ettervirkninger.
- **Forankring:** Praksisen har en kompleks bakgrunn og er knyttet til blant annet sosiale normer, tilhørighet, moral, ekteskapelig verdi og forestillinger om kvinnelig identitet.
- **Lovverk:** Kvinnelig kjønnslemlestelse er forbudt ved lov i Norge. Helsepersonell har plikt til å handle ved mistanke og til å gi tilpasset og forsvarlig helsehjelp.

Kilder: Johansen EB (1), Berg RC (10), Verdens helseorganisasjon (11, 13), Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress (12), Lov om forbud mot kjønnslemlestelse (14) og Lov om helsepersonell m.v. (15)

Kompetansegapet øker risikoen for uforsvarlig helsehjelp

Som sykepleiere er vi forpliktet gjennom lovverk og yrkesetiske retningslinjer til å tilby forsvarlig og likeverdig helsehjelp (7, 16). Når en sykepleier møter kvinner som har vært utsatt for kjønnslemlestelse, krever det både trygghet, kunnskap og kulturell sensitivitet for å sikre god ivaretagelse.

Likevel viser nyere forskning at problemstillinger knyttet til kjønnslemlestelse fortsatt får liten plass i sykepleierutdanningen. Mange sykepleiere møter derfor tematikken først i klinisk praksis (5).

Flere sykepleiere etterlyser tydeligere faglig forankring og verktøy for å håndtere møtet med denne pasientgruppen (2–6, 8). Kompetansegapet kan innebære en risiko for uforsvarlig helsehjelp, fordi komplikasjoner relatert til kjønnslemlestelse kan feiltolkes eller forbli uidentifisert dersom de ikke settes i sammenheng med inngrepet.

Kvinner kan også miste tilgang til tiltak som kan hjelpe, som å rekonstruere kjønnsorganene for å forbedre funksjoner (10).

Sykepleieren må gjenkjenne kulturell sårbarhet

Kompetansegapet påvirker også informasjonsflyt, kontinuitet og brukermedvirkning. Manglende kompetanse kan føre til at helsepersonell ikke dokumenterer relevante observasjoner, noe som svekker kontinuiteten i behandlingen (6).

For å styrke kvinners forståelse av egen situasjon og deres mulighet til å medvirke i helsehjelpen, er det avgjørende at sykepleieren har tilstrekkelig kompetanse. Dette er nødvendig for å kunne ivareta lovpålagte plikter, som å informere kvinnene om deres behandlingsmuligheter og rettigheter (8).

Videre bør sykepleieren kunne gjenkjenne og håndtere kulturelt betinget sårbarhet. Det er også viktig å utvikle ferdigheter i å skape trygge samtalerom der pasienten opplever å bli sett og hørt (4, 9).

En ikke-dømmende holdning gjør samtalen tryggere

I noen møter er det ikke ordene som sier mest. Sykepleierens kroppsspråk, tonefall og små signaler kan enten formidle ubehag og avstand eller invitere til tillit og åpenhet.

Studier viser at kvinner som har gjennomgått kjønnslemlestelse, legger stor vekt på respektfull kommunikasjon. En åpen og ikke-dømmende holdning, samt helsepersonells evne til å vise sensitivitet for kulturelle og personlige erfaringer, er særlig viktig (5, 7–9).

Slike forutsetninger kan bidra til å bygge tillit og gjøre det lettere for kvinnene å formidle både fysiske og psykiske helseplager (5, 8).

Skam og tabu gjør samtaler om kjønnslemlestelse vanskelig

For mange kvinner er kjønnslemlestelse tett vevd inn i identitet, sosial tilhørighet og moralske normer (1, 8). Dersom helsehjelpen utelukkende forstås i et sykdomsperspektiv, risikerer man at kvinnes egne opplevelse og selvforståelse ikke blir anerkjent (3, 4, 8, 9).

Studier dokumenterer en bred enighet om viktigheten av å se hele mennesket som et unikt individ og ikke redusere kvinnen til en kropp preget av skade (5, 7). Tilliten kan utfordres dersom sykepleiere ikke anerkjenner eller forstår kvinnens kulturelle referanseramme (5).

«For mange kvinner er kjønnslemlestelse tett vevd inn i identitet, sosial tilhørighet og moralske normer.»

Marea og medarbeidere peker på at helsepersonell i mange tilfeller reduserer kjønnslemlestelse til et rent medisinsk problem, uten å anerkjenne de sosiale og kulturelle verdiene – eller belastningene – som praksisen kan representere for kvinnen det gjelder. En slik oppfatning kan skape avstand fremfor nærhet i relasjonen mellom pasient og sykepleier.

Videre belyser to norske studier at mange kvinner frykter å bli misforstått, eksponert eller dømt. Denne frykten kan føre til at de unngår å oppsøke helsehjelp (4, 9). Tabu, skam og redsel for stigmatisering gjør det vanskelig å snakke om kjønnslemlestelse, særlig når samtalen preges av usikkerhet og språkbarrierer (4, 9).

Taushet påvirker pasientforløpet

Et sentralt funn i forskningen om kjønnslemlestelse er den såkalte «doble tausheten». Både pasienter og sykepleiere venter på at den andre skal ta initiativ til å åpne samtalen om temaet (3). Denne avstanden kan påvirke hele pasientforløpet, fra første oppmøte til videre behandling.

En kultursensitiv praksis kan bidra til å møte disse utfordringene, men krever også refleksjon over sykepleierens egne verdier og forforståelser. Å møte pasientene med åpenhet og nysgjerrighet, fremfor antakelser, kan bygge tillit og redusere stigma (18, 19).

Å praktisere kultursensitiv sykepleie betyr ikke å legitimere en skadelig praksis. Det handler om å møte kvinnen med reell forståelse for hennes livsverden og opplevelse av egen kropp og helse – samtidig som rettigheter, lovverk og helsefaglig kunnskap ivaretas (18).

FAKTA

Kultursensitiv sykepleie

- **Kulturkompetanse:** Evnen til å gi helsehjelp som er tilpasset pasientens kulturelle bakgrunn. Dette innebærer kunnskap om hvordan kultur kan påvirke forståelse av helse, sykdom og helseatferd.
- **Kultursensitivitet:** En holdning preget av respekt, åpenhet og anerkjennelse av pasientens verdier, livserfaringer og trosforestillinger. Dette forutsetter refleksjon over egne holdninger og bevissthet om hvordan egen kulturell kontekst påvirker pasientmøtet.
- **Interkulturell kommunikasjon:** En kjernekompetanse i kultursensitiv praksis. Innebærer tilpasning av både verbal og nonverbal kommunikasjon, aktiv lytting og forståelse for kulturelt betingede uttrykk. Bruk av profesjonell tolk anbefales ved behov.

Kilder: Aambø A (18) og Dahl Ø (19)

Personsentrert omsorg styrker tillit og mestring

Et gjennomgående funn i forskning om kjønnslemlestelse er at helsehjelpen i begrenset grad spiller prinsippene for personsentrert omsorg. Kvinners autonomi og subjektive erfaringer får ofte for liten plass (5, 7–9).

Dawson og medarbeidere peker på at det finnes få retningslinjer som vektlegger personsentrert omsorg, eller som inkluderer berørte kvinners erfaringer i utforming av tjenester og faglige retningslinjer (7).

Når sykepleiere lykkes med å sette pasientens mål, verdier og preferanser i sentrum, beskriver kvinnene økt tillit og opplevelse av mestring (7). Dersom sykepleieren ikke vektlegger pasientens individuelle erfaringer, er det en risiko for at kvinnenes ressurser ikke blir kartlagt.

Økt bevissthet rundt pasientens perspektiv kan styrke kvinnenes helsekompetanse og evne til samvalg. Dette kan bidra til at kvinnene møtes som aktive deltakere i egen helsehjelp, fremfor å bli møtt som et offer (5, 8, 9).

Traumer kan reaktiveres i møte med helsetjenesten

Personsentrert sykepleie må også inkludere en traumesensitiv tilnærming. Flere studier viser at kvinner som har vært utsatt for kjønnslemlestelse, ofte bærer med seg kroppslige og psykiske traumer. Disse kan lett reaktiveres i møte med helsetjenestene (5, 7–9).

Dersom sykepleieren ikke gjenkjenner tegn på retraumatisering, kan konsultasjonen i verste fall påføre kvinnen emosjonell belastning og forsterke sårbarheten hennes (5, 7).

Trygghet kan skapes gjennom forutsigbarhet, tydelig informasjon og respekt for pasientens grenser. Å spørre om tidligere erfaringer, forklare hvert steg i behandlingen og gi pasienten kontroll over tempo og pauser i samtaler og undersøkelser er eksempler på traumesensitiv tilnærming.

For å skape trygge pasientmøter kreves også trygge sykepleiere. Kunnskap, god kommunikasjon og relasjonelle ferdigheter er sentrale forutsetninger, men dette fordrer målrettet opplæring. Veiledning og støtte til sykepleiere er også viktig for å ivareta både pasient og behandler (3, 6, 8).

Nasjonale føringer styrker fokuset på kjønnslemlestelse

De siste årene har det vært et økende nasjonalt fokus på kjønnslemlestelse. Dette kommer blant annet til uttrykk gjennom handlingsplanen «Frihet mot negativ sosial kontroll og æresrelatert vold» (20) og Kvinnehelseutvalgets rapport «Den store forskjellen – om kvinners helse og betydningen av kjønn for helse» (17).

Begge strategiene understreker behovet for økt kompetanse blant helsepersonell. Tiltakene som løftes frem, inkluderer kompetanseheving i sykepleierutdanningen og utvikling av bedre behandlingstilbud til kvinnene (17, 20).

«Politikken på området reflekterer både et menneskerettighetsperspektiv og et helseperspektiv.»

Politikken på området reflekterer både et menneskerettighetsperspektiv og et helseperspektiv. Målet er å forebygge skadelige praksiser, sikre tilpasset helsehjelp og styrke helsevesenets kompetanse i møte med denne pasientgruppen.

Kvinnehelseutvalget peker også på at kvinner som har gjennomgått kjønnslemlestelse, ofte blir fanget opp gjennom svangerskapsomsorgen. Kvinner som ikke er gravide, risikerer dermed å falle utenfor systematisk oppfølging (17).

Samlet viser både nasjonale føringer og forskningslitteraturen et tydelig behov for målrettet opplæring i problemstillinger knyttet til kjønnslemlestelse, både i utdanning og i klinisk praksis (3, 6, 8).

Helhetlig opplæring styrker sykepleieres trygghet

Forskningen peker på behovet for helhetlige utdanningsopplegg som kombinerer medisinsk kunnskap, kommunikasjon og pasientperspektiv. Slike opplegg kan styrke sykepleieres trygghet og kvaliteten på praksis (4, 8).

Et konkret eksempel er SAFE-modellen (Six Aspects of Female Genital Mutilation Education), illustrert i figur 1 (8). Modellen er et pedagogisk rammeverk for å styrke helsepersonells kunnskap og ferdigheter.

Figur 1. SAFE-modellen

1. Aktiv kommunikasjon:

Aktiv lytting, tilpasset språk, bruk av profesjonell tolk ved behov og en trygg dialog om sensitive temaer.

2. Holdninger og verdier:

Refleksjon over egne holdninger og maktforhold for å unngå fordømmelse og møte pasienten med likeverd og respekt.

3. Kunnskap:

Kunnskap om ulike former for kjønnslemlestelse, helsemessige konsekvenser, juridiske rammer og aktuelle behandlingstilbud.

4. Sosiale strukturer:

Setter kjønnslemlestelse inn i en bredere sosial og kulturell sammenheng. Modellen vektlegger forståelse av hvordan familie, migrasjon, ære, skam og sosial tilhørighet påvirker kvinners helse og helseforståelse.

5. Undervisningsform:

Undervisningen bør være variert og praksisnær. Effektiv læring forutsetter refleksjon, case-basert undervisning og rom for dialog – ikke kun teoretisk kunnskap.

6. Bedre fremtid:

Økt kompetanse kan styrke pasientmøter, redusere stigma og bidra til bedre helseutfall. Målet er tryggere helsepersonell og mer likeverdige helsetjenester.

Kilde: Waigwa S, Bradbury-Jones C, Doos L, Taylor J (8). Figuren er fritt oversatt til norsk av manusforfatter Sara Saber og gjengitt med tillatelse fra dr. Susan Waigwa

Rammeverket belyser samspillet mellom kunnskap om kjønnslemlestelse, kommunikasjon, holdninger, sosial kontekst og undervisningsform. I tillegg understrekes betydningen av brukermedvirkning i læring. Med en strukturert, praksisnær opplæring er målet å ruste helsepersonell til å møte kvinner som har gjennomgått kjønnslemlestelse.

Det som gjør SAFE-modellen særlig relevant, er det tydelige pasientperspektivet. Når pasientens erfaringer og perspektiver integreres i opplæringen av helsepersonell, øker sjansen for at helsehjelpen blir mer tilpasset og treffer reelle behov.

Sykepleieren må ta ansvar for å søke kunnskap

Kultursensitiv sykepleie i møte med kvinner som har vært utsatt for kjønnslemlestelse, innebærer komplekse og sammensatte hensyn. Kvinner med erfaringer knyttet til kjønnslemlestelse kommer fra ulike land, regioner og kulturelle kontekster (4, 9).

Erfaringene varierer betydelig, blant annet når det gjelder type inngrep, sosiale betydninger, migrasjonserfaringer og forholdet til helsevesenet. Ett enkelt opplæringstiltak kan derfor ikke dekke hele mangfoldet.

Språkbarrierer, traumeerfaringer, ulik helseforståelse og frykt for stigmatisering kan fortsatt hindre åpen kommunikasjon, selv i kultursensitive møter (4, 9). Kultursensitiv praksis bør derfor forstås som en pågående prosess, ikke en ferdig løsning.

Et bærekraftig kompetanseløft innen kjønnslemlestelse krever et samspill mellom individ og system. Sykepleieren må være bevisst sitt faglige ansvar og aktivt søke kunnskap. Samtidig må helseforetak og utdanningsinstitusjoner legge til rette for relevant, tilgjengelig og praksisnær opplæring (15, 16).

Kultursensitiv praksis gir bedre helsehjelp til kvinner

Det er behov for økt oppmerksomhet rundt kjønnslemlestelse i både helsevesenet og sykepleierutdanningen. Målrettet opplæring og etablering av en kultursensitiv praksis kan gi sykepleiere den tryggheten som trengs for å skape pasientmøter preget av brukermedvirkning og tilrettelagt behandling.

Kompetanse knyttet til kjønnslemlestelse bør derfor være en integrert del av sykepleierens profesjonelle ansvar. For kvinnene handler det om å bli møtt med forståelse og verdighet. For sykepleiere handler det om å ha kunnskap og verktøy som gjør det mulig å handle med trygghet og faglig sikkerhet.

Forfatterne oppgir ingen interessekonflikter.



SÅRBARHET: Skam og tabu kan gjøre det vanskelig for kvinner som har vært utsatt for kjønnslemlestelse, å snakke om helseplager og behov. Sykepleierens blikk, ord og holdning kan påvirke om kvinnene får tillit til helsetjenesten. *Illustrasjonsfoto: SeventyFour / Shutterstock / NTB*

1. Johansen EB. Kvinnelig omskjæring / kjønnslemlestelse i Norge: Kunnskap og praksis [internett]. Oslo: Universitetsforlaget; 2024. DOI: [10.18261/9788215069487-24](https://doi.org/10.18261/9788215069487-24)
2. Sheerin B, Jefferson E, Chang YS. Female genital mutilation in high-income countries: knowledge and experience among health professionals. *Br J Nurs*. 2023;32(3):100–6. DOI: [10.12968/bjon.2023.32.3.100](https://doi.org/10.12968/bjon.2023.32.3.100)
3. Dhakal A, Alhassan JAK. Knowledge, attitudes, and practices of healthcare providers and healthcare experiences of women regarding female genital mutilation/cutting (FGM/C): A scoping review of evidence from Canada and the United States. *J Immigr Minor Health*. 2025;27:386–99. DOI: [10.1007/s10903-025-01671-4](https://doi.org/10.1007/s10903-025-01671-4)
4. Mbanya VN, Terragni L, Gele AA, Diaz E, Kumar BN. Barriers to access to the Norwegian healthcare system among sub-Saharan African immigrant women exposed to female genital cutting. *PLoS One*. 2020;15(3):e0229770. DOI: [10.1371/journal.pone.0229770](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0229770)
5. Marea C, Warren N, Glass N, Ahmed W, Pallitto C. Advancing the measurement of knowledge, attitudes and practices of health workers who care for women and girls who have undergone female genital mutilation/cutting (FGM/C): A qualitative exploration of expert opinion. *PLoS One*. 2023;18(4):e0284900. DOI: [10.1371/journal.pone.0284900](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0284900)

6. Abdulcadir J, Say L, Pallitto C. What do we know about assessing healthcare students and professionals' knowledge, attitude and practice regarding female genital mutilation? A systematic review. *Reprod Health*. 2017;14(1):64. DOI: [10.1186/s12978-017-0318-1](https://doi.org/10.1186/s12978-017-0318-1)
7. Dawson A, Assifi A, Turkmani S. Woman and girl-centred care for those affected by female genital mutilation: a scoping review of provider tools and guidelines. *Reprod Health*. 2022;19(1):50. DOI: [10.1186/s12978-022-01356-3](https://doi.org/10.1186/s12978-022-01356-3)
8. Waigwa S, Bradbury-Jones C, Doos L, Taylor J. Six aspects of female genital mutilation education (SAFE) model: findings from a qualitative study. *BMJ Open*. 2024;14(5):e077838. DOI: [10.1136/bmjopen-2023-077838](https://doi.org/10.1136/bmjopen-2023-077838)
9. Lien IL. Health workers and Sub Saharan African women's understanding of equal access to healthcare in Norway. *PLoS One*. 2021;16(9):e0255934. DOI: [10.1371/journal.pone.0255934](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0255934)
10. Berg RC. Helsekonsekvenser av kvinnelig omskjæring. I: Johansen EB, red. *Kvinnelig omskjæring / kjønnslemlestelse i Norge: Kunnskap og praksis*. Oslo: Universitetsforlaget; 2024. s. 207–36. DOI: [10.18261/9788215069487-24-12](https://doi.org/10.18261/9788215069487-24-12)
11. Verdens helseorganisasjon (WHO). Female genital mutilation [internett]. Genève: WHO; 31. januar 2025 [hentet 21. oktober 2025]. Tilgjengelig fra: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/female-genital-mutilation>
12. Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress (NKVTS). Praktisering av kjønnslemlestelse [internett]. Oslo: NKVTS; u.å. [hentet 20. oktober 2025]. Tilgjengelig fra: <https://kjonnslemlestelse.nkvts.no/innhold/praktisering-av-kjonnslemlestelse/>
13. Verdens helseorganisasjon (WHO). Health risks of female genital mutilation [internett]. Genève: WHO; u.å. [hentet 21. oktober 2025]. Tilgjengelig fra: [https://www.who.int/teams/sexual-and-reproductive-health-and-research-\(srh\)/areas-of-work/female-genital-mutilation/health-risks-of-female-genital-mutilation](https://www.who.int/teams/sexual-and-reproductive-health-and-research-(srh)/areas-of-work/female-genital-mutilation/health-risks-of-female-genital-mutilation)
14. Lov om forbud mot kjønnslemlestelse. LOV-1995-12-15-74 [hentet 21. oktober 2025]. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/LTI/lov/1995-12-15-74>
15. Lov om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven). LOV-1999-07-02-64 [hentet 26. oktober 2025]. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-64>
16. Norsk Sykepleierforbund (NSF). Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere [internett]. Oslo: NSF; 2023 [hentet 21. oktober 2025]. Tilgjengelig fra: <https://www.nsf.no/etikk-0/yrkesetiske-retningslinjer-sykepleiere>
17. NOU 2023: 5. Den store forskjellen – om kvinners helse og betydningen av kjønn for helse [internett]. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2023 [hentet 21. oktober 2025]. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2023-5/id2964854/>

18. Aambø A. Innvandreres helse og helsetjenestens ansvar. 1. utg. Oslo: Cappelen Damm Akademisk; 2021.
19. Dahl Ø. Møter mellom mennesker: innføring i interkulturell kommunikasjon. 2. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2013.
20. Arbeids- og inkluderingsdepartement. Frihet fra negativ sosial kontroll og æresrelatert vold (2021–2024) [internett]. Oslo: Arbeids- og inkluderingsdepartement; 2021 [hentet 21. oktober 2025]. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/frihet-fra-negativ-sosial-kontroll-og-aeresrelatert-vold/id2861094/>