

Rituell omskjæring er ikke helsehjelp

Vi går imot forslaget fra Helse- og omsorgsdepartementet om at omskjæring av gutter skal bli et offentlig helsetilbud. Forslaget er basert på en tendensiøs tolking av empiri, en overfladisk tolking av internasjonale konvensjoner og en inkonsistent tolking av hva helsehjelp er. Hensynet til barnets beste er ikke drøftet.

Helse- og omsorgsdepartementet har sendt ut et høringsnotat om rituell omskjæring av gutter og presenterer to lovforslag for hvordan dette inngrepet kan gjøres til et offentlig helsetjenestetilbud (1). Det starter med å konstatere at rituell omskjæring er blitt praktisert i tusener av år innenfor forskjellige grupper. Dette er et faktum som ikke kan bestrides. Videre hevdes det at rituell omskjæring er et «vanlig inngrep stort sett over hele verden» (1). Vi mener at det springende punkt her ikke er hvorvidt rituell omskjæring av gutter er et *vanlig* inngrep, men om det etisk, juridisk og medisinsk er riktig å gjøre.

Høringsnotatet fremholder at «mange» anser omskjæring av gutter som et forebyggende tiltak mot infeksjoner og smittsomme sykdommer. Vi synes det er påfallende at departementet gjengir dette synet uten å belegge påstanden og uten å informere om at «mange» av dem som har uttalt seg om de medisinske fordelene ved omskjæring av guttebarn, har en kulturell og religiøs interesse av å legitimere denne praksisen.

Sykdomsforebyggende?

Argumentet om at omskjæring kan være sykdomsforebyggende, er dårlig underbygd. For eksempel anføres det: «Flere forskningsgrupper stiller seg tvilende til om omskjæring gir nødvendig beskyttelse mot HIV-smitte og andre seksuelt overførte sykdommer. På den annen side har forskere i lengre tid observert at deler av Afrika der omskjæring er vanlig, for eksempel de muslimske landene i Vest-Afrika, har lavere forekomst av HIV og AIDS enn land sør i Afrika, der omskjæring er sjelden. WHO har på bakgrunn av flere forskningsrapporter nylig konkludert med at mannlig omskjæring anbefales som et viktig virkemiddel for å forebygge HIV-infeksjon hos menn» (1 s. 15).

Her er det flere forhold som krever utdyping. For det første er det et faktum at prevalensen av hivinfeksjon er betydelig høyere i afrikanske land med en overvekt av kristne innbyggere. Å knytte denne forskjellen til at muslimske grupper i denne delen av verden omskjærer sine guttebarn, er dypt problematisk dersom den lavere forekomsten av slike sykdommer i muslimske land i Afrika ensidig forklares ved at mennene i disse landene er omskåret. Da ser man bort fra den viktigste forklaringsfaktoren: At det i muslimske grupper eksisterer en strengere seksualmoral og større sosial kontroll av sek-

sualiteten hos både menn og kvinner. Dette medfører en mye lavere forekomst av seksuelle forbindelser før ekteskapet og lavere forekomst av utenomekteskapelige forbindelser enn i afrikanske land med dominans av kristne grupper.

Det eksisterer solid internasjonal forskning som peker på disse forhold som viktige årsaker til forskjeller i prevalens av hivinfeksjon og aids mellom kristne og muslimske befolkningsgrupper i Afrika (2–4). Å henviser til omskjæring som hovedforklaring er ikke holdbart. Hvis mannlig omskjæring anses som et viktig virkemiddel for å forebygge hivinfeksjon hos menn, er det ingenting i veien for at et slikt inngrep gjøres hos gutter med samtykkekompetanse – de fleste debuterer seksuelt i en alder da de har oppnådd dette.

«Argumentet om at omskjæring kan være sykdomsforebyggende, er dårlig underbygd»

Internasjonale rettskilder

Høringsnotatets tolking av relevante rettskilder er mer tilslørende enn oppklarende. For eksempel heter det at «departementet legger til grunn at rituell omskjæring av gutter ikke kan anses for å være i strid med barnekonvensjonen» (1 s. 28) og at «departementet legger til grunn at rituell omskjæring ikke kan anses for å være i strid med EMK» (1 s. 29), dvs. Den europeiske menneskerettskonvensjonen av 4.11. 1950. Departementet nøyer seg her med å fremsette denne tolkingen uten å synliggjøre hvordan de er kommet frem til den. Høringsnotatet inneholder heller ingen henvisning til den universelle deklarasjonen om bioetikk og menneskerettigheter, som ble vedtatt med akklamasjon av UNESCOs generalforsamling i oktober 2005, der Norge deltok. Artikkel 12 i denne deklarasjonen lyder: «The importance of cultural diversity and pluralism should be given due regard. However, such considerations are not to be invoked to infringe upon human dignity, human rights and fundamental freedoms, nor upon the principles set out in this Declaration, nor to limit their scope» (5).

Det er ingen tvil om at medisinsk assistert omskjæring av guttebarn uten samtykkekompetanse er i strid med flere av artiklene i denne deklarasjon. Derfor kan dette ikke forsvares med henvisning til viktigheten av å respektere kulturell diversitet og pluralisme. En slik respekt har, som anført i deklarasjonen, en grense – og grensen går nettopp ved brudd på fundamentale menneskerettigheter.

Mutilerende inngrep hos barn uten samtykkekompetanse er i strid med disse rettighetene. Omskjæring av gutter har i de fleste tilfeller ingen terapeutisk verdi i barnets første 15 leveår. At foreldre i stor grad bestemmer over barn uten samtykkekompetanse ved kirurgiske inngrep som er nødvendig helsehjelp, er fundamentalt forskjellig fra retten til å avgjøre at barn skal utsettes for irreversible inngrep uten medisinsk indikasjon.

Helsehjelp?

Heller ikke tolkingen av begrepet «helsehjelp» er tilfredsstillende. Høringsnotatet anfører at omskjæring faller utenfor helselovgivningens definisjoner av begrepet (1 s. 24, s. 25). Videre heter det at «departementet [legger] til grunn at rituell omskjæring i utgangspunktet ikke er å anse for helsehjelp som noen har rett til etter pasientrettighetsloven eller kan kreve at spesialisthelsetjenesten skal utføre» (1 s. 25).

Likevel ender departementet i sin omtale av barnelovens bestemmelser med å hevde at «en avgjørelse om rituell omskjæring er innenfor det som den eller de med foreldreansvaret kan samtykke til på vegne av barnet» (1 s. 27), og det med henvisning til at «avgjørelser om helsehjelp faller inn under foreldreansvaret etter barneloven» (1 s. 27). Denne argumentasjonen er selvmotsigende, ettersom det her ikke er tale om «avgjørelser om helsehjelp», men om et tiltak departementet selv i sin lovfortolking understreker faller *utenfor* en naturlig tolking av «helsehjelp».

Prioriteringsperspektivet

Også ut fra et prioriteringsperspektiv fortoner departementets forslag om å gjøre rituell omskjæring til en del av det offentlige helsetjenestetilbudet seg merkelig. Den voldsomme veksten i det offentlige helsebudsjetter de siste årtier har tvunget frem en smertelig prioriteringsdebatt. Dette har resultert i kriterier for hvordan man etisk kan forsvare at behandling av enkelte

pasientgrupper må nedprioriteres for å imøtekomme medisinske hjelpebehov hos mer trengende grupper. Som et pedagogisk hjelpemiddel foreslo det siste Lønning-utvalget (6) en inndeling av våre helsetjenester i fire prioriteringsgrupper – en inndeling som for øvrig departementet selv refererer til:

1. Grunnleggende helsetjenester (skal-tjenester)
2. Utfyllende helsetjenester (bør-tjenester)
3. Lavt prioriterte helsetjenester (kan-tjenester)
4. Tilbud utenfor det offentlig finansierte helsetilbudet (skal ikke-tjenester)

Vi kan ikke se at det på noe vis er mulig å argumentere for at medisinsk assistert omskjæring hører inn under skal- eller bør-tjenester (gruppe 1 og gruppe 2). Videre anføres det ingen argumenter som skulle tilsi at et slikt tilbud kan legitimeres som kan-tjenester. Tvert imot taler alle forhold til fordel for at et slikt tilbud *ikke* bør utføres av det offentlige, ei heller belastes offentlige helsebudsjetter. 13 millioner kroner, som er kostnadene som nevnes i høringsnotatet, kan brukes på tiltak som medisinsk sett har åpenbar nytteverdi og som i dag lider under manglende ressurser.

Sagt på en annen måte: Rituell omskjæring av guttebarn er et inngrep som utføres hos friske mennesker uten samtykkekompetanse og uten at det i de aller fleste tilfeller foreligger noen medisinsk indikasjon for det. Hvis ikke slike inngrep skal nedprioriteres i den offentlige helsetjenesten, hva skal da nedprioriteres? Derfor kan man vanskelig henvise til «det offentliges ansvar for å hindre at gutter blir utsatt for smerte eller risiko ved uforsvarlig omskjæring» som et tilstrekkelig holdbart argument for å legge forholdene til rette for at slike inngrep foretas innenfor den offentlige helsetjenesten og dets ressursrammer. Kulturelle problemer bør som hovedregel ikke søkes løst ad medisinsk vei.

Økonomiargumentet

Også økonomiargumentet i høringsnotatet er svakt underbygd. Når det hevdes at omskjæring av guttebarn er et viktig identitetsskapende virkemiddel i de aktuelle miljøer i Norge (jøder og muslimer), fortoner det seg underlig at en prislapp på mellom kr 3 500 og kr 9 500 er til hinder for at familiene selv skal klare å dekke utgiftene. Selv om omskjæring skulle bli tillatt, mot vår anbefaling, kan vi vanskelig forstå at antatt manglende betalingssevne hos et ukjent antall berørte familier er et argument for å tilby gratis rituell omskjæring av guttebarn ved offentlige sykehus i Norge.

Forsvarlighetsargumentet

Vi finner heller ikke departementets måte å tolke forsvarlighetsargumentet på overbevisende. Som det anføres er hensikten

å legge forholdene «til rette for at rituell omskjæring skal skje på en forsvarlig måte» (I s. 7). Vi kan ikke se at de to lovforslagene som fremkommer i høringsnotatet representerer forsvarlige måter å løse dette problemet på, ettersom det i begge helt ses bort fra at det er tale om inngrep hos barn uten samtykkekompetanse av irreversibel karakter uten medisinsk indikasjon og med en viss risiko. Det mest alvorlige ved høringsnotatet er imidlertid at spørsmålet om hva som er til barnets beste, ikke blir drøftet.

Eksplisitt samtykke

Vi støtter Barneombudets forslag om at forholdene legges til rette for at rituell omskjæring av gutter kan finne sted innenfor den offentlige helsetjenesten – under forutsetning av at det foreligger et eksplisitt samtykke fra den angjeldende gutt og at familiene selv betaler for inngrepet.

Slik vil forsvarlighets hensynet i departementets notat også signalisere at et slikt tiltak kan være forsvarlig dersom man sikrer at det angjeldende guttebarn besitter samtykkekompetanse ved inngrepsstidspunktet.

«Det mest alvorlige ved høringsnotatet er at spørsmålet om hva som er til barnets beste, ikke blir drøftet»

Rettferdighetsprinsippet

Til sist er det på sin plass å minne om at man i Norge siden 1995 har hatt en lov som forbyr omskjæring av kvinner (7). Liknende lovforbud eksisterer også i flere andre europeiske land. Dersom kvinnelig omskjæring i vestlige land av prinsipielle grunner forkastes som et mutilerende og kvinneundertrykkende inngrep, bør da ikke omskjæring av guttebarn forkastes av samme grunn? Hvis svaret på dette spørsmålet er nei, plikter man ikke da i det minste å gjøre rede for hvilke moralsk relevante forskjeller som eksisterer mellom omskjæring av jentebarn og omskjæring av guttebarn? Også omskjæring av jentebarn vil kunne hevdes å være skadeforebyggende – «hvis ikke helsetjenesten tilbyr dette gratis, så vil noen andre gjøre det på en farligere måte».

Rettferdighetsprinsippet, som er grunnleggende i etikken, tilsier at like tilfeller skal behandles likt og at ulike tilfeller skal behandles forskjellig. Er alle former for kvinnelig omskjæring like fysisk mutilerende og dermed etisk forkastelige? Finnes det inngrep som er av samme mutileringsgrad som omskjæring av guttebarn? Ut fra

den typeinndeling WHO opererer med (type I-IV), innebærer den minst mutilerende form for omskjæring av jentebarn fjerning av forhuden på klitoris, med eller uten delvis eller fullstendig fjerning av de små kjønnslepper. Denne type inngrep synes å ligge nær opp til det inngrepet guttebarn utsettes for i dag.

Det at staten anbefaler at man skal legge til rette for og betale for omskjæring av guttebarn, innebærer at staten legitimerer en praksis som det er stor uenighet om. Denne praksisen strider mot menneskerettighetene og mot hva som er til barnets beste. Samtidig sendes det et signal om at staten aksepterer at guttebarn uten samtykkekompetanse skal kunne utsettes for etisk problematiske inngrep som er uten dokumentert helsemessig gevinst.

Jan Helge Solbakk

j.h.solbakk@medisin.uio.no

Reidar Pedersen

Anne Hambro Alnæs

Senter for medisinsk etikk

Universitetet i Oslo

Jan Helge Solbakk (f. 1956) er cand.med., cand.theol., dr.philos. og professor i medisinsk etikk ved Senter for medisinsk etikk, Institutt for helse og samfunn, Det medisinske fakultet, Universitetet i Oslo.

Ingen oppgitte interessekonflikter.

Reidar Pedersen (f. 1973) er utdannet lege og filosof. Han er ansatt som forsker (med professorkompetanse) ved Senter for medisinsk etikk, Universitetet i Oslo, og jobber med etikk og kommunikasjon i helsetjenesten.

Ingen oppgitte interessekonflikter.

Anne Hambro Alnæs (f. 1941) er dr.polit., medisinsk antropolog og seniorforsker ved Senter for medisinsk etikk, Universitetet i Oslo.

Ingen oppgitte interessekonflikter.

Litteratur

1. Helse- og omsorgsdepartementet. Høring – forslag om lovregulering av rituell omskjæring av gutter. www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/hoeringer/hoeringsdok/2011/horing---forslag-om-lovregulering-av-rit.html?id=641188 [29.12.2011].
2. Gray PB. HIV and Islam: is HIV prevalence lower among Muslims? *Soc Sci Med* 2004; 58: 1751–6.
3. Tiruneh G. Determinants of adult HIV/AIDS prevalence in Africa: do cultural variations matter? *Midsouth Political Science Review* 2009; 10: 103–24.
4. Kagimu M, Guwatudde D, Rwabukwali C et al. Inter-religious cooperation for HIV prevention in Uganda: a study among Muslim and Christian youth in Wakiso district. *Religions* 2011; 2: 707–28.
5. The Universal Declaration on Bioethics and Human Rights. <http://unesdoc.unesco.org/images/0014/001461/146180e.pdf> [29.12.2011].
6. Norges offentlige utredninger. Prioritering på ny. NOU 1997: 18.
7. Lov om forbud mot kjønnslemlestelse av 15. desember 1995.

Mottatt 29.11. 2011 og godkjent 22.12. 2011. Medisinsk redaktør Petter Gjernvik.