

Rituell omskjæring i Norge



Kommentar og debatt

Rituell omskjæring av gutter er sannsynligvis en mer enn 5000 år gammel tradisjon. Det kan omskjæres ca. 25 millioner gutter hvert år.

I Norge fødes det ca. 670 gutter med muslimske foreldre hvert år. Rituell omskjæring hos gutter i Norge utføres i liten grad i spedbarnsalderen. Når inngrepet gjøres senere, fortrenger det medisinsk indiserte operasjoner.

Det er et etisk dilemma å operere friske gutter – ut fra barneloven, legeloven og FNs barnekonvensjon. Det er ikke påvist noen sikker medisinsk nytteverdi av omskjæring. Det er vist at omskjæring av nyfødte uten bedøvelse kan ha langvarige negative effekter som stress, hypersensitivitet overfor smerter senere i livet og negativ mor-barn-relasjon, og det bør derfor ikke forekomme.

Det er økende motstand mot rituell omskjæring både i Norge og internasjonalt. I Sverige er det vedtatt en lov som påbyr bruk av lokalbedøvelse ved omskjæring av nyfødte og forbud mot omskjæring etter to måneders alder. Bør Norge følge etter?

Praksis med rituell omskjæring i Norge bør avgrenses til nyfødtperioden og utføres i lokalbedøvelse. Skriftlig samtykke fra begge foreldrene må foreligge.

Omskjæring av gutter gjøres vanligvis på følgende indikasjoner: rituell (religiøs), tradisjonell eller medisinsk (fimose). En rituell handling foregår ofte etter en fastsatt ordning etter skikk og bruk, med eller uten et religiøst innhold for de involverte (1). En tradisjonell grunn kan ofte ha samme imperative betydning for de involverte som en rituell, og jeg velger derfor å behandle også de tradisjonelle omskjæringer under paraplyen rituelle omskjæringer.

Rituell omskjæring av gutter er kontroversielt (2). Få emner er så hyppig omtalt i den medisinske litteraturen de siste tiår. Publikasjonene *The foreskin quarterly* i USA og *Circumcision* på Internett er i hovedsak kun engasjert innen dette saksområdet.

Historisk bakgrunn

Det vites ikke om det var et religiøst innhold ved omskjæringen som ble fremstilt på de

Sigmund Vaage

vasi@sir.no

sigmund.vaage@rito.no

Sentralsjukehuset i Rogaland

Stavanger

og

Regionsykehuset i Tromsø

☞ Se også side 15

egyptiske veggmaleriene for ca. 5000 år siden. Det eldste religiøse påbudet om rituell omskjæring som jeg kjenner til, står i 1. Mosebok, 17. kapittel, der man på en malerisk måte kan lese at Abraham omskar seg selv, sin 13 år gamle sønn Ismael og alle menn i sitt hus, som et ytre tegn på en samhørighetspakt med Gud (3). Denne rituelle praksisen har holdt seg innen det mosaiske trossamfunnet siden. I henhold til dette ble Jesus omskåret i tempelet åtte dager gammel. Da Pytagoras besøkte Egypt for å studere astronomi og geometri ca. 550 år f.Kr., måtte han gjennomgå omskjæring for å få studere der (4).

Omskjæring omtales ikke i Koranen, men derimot flere steder i de klassiske tekstsamlingene (hadith-litteraturen). Det foreligger ulik praksis av omskjæring innenfor de muslimske folkegruppene, enkelte grupper praktiserer ikke omskjæring i det hele tatt (5). Dersom omskjæringen i muslimske miljøer av en eller annen grunn utsettes til etter spedbarnsalderen, blir guttene ofte omskåret i småbarnsalderen og oppover til 15–16 års alder (6), da som en inngang til voksenverdenen, gutten er blitt mann. I store deler av Afrika omskjæres gutter i 17–18-årsalderen på lokal tradisjonell måte, ofte med mutileerende resultat (6). Både for jøder og muslimer har omskjæring en betydning for guttens kulturelle, etniske og religiøse identitet.

Praktisering av tradisjonell omskjæring

I en rekke land praktiseres omskjæring av nyfødte gutter av tradisjonelle grunner. Bare i USA omskjæres om lag 1 000 000 gutter årlig (ca. 60 % av alle gutter blir omskåret). Denne praksisen er også utbredt i store deler av Afrika, Australia og New Zealand, hvor om lag 25 % omskjæres, og i Canada og i England, der henholdsvis 20 % og 5 % omskjæres (6). Til sammen kan det være så mange som 25 millioner gutter som omskjæres hvert år, og de fleste omskjæres under

lite betryggende medisinske forhold. I noen miljøer praktiseres festligheter i forbindelse med omskjæring (6).

Epidemiologi i Norge

Forespørselen etter rituell omskjæring i Norge kommer spesielt fra den muslimske folkegruppen (5, 7). I Norge er det registrert ca. 56 500 mennesker tilhørende muslimske trossamfunn (8). Denne gruppen har gjerne et noe høyere fødselstall enn gjennomsnittet, og det kan derfor antas at det fødes 600–700 gutter med muslimske foreldre hvert år. Dette tallet stemmer godt overens med en nylig gjennomført epidemiologisk undersøkelse der det beregnede antall er 670 (9).

Dersom samtlige muslimske gutter omskjæres som nyfødte mens mor og barn oppholder seg i barselavdelingen, viser beregninger at inngrepene legger beslag på maksimalt seks ukers legearbeid og ca. ti ukers sykepleierarbeid. Dette er nær opp til de tall som Statens helsetilsyn la til grunn i sin vurdering (seks uker) i St.prp. nr. 1 (1999–2000) (7). Denne praksisen er også i samsvar med det som er vanlig ved rituell omskjæring internasjonalt (5, 10, 11). Ved Sentralsjukehuset i Rogaland ble 41 % av rituelle omskjæringer gjort hos nyfødte. Min erfaring er at majoriteten av familiene vil velge denne løsningen dersom tilbudet foreligger som et reelt alternativ. Mange muslimske foreldre tar opp spørsmålet om rituell omskjæring før gutten blir født, for å sikre at inngrepet kan gjøres under oppholdet i barselavdelingen. Neonatal omskjæring kan gjennomføres uten at det forstyrrer den elektive operative virksomheten for mye, slik Statens helsetilsyn anbefalte (7).

Undersøkelsen fra Rogaland og Troms, som er presentert et annet sted i dette nummer av Tidsskriftet (9), viste at det hvert år omskjæres bare halvparten så mange som det fødes gutter med muslimske foreldre (48 %), og at majoriteten av disse (59 %) blir omskåret i småbarnsalderen eller senere. Hele 21 % omskjæres etter ti års alder. Andelen som blir omskåret er stadig økende, og inngrepene foregår i dagkirurgiske enheter. Rundspørring ved flere sykehus har vist at dette er den vanlige praksisen mange steder, en praksis som influerer sterkt på ressursbruken ved sykehusene. Av humanitære grunner blir guttene operert i generell anestesi og trenger postoperativ



Omskjæring fremstilt på et egyptisk grottemaleri (ca. 3 000 f.Kr.). Foto Corbis/Scanpix

overvåking. Videre trengs det både kirurg og anestesilege, operasjons- og anestesisykepleier, samt operasjonsstue. Guttene som skal ha rituell omskjæring, må stå på vanlig operasjonsprogram og forskyver dermed andre operasjoner tilsvarende. Dette viser at dagens praksis med rituell omskjæring etter spedbarnsalderen fortrenger elektive operasjoner. Det fremgår ikke av orienteringsskrivet fra Statens helsetilsyn hvordan sykehusene skal stille seg til dette.

Hva som skjer med de resterende guttene til muslimske foreldre (52 %), er ikke klarlagt. Mange kan bli operert av ikke-medisinsk personell i Norge eller i familiens etniske hjemland. I 1999 ble 15–20 smågutter

omskåret i Oslo av en innhentet omskjærer fra Tyskland. Han reiste også til andre norske byer og tok seg av en rekke smågutter som ikke var omskåret som nyfødte (5). Dette er en uakseptabel praksis som foregår uten medisinsk-faglig kontroll, utenfor Helsetilsynets kontroll og uten offentlig rapportering (legeloven § 25 og § 43). Det er nødvendig med en retrospektiv dybdeundersøkelse for å belyse hva som virkelig skjer med disse guttene.

Det er også rapportert store mørketall i vårt naboland. Det fødes ca. 3 100 gutter med muslimske foreldre i Sverige hvert år (6), men det er bare registrert ca.

800 inngrep årlig (26 %). Dersom omskjæringen er 100 % i de aktuelle miljøene, skjer de resterende omskjæringer enten som «kjøkkenbordskirurgi» eller ved besøk i familiens etniske hjemland (6).

Praktisk ordning med rituell omskjæring i Norge

Statens helsetilsyn har pålagt offentlige poliklinikker å tilby rituell omskjæring ved forespørsel (7, 12). Forutsetningen var imidlertid at barna ble omskåret kort tid etter fødselen mens mor og barn oppholdt seg i barselavdelingen, i samsvar med vanlig praksis internasjonalt. Den registrerte økningen av rituelle omskjæringer fra 1998 til 2000 kan henge sammen med avklaringen fra Statens helsetilsyn og St.prp. nr. 1 (1999–2000) om at inngrepet bør kunne utføres ved offentlige poliklinikker (7, 12).

Rogaland fylkeskommune ble brakt inn i saken gjennom en henvendelse fra muslimske trossamfunn i Rogaland. Fylkesdirektøren for helse la til grunn Helsetilsynets anbefalinger med hensyn til de juridiske og etiske vurderinger. Etter en samlet vurdering av juridiske, etiske, økonomiske og strukturelle forhold samt vurdering av risiko for komplikasjoner ved inngrep utført av andre ble det anbefalt at inngrepene burde utføres ved offentlige poliklinikker i Rogaland.

Ordningen har ikke vært praktisert særlig lenge, og behovet kan antas å øke ytterligere i tiden fremover. Det foreligger ingen oversikt over hvor stort behovet er. I Norge foretas i liten grad rituell omskjæring av nyfødte, slik det er gjort rede for annet sted i dette nummer av Tidsskriftet (9). Tallene fra Norsk pasientregister for Rogaland og Troms for 1999 og 2000 ligger langt under antall rituelle omskjæringer som er re-



Jesus blir omskåret i tempelet, et vanlig motiv i kunsten. Malt av L. Candido (1701). Foto Corbis/Scanpix

gistrert i det lokale pasientadministrative system i samme periode. Avviket er såpass stort at det ikke synes hensiktsmessig å bruke tallene i Norsk pasientregister ved denne registreringer.

Etiske vurderinger

Det er et etisk dilemma å operere friske gutter. Både barneloven og FNs barnekonvensjon setter strenge krav til inngrep på barn når det ikke er helsemessig nødvendig (13, 14). I FNs barnekonvensjon artikkel 19 forutsettes det at barnet skal «beskyttes mot alle former for fysisk eller psykisk vold eller overgrep». Norge har sluttet seg til denne konvensjonen. Ved operasjon hos barn er det spesielt viktig at det foreligger skriftlig samtykke fra foreldrene. Det er mange «blandede» parforhold, og foreldrene kan tenkes å ha ulik mening om rituell omskjæring. Det er derfor viktig at det foreligger samtykke fra begge foreldrene, da dette best sikrer barnets rettigheter og integritet.

Omskjæring er en ikke ubetydelig ytre vold mot guttene. Ferske undersøkelser har vist at nyfødte reagerer på lave smertestimuli med økt hjerterytme, økt respirasjonsfrekvens og økt forbruk av oksygen (lavere oksygenmetning). Noen barn opplever langvarige negative effekter av lav smertepåvirkning, med forlenget forandring i stresshormonnivå, immunologiske reaksjoner og stress. Det er vist at omskjæring uten smertelindring kan ha langvarige negative effekter, med hypersensitivitet overfor smerter senere, og det kan til og med påvirke mor-barn-relasjonen (15). Disse ferske opplysningene taler for at det er uetisk og inhumant å foreta omskjæring av nyfødte uten adekvat bedøvelse (lokalbedøvelse). I USA så vel som i Sverige er det økende motstand mot rituelle omskjæring (5, 16), og det er samme tendens i Norge.

I USA har andelen barn som omskjæres sunket fra 90 % til 60 % på én generasjon. I Sverige er det vedtatt en lov som krever at omskjæring bare kan foretas på gutter under to måneder, og at lokalbedøvelse må utføres av autorisert lege eller sykepleier (16, 17). Den praksisen som er dokumentert i to fylker i Norge, og som kan være representativ for praksisen ved andre norske sykehus, er ikke i overensstemmelse med barneloven eller FNs barnekonvensjon artikkel 19. Det kan være problematisk å finne ut hva ungguttene selv ønsker forut for en omskjæring, både fordi de har en begrenset kunnskap om nytteeffekt og bivirkninger, og fordi de ennå ikke har en selvstendig voksen tenkemåte. Ut fra § 31 og § 33 i barneloven (13) bør denne informasjonsdelen vektlegges mer, noe som krever tid og innlevelse (5).

Motstanden mot rituell omskjæring i Norge er både medisinsk, etisk og økonomisk/administrativt begrunnet (7). The American Academy of Pediatrics (den amerikanske barnelegeforening) publiserte i 1999 et dokument som bygger på forskningsbasert

kunnskap om omskjæring (11). Det konkluderer med at det ikke er dokumentert nytteverdi med hensyn til bedre penishygiene, reduksjon av peniskreft eller redusert risiko for HIV-overføring. Det poengteres at endret livsførsel har betydelig større betydning enn masseomskjæring når det gjelder å begrense HIV-epidemien. Som konklusjon konkluderer the American Academy of Pediatrics at selv om det finnes vitenskapelige resultater som medisinsk sett kan tale for neonatal omskjæring, så er ikke disse grunnene sterke nok til å kunne anbefale det. Organisasjonen mener at avgjørelsen om neonatal omskjæring skal overlates til foreldrene og at inngrepet krever bruk av anestesi.

En tilleggsfaktor i motstanden mot rituell omskjæring av gutter er frykten for at praksisen muligens kan legalisere seksuell lemllestelse av piker, slik dette er kjent gjennom fremstilling i massemediene (TV 2 Rikets tilstand onsdag 4. oktober 2000). Selv om rituell omskjæring av gutter eller piker ikke er omtalt i Koranen, begrunnes de begge ut fra samme kulturelle tradisjon, noe som ikke uten videre kan aksepteres som avgjørende for barnets beste (18). Både ut fra ressursforhold, barneloven, FNs barnekonvensjon og fare for å være en støtte for lemllestelsespraksis bør praksisen med rituell omskjæring strammes betydelig inn og bare utføres hos nyfødte eller hos ungdommer som gir et uheldig informert samtykke.

Selv om helsedirektørens rundskriv I/76 om at utgiftene dekkes og at inngrepet sees som en del av tilbudet ved norske fødeklinikker fortsatt står ved lag (12), ble praksisen heftig diskutert i Stortinget i 1998. At det betales en egenandel for å få inngrepet utført, er også vanlig i de land der tradisjonen kommer fra (5). Betalingen praktiseres imidlertid ulikt sør og nord i Norge. I Rogaland har helsedirektøren bestemt at pårørende skal betale kr 1 000 for inngrepet (H. Bryne, personlig meddelelse). Dette er tilstrekkelig ved inngrep hos nyfødte, men dekker ikke utgiftene ved inngrep hos barn mellom ett og ti år. Beløpet er også bare halvparten av offentlig takst for medisinsk indisert omskjæring.

En rundspørring ved flere sykehus har vist at praksisen er ulik ved de offentlige poliklinikkene.

Komplikasjonsfrekvensen etter neonatal omskjæring oppgis til 0,2–1,6 %. De fleste komplikasjoner er mindre alvorlige (19). Det er imidlertid også rapportert alvorlige komplikasjoner som penisnekrose samt anestesikomplikasjoner hos småbarn med generell anestesi (20). Selv om tilsvarende komplikasjoner ikke er observert i Norge, er det selv sagt uakseptabelt at det skjer ved ikke-medisinsk indiserte inngrep. Bruk av Plastibell hos nyfødte har få komplikasjoner. Dette kan henge sammen med det faktum at for huden hos nyfødte er svært elastisk og tilpasser seg de lokale forholdene bedre enn senere. Dette er i overensstemmelse med

andres erfaringer (21). Noen foreldre kan klage på at det sitter for mye forhud igjen. Medisinsk praksis kan her være på kollisjonskurs med kulturell og religiøs tradisjon, noe det er en utfordring å finne en løsning på.

Litteratur

1. Hjemmets store leksikon. Oslo: N.W. Damm & Søn, 1989.
2. Dunsmuir WD, Gordon EM. The history of circumcision. *BJU Int* 1999; 83 (suppl 1): 1–12.
3. 1. Mos 17, 10–15.
4. Grossman EA, Posner NA. The circumcision controversy: an update. *Obstet Gynecol Annu* 1984; 13: 181–95.
5. Vogt K. Islam på norsk. Oslo: Cappelen, 2000.
6. Hofvander Y, Olsen L. Omskærelse av pojkar – barnets rettigheter står mot foreldrarnas. *Läkartidningen* 2000; 97: 2598–604.
7. St.prp. nr. 1 (1999–2000). Virkemidler og forventede resultater: Rituell omskjæring av gutter.
8. Statistisk sentralbyrå. www.ssb.no/trosam/tab (1.1.2000).
9. Vaage S, Tasdemir I, Mæhlum O. Erfaringer med rituell omskjæring i Norge. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2002; 122: 59–61.
10. Ross JH. Circumcision: pro and con. I: Elder JS, red. *Pediatric urology for the general urologist*. New York: Igaku-Shoin, 1996: 49–52.
11. Circumcision policy statement. American Academy of Pediatrics, Task Force on circumcision. *Pediatrics* 1999; 103: 686–93.
12. Helsedirektøren. Dekning av utgifter ved omskjæring på religiøse indikasjoner. Rundskriv I-1106/76. Oslo: Helsedirektoratet, 1976.
13. Lov om barn og foreldre (barnelova) av 8. april 1981.
14. The Convention of the rights of the child. FNs konvensjon om barnerettene. Vedteken av FN i november 1989. Oslo: Barne- og familiedepartementet, 1991.
15. Joyce BA, Keck JF, Gerkenmeyer J. Evaluation of pain management interventions for neonatal circumcision pain. *J Pediatr Health Care* 2001; 15: 105–14.
16. Granholm T. Nytt lagforslag torde skydda unga pojkar mot övergrepp. *Läkartidningen* 2000; 97: 2582–84.
17. Omkærelse av pojkar. Ds 2000: 5. Stockholm: Socialdepartementet, 2000.
18. Rynning E. Samtykke till medicinsk vård och behandling. En rättsvetenskaplig studie. Doktoravhandling. Uppsala: Justus förlag. Juridiska föreningen, 1994.
19. Kirkemo A. Complications of penile surgery. I: Glenn JF, red. *Urologic surgery*. 2. utg. Hagerstown, MD: Harper and Row, 1997: 534–7.
20. Bradley SJ, Oliver GD, Chernick AB, Zucker KJ. Experiment of nurture: ablatio penis at 2 months, sex reassignment at 7 months, and psychosexual follow-up in young adulthood. *Pediatrics* 1998; 102: 9.
21. Craig JC, Knight JF, Sureshkumar P, Mantz E, Roy LP. Effect of circumcision on incidence of urinary tract infection in preschool boys. *J Pediatr* 1996; 128: 23–7.

○