

Det Mosaiske Trossamfund

Postmottak@hod.dep.no

HØRINGSUTTALELSE

AD FORSLAG OM LOVREGULERING AV RITUELL OMSKJÆRING AV GUTTER
Deres ref.: 200800877-/KJJ

Fra

DET MOSAISKE TROSSAMFUND (DMT) i Oslo og Trondheim

Oslo, den 13. september 2011

Vi viser til Helse- og omsorgsdepartementets høringsbrev av 26.04.2011. Styrene i DMT i Oslo og Trondheim ønsker med dette å avgi følgende uttalelse:

1. DMT takker for at vi er invitert til å gjøre vårt syn gjeldende. Vi sier oss glade for departementets påpeking (notatet s.9) av at "omskjæring ikke kan sies å representere et etisk problem i forhold til norsk kultur og tradisjon. Ut fra etisk vurdering bør derfor adgangen til å foreta rituell omskjæring av gutter opprettholdes av respekt for religiøse minoriteters kulturelle og religiøse tradisjoner."

De etiske problemstillinger som oppstilles i notatet punkt 2.6 oppleves som en ikke realistisk problemstilling teoretisert frem av personer uten noen egentlig personlig erfaring på området. Det oppleves som å skape problemer som ikke eksisterer. Det er også mulig at for noen er problematisering av og motstand mot omskjæring vikarierende begrunnelser for å dekke over xenofobi.

Det er mange likheter mellom jødedom og islam, herunder krav om omskjæring av gutter. Imidlertid er regelverket og gjennomføringen noe forskjellig mellom de to. Det vi anfører kan dermed ikke uten videre overføres til muslimske forhold, selv om det vil være mange likhetspunkter. Det som måtte være spesielt for muslimene, må de selv gjøre rede for.

2. Vi ønsker først å gjøre oppmerksom på en del faktiske feil i høringsnotatet:
 - 2.1. Det heter på s.31 at i Danmark "er det overrabbieren som foretar inngrepet under veiledning av en lege som er til stede." Dette er en misforståelse. I Danmark er det en mohel (person med spesialutdannelse i å omskjære) som utfører inngrepet. Tilfeldigvis er denne mohel også overrabbiner. Men han gjør inngrepet i egenskap av å være mohel, ikke overrabbiner. Som mohel har han den nødvendige utdannelse og erfaring til å kunne utføre inngrepet uten veiledning av noen. Legen som er til stede er der ikke for å veilede, men for å

tilfredsstillende et lovpålagt krav. Dette kravet er ikke særlig tyngende idet det som oftest vil være en lege til stede fordi det er forholdsvis mange leger i menigheten.

- 2.2. På s.34 heter det at sykehusene har det nødvendige personell og utstyr til stede. Dette er skrevet på basis på premisser som ikke nødvendigvis er dekkende, cfr. punkt 3.
- 2.3. På s.44 heter det at "...i de jødiske miljøene foretas av en person som har fått spesiell opplæring, en rabbiner eller en mohel." Igjen en misforståelse. Den som utfører inngrepet må alltid være en mohel, altså ha den nødvendige utdannelse. Det har man ikke nødvendigvis bare fordi man er rabbiner og vedkommende behøver ikke være rabbiner.
3. I notatet punkt 3.13 konkluderes det med at omskjæring ikke er i strid med menneskerettighetene slik de er nedfelt, bl.a. i EMK. Det er en svakhet ved notatet at det ikke drøfter hvorvidt forbud mot omskjæring kan være i strid med internasjonale konvensjoner, især EMK. Vi vil særlig fremheve art. 8 som slår fast retten til respekt for privatliv og familieliv, art.9 som slår fast retten til religionsfrihet, herunder retten til tilbedelse, praksis og etterlevelse samt art.14 som forbyr diskriminering pga religion. Et forbud mot omskjæring eller å tvinge det inn under modell B vil være i strid med nevnte bestemmelser i EMK. Imidlertid er det på sin plass å gjøre de tiltak som er nødvendige for at omskjæring skal skje i betryggende former, uten fare for skade på barnet.
4. Det er et premiss i notatet at når omskjæring blir utført av helsepersonell vil "inngrepet i stor utstrekning være omfattet av helselovgivningen og på den måten være sikret forsvarlig utføring." Dette er en formalistisk måte å se saken på. Vår erfaring er at norsk helsepersonell ikke nødvendigvis har de nødvendige reelle kvalifikasjoner, selv om de har en formelt fullverdig kirurgisk-medisinsk utdannelse og erfaring gjennom norsk helsevesen.

Motstanden i enkelte norske medisinske kretser mot mannlig omskjæring synes å ha sin bakgrunn i helsepersonell som er vel bevandret i almindelig kirurgi, men har liten eller ingen kunnskap i den metode en mohel bruker for inngrepet. Dersom inngrepet gjøres med vanlig norsk kirurgi, blir det adskillig vanskeligere, mer omfattende og mer utsatt for komplikasjoner enn ved den metode en mohel bruker. Motstanden fra medisinsk hold synes i utgangspunktet å være grunnet på en misforståelse av hva inngrepet innebærer. En del av motstanden er nok også begrunnet i strukturen omkring inngrepet slik det er blitt utført tidligere, jfr. pkt.6.

Det er her tale om et spesialisert inngrep hvor vanlig kirurgisk erfaring i det store antall tilfelle ikke gir den nødvendige kunnskap til å gjøre inngrepet på en optimal måte. Derimot har en mohel den nødvendige spesialiserte kunnskap og tilstrekkelig og kontinuerlig erfaring til at inngrepet gjøres på den best mulige måte. Det er bare ved omskjæring når barnet er blitt større at det er fornuftig å bruke andre metoder hvor kirurgisk erfaring og kunnskap er viktig.

Tilsvarende er potensielle problemer ved omskjæring sterkt overdrevet, antagelig fordi problematikken blir drøftet på bakgrunn av en tradisjonell kirurgisk fremgangsmåte, uavhengig av at dette normalt ikke er den metode som brukes av en mohel.

5. Det blir fremhevet at inngrepet er religiøst, ikke medisinsk, begrunnet. Dette er i og for seg riktig. Men det faktum at i jødedommen er omskjæringen religiøst begrunnet, forhindrer ikke at den også kan begrunnes på medisinsk grunnlag. Det er godt mulig at våre forfedre var dyktige diagnostikere som forstod sammenhengen mellom menneskelig adferd og en god helse. De forstod at mannlig omskjæring ville føre til bedre helse. Men som det er vanlig i religiøs sammenheng, nøyde de seg med å gi påbudet om omskjæring en religiøs begrunnelse. Historisk har en slik dypere forståelse for medisinske sammenhenger ført til at den jødiske befolkningen har klart å beskytte seg mot sykdomssmitte og derved i større grad gått klar av alvorlige sykdommer enn andre.

Mannlig omskjæring har mange gode medisinske bieffekter: Mindre mulighet for overføring av veneriske sykdommer er en viktig gruppe. Av den grunn blir omskjæring av gutter nå anbefalt i bekjempelsen av HIV/Aids. Ikke bare anbefaler WHO dette, WHO har hele 6 programmer gående for å oppmuntre til omskjæring av gutter. Klamydia rammer i Norge årlig 8.000 menn og 12.000 kvinner med i verste fall kvinnelig sterilitet som resultat. Reduksjon av faren for livmorhalskreft og kreft på penis er også positivt. Problemet med for trang forhud er selvsagt eliminert. Hertil kommer at på tross av at norske gutter opplæres til å holde seg rene under forhuden, slurves det i praksis med urenheter til følge. I andre deler av verden uten god tilgang på rent vann mv er dette et mye større problem som i stor grad løses ved mannlig omskjæring,- til glede for begge kjønn.

Selv om begrunnelsen i jødedommen er religiøs, er det således intet i veien for at den reelle begrunnelsen var medisinsk og det er intet i veien for å gi det en medisinsk begrunnelse i dag. Fordelen ved å utføre det tidlig i barnets liv er stor da inngrepet da er lite og økonomisk rimelig å utføre. Dermed faller et hovedargument for å forby mannlig omskjæring bort.

6. Kostnader. Notatet s.9: "...påpekte departementet at det kreves meget små ressurser for å foreta omskjæring..." Dette er vi enige i, selv om de beløp som oppgis for å foreta inngrepet ved norske sykehus synes uforholdsmessig høye. Antagelig er de så høye fordi de er basert på tradisjonell norsk kirurgi som ikke er den beste måten å utføre inngrepet på, i ethvert fall ikke når barnet er så lite som 8 dager gammelt. Ved en adekvat fremgangsmåte vil kostnadene bli vesentlig mindre. Dermed burde prioriteringss spørsmålet ikke være så stort som det fremstår som i dag.

Vi registrerer at i høringsnotatet anbefales det at tilbud om omskjæring på sykehus bør kunne gis over hele landet. Dette er vi ikke imot. Imidlertid er inngrepet, når det foretas kort tid etter fødselen lite og kan utføres poliklinisk. Det er da intet i veien for at foreldre og barn kan reise til et sted hvor inngrepet tilbys for å forhindre at det blir utført av ukyndige personer. Da vil vedkommende kunne opparbeide en ekspertise som gjør inngrepet til en mye bedre opplevelse for alle. I betraktning av at det er et frivillig spørsmål om man vil la sine guttebarn omskjære, er det ikke urimelig å kreve at foreldrene tar bryet og kostnaden ved en slik reise. Det vil både gjøre inngrepet tryggere ved at den som utfører det har god utdannelse og erfaring og det vil gjøre det billigere fordi man da kan få stordriftsfordeler. Vi mener også at det er rimelig å kreve en passende egenandel. Dette er tiltak som vil kunne forhindre motstand

i befolkningen på grunnlag av hensyn til prioritering av ressursene i helsevesenet og økonomien i tiltaket.

Det er også en erfaring at mye av motstanden mot inngrepet fra legehold er oppstått fordi inngrepet tidligere ofte ble utført innimellom andre inngrep på operasjonssaler og barselavdelinger, og således stjal tid og ressurser fra viktigere prioriteringer.

7. Forslag på s.45 for å sikre at den som utfører inngrepet har de nødvendige kvalifikasjoner, synes upraktisk og dårlig tilpasset situasjonen. Vi har allerede betydelige problemer når det gjelder arbeids- og oppholdstillatelse for viktig religiøst personell som rabbinere og kantorer fordi det norske utdannelsessystemet er forskjellig fra det systemet som gjelder for utøvere av minoritetsreligioner. Vi er derfor bekymret for at det regelverket som tenkes innført vil være dårlig egnet i situasjonen. Utdannelsen av en mohel har i praksis vist seg å være svært tilfredsstillende. Det er ikke noe reelt problem her og menigheten ser det i sin egen interesse å sørge for at mohelen har den nødvendige utdanning og erfaring. En godkjenning bør derfor kunne gjøres på en forholdsvis enkel og ubyråkratisk måte. Det er viktig at kravene ikke blir satt ut ifra tradisjonell medisinsk tankegang, slik at kravene bommer på målet.
8. Om smertelindring hevdes det på s.47 at barn kjenner smerte på lik linje med voksne. Det er ikke riktig når man snakker om det store flertallet av barn som er 8 dager gamle, muligvis noen få dager eldre pga forbigående gulhet. For disse er smerten sannsynligvis ikke-eksisterende eller ubetydelig, på linje med å være sulten. Vi har møtt uproporsjonale sammenligninger fra medisinsk hold hvor det fremholdes at tidligere ble åpen hjertekirurgi på spedbarn utført uten bedøvelse. De to tilfellene kan ikke sammenlignes.

Nervesystemet utvikler seg stadig, så vel under svangerskapet som etter fødselen. Barnets evne til å føle smerte i ekstremitetene er ikke fullt utviklet ved fødselen. Smertelindring er derfor i det store antallet av tilfelle unødvendig, hvilket man ser klart i praksis. Hertil kommer at Bivirkningsnemnda og Legemiddelverket nylig advarte mot bruken av den reseptfrie smertedempere Dentinox. Tidligere i år har amerikanske legemiddelmyndigheter advart mot bruk av lokalbedøvende geleer, spray og løsninger hos barn under to år. Dette fordi det kan medføre den sjeldne, men alvorlige bivirkningen methemoglobinemi. Det er bare ved omskjæring når barnet er blitt noe større at det bør være aktuelt å bruke noen form for bedøvelse. Utføres inngrepet innen 8 dager etter fødselen, er den smerten barnet eventuelt føler helt ubetydelig og sterkt overdrevet som problem.
9. Hygiene. Igjen synes problematikken betydelig overdrevet når det anbefales på s.47 at "Tilsvarende krav (som i helsetjenesten) bør også stilles når det gjelder rituell omskjæring som utøves utenfor helsetjenesten..." I det store antall tilfelle er det tale om infeksjonsfare på nivå med et lite kutt i huden. Da er nok en alvorlig infeksjonsfare betydelig større på sykehus hvor man kan ha stammer av multiresistente bakterier. Det som trenges er et hygienisk godt utført inngrep. En mohel har en grundig innføring også i denne viktige siden ved inngrepet.
10. Modell A er klart å foretrekke. Vi har likevel noen bemerkninger til modellen, slik den er foreslått: Forutsetningen om at inngrepet i hovedsak skal gjøres i forbindelse med fødselen kan være umulig å etterkomme i jødisk sammenheng, avhengig av hva man mener med "i forbindelse med". Normalt blir mor og barn

sendt hjem kort tid etter fødselen. Dersom man med "i forbindelse med" mener mens mor og barn fremdeles er på sykehuset, slik det fremgår på s.37 siste avsnitt, vil det bety at inngrepet skal gjøres i løpet av et par dager etter fødselen. Dette er ikke mulig i jødisk sammenheng da omskjæringen, hvis mulig, skal skje på den 8. dag. Dette er så viktig at dersom den 8. dag faller på sabatten, skal det likevel gjøres da, selv om sabatten er hviledagen. Unntaket fra denne hovedregelen er dersom det er medisinske grunner til å utsette omskjæringen. I så fall skal den utsettes og da kan den ikke utføres på sabatten. Loven må ta høyde for denne problemstilling, slik at ikke helsepersonell og andre får uriktige oppfatninger om lovens krav til når omskjæringen skal finne sted.

Som kjent er den jødiske organiseringen og gjennomføringen av omskjæring på et høyt nivå. Vi ser derfor ingen fordel ved å påby at inngrepet skal foretas av leger. Det er også vesentlig å merke seg at resultatet ved en omskjæring som er tilfredsstillende i jødisk sammenheng, ikke nødvendigvis er identisk med det resultatet man får ved en omskjæring ved vanlig kirurgi. Normalt vil en vanlig kirurgisk omskjæring ikke fjerne nok av forhuden til at det tilfredsstillende jødiske kravet. Vi har således opplevd at det ved omskjæring foretatt av norsk kirurg ikke er blitt fjernet nok og at inngrepet derfor har måttet bli gjort på nytt.

Endelig skal anføres at det føles noe merkelig at et rituell inngrep, ved lov skal påbys foretatt av helsepersonell, også i det overveldende antall tilfelle hvor medisinsk personell ikke er nødvendig.

11. Modell B vil ikke tilfredsstillende kravet til rituell omskjæring da inngrepet må utføres av en religiøs jødisk person, i praksis en mohel. Å satse på modell B vil derfor tvinge den jødiske befolkningen til å få inngrepet utført i utlandet. Avhengig av hvordan regelverket utformes, kan det også bety at jødisk liv i Norge vil bli umuliggjort og i praksis innebære et forbud mot fortsatt normalt jødisk liv i Norge.
12. Til slutt noen kommentarer foranlediget av høringsuttalelsen fra Barneombudet. Hans uttalelse bekymrer oss.

Barneombudet fremholder barnets rett til å bestemme over egen kropp, hvilket i utgangspunktet er greit. Han vil imidlertid innføre forbud mot omskjæring før barnet er fylt 15/16 år. Det bekymrer oss at uttalelsen er basert på en manglende vilje til å se hvilken betydning minoritetenes kultur har for deres velferd. Uttalelsen er laget av og for flertallet, men med virkning for minoritetene. Det tas intet hensyn til at internasjonale konvensjoner forutsetter at foreldre vil sine barns beste og at deres rett og plikt til å utøve sin foreldremyndighet derfor skal respekteres.

Barneombudet velger å basere vesentlige deler av sin argumentasjon på unntakene i stedet for den store hovedregel. Han fremholder at noen forholdsvis få jøder eller av jødisk avstamning, velger å ikke omskjære sine barn. Han overdriver problemene forbundet med omskjæring og underkommuniserer fordelene.

Det som likevel har gjort størst inntrykk på oss, er at den debatten han ønsker om forbud mot omskjæring vil medføre stigmatisering av minoriteter. Det er et voldsomt tiltak å forby noe som tilhører privatsfæren. Det forutsetter en holdning til omskjæring om at det er nærmest barbarisk. I fortsettelsen av dette

holder han seg med falske allegorier. Således har han i debatter referert den ovennevnte sammenligningen med åpen hjertekirurgi og han har referert påstander om at omskjæring kan sammenlignes med å skjære bort en lillefinger. Han har passet på ikke å gjøre disse sammenligningene til sine egne. Men ved å referere dem uten å ta avstand fra dem, har han likevel gjort nettopp det.

Vi vil fremheve at Barneombudet forventes å være ombud for alle, også for minoritetene. Det er da svært uheldig når han ikke har tatt seg bryet med å sette seg inn i hva omskjæring betyr for minoritetene. Han problematiserer heller ikke åpenbare problemstillinger som at det er viktig for barnas psykiske velferd at de kan identifisere seg med sine foreldre og det miljø de kommer fra. Det må antas at de problemene våre barn får ved at et viktig bånd til deres familiære og sosiale miljø blir brutt, langt vil overstige de ikke-eksisterende problemer som Barneombudet fremholder.

Vi er bekymret for at Barneombudets holdning og ønske om debatt vil medføre økt fremmedhat i den norske befolkningen, uten at det kan sees noen god grunn for hans utspill.

13. Konklusjon: Vi gir vår tilslutning til den tone og retning som høringsnotatet er preget av. Vi kan ikke akseptere modell B, men har en sterk følelse av at det heller ikke er aktuelt, men mer er satt opp for å vise og diskutere dette alternativet. Med de bemerkninger vi har fremsatt ovenfor kan vi gi modell A vår tilslutning. Det er imidlertid avhengig av at forskrifter til gjennomføring av loven blir tilfresstillende utformet og vi vil gjerne være med i en videre diskusjon av disse når man kommer så langt.

DMT takker for denne muligheten til å avgi vår høringsuttalelse. Vi står gjerne til tjeneste for ytterligere informasjon og diskusjon.

Med vennlig hilsen

Det Mosaiske Trossamfunn i Oslo og Trondheim

Ervin Kohn
forstander og styreleder

Rita Abrahamsen
styreleder

DMT_119

Ombudet for dem som er som oss

Av: Nils August Andresen - 31. august, 2011

Barneombud Reidar Hjermann har konkludert i omskjæringssaken: Han vil at det skal settes en nedre aldersgrense på 15 år. Han vil forby det han selv ikke liker og ikke forstår. Implikasjonen vil være at mange jøder igjen vil føle at de er uønsket i riket.

Barneombudet kommer i dag med en uttalelse om omskjæring av guttebarn. Det ønskes en aldersgrense på 15 år. Implikasjonen vil være at den tradisjonelle jødiske omskjæring må opphøre, og at mange muslimer vil finne det nesten umulig å følge sine skikker. Amerikanere som bor i Norge, kan også bli overrasket: Der har mange omskåret barna sine av ikke-religiøse grunner. Rundt en tredjedel av verdens mannlige befolkning er omskåret.

Barneombudets begrunnelse er at ”det er ingen medisinsk begrunnelse for å omskjære alle guttebarn”, at Ombudet ikke ønsker at barn skal utsettes for ikke-medisinske inngrep, og at i den grad de skal det, må de få anledning til gi sitt samtykke. Barna skal bestemme over sin egen kropp, mener Hjermann.

Problemet oppstår når evnen til å forstå andres legitime tanker om hva som er til deres barns beste, er så lav.

Jeg ville ikke selv ha omskåret mine hypotetiske guttebarn. Det har ingen betydning for min identitet, eller den jeg ønsker å viderebringe dem, og jeg ser ikke at eventuelle medisinske fordeler – som finnes – oppveier andre aspekter ved det. Jeg har heller ingen problemer med at relative fordeler og ulemper ved omskjæring diskuteres, både i storsamfunnet og i religiøse samfunn. Det er likevel noe ytterst ubehagelig ved det forbudsforslaget som her fremmes: Den totale blindheten for andre goder enn man selv setter pris på.

Foreldre bestemmer over barna

De aller fleste som velger å la sine barn omskjære, gjør det fordi de mener det er til barnas beste. De vil typiske mene det bidrar til å forankre identitet og til religiøs mening; noen vil også mene det har visse medisinske fordeler man vektlegger. Det er ikke noe problem at Barneombudet privat ikke mener dette taler for omskjæring eller vil være til barnets beste. Problemet oppstår når evnen til å forstå andres legitime tanker om hva som er til deres barns beste, er så lav. Da er veien kort til å lovregulere oppdragelsen etter en snever forståelse av vår egen kulturelle praksis.

Det er altså slik at flere leger mener omskjæring nettopp mens barna er små, har enkelte positive helseeffekter, for eksempel knyttet til urinveisinfeksjoner og kjønnsykdommer.

Men det vesentligste poenget er et annet: Foreldre bestemmer over barn hele tiden, må gjøre det, og bør gjøre det. Nektes foreldrene å ta et valg de mener er til barnets beste, kommer en annen aktør inn og gjør det i stedet: Staten. I dette tilfellet vil staten da si at hensynet til hudlappen på penis og kortvarig smerte er viktigere enn spørsmål om identitet, religion og foreldrenes forståelse av medisinske avveininger.

Foreldreretten er et sentralt vern mot overivrige moralister som mener de vet best hvordan alle barn bør oppdras. Den er selvfølgelig ingen blankofullmakt: Det finnes valg foreldrene kan gjøre som er så alvorlige, så skadelige, så traumatiserende at staten må begrense foreldreretten. *Kvinnelig* omskjæring handler for eksempel i den kategorien, et smertefullt og farlig inngrep som fratar kvinnen store deler av sitt seksualliv. (Derfor er da også kvinnelig omskjæring uendelig mye mindre utbredt enn mannlige.) Men innstillingen til en som vurderer forbud,

må være at man klarer å forstå hvorfor foreldre mener noe er til beste for barna, og at man aksepterer at ”barnets beste” ikke er en statlig definisjon, men en levende og mangfoldig praksis. Staten kan sette minimumsgrenser når valg staten kan påvirke, gir alvorlig svekket livskvalitet.

Det er ikke omskårne jøder eller muslimer som ber om storsamfunnets beskyttelse for sine barn. Det er hvite, protestantiske eller ateistiske nordmenn. Det gir en emmen smak i munnen.

Ikke et krav fra de som er omskåret

Det er ikke mange indikasjoner på at mannlig omskjæring er av en slik art, for å si det litt forsiktig. Barneombudets vurdering i denne saken gir uttrykk for en forståelse av begrepene som har en klar politisk slagside. Det illustrerer de mange problemene som finnes når ombudsordningen, gjennom en spesifikk forståelse av ett hensyn, blir et talerør for et bestemt politisk syn med store politiske konsekvenser. Jeg har hatt forståelse for at det er ønskelig med et Barneombud, fordi barn ikke selv uten videre har en stemme i den offentlige debatt. Men også Barneombudet bør ta inn over seg at tolkninger av barnerettslige begreper kan ha betydelig politisk og filosofisk slagside, og at et ombud som ikke ser mer enn en av sidene, mister politisk legitimitet.

Ropene om forbud i Norge kommer overhodet ikke fra dem som selv er blitt omskåret. Det er ikke de som hevder å være utsatt for overgrep. Det er ikke omskårne jøder eller muslimer som ber om storsamfunnets beskyttelse for sine barn. Det er ikke innflyttede New Yorkere eller omskårne kristne fra Øst-Afrika: Det er hvite, protestantiske eller ateistiske nordmenn. Det gir en emmen smak i munnen.

Men det er ikke bare barneombudet som tenker slik. En kort twittertur imorges oppviste mange tilhengere av forbud, og få motstandere. De insisterer på at barn ikke har religiøs identitet, eller avviser at omskjæring er viktig for den identiteten. De tror lett på medisinske argumenter mot omskjæring, og avfeier argumentene for, kanskje med hentydninger til at det kan være jødiske leger som fremmer dem.

Ombud for de andre

Og på søndagene går de tur i nordmannens kirke, Nordmarka, og ser foreldre slepe motvillige småbarn gjennom skiløypene, de faller og gråter og vil snu, og nordmannen ser på foreldrene og sier: ”Ut på tur, aldri sur, vet du! Det blir nok folk av dem også!” Og det blir det. Og vi vet at det blir det, selv om noen får et problematisk forhold til sine overambisiøse foreldre, selv om noen hater skiløyper resten av livet, og selv om noen får skader i skibakken, likevel vet vi at det blir folk av dem, og at det ikke egentlig er så farlig. Vi vet det fordi det er oss.

Så har vi ombud til å passe på de andre og forby det de finner på.

- Nils August Andresen (f. 1978) er ansvarlig redaktør i Minerva

Ingressfoto: Barneombudet

Lignende saker:

1. Barnas beste

Av: Nils August Andresen - 31. august 42 kommentarer