

Helse- og omsorgsdepartementet

Date:26.09.2011

Høringsuttalelse om Rituell omskjæring av gutter

Innledning

Vi viser til Helse- og omsorgsdepartementets høringsnotat om rituell omskjæring av gutter og departementets forespørsel om en uttalelse fra Senter for Medisinsk Etikk. Vedlagt følger vår høringsuttalelse. Vår uttalelse er strukturert omkring åtte punkter vi finner viktig å kommentere, etterfulgt av en oppsummerende konklusjon.

- 1) På s. 6 i departementets høringsnotat uttales: "Rituell omskjæring av gutter har blitt praktisert i flere tusen år, og er i dag et vanlig inngrep stort sett over hele verden. Det forekommer innenfor flere befolkningsgrupper og gjøres av ulike årsaker, herunder både religiøse, kulturelle og hygieniske årsaker. I tillegg anses det av mange som et forebyggende tiltak mot for eksempel infeksjoner eller smittsomme sykdommer".

Det er en bemerkelsesverdig ordbruk som her benyttes: "et vanlig inngrep". Det som er viktig å ta stilling til her er om "rituell omskjæring av gutter" etisk, juridisk og medisinsk kan forsvares som et "et vanlig medisinsk inngrep". Høringsnotatet heller i retning av dette siste ved å hevde at "mange" anser dette som et forebyggende tiltak mot infeksjoner og smittsomme sykdommer. Vi synes det er påfallende at departementet gjengir dette syn uten å belegge påstanden og uten å informere om at mangan av de som har uttalt seg om de *medisinske* fordelene ved omskjæring av guttebarn har en kulturell og religiøs interesse av å legitimere denne praksis.

- 2) På side 28 i høringsnotatet uttaler departementet: "Departementet legger til grunn at rituell omskjæring av gutter ikke kan anses for å være i strid med barnekonvensjonen". Likeledes på s. 29 i høringsuttalelsen uttales: "Departementet legger til grunn at rituell omskjæring ikke kan anses for å være i strid med EMK" (Dvs., den europeiske menneskerettskonvensjonen av 4. november 1950. Departementet nøyer seg her med å fremsette denne tolkning, uten på noe vis å synliggjøre hvordan de er kommet fram til denne tolkning.
- 3) Et annet normativt instrument av utvilsom relevans i denne sammenheng forbigås i stillhet av



departementet, selv om Norge i oktober 2005 deltok i UNESCOs Generalforsamling i Paris som resulterte i at 192 medlemsland av FN, inkludert Norge, vedtok ved akklamasjon *The Universal Declaration on Bioethics and Human Rights*. Artikkel 12 i denne deklarasjon lyder:

“Respect for cultural diversity and pluralism

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”.

Det er ingen tvil om at medisinsk assistert omskjæring av guttebarn uten evne til selv å samtykke kommer i konflikt med flere av artiklene i denne deklarasjon. Derfor kan medisinsk assistert omskjæring av guttebarn 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. Det er vanskelig å se hvordan man kan unngå å komme i krysspress i forhold til disse rettigheter når man foretar et mutilerende inngrep på et guttebarn uten evne til selv å gi sitt samtykke, dertil et inngrep som i de aller fleste tilfeller ikke har noen som helst helsemessig relevans i guttebarnets første 15 leveår. At foreldre bestemmer over barn uten samtykkekompetanse i forbindelse med kirurgiske inngrep som nødvendig helsehjelp er noe fundamentalt forskjellig fra retten til å avgjøre at barn skal utsettes for irreversible inngrep som ikke er medisinsk indiserte.

I tillegg vil vi til dette punkt anføre: Dersom omskjæring anses som en religiøs praksis kan man stille spørsmål om ved om barnas religionsfrihet avskjæres (bokstavelig talt) - siden dette er et irreversibelt inngrep som man ikke kan velge bort på et senere tidspunkt. Det er spesielt uheldig dersom denne irreversibile religiøse "merkingen" skjer i statens regi. Staten burde heller være opptatt av å beskytte forsvarsløse barn mot inngrep i kroppen som er smertefulle og som har en viss risiko for komplikasjoner.

- 4) På side 23 i høringsnotatet anføres: ”Rituell omskjæring faller utenfor en naturlig forståelse av ordlyden i helsepersonellovens definisjon av ”helsehjelp”. Videre heter det på s. 25:” Som nevnt under punkt 3.4 og punkt 3.5 legger departementet 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*” (Vår utheving). På tross av disse lovtolkninger og sistnevnte uthevede uttalelse om at rituell omskjæring i lovens forstand ikke er å anse som helsehjelp, 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” (s. 27), og det med henvisning til at ”Avgjørelser om helsehjelp faller inn under foreldreansvaret etter barneloven” (s. 27). Denne argumentasjon henger imidlertid ikke

sammen, ettersom det her ikke er tale om ”avgjørelser om helsehjelp”, men om et tiltak departementet selv i sin lovtolkning understreker faller *utenfor* en naturlig tolkning av helsehjelp.

- 5) Som begrunnelse for foreliggende høringsuttalelse sier departementet at det er et økende behov blant migrante befolkningsgrupper bosatt i Norge for at den offentlige helsetjenesten tilbyr slike inngrep: ”Spørsmålet om rituell omskjæring av gutter har den senere tid blitt aktualisert gjennom flere henvendelser til departementet som følge av at store deler av den offentlige helsetjenesten ikke lenger tilbyr dette inngrepet” (s. 6). Til dette behovsargument kan anføres: Den voldsomme veksten i det offentliges helsebudsjetter de siste årtier har tvunget fram en smertelig prioriteringsdebatt i Norge som har resultert i utviklingen av kriterier for hvordan man etisk sett kan forsvare at enkelte pasientgrupper kan forsømmes for å imøtekomme de medisinske hjelpebehovene hos mer trengende pasienter. Som et pedagogisk hjelpemiddel i så henseende foreslo det siste Lønningutvalget (NOU 1997:18) en inndeling av våre helsetjenester i fire prioriteringsgrupper (en inndeling som for øvrig departementet selv også refererer til):

- i. Grunnleggende helsetjenester (skal-tjenester),
- ii. Utfyllende helsetjenester (bør-tjenester)
- iii. Lavt prioriterte helsetjenester (kan-tjenester), og
- iv. 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 I og II). Videre anføres det i høringsnotatet ingen argumenter som skulle tilsi at et slikt tilbud kan legitimeres som kan-tjenester. Tvert i mot taler alle forhold til fordel for at et slikt eventuelt tilbud ikke bør utføres av det offentlige, ei heller belastes det offentlige helsebudsjettet. 13 millioner kroner, som er det kostnadstall det opereres med i høringsnotatet, kan utvilsomt 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 på friske mennesker uten samtykkekompetanse og uten at det i de aller fleste tilfeller foreligger noen som helst medisinsk indikasjon for inngrepet. Hvis ikke slike inngrep skal nedprioriteres i den offentlige helsetjenesten, hva skal da nedprioriteres? Derfor kan man vanskelig henvise til det ”det offentliges ansvar for å hindre at gutter blir utsatt for smerte eller risiko ved uforsvarlig omskjæring” som 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.

- 6) Som det anføres i departementets høringsnotat er hensikten å legge forholdene "...til rette for at rituell omskjæring skal skje på en forsvarlig måte" i Norge (s. 7). Vi kan ikke se at de to lovforslagene foreslått i høringsnotatet representerer forsvarlige måter å løse dette problem på, ettersom det i begge forslag helt sees bort fra at det er tale om medisinsk ikke-indiserte inngrep av irreversibel karakter på barn uten samtykke-kompetanse. I det hele tatt mangler høringsnotatet en prinsipiell refleksjon over hva som kan være til barnets beste. Symptomatisk for denne mangel er at barnets beste som et grunnleggende hensyn i denne sammenheng nevnes bare ett sted i høringsnotatet, og da bare med refereranse til at dette utgjør et av fire grunnprinsipper i FN's barnekonvensjon (s. 28). Av disse grunner støtter vi 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 forsvarlighetshensynet i departementets notat også signalisere at et slik tiltak kan være forsvarlig dersom man sikrer at det angjeldende guttebarn besitter samtykkekompetanse ved inngrepstidspunktet.
- 7) I høringsnotatet anføres det at: "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" (s. 15). Det er flere forhold som her krever utdyping. For det første er det et faktum at prevalensen av HIV er betydelig høyere i afrikanske land med overvekt av kristne. Å knytte denne forskjell til det faktum at muslimske kulturer i denne delen av verden omskjærer sine guttebarn, er imidlertid dypt problematisk, dersom den lavere forekomsten av slike sykdommer i muslimske land i Afrika ensidig knyttes til at i disse landene er menn omskåret! For da ser man helt bort fra den viktigste forklaringsfaktoren hva angår denne prevalensforskjell: at i muslimske kulturer eksisterer det en strengere seksualmoral og større sosial kontroll hva angår seksualitet, noe som medfører en mye lavere forekomst av seksuelle forbindelser før inngått ekteskap samt lavere prevalens av utenomekteskapelige forbindelser enn tilfelle er i Afrikanske land med dominans av kristne kulturer. Det eksisterer solid internasjonal forskning som peker på dette som hovedårsaken til prevalensforskjellen mellom kristne og muslimske befolkningsgrupper i Afrika hva angår HIV og AIDS-forekomster. Å henvise til 'omskårethet' som forklaringsfaktor er derfor knapt holdbar. Hva angår WHO's anbefaling om at mannlig omskjæring anses som et viktig virkemiddel for å forebygge HIV-infeksjon hos menn, er der ingenting i veien for at en slik anbefaling følges opp uten å foreta inngrepet

på samtykke-inkompetente guttebarn, ettersom de aller fleste guttebarn debutterer seksuelt i en alder hvor de har oppnådd samtykkekompetanse.

På side 21 i høringsnotet anføres: "Rituell omskjæring av gutter utføres ved et fåtall private institusjoner mot en egenbetaling, og inngrepet koster fra 3.500 til 9.500 kroner. For mange vil dette innebære en stor økonomisk belastning, noe som øker risikoen for at omskjæringen blir utført av ikke-kompetente personer". Tatt i betraktning at omskjæring av guttebarn framheves som et viktig identitetsskapende virkemiddel i de miljøer som denne høring retter seg mot (jødiske og muslimske miljøer i Norge), fortoner det seg noe underlig at en prislapp på mellom 3500 og 9.500 kroner skulle være til hinder for at disse familiene selv klarer å dekke disse utgifter fra egen lomme. Vi kan derfor vanskelig se at antatt manglende betalingssevne hos et ikke tallfestet antall berørte familier skal kunne brukes som argument for at rituell omskjæring av guttebarn bør kunne tilbys gratis ved offentlige sykehus i Norge. Dessuten vil vi anføre: Det at staten vil legge til rette for og betale for omskjæring innebærer at staten legitimerer en praksis som det hersker stor uenighet omkring i forhold til menneskerettigheter. Videre sendes med dette et signal om at dette er en type inngrep og risiko som staten ønsker at barn skal utsettes for.

- 8) I Norge har vi siden 1995 hatt en lov som forbyr omskjæring av kvinner (Lov om forbud mot kjønnslemlestelse av 15. desember 1995). Lignende lovforbud eksisterer også i flere andre europeiske land. Dersom kvinnelig omskjæring i vesten helt generelt forkastes som et mutilerende - og kvinneundertrykkende - inngrep, bør ikke da omskjæring av guttebarn forkastes av samme grunn? Hvis svaret på dette spørsmål er nei, plikter man ikke da i det minste å gjøre rede for hvilke moralsk relevante forskjeller som eksisterer mellom omskjæring av jenter og guttebarn? Et grunnleggende prinsipp i etikken - rettferdighetsprinsippet - tilsier at like tilfeller skal behandles likt og ulike tilfeller skal behandles forskjellig. Dette gir grunn til å spørre om det er slik at alle former for kvinnelig omskjæring er like fysisk mutilerende og dermed etisk forkastelige, eller om det finnes inngrep som er av samme mutileringsgrad som den guttebarn utsettes for? Ut fra den typeinndeling WHO opererer med (type I-IV), innebærer den minst mutilerende form for omskjæring - fjerning av forhuden på klitoris, med eller uten delvis eller fullstendig fjerning av de små kjønnslepper. Denne type inngrep synes å ligge nært opp til det guttebarn utsettes for i dag.

Konklusjon

Oppsummerende finner SME at det foreliggende høringsnotat baserer sin argumentasjon for sine to lovforslag på en tendesiøs tolkning av foreliggende empiri, en overfladisk tolkning av internasjonale konvensjoner hva angår menneskerettigheter og en inkonsistent tolkning av norske rettskilder (jamfør våre anførsler hva angår tolkningen av barneloven i forhold til tolkningen av

“helsehjelp” i helsepersonelloven og pasientrettighetsloven). Dertil overser departementet at det foreligger muligheter for å etablere et offentlig tilbud for rituell omskjæring av guttebarn, som ikke bryter med retningslinjene for prioriteringer i den offentlige helsetjenesten (ved at familiene selv betaler for inngrepene) ei heller med barnets beste og med barns fundamentale rettigheter (ved at man venter med omskjæring til barnet har oppnådd evne til selv eventuelt å samtykke til at et slikt inngrep foretas). Vi finner det også beklagelig at det foreliggende høringsnotat ikke problematiser det forhold at Norge siden 1995 har hatt et totalforbud mot omskjæring av jenter, spesielt siden den minst mutilerende form for omskjæring av jenter (fjerning av forhuden på klitoris, som bl.a. praktiseres av familier tilhørende den koptiske kirke i Egypt) er sammenlignbar med fjerning av guttebarns forhud. Dersom respekt for kulturell diversitet og religiøs tilhørighet skal ha noen som helst mening, bør etter vår oppfatning en slik respekt gjelde for alle sammenlignbare tilfeller. Ingen land er tjent med dobbeltmorslsk bokholderi på et så vidt sensitivt område.

Vennlig hilsen

Jan Helge Solbakk

Jan Helge Solbakk
Professor

Reidar Pedersen

Reidar Pedersen
Forsker

Anne Hambro Alnæs

Anne Hambro Alnæs
Forsker