

Helse Vest RHF
Postboks 303 Forus
4066 Stavanger

Dykkar ref:
2011/200-1782/2011

Vår ref:
2011/2096

Saksbehandlar
Anne Kristine Breivik, tlf.
55973928

BERGEN,
29.09.2011

Høringsuttale - Forslag om lovregulering av rituell omskjering av gutar

Vi viser til brev frå Helse Vest av 24. april 2011 kor de ber om innspel til høringsuttale i samband med departementet sitt forslag om lovregulering av rituell omskjering av gutar. Administrerande direktør har innhenta synspunkt både frå det kirurgiske fagmiljøet i føretaket og frå Klinisk etikkomité i Helse Bergen i samband med denne høyringa.

Synspunkt frå det urologiske og barnekirurgiske fagmiljøet

Det prinsipielle standpunktet til dette fagmiljøet er at omskjering av gutar er eit mutilerande (lemlestande) inngrep og at barnets foreldre derfor ikkje bør få velje dette på vegne av barnet når inngrepet ikkje er medisinsk indisert. Dersom omskjering skal gjennomførast i andre tilfelle meiner det kirurgiske fagmiljøet at dette føreset eit samtykkje frå barnet sjølv. Vi viser i denne samanheng til Barneombudet si høringsuttale.

Bakgrunnen for dette standpunktet er mellom anna at dette fagmiljøet meiner at det ikkje finst tilstrekkeleg støtte eller gode nok argument i den medisinske litteraturen til støtte for å lovfeste (1) foreldras rett å krevje omskjering, (2) helsevesenets plikt til å utføre inngrepet og (3) det offentleges plikt til å finansiere ei verksemd som kan skildrast som ein irreversibel, smertefull, stumpande og unødvendig operasjon hos nyfødde gutar. Ut frå dette legg dei til grunn at spørsmålet om ei slik lovregulering er eit reint politisk spørsmål, og ikkje medisinsk.

For det andre er dette fagmiljøet usikker på om det vil vere mogleg å realisere departementets ønskje om å gjennomføre omskjering innanfor norsk offentleg helsevesen utan risiko for negative medisinske konsekvensar. I høringsnotatet byggjer departementet på internasjonale studiar, og særleg på tal frå ein studie i Israel i høve frekvensen av komplikasjonar. Fagmiljøet stillar spørsmål ved om tala vil vere samanliknbare med situasjonen i Noreg kor helsetenesta har langt mindre erfaring med denne type inngrep. Uansett val av metode har vi svært liten erfaring med å gi smertelindring (for eksempel penisblokkade) og å omskjere nyfødde gutar innan norsk offentleg helsestell. I dei fyrste åra vil vi sannsynlegvis sjå alvorlege komplikasjonar i langt høgare tal enn 0,5 - 1%.

I tillegg er vi uroa for at det kan bli vanskeleg å finne kirurgar med ønskje og tilstrekkeleg kompetanse til å utføre denne slags kirurgi og sjukepleiarar til å assistere, informere og

overvake. Vi trur at mange av dei mest erfarne kirurgane fortsett vil prioritere pasientar med kirurgiske diagnosar.

Dersom det blir ei politisk avgjerd om at det offentlege helsestellet skal tilby rituell omskjering av gutar, meiner fagmiljøet at denne oppgåva bør tas ut av ordinær sjukehusdrift og over på ei eller anna meir sentralisert eining med eigne økonomiske ressursar.

Det kirurgiske fagmiljøet sine kommentarar til organiseringa av tilbodet dersom departementet konkluderer med at omskjering av gutar skal skje innan norsk offentleg helsestell

Departementet legg til grunn at det vil vere aktuelt med omskjering av om lag 2000 gutar årleg i Noreg. Dette tilsvarar i gjennomsnitt 200 nye pasientar årleg her ved Haukeland, altså 4 per veke. I dag opererer vi årleg 300 barnepasientar elektivt. Dei ekstra 200 pasientane må behandlast på same måte som andre barnepasientar med informasjon, behandling, overvaking og oppfølging. I tillegg må eventuelle komplikasjonar og klagesaker behandlast. Dersom tilbodet om omskjering skal gjevast innanfor ordinær sjukehusdrift er vi bekymra for at resultatet kan bli ein prioriteringskonflikt mellom omskjering og anna kirurgisk behandling av barn, eller andre deler av den daglege sjukehusdrifta. Det er allereie vanskeleg å garantere at dei gutane som i dag må opererast for retensio testis, lyskebrokk og fimosis på medisinsk indikasjon, får tilbod om god nok behandling, til rett tid. Vi trur ikkje at norsk offentleg helsestell kan syte for at 2000 omskjeringar årleg på nyfødde gutar blir utført med mindre komplikasjonar og klagar enn det vi allereie ser i dag.

Slik vi forstår det er departementet einig i at denne type inngrep ikkje gjer rett til ”*nødvendig helsehjelp*” og såleis ikkje har prioritet i høve prioriteringsforskrifta. Dette står i motstrid til forslaget om at inngrepet bør gjerast på sjukehuset i samband med fødselen. I dag er det relativt kort liggetid på fødeavdelingane i dei tilfella der mor og born er friske etter fødselen. Dersom det skal vere mogleg å utføre omskjeringa i den tida mora og guten er innlagt på fødeavdelinga vil dette innebære at inngrepet får høg prioritet i høve til andre kirurgiske inngrep. Ei slik løysing er vi usamde i.

Dersom det blir vedtatt ein lov om rituell omskjering av gutar er det heilt sentralt at det blir laga ei ordning slik at ikkje desse pasientane blir prioritert framfor andre pasientar som har behov for kirurgiske inngrep på medisinsk indikasjon. Ei mogleg løysing kan vere at desse tenestene blir kjøpt frå andre verksemder gjennom driftsavtaler med dei regionale helseføretaka.

Synspunkt frå Klinisk etikkomité (KEK) i Helse Bergen

KEK Helse Bergen er samd i at det trengst ei lovregulering for å sikre ein forsvarleg praksis og likt tilgjengelege tenester. Det er semje om at rituell og kulturelt bestemt omskjering ikkje gir rett til helsehjelp. Inngrepet er etisk forsvarleg med dei føresetnadene som ligg i dei to lovframlegga. Medlemmene har ulike syn på kor sentral rolle dei offentlege sjukehusa skal ha i utføringa av inngrepet. Men inngrepet bør utførast innanfor spesialisthelsetenesta, eventuelt supplert av særskild godkjende lekpersonar. Eigenbetalinga må ikkje vere så stor at foreldre nyttar personar som ikkje har godkjenning. Det bør utarbeidast ein vegleiar for kirurgisk metode, og det bør vere påbod om at også dei minste borna skal ha adekvat smertelindring under og etter inngrepet.

KEK Helse Bergen støttar at dei regionale helseføretaka skal organisere og tilby spesialisthelsetenester på ein slik måte at dei som ønskjer det kan få utført rituell omskjering

på ein forsvarleg måte, uavhengig av kvar dei bur og økonomisk evne. Det bør sikrast at inngrepet kan skje i samband med eller kort tid etter fødselen. Medlemmene hadde ulike syn på om berre legar skal kunne gjennomføre inngrepet (modell B), eller om også lekpersonar skal kunne utføre omskjering etter opplæring og godkjenning (modell A).

Konklusjon frå KEK:

KEK Helse Bergen støttar lovframlegga, men tar ikkje standpunkt til om det skal vere modell A eller modell B.

Oppsummering

Det kirurgiske fagmiljøet og Klinisk etikkomité i Helse Bergen HF har ulike synspunkt i høve forslaget frå Helse- og omsorgsdepartementet. Administrerande direktør meiner at alle desse synspunkta er viktige å ta med i den vidare diskusjonen om korleis dette skal løysast.

Med vennleg helsing

Stener Kvinnsland
Administrerande direktør

Kopi: Helse- og omsorgsdepartementet, Postboks 8011 Dep, 0030 Oslo