

VELFERDSFORSKNINGSINSTITUTTET NOVA

# En godt bevart statshemmelighet?

Evaluering av lov om rituell omskjæring av gutter

ADA I. ENGEBRIGTSEN, MONICA FIVE AARSET  
OG NORA STENE

OSLO METROPOLITAN UNIVERSITY  
STORBYUNIVERSITETET



# **En godt bevart statshemmelighet?**

Evaluering av lov om rituell omskjæring av gutter

ADA I. ENGEBRIGTSEN, MONICA FIVE AARSET  
og NORA STENE

Velferdsforskningsinstituttet NOVA  
Rapport 18/2020

Velferdsforskningsinstituttet NOVA er et institutt på Senter for velferds- og arbeidslivsforskning på OsloMet – storbyuniversitetet.

Instituttet har som formål å drive forskning og utviklingsarbeid som kan bidra til økt kunnskap om sosiale forhold og endringsprosesser. Instituttet skal fokusere på problemstillinger om livsløp, levekår og livskvalitet, samt velferdssamfunnets tiltak og tjenester.

© Velferdsforskningsinstituttet NOVA  
OsloMet – storbyuniversitetet 2020

ISBN (trykt utgave) 978-82-7894-762-3

ISBN (elektronisk utgave) 978-82-7894-763-0

ISSN 0808-5013 (trykt)

ISSN 1893-9503 (online)

Illustrasjonsfoto: © colourbox.no

Desktop: Hussein Monfared

Trykk: Byråservice

### **Henvendelser om publikasjoner kan rettes til:**

NOVA, OsloMet

Stensberggata 26 · Postboks 4, St. Olavs plass, 0130 Oslo

Telefon: 67 23 50 00

Nettadresse: [www.oslomet.no/om/nova](http://www.oslomet.no/om/nova)

## Forord

---

Denne rapporten er resultatet av en evaluering av lov om rituell omskjæring av gutter (lov-2014-06-20-40) som ble vedtatt i 2014 og trådte i kraft i 2015. Evalueringen er bestilt av Norges forskingsråd og Helse- og omsorgsdepartementet under programmet HELSEVEL. Arbeidet ble påbegynt desember 2017 og ferdigstilt desember 2020.

Prosjektgruppen har bestått av forskere fra NOVA ved OsloMet og Universitetet i Oslo: Ada I. Engebriksen (prosjektleder), Monica Five Aarset, Nora Stene, og Kristian Heggebø. Kristian Heggebø har utført registerundersøkelsen i kapittel 4.

Takk til Jane Dullum og Jon Rogstad som har lest og kommentert hele rapporten, og til Marie Louise Seeberg som har lest og godkjent den. Vi vil også takke Siv Øverås og Norges forskingsråd for godt samarbeid. Sist, men ikke minst, vil vi takke alle de vi har intervjuet i forbindelse med evalueringen.

Oslo, november 2020

– En godt bevart statshemmelighet? –

# Innhold

---

<b>Sammendrag</b> .....	<b>9</b>
<b>1 Innledning: mandat og gjennomføring</b> .....	<b>13</b>
Innledning.....	13
Lov om rituell omskjæring av gutter .....	14
Hva loven ikke regulerer .....	17
NOVAs løsning av oppdraget.....	17
Om evalueringsforskning .....	18
Rapportens oppbygning.....	18
<b>2 Datamateriale og metode</b> .....	<b>19</b>
Innledning.....	19
Kvalitative data .....	19
Foresatte .....	19
Religiøse ledere .....	20
Offentlige helseforetak og private klinikker .....	20
Registerdata .....	21
Evalueringsperiode 2015–2019 .....	22
Begrensninger .....	22
Forskningsetikk.....	23
Anonymisering.....	23
Oppsummering .....	24
<b>3 Bakgrunn for rituell omskjæring av gutter</b> .....	<b>25</b>
Innledning.....	25
Praksis i Norge før 2015 .....	25
Lovgivning i andre skandinaviske land.....	27
Omskjæringspraksis – en lang tradisjon .....	27
Jødedom .....	28
Islam.....	29
Helseperspektiv .....	30
En opphetet debatt .....	30
Oppsummering .....	33
<b>4 Rituelle omskjæringer innenfor det offentlige tilbudet</b> .....	<b>34</b>
Innledning.....	34
Organisering av det offentlige tilbudet.....	34
Pris.....	35
Oversikt over organiseringen av tilbudet i helseregionene .....	36
Helse Sør-Øst .....	38
Helse Vest.....	39
Helse Midt-Norge .....	40
Helse Nord .....	40
Privat leverandør for spesialisthelsetjenesten – IbsenSykehusene AS.....	41
Informasjon om det offentlige tilbudet .....	43

Henvising .....	45
Omfanget av rituelle omskjæringer utført innenfor det offentlige tilbudet .....	46
Antall kirurgiske inngrep og aldersfordeling .....	46
Befolkningsgrupper .....	48
Antall inngrep fordelt på helseforetak, helseregioner og bostedsfylke .....	49
Komplikasjoner .....	53
Oppsummering .....	54
<b>5 Rituelle omskjæringer utenfor det offentlige tilbudet .....</b>	<b>55</b>
Innledning .....	55
Private klinikker og legekantor .....	55
Antall rituelle omskjæringer .....	57
Informasjon, tolking og samtykke .....	58
Alder .....	59
Metoder .....	59
Smertelindring .....	60
Foreldrenes rolle .....	60
Oppfølging .....	60
Komplikasjoner .....	61
Befolkningsgrupper .....	61
Pris .....	62
Rituell omskjæring ved andre legekantor og klinikker? .....	62
Mohel med lege til stede .....	62
Antall .....	63
Informasjon .....	63
Alder .....	63
Metode, smertelindring og foreldres rolle .....	63
Oppfølging og komplikasjoner .....	63
Pris .....	64
Leger som hentes fra utlandet .....	64
Rituell omskjæring i utlandet .....	64
Rituell omskjæring utført av personer uten medisinsk utdanning? .....	65
Oppsummering .....	65
<b>6 Foreldres erfaringer med rituell omskjæring av gutter .....</b>	<b>67</b>
Innledning .....	67
Muslimske og kristnes foreldres erfaringer .....	67
Forberedelser .....	67
Religiøse menigheter som informasjonskanaler .....	68
Hvorfor rituell omskjæring? .....	69
Hva er riktig alder for omskjæring? .....	70
Henvising .....	70
Inngrepet .....	70
Omskjæring i utlandet .....	72
Oppfølging .....	74
Komplikasjoner .....	74
Geografisk begrenset tilbud .....	74
Foreldres synspunkter på loven .....	75
Tvil og ambivalens .....	75

Jødiske foreldres erfaringer .....	75
Forberedelser .....	75
Hvorfor .....	76
Henvisninger/helseattest .....	77
Informasjonskanaler .....	77
Inngrepet .....	77
Omgivelser og foreldres rolle .....	77
Omskjæring utenfor Norge .....	78
Oppfølging .....	78
Komplikasjoner og geografi .....	79
Foreldres synspunkter på loven og på praktiseringen av den .....	79
Oppsummering .....	79
<b>7 Lov om rituell omskjæring av gutter... En godt bevart statshemmelighet? .....</b>	<b>81</b>
Innledning .....	81
Sentrale funn: .....	81
Forsvarlighet .....	81
Kontroll, regulering og tilsyn .....	82
Alder, smertelinding og metode .....	82
Informasjon og samtykke .....	83
Mot guttens vilje? .....	83
Komplikasjoner .....	83
Tilgjengelighet .....	84
Forventede inngrep og registrerte inngrep .....	84
Manglende informasjon om tilbudet? .....	84
Ulikt tilbud – geografisk .....	85
Ulikt tilbud – alder .....	85
Ulikt tilbud etter religiøs tilhørighet .....	86
Endring av tilbudet .....	86
Hensyn til helsepersonells samvittighet .....	86
Henvvisning .....	86
Kostnad .....	86
Bærekraft .....	87
En godt bevart statshemmelighet? .....	88
<b>8 Anbefalinger .....</b>	<b>89</b>
Endringer som følge av loven .....	89
Våre anbefalinger .....	89
Informasjon .....	89
Organisering av tilbudet .....	90
Offentlig registrering .....	91
<b>Summary .....</b>	<b>92</b>
<b>Referanser .....</b>	<b>95</b>
<b>Vedlegg: Intervjuguider .....</b>	<b>98</b>



– En godt bevart statshemmelighet? –

## Sammendrag

---

Lov om rituell omskjæring av gutter (LOV-2014-06-20-40) skal sikre at rituell omskjæring utføres på en forsvarlig måte, og at et offentlig tilbud om rituell omskjæring av gutter er tilgjengelig. Denne evalueringens hovedintensjon er å frembringe forskningsbasert kunnskap om hvorvidt loven praktiseres etter hensikten: om hvor inngrepene utføres, om det er rapportert om komplikasjoner knyttet til inngrepene, og om tilbudet fortrenger andre typer helsehjelp. Evalueringen konkluderer med:

- I vårt materiale blir det store flertallet av rituelle omskjæringer i Norge (mellom 600–900 pr. år) utført av private klinikker og legekontor. Det utføres få rituelle omskjæringer gjennom det offentlige tilbudet, ca. 100 pr. år i perioden 2015–2019.
- Informasjon om det offentlige tilbudet er lite tilgjengelig for foreldre, og tilbudet er ikke likeverdig i de fire helseregionene.
- Det ser ut til å ha vært få komplikasjoner i perioden vi har undersøkt.
- I og med at det offentlige helsevesenet står for svært få rituelle omskjæringer, kan det se ut til at det offentlige tilbudet om rituell omskjæring i liten grad fortrenger andre medisinske nødvendige inngrep.
- Foreldre i vårt materiale uttrykker sterk tillit til det norske helsevesenet og ønsker at rituell omskjæring skal foretas innenfor det offentlige

Evalueringen er utført på oppdrag av Norges forskningsråd og Helse- og omsorgsdepartementet under programmet HELSEVEL. Arbeidet ble påbegynt 1. november 2017 og ferdigstilt 1. desember 2020.

Lov om rituell omskjæring av gutter var svært kontroversiell da den ble vedtatt, ettersom den regulerer en praksis som er omstridt i Norge, og som ikke tidligere har vært regulert. Samtidig er praksisen /ritualet av stor verdimeessig betydning for deler av befolkningen, først og fremst for den muslimske og jødiske minoriteten. En evaluering stiller følgelig krav til etisk forsvarlig behandling av informanter og data. Alle informanter er anonymisert.

### Metode

Evalueringen baserer seg på kvalitativ metode med en integrert kvantitativ komponent. Det kvalitative materialet består av intervjuer med hovedsakelig muslimske og jødiske foreldre samt fokusgruppeintervjuer med foreldre i Bergen, Trondheim, Tromsø og Oslo, med religiøse ledere og med helsepersonell. Den kvantitative komponenten baserer seg på registerdata og dreier seg bl.a. om antall omskjæringer, hvor de ble gjennomført, og om komplikasjoner.

## **Om rituell omskjæring av gutter**

Rituell omskjæring av gutter er utbredt i store deler av verden. Det er anslått at ca. 30 prosent av verdens mannlige befolkning er omskåret (Weiss et al. 2007, s. 1). Det geografiske tyngdepunktet ligger i dag i USA, Midtøsten og på det afrikanske kontinentet. Debatten om omskjæring går langs flere linjer: medisinske pro- og kontra-argumenter knyttes til helsegevinst kontra komplikasjonsfare, og juridiske/etiske argumenter om religionsfrihet, minoritets- og foreldrerettigheter står mot en barnerettighetsdiskurs som er negativ til omskjæring.

Majoritetsbefolkningen i Norge har ikke tradisjon for rituelle omskjæring. Den jødiske minoriteten har imidlertid alltid arrangert omskjæring for sine sønner. Dette ble organisert privat, med innleide omskjæringsekspert som kom fra utlandet. Med innvandringen til Norge fra slutten av 1960-tallet og fremover ble det gradvis større etterspørsel etter tidlig omskjæring på landets sykehus. I 1976 besluttet helsemyndighetene at inngrepet skulle inngå som en del av tilbudet under barseltiden ved norske fødselsklinikker. På 1980- og 1990-tallet ble ordningen knyttet til store debatter om prioriteringer i helsevesenet. Etter år med til dels opphetede debatter der man blant annet viste til religionsfrihet og foreldrerett på den ene siden og barns rettigheter på den andre, samt et dødsfall som var knyttet til omskjæring, ble det klart at praksisen med rituell omskjæring måtte reguleres. Etter omfattende høringsrunder og debatter ble lov om rituell omskjæring av gutter vedtatt i 2014 og trådte i kraft i 2015. Loven påbyr helseregionene å tilby sine innbyggere et forsvarlig offentlig tilbud om rituell omskjæring av gutter, og jødiske menigheter fikk lovfestet en mulighet til å opprettholde sin egen religiøse praksis.

## **Er lovens intensjon oppfylt?**

Et av hovedspørsmålene for evalueringen er hvorvidt lovens intensjon er oppfylt. Våre data viser at det offentlige helsevesenet bare i liten grad foretar rituell omskjæring av gutter. Dette kan forklares på mange måter. Da loven ble innført viste det seg at det var stor motstand blant helsepersonell mot å foreta inngrepet ved de offentlige sykehusene i Helse Nord og Helse Midt-Norge. I stedet og i tråd med loven ble det gjort avtaler med private sykehus om å foreta inngrepet med offentlig avtale. Disse avtalene har imidlertid skiftet over tid og i Helse Nord har det aldri vært et tilbud innen helseregionen. Per i dag har disse helseregionene avtale med de private IbsenSykehusene som foretar omskjæring ved sine sykehus i Sør-Norge. Helse Vest har et tilbud ved Haukeland universitetssykehus og Stavanger universitetssykehus. Disse tilbyr imidlertid bare rituell omskjæring på gutter over tre år, mens flertallet av våre informanter ønsker at omskjæring foretas på spebarn. Helse Sør-Øst har også avtale med IbsenSykehusene, men omskjæring foretas også sporadisk av flere sykehus i regionen. Alle rituelle omskjæring foretatt av det offentlige registreres i sentrale helseregistre.

Vi hevder at tilbudet er skjevt fordelt geografisk, og at aldersbegrensninger også begrenser tilbudet for mange foreldre. Som forskere opplevde vi at det også er svært vanskelig å finne offentlig informasjon om hvor tilbudene finnes.

Flere private klinikker tilbyr imidlertid inngrepet på samme medisinske og økonomiske vilkår som det offentlige, men det finnes ingen samlet oversikt over disse tilbudene eller hva de konkret tilbyr. Vi fant frem til seks slike klinikker, ofte gjennom intervju med foreldre, alle i Oslo. Vi fikk kontakt med fem og ut fra deres registrering ser det ut til at de til sammen har utført størstedelen av de rituelle omskjæringene i perioden 2015–2019. Disse klinikkene har kun registreringsplikt i sine egne journaler.

Intervjuene med foreldre over hele landet viser at også de har hatt vansker med å finne informasjon om tilbudet om rituell omskjæring av gutter. Foreldrene brukte sine religiøse ledere, slekt og venner og internettet som informasjonskilder. Alle ønsket imidlertid mer tilgjengelig informasjon fra det offentlige. Foreldrene forteller at de har måttet bruke private klinikker til tross for at de har ønsket å omskjære sine sønner gjennom det offentlige helsevesenet, helst på sykehus. Ingen av våre informanter hadde hørt om det offentlige tilbudet på IbsenSykehusene. De aller fleste foreldrene hadde gode erfaringer med de private klinikkene, både når det gjaldt informasjon om og forberedelse til inngrepet, selve inngrepet og etterbehandlingen. Klinikkene så ut til å foreta inngrepet slik loven påbyr. Jødiske foreldre som får sine sønner omskåret ifølge sin tradisjon, med lege og religiøs spesialist (mohel) til stede, var fornøyde med loven og tilbudet de hadde.

Er tilbudet om rituell omskjæring slik det foreligger i dag i tråd med lovens intensjon? For å svare på dette bruker vi begrepene forsvarlighet, tilgjengelighet og bærekraft. Begrepene dekker hovedspørsmålene for evalueringen og lovens intensjon.

*Forsvarlighet* handler om at inngrepet utføres av lege, eller med ansvarlig lege til stede, og at det gjennomføres på en medisinsk forsvarlig måte etter lovens pålegg. Ifølge vår undersøkelse foregår inngrepet slik i dag både i det offentlige og det private tilbudet. *Ettersom inngrepet i private klinikker ikke registreres offentlig, og det heller ikke underlegges offentlig kontroll, har man imidlertid ingen garanti for at lovens intensjon er oppfylt.*

*Tilgjengelighet* handler om at det finnes informasjon som kan gi foreldre en mulighet for å velge det tilbudet de ønsker i regionen der de bor. Som våre data viser, er det lite tilgjengelig informasjon om tilbudet. Helsestasjonene ser ikke ut til å formidle informasjon, og mange foreldre føler det de tolker som motvilje til inngrepet fra fastlegens side, og vegrer seg for å spørre. Ingen i vårt materiale kjente til IbsenSykehusene. Tilbudet er også svært ulikt mellom regionene. I tillegg gjør aldersbegrensninger at tilbudet bare er brukbart for noen foreldre og ikke for de fleste som praktiserer spebarnomskjæring. *Lovens intensjon om at tilbudet er tilgjengelig, er følgelig bare oppfylt for noen befolkningsgrupper, som den jødiske.*

*Bærekraft* står for forutsetninger om at tilbud om rituell omskjæring ikke skal skje på bekostning av andre pasienters lovfestede rett til helsehjelp. Bærekraft handler også om hvorvidt og hvordan rituell omskjæring av gutter belaster det offentlige

økonomisk (Prop. 70 L). Ettersom våre data viser at det foretas ca. 100 omskjæringer årlig gjennom det offentlige tilbudet og ettersom disse inngrepene ikke er prioritert, slik at det dannes ventelister, som rapportert for Haukeland universitetssykehus og Stavanger universitetssykehus, kan vi ikke se at rituell omskjæring av gutter i nevneverdig grad belaster det offentlige helsevesen. Når det gjelder private klinikker foretas disse inngrepene stort sett i legenes fritid. *Når det gjelder bærekraft ser lovens intensjon ut til å være oppfylt.*

## Anbefalinger

- Det må foreligge god og oversiktlig informasjon om loven og detaljer om hvor innbyggere i hver region kan få utført inngrepet.
- Hver helseregion må sørge for at lokalsykehus og helsestasjon kan gi foreldre den informasjonen de etter loven har krav på, både muntlig og skriftlig.
- Informasjonen må foreligge på aktuelle språk og være tilgjengelig via offentlige nettsider.
- For at tilbudet skal være tilgjengelig og likeverdig bør det ligge i den helseregionen der foreldrene bor.
- Det offentlige tilbudet bør inkludere rammeavtaler med flere enn én privat aktør.
- Konsekvensene av lovens § 4: «det skal tas hensyn til helsepersonell som av samvittighetsgrunner ikke ønsker å utføre eller assistere ved slike inngrep» bør utredes.
- Helseregionene bør inngå avtaler med private aktører som også omskjærer yngre aldersgrupper.
- Det bør etableres en offentlig registrering av disse aktørene, slik at det kan føres tilsyn med praksis slik at foreldre/gutter tilbys et trygt inngrep.

# 1 Innledning: mandat og gjennomføring

---

## Innledning

Denne rapporten er resultatet av en evaluering av lov om rituell omskjæring av gutter som ble vedtatt i 2014 og trådte i kraft i 2015. Evalueringen er utført på oppdrag av Norges forskningsråd og Helse- og omsorgsdepartementet under programmet HELSEVEL. Arbeidet ble påbegynt 1. november 2017 og ferdigstilt 1. desember 2020.

Loven regulerer en praksis som tidligere ikke har hatt en egen lovregulering. Helse og omsorgsdepartementet anslo (Prop. 70 L, s.14 og s.48), basert på antall fødte muslimske og jødiske gutter, at det kan være behov for omskjæring av ca. 2000 nyfødte gutter per år i Norge. Formålet med loven er å sikre at rituell omskjæring av gutter skal utføres på en forsvarlig måte, samt å sikre at et tilbud om rituell omskjæring er tilgjengelig (lov om rituell omskjæring av gutter, § 1). Loven plasserer ansvaret hos helseregionene (§ 4). Loven definerer rituell omskjæring av gutter som «et kirurgisk inngrep hvor forhud rundt penis fjernes helt eller delvis, og hvor formålet er religiøst begrunnet» (§ 2). Inngrepet har en religiøs forankring for jøder og muslimer, og for en del kristne (for mer utfyllende informasjon se kapittel 3).

I dette innledningskapittelet presenterer vi hensikten med evalueringen, selve loven og kort om bakgrunnen for loven. Deretter presenteres NOVA's definisjon av oppdraget og av evalueringsforskning.

## Hensikten med evaluering

Vi vil presisere at dette ikke er en evaluering av praksisen med rituell omskjæring i seg selv. Evalueringen skal innhente forskningsbasert kunnskap om hvorvidt loven virker etter hensikten. Loven var kontroversiell da den ble vedtatt ettersom den regulerer en praksis som er svært omstridt i Norge, men som samtidig er av stor verdimesig betydning for deler av befolkningen, først og fremst for den muslimske og jødiske minoriteten. Det er følgelig av interesse både for allmenheten, for helsevesenet, som loven regulerer, og for myndighetene, hvordan loven fungerer i praksis.

De overordnede problemstillingene som ble løftet frem i forskningsrådets utlysning er:

- Hvor inngrepene utføres
- Om det er rapportert komplikasjoner knyttet til inngrepene
- Om tilbudet fortrenger andre typer helsehjelp

Utlysningen la videre vekt på at vi i prosjektet skulle undersøke hvorvidt tilbudet om rituell omskjæring er tilgjengelig, likeverdig og faglig forsvarlig. Et sentralt

spørsmål for evalueringen er også hvorvidt tilbudet oppleves som relevant for foreldre. Dette er av avgjørende betydning for at tilbudet benyttes og loven virker.

I denne evalueringen bruker vi begrepene *forsvarlighet*, *tilgjengelighet* og *bærekraft* som representerer hovedmålene for evalueringen.

*Forsvarlighet* står for lovens krav om at rituell omskjæring av gutter skal utføres på en forsvarlig og betryggende måte, og at gutter som blir omskåret ikke lider overlast (Prop. 70 L). Inngrepet skal utføres av lege eller med lege til stede, og inngrepet skal tilbys innenfor det offentlige helsevesenet. I lovens § 1 om forsvarlighet henvises det til helsepersonelloven § 4. Ifølge lovproposisjonen gjelder helsepersonellovens forsvarlighetsplikt selve gjennomføringen av inngrepet, men omfatter også det å sikre smertelindring og å hindre smitteoverføring eller infeksjoner. Kravet innebærer også at foreldre gis informasjon om inngrepet og at inngrepet journalføres. Forsvarlighet gjelder også lovens krav om samtykke fra begge foreldre og fra gutter over 18 år, at barns mening om inngrepet skal respekteres og at inngrepet ikke kan gjøres mot guttens vilje. Evaluering av forsvarlighet omfatter å undersøke om det er oppstått komplikasjoner etter inngrepet.

*Tilgjengelighet* dekker spørsmålet om hvor og hvordan rituell omskjæring av gutter utføres, i det offentlige helsevesenet og i private klinikker. Det dekker videre spørsmålet om hvorvidt tilbudet som foreligger er organisert slik at det er tilgjengelig for de som ønsker det. Kravet om tilgjengelighet er spesifisert i Prop. 70 L: «Slik departementet ser det bør derfor et forsvarlig tilbud om rituell omskjæring være likt tilgjengelig i hele landet» (s. 52).

*Bærekraft* står for kravet i loven om at tilbudet ikke skal gå på bekostning av andre typer helsehjelp. Det presiseres klart i lovproposisjonen, Prop. 70 L at tilbud om rituell omskjæring ikke skal skje på bekostning av andre pasienters lovfestede rett til helsehjelp eller spesialisthelsetjenestens evne til å oppfylle andre lovpålagte krav eller plikter (s. 21). Bærekraft handler også om hvorvidt og hvordan rituell omskjæring av gutter belaster det offentlige økonomisk.

Følgende dokumenter har vært førende for denne evalueringen:

- Prop. 70 L (2013–2014) *Lov om rituell omskjæring av gutter* (heretter Prop. 70 L)
- Mål- og rammedokument – Evaluering av Rituell omskjæring av gutter (Helse- og omsorgsdepartementet).
- *Veileder. Evaluering av lover.* (Politi- og justisdepartementet, 2009).

## Lov om rituell omskjæring av gutter

Loven ble vedtatt i 2014 og trådte i kraft i 2015 etter omfattende og langvarige debatter om rituell omskjæring av gutter i media og i politiske fora. Motstanden mot denne praksisen er sterk i helsevesenet og blant politikere, men også blant

vanlige borgere (Prop.70 L, Døving & Kraft, 2013). Motstanden ble forsterket av et medieomtalt dødsfall i Oslo i 2012, som følge av rituell omskjæring under kritikkverdige forhold. Tross motstand og etter omfattende høringer ble forslag til lov anbefalt av legeföreningen, først og fremst for å avverge uforsvarlige medisinske inngrep. Dette er også hovedbegrunnelsen fra Helse- og omsorgsdepartementet for å foreslå en lovregulering. I Prop. 70 L veies guttens rett til selvbestemmelse over egen kropp og religiöse identitet, opp mot foreldres interesse av å sikre guttens religiöse og kulturelle tilhørighet og oppvekst (s. 27). Departementet konkluderer med at Barnekonvensjonen ikke kan sies å innebære et krav om forbud mot religiös omskjæring. Barnekonvensjonen er imidlertid et sterkt argument for at rituell omskjæring må gjøres på en forsvarlig måte. I vår samtale med representanter for Helse- og omsorgsdepartementet (heretter HOD) i 2019 ble religionsfriheten også framhevet som en viktig grunn for lovreguleringen.

Lov om rituell omskjæring av gutter retter seg mot det offentlige helsevesenet og forplikter helseregionene å tilby tjenesten til de som ønsker den innen sin helseregion. Det er imidlertid ikke en rettighet for foreldre å få sine sønner omskåret i det offentlige helsevesen, ettersom inngrepet ikke regnes som helserelatert. Samtidig presiserer proposisjonen at fravær av et offentlig tilbud om rituell omskjæring av gutter innebærer økt risiko for at inngrepet blir utført av personer uten kompetanse og på uforsvarlige måter. Overtredelser av §§ 5–8 og § 3 er straffebelagt.



## Lov om rituell omskjæring av gutter (LOV-2014-06-20-40)

### § 1. Formål

Lovens formål er å sikre at rituell omskjæring av gutter utføres på en forsvarlig måte, samt sikre at et tilbud om rituell omskjæring er tilgjengelig.

### § 2. Definisjon av rituell omskjæring

Med rituell omskjæring menes i denne lov et kirurgisk inngrep hvor forhud rundt penis fjernes helt eller delvis, og hvor formålet er religiøst begrunnet.

### § 3. Virkeområdet – forholdet til andre lover

Loven gjelder den som tilbyr eller utfører rituell omskjæring i riket. Ved utførelse av rituell omskjæring kommer helsepersonelloven og pasient- og brukerrettighetsloven til anvendelse så langt de passer. Pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 2 kommer ikke til anvendelse.

Pasientskadeloven gjelder ved utførelse av rituell omskjæring. Kongen kan gi forskrift om at loven helt eller delvis skal gjelde for Svalbard og Jan Mayen, og kan fastsette særlige regler under hensyn til de stedlige forholdene.

### § 4. Offentlig tilbud

Regionale helseforetak i henhold til helseforetaksloven § 2 skal organisere spesialisthelsetjenesten slik at de som ønsker det innen helseregionen, kan få utført rituell omskjæring av gutter på en forsvarlig måte. I den grad det ikke hindrer et forsvarlig tilbud, skal det tas hensyn til helsepersonell som av samvittighetsgrunner ikke ønsker å utføre eller assistere ved slike inngrep.

### § 5. Adgang til å utføre rituell omskjæring

Rituell omskjæring av gutter skal utføres av lege.

Rituell omskjæring kan også utføres av andre dersom lege er til stede og står ansvarlig for inngrepet. Legen skal påse at inngrepet skjer i henhold til denne loven.

### § 6. Smertelindring

Rituell omskjæring av gutter kan bare utføres dersom det gis nødvendig smertelindring. Nødvendig smertelindring skal gis forut for, under og etter inngrepet.

### § 7. Informasjon

Informasjon skal gis i samsvar med helsepersonelloven § 10. Informasjon skal også gis til gutten dersom han har nådd en alder og modenhet som er nødvendig for å forstå informasjonen.

Opplysning om den informasjon som er gitt, skal nedtegnes i journal som nevnt i helsepersonelloven § 39.

### § 8. Samtykke til rituell omskjæring

Rituell omskjæring av gutter under 18 år kan bare utføres etter samtykke fra den eller de som har foreldreansvaret for gutten.

Gutter som er i stand til å danne seg egne synspunkter skal ha rett til informasjon om inngrepet og gis anledning til å si sin mening. Det skal legges behørig vekt på guttens mening i samsvar med alder og modenhet. Rituell omskjæring kan ikke utføres mot guttens vilje.

### § 9. Straff

En lege som forsettlig eller grovt uaktsomt overtrer lovens §§ 5–8, eller bestemmelser gitt i medhold av lovens § 3, straffes med bøter eller fengsel i inntil tre måneder.

Den som uten å være lege forsettlig eller grovt uaktsomt overtrer lovens §§ 5–8, eller bestemmelser gitt i medhold av lovens § 3, straffes med bøter eller fengsel i inntil to år.

### § 10. Ikrafttredelse

Loven trer i kraft fra den tid Kongen bestemmer. Kongen kan bestemme at de enkelte bestemmelsene skal tre i kraft til forskjellig tidspunkt.

### § 11. Endringer i andre lover

### *Hva loven ikke regulerer*

I Prop.70 L diskuteres en rekke tema som ikke ble omfattet av lovreguleringen. I diskusjonen om tilgjengelighet presiserer Prop.70 L at det bør sikres at det finnes et tilbud i hele landet. I lovens § 4 er det imidlertid uklart om tilbudet skal gis alle i helseregionene eller om det skal finnes fysisk i alle helseregioner. Til tross for at det i Prop.70 L ser ut til å tas for gitt at omskjæring bør skje i forbindelse med fødsel eller kort tid etter, sier loven ingenting om barnets alder ved omskjæring. Loven regulerer kun rituell omskjæring av gutter som gjennomføres i Norge. Spørsmålet om reservasjonsrett er også diskutert i Prop.70 L. Det konkluderes med at det ikke gis reservasjonsrett, men i lovens § 4 presiseres det at det skal tas hensyn til helsepersonell som av samvittighetsgrunner ikke ønsker å utføre inngrepet, hvis det ikke er til hinder for et forsvarlig tilbud. Loven sier ikke noe om hva inngrepet skal koste «brukere», men Prop. 70 L påpeker at det ikke bør være gratis, ettersom det ikke er helsefaglig begrunnet, og at egenandelen skal fastsettes av Stortinget i forbindelse med statsbudsjettet. Loven spesifiserer ikke hvilke kvalifikasjoner utførende lege skal ha. Mer omfattende bakgrunn for loven vil bli utdypet i kapittel 3.

### **NOVAs løsning av oppdraget**

NOVA har gjennomført en undersøkelse i seks faser, i hovedsak basert på fem datakilder: intervju med (i) helseregionene, (ii) representanter for offentlige helseforetak og private klinikker, (iii) foreldre og (iv) religiøse ledere. Intervjuer med mindreårige gutter som har blitt omskåret etter loven trådte i kraft, ligger utenfor rammene av dette oppdraget. Evalueringen omfatter også en analyse av (v) registerdata. Vi har fulgt spesifiseringen av oppdraget fra Mål- og rammedokument og Evaluering av lov om Rituell omskjæring av gutter. Videre er det viktig å understreke at evalueringen er en samfunnsvitenskapelig analyse, og ikke en juridisk eller en medisinsk analyse. Det er lagt opp til at kvalitative og kvantitative data belyser hverandre. Fasene i dette designet bygger på hverandre slik at de grunnleggende intervjuene i helseregionene (fase 1, 2) danner basis for utvikling av de kvalitative intervjuundersøkelsene (fase 2, 3, 5) med foreldre, religiøse ledere og med helsepersonell i offentlige helseforetak og private klinikker, med og uten offentlig avtaler. Intervjuene med helseregionene var planlagt som fokusgruppeintervju med ledere, noe som viste seg uhensiktsmessig og vanskelig å gjennomføre. I stedet gjennomførte vi telefonintervju med regionsdirektørene eller informasjonsansvarlig i de fire helseregionene, om tilbudet om rituell omskjæring i helseregionene. Fase 4 bestod av en innsamling av registerdata fra Norsk pasientregister, blant annet om frekvens, omfang og geografisk spredning av tilbudet i Norge. Ettersom vi regnet med at det kunne ta lang tid å få tilgang til slike administrative registerdata som prosjektet trenger, og ettersom vi ønsket å få data fra mest mulig av evalueringsperioden, planla vi og gjennomførte denne data-innsamlingen sent i prosjektperioden. I fase 5 gjennomførte vi foreldrintervjuene og innhentet utfyllende informasjon fra helseforetakene og privatklinikkene. Analyse av data, sammenfatning og rapportskrivning ble gjennomført i fase 6, høsten 2020.

## Om evalueringsforskning

Innenfor evalueringsforskningen skiller man gjerne mellom *effektevaluering* og *prosessevaluering* (Baklien, Pape, Rossow og Storvoll, 2007). Mens effekt-evaluering handler om å påvise statistisk målbare sammenhenger mellom tiltak og effekt, innebærer prosessevaluering en mer kvalitativ tilnærming og spør «hvorfors ting blir som de blir» (Baklien, 2004, s. 50). I evalueringen av loven om rituell omskjæring har vi benyttet en kombinasjon av effektevaluering og prosessevaluering. Vi har undersøkt både hvilken effekt loven har hatt for praksisen med rituell omskjæring, og hvordan tiltaket oppfattes, forstås og ivaretas av helsevesenet og foreldre. En helhetlig evaluering krever her at effekter av loven undersøkes gjennom samtaler med foreldre, religiøse ledere og helsepersonell.

*Veileder. Evaluering av lover* (Politi- og justisdepartementet, 2009) har en del forslag til problemstillinger som vi har fulgt i evalueringen og inkorporert i denne rapporten. Det gjelder bl.a. spørsmål som hensikten med evalueringen og loven, hvilke gevinster loven muliggjør, hvordan den oppleves av alle parter som berøres, og hvorvidt loven fører til målene den setter. Disse spørsmålene blir diskutert i kapittel 7 basert på dataene fra intervjuer og pasientregister.

## Rapportens oppbygning

Rapporten er delt inn i åtte kapitler. Innledningskapitlet presenterer evalueringen og konteksten for loven. I kapittel 2 presenteres og diskuteres datainnsamlingen, etiske vurderinger den reiser, og hvordan disse er håndtert. Kapittel 3 gir en utfyllende beskrivelse av bakgrunnen for rituell omskjæring av gutter. Det tar også opp forarbeidet med og vedtak av loven i 2014 og den debatten som loven har reist. Kapittel 4 og 5 omhandler hvor og hvordan rituell omskjæring av gutter utføres i Norge i dag. Kapittel 4 gir en gjennomgang av det offentlige tilbudet og er basert på intervjudata med de offentlige helseforetakene, dokumentgjennomgang samt registerdata fra Norges pasientregister. I kapittel 5 går vi igjennom hva vi vet om rituell omskjæring utenfor det offentlige tilbudet. Vi beskriver hvem som tilbyr inngrepet, deres informasjonspraksis til publikum, samt til foresatte før inngrepet, medisinske teknikker, smertelindringspraksis og møte med foreldre/foresatte. Kapittel 6 presenterer et utvalg av de intervjuene vi har gjort med foreldre om dere erfaringer med rituell omskjæring. Kapitlet følger foreldre fra forberedelsesfasen, gjennom erfaringer med selve inngrepet og til oppfølging og ettertanker. Foreldrenes erfaringer, sammen med data fra helseforetakene og klinikkene og intervju med religiøse ledere, blir oppsummert og diskutert i kapittel 7, som sammenfatter funnene i evalueringen. I kapittel 8 presenterer vi anbefalinger.

## 2 Datamateriale og metode

---

### Innledning

I dette kapitlet gjør vi rede for datamaterialet og de metodiske fremgangsmåtene vi har benyttet. Evalueringen er basert på primærdata fra intervju og Norsk pasientregister, supplert med sekundærdata som rapporter, fagartikler, medieoppslag som bakgrunnsmateriale. Her gir vi en oversikt over det kvalitative og kvantitative datamaterialet.<sup>1</sup> Oppdragsgiver ønsket en følgeevaluering og vi gjør rede for hvordan det er løst. Vi gjør så rede for begrensingene i denne evalueringen og hva de betyr for konklusjonen. Til slutt diskuterer vi anonymisering og forskningsetikk.

### Kvalitative data

#### *Foresatte*

Vi har intervjuet i all hovedsak muslimske og jødiske foreldre i forskjellige deler av landet om deres erfaringer med rituell omskjæring av gutter. For å komme i kontakt med foreldre, tok vi utgangspunkt i menigheter og i allerede opprettede kontakter. Videre averterte vi etter foreldre i avisen UTROP, og vi la ut informasjon om evalueringen og forespørsler om deltakelse på Islamsk råds hjemmeside og på Facebook. Av de rundt hundre foreldrene vi intervjuet, var ca. 50 deltakere i fokusgrupper i Bergen, og i Trondheim, med ca. 25 muslimske foreldre hvert sted, samt i Oslo med ti deltakere og i Tromsø med ca. fem.<sup>2</sup> Videre foretok vi 28 personlige intervju både med par og enkeltforeldre. Disse var i all hovedsak muslimske foreldre. De fleste av dem hadde bakgrunn fra Pakistan, og mange av dem var norskfødte etterkommere av innvandrere. Vi intervjuet videre 25 foreldre med tilknytning til jødiske menigheter, individuelt eller som par, om deres erfaringer med rituell omskjæring av gutter. I tillegg har vi intervjuet tre kristne afrikanske foreldre. Vi prøvde gjennom flere kanaler å rekruttere amerikanske foreldre, men lyktes ikke med dette.

De fleste foreldre vi fikk kontakt med var positive til å bli intervjuet om et tema som er svært viktig for dem. Temaene for intervjuene med foreldre dreiet seg i hovedsak om deres erfaring med rituell omskjæring av sine gutter, om forberedelse, gjennomføring og oppfølging av inngrepet. Det handlet også om hva de visste om loven og tilbudet, og om deres synspunkter på loven og hvordan den praktiseres. I kapittel 6 presenterer vi en sammenfatning av foreldrintervjuene.

---

<sup>1</sup> For intervjuguider se vedlegg.

<sup>2</sup> Når det gjelder deltakerne i fokusgruppene har vi kun omtrentlige tall fordi det var flere som kom og gikk på ulike tidspunkter i løpet av intervjuene.

### *Religiøse ledere*

Vi intervjuet 41 religiøse ledere i et bredt spekter av muslimske menigheter i Oslo, Bergen, Trondheim, Tromsø og Kristiansand, ledere av jødiske menigheter i Oslo og Trondheim og ledere av to afrikanske kristne menigheter. Informantene var imamer, prester og jødiske rabbinere, samt forstandere, assistenter og rådgivere i menighetene.

Intervjuene med religiøse ledere ble i all hovedsak gjennomført i moskeer, synagoger, kirker og forsamlingshus, og dreiet seg om hvordan loven blir forstått og kommunisert til medlemmene, samt hvordan de forskjellige menighetene praktiserer rituell omskjæring, i hjemlandet og i Norge. Vi snakket også om hva innføring av loven innebærer for de forskjellige religiøse samfunnene. I en del tilfeller viste det seg svært arbeidskrevende å få kontakt med religiøse ledere og få innvilget intervju. For en del muslimske ledere er arbeidet i moskeen på frivillig basis noen dager i uken. Enkelte var også skeptiske til å snakke om rituell omskjæring. Intervjuene avdekket at dette nok kan forklares med den utbredte skepsisen til, og medieomtalen av, alt som har med omskjæring å gjøre i Norge, og at gutteomskjæring lett forveksles med omskjæring av jenter. Disse intervjuene er ikke presentert samlet slik foreldreintervjuene er, men brukt som bakgrunnsmateriale i kapitel 5,6 og 7.

### *Offentlige helseforetak og private klinikker*

Det viste seg komplisert å få informasjon om de offentlige og private helse-tilbudene, delvis fordi det har vært mange endringer siden loven trådte i kraft og delvis fordi det var vanskelig å finne instanser som visste om tilbudene. Tidlig i datainnsamlingen intervjuet vi fagdirektørene i de fire helseregionene på telefon, om det offentlige tilbudet om rituell omskjæring av gutter i deres helseregion. Videre innhentet vi informasjon gjennom mailutveksling om praktisering av inngrepet ved universitetssykehuset i Stavanger og Haukeland i Bergen. Samtale med fagdirektørene ble tatt opp igjen i slutten av prosjektet. Vi foretok personlige intervju med leder ved den private klinikken som har inngått rammeavtale med flere regioner, samt med praktiserende lege/kirurg ved fire private klinikker og legekontor, alle i Østlandsområdet. Intervjuene dreiet seg i hovedsak om medisinske spørsmål som reguleres av loven og som etterspørres i oppdraget, samt om antall omskjæringer som var foretatt. Innenfor rammene av dette prosjektet har det ikke vært mulig å få en fullstendig oversikt over helseforetak og private klinikker som tilbyr rituell omskjæring av gutter i Norge.

Vi har foretatt intervju ved to helsestasjoner i bydeler med høy andel innbyggere med minoritetsbakgrunn i Oslo. Ved den ene helsestasjonen intervjuet vi en helse-sykepleier, mens ved den andre foretok vi et gruppeintervju med en helsesykepleier, to jordmødre og en helsestasjonslege om deres kjennskap til loven og erfaring med informasjon. Helsesykepleiere var ikke del av den opprinnelige planlagte informantpoolen, men vi forstod i løpet av prosjektet at de forventes å være viktige informasjonskilder for foreldre i forbindelse med rituell gutteomskjæring. På Helsedirektoratets informasjonsskriv til foreldre som ønsker at

sønnen skal få utført rituell omskjæring<sup>3</sup>, står det at informasjon om hvor inngrepet kan utføres kan fås hos fastlege eller helsestasjon. Resultatene av datainnsamling om det offentlige og private helsetilbudet presenteres i kapittel 4 og 5.

For å utfylle bildet av tenkningen og motivasjonen bak utforming av loven intervjuet vi to representanter for HOD, samt ressurspersoner som deltok i forarbeidene til loven.

## Registerdata

For å lage et anslag over hvor mange rituelle omskjæringer som foretas i Norge gjennom det offentlige helsevesenet, har vi analysert registerdatainformasjon om alle kirurgiske inngrep utført ved norske sykehus (inkludert private behandlingssteder som har avtale med et helseforetak) for tidsperioden 01.01.2015–31.08.2019. Siste tertial 2019 kunne ikke inkluderes i vårt datamateriale da det ikke var tilgjengelig på det tidspunktet Helsedirektoratet trakk ut data til vårt prosjekt. Variabelen «NCSP kirurgiske prosedyrekoder» fra Norsk Pasientregister (NPR) er benyttet, ved å be om informasjon om alle kirurgiske inngrep med diagnosekode Z41.2 «Kontakt med helsetjenesten for rutinemessig eller rituell omskjæring av gutt eller mann» og prosedyrekode KGV20 «Rituell omskjæring». Vi har i tillegg bedt om at alle guttene/mennene følges over tid i NPR data, i maksimalt 24 måneder, for å se om det dukker opp noen komplikasjoner. Mer spesifikt har vi søkt om å få tilgang til potensielle komplikasjoner for de følgende syv<sup>4</sup> ICD-10 diagnosekoder: N498, N499, N508, N509, N518, N998, og N999. Pasientens behandlingsfylke og -fødselsår, hvilket år/tertialet inngrepet ble utført, og navnet på behandlende helseforetak inngår også i NPR-datamaterialet. Informasjonen fra NPR har blitt koblet med informasjon fra Statistisk sentralbyrå (SSB) om fødeland (verdensdel), innvandringskategori, landbakgrunn (verdensdel), innvandringsgrunn, og diverse sosiodemografisk informasjon. Datamaterialet ble oversendt fra SSB og NPR i løpet av februar 2020.

Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK) godkjente søknaden 27. september 2019. Personvernkonsekvensvurderingen (DPIA) ble deretter godkjent 5. november 2019. Vedtak om tilgjengeliggjøring av opplysninger fra Norsk pasientregister (NPR) ble fattet 3. desember, og avtale om utlån av opplysninger fra Statistisk sentralbyrå (SSB) ble signert 28. januar 2020.

---

<sup>3</sup> <https://www.helsedirektoratet.no/brosjyrer/rituell-omskjaering-av-gutter-informasjonskriv-til-foreldre#lastnedinformasjonsskrivpdf>

<sup>4</sup> N498 - Betennelsestilstand i andre spesifiserte mannlige kjønnsorganer. N499 – Betennelsestilstand i uspesifiserte mannlige kjønnsorganer. N508 – Annen spesifisert forstyrrelse i mannlige kjønnsorganer. N509 – Uspesifisert forstyrrelse i mannlige kjønnsorganer. N518 - Annen forstyrrelse i mannlige kjønnsorganer ved sykdom klassifisert annet sted. N998 – Annen spesifisert forstyrrelse i urinveier eller kjønnsorganer etter kirurgiske eller medisinske prosedyrer. N999 – Uspesifisert forstyrrelse i urinveier eller kjønnsorganer etter kirurgiske eller medisinske prosedyrer.

Dette registerdatamaterialet har viktige begrensninger. For det første inneholder registerdataene kun informasjon (episoder) som er innrapportert til NPR. For det andre, inngår informasjon om privatfinansiert aktivitet ikke i NPR. I følgebrevet til oversendelsen av NPR data, informerer dessuten Helsedirektoratet om det følgende:

Det er en viss usikkerhet vedrørende registrerings- og rapporteringspraksis ved denne typen inngrep (KGV20), blant annet ved at inngrep kan se ut til å finne sted uten at prosedyrekoden brukes, selv om regelverket krever det. Regelverket krever også at pasientens tilstand/årsak til kontakt med spesialisthelsetjenesten skal registreres ved bruk av ICD-10-kode Z41.2 – Rutinemessig og rituell omskjæring (av gutter/menn). Dette kan også gjelde for konsultasjoner i forkant av inngrep eller etterkontroller. I tidligere lignende saker har vi funnet pasienter som er innrapportert med tilstandskode Z41.2 uten at de på noe tidspunkt er innrapportert med hverken prosedyrekode KGV20 eller annet form for inngrep. Vi finner også avdelingsopphold som er innrapportert med aktuell prosedyrekode uten påkrevd tilstandskode (Z41.2). Vi ber søker anvende tallene med dette som forbehold.

Samlet sett innebærer dette at tallene fra registerdataene er beheftet med nokså stor usikkerhet, både fordi registreringen av tilstands- og prosedyrekode ikke er optimal og fordi all privatfinansiert aktivitet er utelatt. Det er viktig å ha dette i bakhodet når tallene skal tolkes.

## Evaluering av perioden 2015–2019

I oppdragsbestillingen var evalueringen definert som en følgeevaluering, det vil si at vi skulle samle data fra alle år fra loven ble vedtatt til og med 2019. Slike data har vi fra de offentlige helseforetakene, men det har vært vanskeligere når det gjelder de private klinikkene. Basert på intervjuene har vi likevel fått en del estimater når det gjelder antall omskjæringer utført av private klinikker per år fra 2015–2019. Det viste seg imidlertid vanskelig å velge foreldre som informanter etter hvilket år de har foretatt omskjæringen, ettersom det tok tid å komme i kontakt med foreldre. Når det gjelder de religiøse lederne var det mange som ikke visste om loven, og de færreste kunne si noe om endring i antall eller praksis omkring omskjæringer etter at loven var vedtatt.

Som planlagt ble imidlertid registerdata innhentet først i fase 5/6 i 2019 for å få data om endringer fra 2015–2019. Disse viser endring over tid når det gjelder frekvensen av omskjæring i det offentlige tilbudet, fordeling mellom private klinikker og offentlige helseforetak, foreldres bakgrunn og helseregion.

## Begrensninger

Dette er en i hovedsak kvalitativ evaluering basert på intervju, med en begrenset behandling av registerdata. Selv om den bygger på et omfattende intervju-materiale, er den ikke representativ i den forstand at vi kan si at erfaringene, særlig fra foreldre, representerer erfaringene til foreldre som omskjærer sine sønner

generelt. En overvekt av våre informanter har høyere utdanning og svært mange er oppvokst i Norge. Vi vet at personer med bakgrunn fra Afrika utgjør den befolkningsgruppen med flest rituelle omskjæringer i Norge innenfor det offentlige tilbudet. En del av dem tilhører kristne menigheter, mens vi har svært få afrikanske kristne foreldre i vårt materiale. Denne begrensningen er sannsynligvis en følge av å bruke nettverksmetode for å rekruttere informanter, og at kristne menigheter har vært vanskelige å rekruttere. Det samme gjelder for foreldre med europeisk og amerikansk bakgrunn, der også rituell omskjæring av gutter praktiseres. Disse begrensningene mener vi likevel blir mindre viktige ettersom vi har data fra et bredt spekter av sektorer, og ved at erfaringene fra alle sektorer er svært sammenfallende. Det er dermed sannsynlig at evalueringen representerer så sikker kunnskap som en kan forvente.

Som nevnt har vi ikke intervjuet representanter for alle offentlige sykehus som tilbyr rituell omskjæring av gutter, om enn i begrenset grad. Dette skyldes at vi ikke fikk informasjon om alle disse før sent i prosjektperioden (se kapittel 2) og når vi fikk denne informasjonen var det for sent å gjennomføre intervju. Ettersom offentlige helseforetak som utfører rituell omskjæring er gjenstand for offentlig kontroll har vi ikke prioritert å gå inn på deres praksis, slik vi har gjort med de private klinikkene.

## Forskningsetikk

Rituell omskjæring av gutter er sensitivt og omstridt, spesielt i den norske befolkningen, mens den er av sterk symbolsk og praktisk betydning for befolkningsgruppene som praktiserer inngrepet. I prosjektsøknaden skrev vi at vi i tillegg til å søke kontakt med foreldre som lar sine gutter omskjære i samsvar med loven, også ville prøve å få kontakt med foreldre som har fått inngrepet foretatt ulovlig, og at taushetsplikt og anonymitet er spesielt viktig i de siste tilfellene. Vi har bare funnet ett tilfelle av omskjæring som ikke ble utført av lege eller med lege til stede, men det ble gjort utenfor Norge. Dette skjedde flere år før lov om rituell omskjæring av gutter ble innført i Norge. Alle andre foreldre understreket et ønske om at rituell omskjæring av gutter kan gjennomføres på sykehus i Norge, og på tryggest mulig måte for barnet. Flere forteller at det ikke er uvanlig å omskjære barna i utlandet, men da på medisinske klinikker eller på sykehus.

### *Anonymisering*

Fordi dette temaet er kontroversielt, er anonymisering nødvendig for å beskytte informantene. Det gjelder også stedene som utfører inngrepet. Alle informanter er anonymisert i denne rapporten, og ingen personidentifiserbare data er oppgitt i rapporten.

Denne evalueringen ble meldt til Norsk senter for forskningsdata (NSD) og ble godkjent under forutsetning av at det ikke ble samlet personopplysninger og at enkeltpersoner anonymiseres.



Innhenting av registerdata er godkjent av Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK). Vi har tatt flere viktige grep for å sikre anonymiteten til gutter/menn som inngår i registerdatamaterialet. Vi bruker for eksempel landgrupper (Norden, Asia m/Tyrkia, Afrika, Nord-Amerika, etc.) istedenfor informasjon om foreldres fødeland. Et annet eksempel er at dato for utføring av kirurgisk(e) inngrep ikke er inkludert. Vi benytter oss heller av kvartal (f.eks. rituell omskjæring utført i 3. kvartal 2015).

NOVA følger OsloMets omfattende internkontrollsystem for personvern og data-sikkerhet, slik at data som samles inn i NOVAs prosjekter blir behandlet og oppbevart på forsvarlig måte og i samsvar med Personopplysningsloven og andre relevante lover og forskrifter.

## Oppsummering

I dette kapitlet har vi presentert metode og datamateriale som ligger til grunn for evalueringen. Det dreier seg i hovedsak om intervjudata med et bredt spekter av informanter som på forskjellige måter er berørt av lov om rituell omskjæring av gutter. I tillegg til intervju og skriftlig materiale har vi brukt og analysert data fra Norsk pasientregister om antall omskjæringer, geografisk spredning og annen sosiodemografisk informasjon. Vi har også beskrevet hvordan vi har fått kontakt med informantene. Videre har vi diskutert hvorvidt evalueringen oppfyller kravet om følgeevaluering og vi har gjort rede for de begrensningene som ligger i denne evalueringen. Til slutt har vi gjort rede for håndtering av etiske problemstillinger, som beskyttelse av mulige personsensitive data.

## 3 Bakgrunn for rituell omskjæring av gutter

---

### Innledning

I dette kapitlet presenterer vi nødvending bakgrunnsinformasjon for resten av rapporten. Vi starter med utgangspunktet for dagens norske lovgiving, og gir så en kort gjennomgang hvordan lovverkene om omskjæring av gutter er utformet i andre skandinaviske land. Konteksten utvides med historiske linjer, og går særlig inn på inngrepets religiøse forankring i jødedom og islam. Lov om omskjæring av gutter har vært fulgt av opphetede debatter. Kapitlet gir en oversikt over noen av argumentene som brukes av dem som vil forby ikke-medisinsk omskjæring av gutter, og av dem som vil regulere praksisen.

### Praksis i Norge før 2015

For å kunne evaluere hvordan dagens lovgiving fungerer, er det viktig å kjenne til hvordan praksis har vært før 2015. Majoritetsbefolkningen i Norge har ikke hatt tradisjon for rituelle eller profylaktiske omskjæringer, og inngrepet skjedde kun på sykehus i forbindelse med medisinske problemer. Den jødiske minoriteten, etter at den igjen fikk «adgang til Riket» i 1851, har imidlertid alltid arrangert omskjæringer for sine sønner. Dette ble organisert privat med innleide omskjærings-eksperter som kom fra utlandet (se Mendelsohn, 2019). Med innvandringen til Norge fra slutten av 1960-tallet og fremover, ble det gradvis større etterspørsel etter tidlig omskjæring på landets sykehus. I 1976 besluttet helsemyndighetene at inngrepet skulle inngå som en del av tilbudet under barseltiden ved norske fødselsklinikker. Som selve fødselen, var inngrepet kostnadsfritt for foreldrene (Vogt, 2008, s. 211). Noen steder fungerte dette, men løsningen ble gradvis vanskelig å håndtere. På 1980- og 1990-tallet ble ordningen knyttet til store debatter om prioriteringer i helsevesenet. Noen leger la frem at de ikke ønsket å foreta inngrepet på ikke-medisinsk grunnlag, andre at de ikke fikk tid til dette blant de mange oppgavene de var satt til. Foreldre ble ofte overlatt til å finne private løsninger.

Uro over omskjæringspraksis førte til et juridisk og politisk arbeid for nye, nasjonale retningslinjer. Dette arbeidet startet allerede på 1990-tallet (Johansen 2012, s. 40). I den første perioden var Statens Helsetilsyn særlig opptatt av å unngå omskjæring av (muslimske) gutter utført av ukyndige personer, og finne alternative løsninger for trygg omskjæring. Politisk var det imidlertid også motstand mot omskjæring. 6. februar 1999 stemte Stortinget over et forslag fra Fremskrittspartiet om forbud mot ikke-medisinsk omskjæring av gutter (Dok 8:6, 1998–1999). Forslaget ble avvist, men saken fortsatte med stadig nye utredninger. En medisinsk arbeidsgruppe nedsatt av Helsetilsynet avla sin rapport i 1999. Rapporten trekker frem medisinsk-faglige argumenter for å få inngrepet gjort før gutten fylte tre måneder, og at der hvor trossamfunn ikke har egne tilbud (les: utenfor Det mosaiske trossamfund), er barselsopphold etter fødsel en egnet arena for trygg omskjæringspraksis

(Johansen 2012, s.41). Rapporten tilrettela med andre ord for at (særlig) muslimer kunne få omskjæring utført på sykehus, samtidig som den var i overensstemmelse med det jødiske fellesskapets behov.

I år 2000 kom en gjennomgang av politiske og etiske spørsmål knyttet til tema. Her befestes trossamfunns rett til å følge egen praksis:

Departementet har kommet til at omskjæring ikke kan sies å representere et etisk problem i forhold til norsk kultur og tradisjon. Ut fra en etisk vurdering bør derfor adgangen til å forta rituell omskjæring av gutter opprettholdes av respekt for religiøse minoriteters kulturelle og religiøse tradisjoner (St. prop. 1 1999–2000, s. 232).<sup>5</sup>

Det ble også lagt vekt på kulturell identitet: «Smerten ved ikke å oppnå en slik identitet kan vurderes som langt sterkere enn den kortvarige fysiske smerten ved inngrepet» (ibid., s. 231). I 2001 uttalte Nasjonalt råd for prioriteringer i helsevesenet (med åtte mot fire stemmer) at omskjæring *ikke* skal være en rett, fordi inngrepet ikke defineres som helsehjelp, men at det *kan* gjennomføres, så sant det ikke skjer på bekostning av medisinsk prioriterte oppgaver. Rådet anbefalte egenbetaling og la vekt på å respektere at «for mange mennesker er utførelsen av dette inngrepet sterkt knyttet til religiøs overbevisning» (Prop. 70 L, s. 8). I 2003 kom Sosial- og helsedirektoratet med en ny rapport som viste at det var svært ulik omskjæringspraksis på sykehus og det ble derfor foreslått en klarere lovregulering. I 2005 ble direktoratet igjen bedt om å lage en oversikt over status for det offentlige tilbudet om rituell omskjæring. Denne oversikten førte til Helse- og omsorgsdepartementets høringsforslag, som kom i 2011.<sup>6</sup> Høringsforslaget hadde to modeller, en hvor kun leger kan omskjære, og en hvor også andre kan utføre inngrepet, men da med ansvarlig lege til stede. Modell to ble nedfelt i den endelige lovteksten (LOV-2014-06-20-40).

Med denne loven fikk Solberg-regjeringen inn et forlik som tar hensyn til mange parter: Omskjæring av gutter hører til i helsetjenesten, men skal ikke prioriteres i et presset helsevesen; helsepersonell har ikke reservasjonsrett, men skal «tas hensyn til»; foreldre får rett til å velge omskjæring av sønner, men skal betale en «forhøyet egenandel». Videre fikk foreldre formelt et offentlig tilbud i Norge, og sist, men ikke minst: veletablerte, jødiske menigheter fikk lovfestet en mulighet til å opprettholde egen religiøs praksis. Informasjonsmaterieell fra Helsedirektoratet understreker det siste poenget når ordet for en jødisk omskjæringseksper, mohel, nevnes som eksempel på hvem som kan utføre inngrepet med lege til stede. En markering overfor dem som knytter omskjæring både til helse og religion <sup>7</sup>[OBJ] Slik

---

<sup>5</sup> Hentet fra Prop. 70 L, s. 8.

<sup>6</sup> Om høringsinstansene og deres uttalelser, se Johansen, 2012, s. 56-71 og Prop. 70 L, s. 34-45.

<sup>7</sup> <https://www.helsedirektoratet.no/tema/rituell-omskjaering-av-gutter>

understrekes en norsk kontekst, og at omskjæring ikke inkluderes i det norske helsetilbudet.

## Lovgivning i andre skandinaviske land

Norges lovforslag fulgte og var mest sannsynlig inspirert av lignende lovgiving i andre skandinaviske land. Det er bare norsk lovgiving som bruker begrepet «rituell omskjæring» om selve inngrepet, men ellers er detaljene svært like. En viktig forskjell på norsk versus svensk og dansk lovgiving er imidlertid at i de to andre skandinaviske landene er ikke omskjæring lagt inn under helsevesenet, men overlatt til det private markedet. Først ute var Sverige (2001), deretter Danmark (2005). Sverige reformulerte sin «Lag om omskärelse av pojkar» i 2013, og Danmark sin «Vejledning om omskjæring af drenge» i 2014. Da hadde Tyskland i 2012 gjort omskjæring av gutter eksplisitt tillatt, dog uten detaljreguleringer. De skandinaviske lovtekstene har flere detaljreguleringer. Bak dem ligger det en målsetning om at omskjæring skal skje under trygge forhold. Alle de skandinaviske landenes lovtekster inkluderer ledd om informert samtykke fra begge foreldrene og fra gutter som er gamle nok til å gi det, smertelindring og journalføring. Videre spesifiseres det at en lege må være ansvarlig, men at andre *kan* utføre inngrepet med lege til stede. I den svenske lovteksten henvises det til at i «trossamfund där omskärelse ingår som del i en religiös tradition» kan kompetent personell bidra, så sant gutten ikke er eldre enn to måneder, og en lege er til stede. Det er kun den svenske teksten som spesifiserer detaljer om guttens alder ved omskjæringsøyeblikket.

I følge Schiratzki har rapporter fra 2005 og 2007 pekt på at så mye som to tredjedeler av omskjæringer av svenske gutter skjer enten i utlandet eller av en som ikke er lege. Dette har medvirket til at det fortsatt er en debatt om hvordan loven fungerer (Schiratzki, 2011). En slik debatt skjer også i Danmark. Her ble et lovforslag om å forby ikke-medisinsk omskjæring før 18 år nedstemt av Folketinget i 2018. Debattene dør likevel ikke ut, slik de heller ikke gjør i Norge. For å forstå debattene er det imidlertid nødvendig å se omskjæring også i et historisk lys. De neste avsnittene vil derfor gi et overblikk over omskjæringstradisjonens røtter og noen av de religiøse tradisjonene praksisen inngår i.

## Omskjæringspraksis – en lang tradisjon

Som nevnt innledningsvis er omskjæring av gutter og menn et kirurgisk inngrep som har stor utbredelse. Det er anslått at ca. 30 prosent av verdens mannlige befolkning er omskåret (Weiss et al., 2007, s. 1). Det geografiske tyngdepunktet ligger i dag i USA, Midtøsten og på det afrikanske kontinentet. Vi kjenner også inngrepet fra ulike deler av Asia (særlig Polynesia og Melanesia), og fra de amerikanske kontinentene (se Cox og Morris, 2012). I jødedom, og senere også i islam, har inngrepet fått en religiøs forankring. Andre religiøse grupper, som kristne, bosatt der jødedom og islam er utbredt, praktiserer også ofte omskjæring. Enkelte kristne begrunner omskjæring med henvisninger til Det gamle testamentet og med egen kristen identitet (se kap. 6). I USA legger mange særlig vekt på

helsegevinst ved inngrepet. En vanlig alder for omskjæring er nyfødt- eller spebarns-perioden, særlig der hvor sykehusfødsler er normen. Enkelte afrikanske grupper praktiserer omskjæring i pubertetsalder og noen muslimske grupper har tradisjon for omskjæring i barnealder, dog alltid før puberteten (El-Sheemy og Ziada, 2012).

Historisk kjenner vi til omskjæring helt tilbake til det gamle Egypt, med gravfunn og veggrelieffer fra ca. 2300 f.v.t. (Cox og Morris, 2012). Hvorfor grupper har praktisert omskjæring av gutter og menn vet vi mindre om. Betydningen kan også ha variert i ulike perioder og for ulike grupper. Ulike teorier om opprinnelse inkluderer alt fra ideer om omskjæring for å opprettholde god penishygiene eller for å motvirke onani, til omskjæring som overgangsritual og markering av sosial og kulturell tilhørighet (se Palmer, 2009). Vi vet også at det innen medisinvitenskapen vokste frem ulike teknikker hvor inngrepet har blitt brukt for å kurere ulike sykdommer. I Europa finner vi medisinsk omskjæring helt tilbake til middelalderen (se Dunsmuir og Gordon, 1999).

## Jødedom

Religiøse rammeverk har vært særlig viktige for at grupper har holdt fast ved omskjæring, også når de har møtt mostand fra omgivelsene. Den lengste historien finner vi knyttet til eldre israelittiske religion og jødedom. Hypotesene om hvorfor omskjæring fikk et så tydelig feste her er mange. En av dem har vært en mulig tidlig innflytelse fra Egypt (Dunsmuir og Gordon, 1999). Eilberg-Schwartz derimot, påpeker at omskjæring av jødiske gutter først synes å ha blitt etablert, felles praksis under og etter oppholdet i eksil i Babylon på 500-tallet f.v.t. Jøder var opptatt av å holde egen gruppe samlet og omskjæring kan ha vært med på å skille dem klart ut som en egen etnisk minoritet i det store babylonske riket. Å være omskåret kan med andre ord ha fungert som et fysisk kjennetegn på å være del av en egen folkegruppe (Eilberg-Schwartz, 1990). Hoffman (1996) har på lagt vekt på omskjæring som et overgangsritual. Hver familie skulle gi et takke-offer åtte dager etter at de hadde fått en sønn. I denne forbindelse skulle omskjæringen av sønnen skje. På dette vis ble den nyfødte allerede åtte dager gammel inkorporert, rent fysisk, i et religiøst fellesskap. I en feministisk tolkning av omskjæringsritualet har den norske rabbineren Lynn Feinberg pekt på hvordan omskjæring symbolsk skulle fremme menns fruktbarhet, samt framheve de maskuline slektsleddene helt tilbake til stamfaren Abraham (2001, s. 77–89).

En annen innfallsvinkel til omskjæringsritualet er å nærme seg jødedom som bok- og lovreligion, med et korpus av hellige tekster. I Norge er dette er av de vanligste årsaksforklaringene som gis for jøders omskjæringspraksis: En henviser til 1. Mosebok kap. 17, hvor Abraham mottar et bud om omskjæring som et tegn på pakten mellom Gud og Abrahams etterkommere (se f.eks. Prop. 70 L 2013–2014). Detaljer rundt hvordan omskjæringen skal skje ble utarbeidet og nedskrevet i skriftsamlingen Talmud, som ble ferdigstilt ca. 500 e.v.t. Ritualet kalles her omskjæringspakten, på hebraisk *brit mila*. Det fremstår som en *mitzva*, en jødisk lov, pålagt alle jødiske fedre å arrangere for sine sønner, ved hjelp av *mohelim*, dvs.

rituelle eksperter på inngrepet. Regelverket som finnes i Talmud etterleves i stor grad fremdeles, tilpasset nye omgivelser og nye kontekster, inklusiv dagens Norge.

Har omskjæring forblitt en like viktig del av alle typer jødedom? Flere forskere har pekt på påfallende felles opprettholdt praksis, fra de mest ortodokse til de mest reformerte og sekulære jøder (Weiss et al., 2007, s. 3). Dette har vært med på å styrke ideen om omskjæring av gutter som en av jødernes viktigste identitetsmarkører. Her må det imidlertid legges til at det også har vært, og fortsatt er, debatt innad i jødiske miljøer om omskjæringens plass og betydning. Allerede på 1800-tallet åpnet noen reform-jødedomsgupper for ulike varianter av brit mila. Ikke fremtredende i Norge, men internasjonalt kan vi i dag også finne jødiske grupper som stiller seg på linje med motstandere av omskjæring. Det finnes også jøder som privat velger bort ritualet, uten at de ønsker nasjonale forbud mot omskjæring (se Høeg, 1996).

## Islam

På verdensbasis er islam en større religion enn jødedom, og omskjæringspraksis inngår også her som en del av den religiøse praksis. Som med jødedom har forskere fremmet flere hypoteser om hvorfor omskjæring har blitt en så viktig del av religionen. Med et langt yngre startpunkt (islam knyttes til profeten Mohammeds liv (570–632 e.v.t.)), vet vi imidlertid at allerede da profeten startet sitt virke, var omskjæring en etablert skikk i det som skulle bli islams geografiske kjerneområder. Påvirkning både fra jødedom og fra lokale folkegrupper som praktiserte omskjæring er et sannsynlig scenarium (se Cox og Morris, 2012).

Forskere har lagt vekt på både hellig tekst og identitetsperspektivet i sine diskusjoner av muslimsk omskjæringspraksis. For muslimer selv er tradisjonens feste i hellige tekster viktig. Omskjæring nevnes flere ganger i *hadith*-litteraturen. Dette er samlinger med tekster som forteller hva profeten sa og gjorde. Disse tekstene danner grunnlaget for *sunna*, det vil si for den anbefalte livsførsel for muslimer. Fra disse tekstene trekkes konklusjonen at omskjæring av gutter er anbefalt, selv om de religiøse lærde (*ulama*) har debattert i hvilken grad omskjæring er en absolutt plikt for alle av hankjønn. At omskjæring ikke er nevnt i Koranen gjør ikke inngrepet mindre viktig for de troende. Diskusjonene knyttet til *hadith*-litteraturen har gjort inngrepet til en etablert del av et muslimsk livsløp, og som et tegn på religiøs tilhørighet og kulturell identitet (Johansen, 2012, s. 30–35).

I den senere *fiqh*-litteraturen, dvs. islamsk rettsvitenskap, blir omskjæring tatt som en selvfølge. Her fremmer noen synspunktet at omskjæring bør skje på dag syv etter guttens fødsel. Andre lar tidspunkt være opp til lokal sed og skikk. Abraham, som regnes som en tidlig profet i islam, trekkes frem som eksempel til etterfølgelse. Slik Abraham lot seg selv og sine sønner omskjæres, slik skal også alle muslimer la sine sønner omskjæres. I moderne *fiqh*-litteratur blir omskjæring gjerne klassifisert som *fitra*, det vil si «handling som harmoniserer med menneskets natur». Inngrepet nevnes derfor i lister som også omhandler renhet,

sammen med ting som å stelle hår, fjerne uønsket hårvekst og klippe negler. Her understrekes det med andre ord at omskjæring har med hygiene å gjøre (El-Sheemy og Ziada, 2012, s. 276).

Har omskjæring forblitt en like viktig del i alle grener av islam? Som med jødedom har forskere pekt på at praksisen opprettholdes over hele verden og blant alle typer muslimer. Praksisen er lik for sunni- som for shia-muslimer. Mindre grupper som ahmadiyya, som selv definerer seg som muslimer, praktiserer også omskjæring. Ulikheter kan som nevnt komme frem i anbefalt alder for omskjæring. Hos noen knyttes ritualet til større overgangsmarkeringer og store familiefester. Som hos jøder finnes det familier som velger inngrepet bort, men dette har vi lite forskningsdata om. For den store gruppen av muslimer, som dem vi møter i denne rapporten, synes omskjæring å være et sentralt livsfase-ritual.

## Helseperspektiv

Både blant jøder og muslimer er det i dag vanlig å begrunne omskjæring med et ønske om å fremme god hygiene og helse. For noen er helse det viktigste. Andre har inkorporert medisinske ideer inn i religiøse livssyn. Men som nevnt over, finner vi også omskjæring av gutter helt løsrevet fra religiøse kontekster. I Europa og senere USA skulle særlig medisinske ideer knyttet til omskjæring bli viktige.

*Circumcisio* av nyfødte gutter som et profylaktisk inngrep vokste frem i deler av den vestlige verden fra slutten av 1800-tallet og fikk gradvis bred oppslutning, særlig i USA og andre engelskspråklige land. Inngrepet skulle blant annet forhindre trang forhold og urinveisinfeksjoner. Med omskjæring som den nye normalen, ble resultatet også knyttet opp mot estetikk; en omskåret penis kan bli ansett som både vakker og lettere å holde ren (Silverman, 2004). Etter annen verdenskrig har prosedyren blitt mindre vanlig. Det store unntaket er USA, hvor fortsatt ca. 70 prosent av nyfødte gutter rutinemessig blir omskåret (Benjamin, 2020). I Norge har omskjæring av gutter som nevnt aldri vært vanlig. Tvert imot har inngrepet vakt stor debatt. Denne debatten fortsetter i dag, og er en viktig del av bakgrunnen for lov om omskjæring av gutter som trådte i kraft fra 2015.

## En opphetet debatt

Tidlig omskjæring av gutter er som nevnt fremmed for mange nordmenn. Kjennskap til inngrepet har skapt forskrekkelse hos mange, og hos enkelte også en aktiv avstandtagen. Noen har foreslått at det bør være en nedre aldersgrense for ikke-medisinsk omskjæring på 15, 16 eller 18 år. Debatten har foregått i flere runder, fra 1980-tallet og fremover. I utgangspunktet foregikk diskusjonene i medisinske tidsskrift. Senere har den fortsatt på alle medieflater og blitt særlig intensivert på 2000-tallet. Politiske partier har engasjert seg, men hovedargumentene har endret seg over tid. Debatten gikk lenge langs en høyre-venstre akse. Partiet FrP la et forbud mot tidlig omskjæring av gutter inn i partiprogrammet. Senere har motstanden blitt bredere og i 2018 la også SV forbud mot tidlig ikke-medisinsk omskjæring av gutter inn i partiprogrammet. Per 2020 har ingen andre

partier gjort lignende vedtak, men temaet er til politisk debatt innad i partiene, med ulike fløyer. At aktører som Barneombudet, Norsk legeförening og Norsk sykepleierforbund også har kommet med uttalelser mot omskjæring, viser hvor bredt temaet debatteres. For en analyse av debattene og retorikken som brukes henviser vi til Døving og Kraft (2013) og Døving (2016). Det er også en ny analyse på vei av debattene som har pågått fra 2015 og fremover. Denne blir skrevet av en masterstudent (J.Davidsen) ved religionsvitenskapelig avdeling på IKOS/UiO. Dette avsnittet gir et riss av noen av hovedtrekkene ved debatten som har løpt parallelt med lovarbeidet og med implementeringen av loven.

For det første har omskjæring blitt en del av en medisinsk debatt. Leger har debattert mot hverandre om uklare helsegevinster og komplikasjonsfarer. De som ser positive konsekvenser ved tidlig omskjæring, henviser blant annet til UNAID og WHO. WHO har publisert rapporter som ser større helsegevinster enn potensielle ulemper ved omskjæring, særlig for å bekjempe HIV/AIDS og andre kjønnssykdommer (Weiss et al., 2007). En annen viktig referanse er den amerikanske legeföreningens uttalelse etter metaanalyser av tilgjengelig forskningsmateriale: «The health benefits outweigh the risks and the procedure's benefits justify access to this procedure for families who choose it» (Blank et al., 2012). Rent konkret henvises det til studier som viser lavere risiko for infeksjoner under forhud, lavere risiko for kjønnssykdommer og urinveisinfeksjoner, eliminasjon av eventuelle problemer med trang forhud, reduksjon i livmorhalskreft og noen (sjeldne) typer kreft på penis, samt bedre generell penishygiene. De som argumenterer *mot* tidlig omskjæring uten medisinsk indikasjon, reiser imidlertid tvil om gyldigheten av studiene det er vist til over. Det henvises til at inngrepet ikke er medisinsk-faglig begrunnet og at den amerikanske legeföreningen kan ha vært kulturelt forutinntatt fordi omskjæring er et vanlig inngrep i USA (Frisch et al., 2013). Argumentasjonen tar også utgangspunkt i legers prinsipper om å ikke utføre unødvendige, irreversible kirurgiske inngrep, særlig ikke på barn. Idealet er eksplisitt samtykke før kirurgiske inngrep. Potensielle helseproblemer knyttes også til smerteopplevelser ved selve omskjæringen og mulige seksuelle problemer i etterkant. Risiko ved inngrepet trekkes også frem. Få komplikasjoner beskrives som alvorlige, hverken på kort eller lang sikt, men det legges vekt på at skader kan skje.<sup>8</sup> I noen få tilfeller kan skader være svært alvorlige. I Norge ble denne problemstillingen som nevnt aktuell i 2012, da en gutt døde på grunn av manglende oppfølging etter en omskjæring utført av lege (Helsetilsynet, 2014). Det må legges til at denne rekken av argumenter mot omskjæring avvises av dem som i hovedsak ser fordeler ved inngrepet. De vil heller hevde at risikoen for alvorlige hendelser er minimal, og at også den europeiske legeföreningen kan ha vært kulturelt forutinntatt når den totalt avviser omskjæring (AAP Task Force, 2013).

---

<sup>8</sup> Prop. 70 L omtaler omskjæring av gutter som et trygt inngrep med få alvorlige komplikasjoner. Proporsjonen henviser til studier som viser komplikasjonsrater på 1- 2 og 1,5 % (s.14-15). Andre studier har lavere tall, se Palmer 2009, s. 6 (0,3 %) og Weiss 2007, s. 16 (0,2 -2 %).



For det andre er omskjæringsdebatten del av en juridisk og etisk debatt. *Pro*-omskjæringsstandpunkt tar utgangspunkt i politisk arbeid for minoriteters rettigheter, og i religionsfrihet- og foreldrerettighetsprinsippene. Ifølge denne debattlinjen skal storsamfunnet hegne om minoriteters religiøse og kulturelle rettigheter, samt religionsfriheten generelt. Det skal også la foreldre sosialisere egne barn. Det argumenteres for at omskjæring vil skje uansett og at majoritetssamfunnet gjør klokt i å tilrettelegge for at det skal kunne skje så trygt som mulig. Korrekt utført og med god oppfølging omtales inngrepet som lite og med minimal risiko, samtidig som det er av stor betydning for dem det gjelder.

*Kontra*-standpunkt fokuserer på barnets rettigheter, det vil her si rett til ikke-omskjæring. Barnerettighetsdiskursen knytter seg til et generelt fokus på barn som utsatt gruppe, og større kunnskaper om overgrep mot barn. Mange oppfatter omskjæring av gutter som et overgrep. Det understrekes at hvert enkelt barn selv må gi samtykke til fysiske inngrep, og at de skal ha: «rett til selvbestemmelse over egen kropp» (Johansen, 2012, s. 67; se også Köhler-Olsen, 2013). Dette argumentet har gjenklang fra kampen for kvinners rettigheter og brukes i dag ofte i debatten. Ideer om barns rettigheter gjenspeiler også et bestemt syn på barn. Fordi barn/gutter antas som født «ferdige», skal de derfor ikke «endres» rent kroppslig.

Motargumentet fra dem som støtter en rett til å velge omskjæring er at idealer om hva som er en «ferdig» og «normal» gutte- og mannskropp er kulturavhengig. For mange er forhuden en unødvendig del av kroppen som de helst vil være foruten, se Silverman, 2004, s. 426).

Noen debattanter trekker en parallell til omskjæring av kvinner (FMG). Dette inngrepet er forbudt i Norge og andre vestlige land. Debattantene ønsker begge typer omskjæring forbudt. Motargumentet her er at dette er to inngrep som ikke kan sammenlignes, og at å gjøre det er å bagatellisere FMG. Retorikken fra kampen mot FMG synes likevel å ha smittet over i feltet rundt omskjæring av gutter, og kan være med på å øke avstandtagen til praksisen.

For det tredje diskuteres omskjæring i lys av generell religionskritikk, med et særlig blikk på kombinasjonen barndom og religion (om religionsskepsis i den norske befolkningen, se Thorbjørnsrud og Døving, 2012, s. 7–8). Flere debattanter vektlegger barns rett til beskyttelse *fra* religion. Dette kommer frem i uttalelser som at omskjæring kan gi barn en religiøs markør de som voksne ikke ønsker å ha (se NOU 2016:13). Argumentet kan knyttes til en tysk rettsak om omskjæring av gutter fra 2012, hvor det samme poenget ble brukt (Triadafilopoulos, 2019, s. 663). Et annet eksempel på det å ville skille barndom fra religion kommer fra den norsk-pakistanske legen Wasim Zahid, som fraråder muslimer å omskjære sine sønner, fordi «barn kan ikke selv ha religiøs tro» (2017). Mange av debattinnleggene om omskjæring speiler denne avvisningen av religiøse uttrykk som en mulig del av barns liv. Storsamfunnet skal riktignok gi voksne religionsfrihet, men samtidig hegne om de voksnes barn. Går voksnes praktisering av religion ut over barn, argumenterer flere for at storsamfunnet bør gripe inn og begrense foreldres

myndighet. Eksempelvis bør staten forby rituell, religiøs praksis som synes å stå i motsetning til verdier majoriteten samler seg om. Døving (2016) bemerker at denne avvisingen av religion generelt kan også forklare at det sjelden henvises direkte til jødedom eller islam i den offentlige og politiske omskjæringsdebatten. Når det er nok å avvise religiøse uttrykk, kan debattantene slippe å bli anklaget for å være anti-jødiske eller anti-muslimske.

Disse tre hovedfeltene preger dagens debatt om omskjæring av gutter. Debattlinjene går i store trekk mellom et pro og et kontra standpunkt, det vil si mellom dem som vil tillate og dem som vil forby tidlig omskjæring av gutter. Problemstillingene som kommer frem i denne rapporten blir i liten grad belyst i dagens debatter. Her vil vi imidlertid ta opp *hvor* de som ønsker trygg og medisinsk forsvarlig omskjæring av sine sønner i praksis kan henvende seg; *hvilke alderssegment* tilbudene som faktisk eksisterer retter seg mot, og *om tilbudene er like over hele landet*. Kort sagt, om loven oppfyller sin hensikt.

## Oppsummering

Før 2015 hadde Norge ingen spesifikk regulering av ikke-medisinsk omskjæring av gutter. Frem til 1960-tallet fant inngrepet først og fremst sted innenfor tradisjonelle, jødiske rammer. Fra begynnelsen 1970-tallet og fremover ble det vanlig for muslimske innvandrerfamilier å få omskjæring av gutter utført under barselopphold på sykehus. Parallelt med dette vokste en internasjonal debatt om gutteomskjæring frem. Debatten er knyttet til at inngrepet både er vanlig og at det blir møtt med sterk motstand. Det er anslått at ca. 30 prosent av verdens mannlige befolkning er omskåret, inklusiv en høy prosent av den amerikanske befolkningen. Innenfor både jødedom og i islam har inngrepet en klar religiøs forankring. Historisk har inngrepet også lange røtter: omskjæring av gutter og unge menn er kjent fra ca. 4000 år tilbake i tid. Betydningen har sannsynligvis variert, men inngrepet kan ha fungert som hygieneforskrift, fysisk kjennetegn og identitetsmarkør. Religionsvitenskapelig blir det gjerne plassert som et overgangsritual.

Debatten om omskjæring går langs flere linjer: medisinske pro- og kontraargumenter knyttes til helsegevinst kontra komplikasjonsfare, og juridiske/etiske argumenter om religionsfrihet, minoritets- og foreldrerettigheter står mot en barnerettighetsdiskurs som er negativ til omskjæring. Debatten knytter seg også til generell religionskritikk; mange avviser religion som gyldig årsak til fysiske inngrep foretatt på foreldres initiativ. I Norge ble debatten fulgt av et politisk arbeid for å klargjøre nasjonale retningslinjer. I 2015 munnet dette arbeidet ut i lov om rituell omskjæring av gutter. Loven understreker helseforetaks ansvar og at kun leger kan stå ansvarlig for inngrepet.

## 4 Rituelle omskjæringer innenfor det offentlige tilbudet

---

### Innledning

Lov om rituell omskjæring av gutter slår fast at det skal eksistere offentlige tilbud til dem som ønsker dette inngrepet (jf. § 4). Det vil si at helseforetakene skal organisere spesialisthelsetjenesten, slik at de som ønsker det innen helse-regionen, kan få utført rituell omskjæring av gutter på en forsvarlig måte. Dette kan gjøres ved at det opprettes tilbud ved offentlige sykehus eller ved at helse-regionene inngår avtaler med andre leverandører som utfører inngrepet på oppdrag av dem.

Dette kapitlet gir en gjennomgang av organiseringen av det offentlige tilbudet samt omfanget av rituelle omskjæringer utført gjennom det offentlige. Et sentralt spørsmål for evalueringen er hvordan tilbudet er organisert, og i kapitlets første del presenteres organiseringen av helseregionenes tilbud til innbyggerne i tidsperioden fra loven trådte i kraft i 2015 og frem til høsten 2020. Her har vi lagt vekt på hvem som tilbyr inngrepet, hvor tilbudet er lokalisert, hvilke aldersgrupper tilbudene gjelder for samt hva slags informasjon om tilbudet som er tilgjengelig for de som ønsker om å omskjære sin sønn. Denne delen er basert på intervjuer med ulike aktører i helseregionene, helseregionenes og de enkelte helseforetakenes nettsider, samt på intervjuer som er gjort med representanter for helseregioner og helseforetak i media på ulike tidspunkter. Kapitlets andre del omhandler omfanget av rituelle omskjæringer gjennom det offentlige helsevesenet, fra loven trådte i kraft i januar 2015 og frem september 2019, og er basert på en analyse av tall fra Norsk pasientregister (NPR).

### Organisering av det offentlige tilbudet

Da loven ble innført vitner blant annet diverse medieoppslag om tydelige forventninger om at inngrepet skulle utføres ved offentlige sykehus i de ulike helseregionene.<sup>9</sup> Det ble imidlertid raskt klart at det var sterk motstand mot dette blant flere av legene ved de regionale helseforetakene. Dette ble begrunnet med kapasitetshensyn, det vil si bekymring for at sykehusene ikke ville ha kapasitet til å utføre inngrepene og/eller at disse inngrepene ville kunne fortrenge andre inngrep. Det handlet også om motstand mot å utføre selve inngrepet fordi det av

---

<sup>9</sup> Se for eksempel <https://www.nrk.no/nyheter/omskjaering-av-gutter-1.11522226> Lest 10.10.2019

mange leger anses som et unødvendig, irreversibelt kirurgisk inngrep som gjøres på små barn uten deres eget samtykke. I noen regioner har dette ført til at ingen sykehus utfører inngrepet. I stedet er det inngått rammeavtaler med en privat leverandør som skal utføre inngrepet på oppdrag av helseregionen.<sup>10</sup> I andre regioner har løsningen vært at ett eller flere sykehus har ansvar for hele regionen, mens andre regioner igjen baserer seg på en kombinasjon av flere ordninger. I flere av helseregionene har organiseringen av tilbudet variert over tid i den perioden som er gått siden loven ble innført. De offentlige tilbudene har endret seg i perioden vi har sett på, og det er ofte ikke én instans som sitter på informasjon om tilbudet i helseregionen som helhet. Informasjonen vi har fått gjennom ulike instanser og kanaler har ikke alltid har stemt overens, eller har ikke vært helt oppdatert.

Som vi var inne på i innledningskapitlet, sier loven ikke noe om alder ved omskjæring, om hva slags smertelindring som skal gis (lokalbedøvelse eller narkose) eller om den geografiske lokaliseringen av tilbudet (om det skal være lokalisert i helseregionen eller ikke). På disse områdene finner vi variasjoner mellom helseregionene og i noen tilfeller innen en helseregion. I det følgende vil vi gå igjennom de offentlige tilbudene i landets fem helseregioner.

Vi har, som tidligere nevnt, ikke undersøkt hvordan de ulike offentlige helseforetakene utfører selve inngrepet eller hvordan for eksempel foreldresamtykke innhentes ved de ulike helseforetakene, som utfører rituell omskjæring av gutter. Dette bør imidlertid undersøkes av blant annet tilsynsmyndighetene (Statens helsetilsyn og Fylkesmennene), jf. Prop. 70 L, s. 57. Vi har ingen informasjon om barn som blir omskåret mot sin vilje, men vi har kjennskap til et par tilfeller der barn over 12 år først har sagt seg villige til operasjon, men så har nektet ved oppmøte på operasjonsdagen. Da har anestesilegen forklart at det ikke er aktuelt med operasjon når guttene er så store og ikke ønsker inngrepet, og inngrepet har ikke blitt utført.

### *Pris*

For rituelle omskjæringer utført av, eller på oppdrag av, spesialisthelsetjenesten er pasientbetaling fastsatt til 4.000 kroner. Denne prisen har vært den samme siden loven ble innført i 2015. Rituell omskjæring av gutter inngår ikke i frikortordningen til HELFO, og pasienten har ikke rett til dekning av utgifter til pasientreise.

---

<sup>10</sup> Rammeavtalene med privat leverandør varer ett år, med automatisk forlengelse ett år av gangen, for en maksimal kontraktslengde på i X antall år (ser ut til å variere noe mellom helseregionene). I den følgende gjennomgangen av tilbudet i de fem helseregionene vil vi oppgi varigheten på de ulike avtalene - i der vi har informasjon om dette.

### *Oversikt over organiseringen av tilbudet i helseregionene*

Tabell 1 gir en oversikt over organiseringen av det offentlige tilbudet i de fire helseregionene i perioden 2015–2020. Her har vi satt søkelys på *hvem som utfører inngrepet* i helseregionen (offentlige sykehus eller private leverandører etter avtale med helseregionen), *den geografiske plasseringen* av tilbudet (om det er lokalisert i helseregionen eller ikke), og hvilke *aldersgrupper* tilbudet gjelder for. Disse aspektene vil bli nærmere utdypet og forklart i gjennomgangen av de ulike helseregionene.

**Tabell 1. Oversikt over organisering av det offentlige tilbudet 2015–2020**

	PERIODE	2015	2016	2017	2018	2019	2020
<b>HELSEREGION</b>							
<b>Sør-Øst</b>	<b>Utfører</b>	Offentlige sykehus	Offentlige sykehus/ privat leverandør	Offentlige sykehus/ privat leverandør	Offentlige sykehus/ privat leverandør*	Offentlige sykehus/ privat leverandør	Offentlige sykehus/ privat leverandør
	<b>Plassering</b>	I helseregionen	I helseregionen	I helseregionen	I helseregionen	I helseregionen	I helseregionen
	<b>Alder</b>	Varies	Varies/0-3 mnd	Varies/0-3 mnd	Varies/0-3 mnd/ 3 mnd. +	Varies/0-3 mnd/ 3 mnd. +	Varies/0-3 mnd/ 3 mnd. +
<b>Vest</b>	<b>Utfører</b>	Offentlige sykehus	Offentlige sykehus	Offentlige sykehus	Offentlige sykehus	Offentlige sykehus	Offentlige sykehus
	<b>Plassering</b>	I helseregionen	I helseregionen	I helseregionen	I helseregionen	I helseregionen	I helseregionen
	<b>Alder</b>	3 år +	3 år +	3 år +	3 år +	3 år +	3 år +
<b>Midt</b>	<b>Utfører</b>	Offentlig sykehus	Offentlig sykehus	Offentlig sykehus/ Ikke tilbud**	Ikke tilbud/ Privat leverandør	Privat leverandør	Privat leverandør
	<b>Plassering</b>	I helseregionen	I helseregionen	I helseregionen	Utenfor helseregion	Utenfor helseregion	Utenfor helseregion
	<b>Alder</b>	1 år +	1 år +	1 år +	0-3 mnd, 3 år +	0-3 mnd, 3 år +	0-3 mnd, 3 år +
<b>Nord</b>	<b>Utfører</b>	Offentlige sykehus	Offentlig sykehus	Offentlig sykehus/ Ikke tilbud***	Privat leverandør	Privat leverandør	Privat leverandør
	<b>Plassering</b>	Utenfor helseregion	Utenfor helseregion	Utenfor helseregion	Utenfor helseregion	Utenfor helseregion	Utenfor helseregion
	<b>Alder</b>	1 år +	1 år +	1 år +	0 +	0 +	0 +

\*I 2018 inngår Ahus en egen rammeavtale med IbsenSykehusene som gjelder for gutter over 3 måneder.

\*\*I 2017 slutter St. Olavs hospital å utføre inngrepet. Helseregionen står dermed uten tilbud i deler av 2017 og 2018.

\*\*\*Helseregionen står uten tilbud store deler av 2017.

### *Helse Sør-Øst*

Helse Sør-Øst RHF (Regionalt helseforetak) er landets største helseregion; den eier flest helseforetak og dekker til sammen tre millioner innbyggere. Det er også den helseregionen hvor det har vært vanskeligst å få oversikt over det offentlige tilbudet. Fra loven ble innført i 2015, har det vært opp til de ulike helseforetakene i helseregionen selv å bestemme organisering av tilbudet, herunder også hvilke aldersgrupper det skal gjelde for. Kort tid etter at loven trådte i kraft ble det oppgitt at Vestre Viken Helseforetak skulle etablere tilbud ved Bærum, Drammen og Ringerike sykehus med en nedre aldersgrense på to år, og ved Oslo universitetssykehus med en aldersgrense på ett år.<sup>11</sup> På Helse Sør-Øst sine nettsider ble det i november i 2016 oppgitt at de fleste helseforetakene i regionen hadde etablert et tilbud, men at kapasiteten ikke var tilfredsstillende.<sup>12</sup> I hvilken grad dette i praksis stemmer (at de fleste helseforetakene i regionen hadde etablert et tilbud), kan diskuteres. Som vi vil komme tilbake til, viser tall fra Norsk pasientregister at det i 2016 ble utført rituelle omskjæringer ved fire av helseforetakene i helseregionen, men antall inngrep var lavt (tabell 2, dette kapitlet).

I desember 2016 inngikk Helse Sør-Øst RHF en rammeavtale med IbsenSykehusene om rituell omskjæring av guttebarn. Denne avtalen er forlenget til og med 20. november 2020. Avtalen gjelder barn mellom null og tre måneder (Helse Sør-Øst RHF, 2016). En ny rammeavtale skal utlyses når denne går ut. Den nye avtalen skal gjelde samme aldersgruppe.

I tillegg til rammeavtalen mellom Helse Sør-Øst og IbsenSykehusene ble det i 2018 inngått en rammeavtale mellom Akershus universitetssykehus og IbsenSykehusene om rituell omskjæring av guttebarn over tre måneder. Etter hva vi har forstått ble denne avtalen inngått fordi mange barn var blitt over tre måneder gamle mens de stod på venteliste. Avtalen gjelder frem til 2021, og vil ifølge Helse Sør-Øst ikke forlenges etter det. Etter hva vi har forstått ønsker ikke Helse Sør-Øst at slike avtaler mellom et enkelt helseforetak og en privat leverandør skal inngås i fremtiden.

I hvilken grad avtalene med IbsenSykehusene i praksis er et supplement til, eller en erstatning for tilbudene ved helseforetakene i helseregionen, ser ut til å variere. Det er opp til de enkelte helseforetak i helseregionen å vurdere om de har kapasitet til å foreta inngrepene selv eller om de vil la IbsenSykehusene være en

---

<sup>11</sup> <https://www.dagsavisen.no/innenriks/leger-nekter-a-omskjere-gutter-1.312017>

<sup>12</sup> <https://www.helse-sorost.no/nyheter/tildeling-rammeavtale-rituell-omskjering-av-guttebarn> lest 02.09.2020

erstatning for tilbudet.<sup>13</sup> Som vi vil komme tilbake til i analysen av registerdataene, viser tall fra Norsk pasientregister at det også etter avtalen mellom IbsenSykehusene og Helse Sør-Øst ble innført, er blitt utført et begrenset antall omskjæringer ved enkelte helseforetak. De fleste ble utført ved Sykehuset i Vestfold. Sykehuset i Vestfold utfører inngrepet på gutter over ett år.<sup>14</sup> Ifølge sykehusets nettside krever de henvisning fra fastlege eller annen helsetjeneste. Om de andre sykehusene, som i begrenset antall utfører inngrepet også krever henvisning, har vi ikke informasjon om. Vi vil komme tilbake til praksisen med å kreve henvisninger senere i kapitlet.

### *Helse Vest*

Det har vært motstand mot rituelle omskjæringer av gutter i helseregionen i flere år.<sup>15</sup> Fagmiljøene i helseregionen ville opprinnelig at inngrepet skulle utføres av private aktører, men det var ingen som ga tilbud da det ble sendt ut forespørsel, ifølge Helse Vest.<sup>16</sup>

Til forskjell fra Helse Sør-Øst RHF har imidlertid tilbudet i Helse Vest vært det samme gjennom hele perioden siden loven ble innført. Det er Haukland universitetssykehus og Stavanger universitetssykehus som har tilbud om rituell omskjæring av gutter i helseregionen. Inngrepet utføres under generell anestesi (narkose) og aldersgrensen er satt til minimum tre år. Aldersgrensen begrunnes med at det medfører en risiko for komplikasjoner å legge yngre barn i narkose. På Stavanger universitetssykehus sine nettsider pekes det på at det erfaringsmessig er «bedre om en utsetter inngrepet enda litt lenger [enn tre år], til de er fem–seks år gamle, både i forhold til anestesi, kirurgisk prosedyre og ikke minst barnets opplevelse».<sup>17</sup> Stavanger universitetssykehus har også en aldersgrense i sine søknadsprosedyrer: henvisninger om rituell omskjæring kan imidlertid tidligst sendes inn tre måneder før barnet fyller tre år. Henvisninger som sendes inn før dette blir returnert.<sup>18</sup> Det innebærer at Stavanger, og etter hva vi har kjennskap til også Haukeland, krever at foreldre får en henvisning fra fastlege eller annen

---

<sup>13</sup> <https://www.helse-sorost.no/nyheter/anskaffelse-av-rituell-omskjering-av-guttebarn>  
lest 02.09.2020

<sup>14</sup> <https://www.siv.no/behandlinger/rituell-omskjering-av-gutter#helsepersonell-sjekkliste-for-henvisning---fastlege-eller-annen-helsetjeneste-henviser-til-utredning>

<sup>15</sup> <https://www.aftenbladet.no/lokalt/i/QIAkeW/sykehuset-anklages-for-a-bryte-lov-om-omskjring>

<sup>16</sup> Intervju, 2018.

<sup>17</sup> <https://helse-stavanger.no/behandlinger/omskjering-av-gutter>

<sup>18</sup> <https://helse-stavanger.no/behandlinger/omskjering-av-gutter>



helsetjeneste for at gutten skal utredes for rituell omskjæring. Vi vil komme tilbake til dette senere i kapitlet.

Både Stavanger og Haukeland oppgir å ha lange ventelister. Pasienter som skal opereres av medisinske årsaker blir prioritert. Når det også er ventelister for inngrep som gjøres av medisinske årsaker, blir rituelle omskjæringer nødvendigvis skjøvet bakover i køen og nedprioritert. Per oktober 2020 hadde for eksempel Stavanger universitetssykehus 71 gutter på venteliste for rituell omskjæring. Noen av disse har stått på venteliste siden 2018.

### *Helse Midt-Norge*

Etter innføringen av loven i 2015 var St. Olavs hospital, universitetssykehuset i Trondheim, ansvarlig for å utføre inngrepet for innbyggere i helseregionen. Tilbudet gjaldt for gutter over ett år. St. Olavs hospital sluttet å utføre rituelle omskjæringer av gutter vår/sommeren 2017.<sup>19</sup> Dette ble både begrunnet med kapasitetsproblemer og med motstand blant legene mot å utføre inngrepet. Ett år senere (juni 2018) inngikk Helse Midt-Norge RHF en avtale med IbsenSykehusene om at de skulle utføre rituelle omskjæringer på vegne av helseregionen.<sup>20</sup> Denne avtalen omfatter gutter i alderen mellom null og tre måneder eller over tre år.<sup>21</sup> For gutter mellom null og tre måneder utføres inngrepet med lokalbedøvelse og for gutter over tre år i narkose med barneanestesilege.

Helseregionen stod dermed uten et offentlig tilbud over en periode på rundt ett år (vår/sommer 2017 til sommer 2018). Sykehuset hadde sluttet å utføre inngrep, men det var ennå ikke etablert en rammeavtale med en privataktør. I denne perioden ble de som ønsket inngrepet utført bedt om å henvende seg til private klinikker, og det lå en lenke til en privat klinikk i Oslo på sykehusets nettsider.

### *Helse Nord*

Da loven ble innført i 2015 ønsket Helse Nord HRF å tilby rituell omskjæring ved Nordlandssykehuset i Bodø og Universitetssykehuset i Nord-Norge i Tromsø.<sup>22</sup> Det ble imidlertid raskt klart at det var stor motstand mot dette, og ingen spesialister ved disse sykehusene ville utføre inngrepene. Dette ser (i særlig grad) ut til å ha handlet om at inngrepet oppfattes som unødig og at dette ikke er noe

---

<sup>19</sup> Siste rituelle omskjæring som ble gjort ved sykehuset var i april 2017. Informasjon om at St. Olavs hospital hadde sluttet å utføre rituelle omskjæringer ble etter hva vi har forstått lagt ut på sykehusets nettsider i juni 2017.

<sup>20</sup> Vi har ikke informasjon om når denne rammeavtalen utløper.

<sup>21</sup> <https://helse-midt.no/nyheter/2018/har-inngatt-avtale-om-rituell-omskjering-av-guttebarn>

<sup>22</sup> <https://www.nrk.no/nordland/leger-nekter-omskjæringer-i-nord-norge-1.12136830>

barn velger selv. I følge fagdirektøren var det heller ingen private klinikker som ville ta oppdraget.<sup>23</sup> Løsningen ble relativt raskt at St. Olavs hospital skulle utføre inngrepene for Helse Nord (Helse Nord, 2016). Som vi allerede har vært inne på, sluttet St. Olavs hospital å utføre inngrepet, fra sommeren 2017. Frem til Helse Nord RHF inngikk en avtale med IbsenSykehusene i februar 2018. stod også denne helseregionen uten et offentlig tilbud (Helse Nord RHF, 2018a).<sup>24</sup> Rammeavtalen som ble inngått med IbsenSykehusene gjelder ut 2021. Avtalen omfatter barn eldre enn tre måneder. I juli samme år ble avtalen utvidet til også å gjelde omskjæring av gutter mellom null og tre måneder (Helse Nord RHF, 2018b).

#### *Privat leverandør for spesialisthelsetjenesten – IbsenSykehusene AS.*

Som erstatning for eller supplement til inngrep som utføres av helseregionenes egne helseforetak, har tre av helseregionene, Helse Sør-Øst RHF, Helse Midt-Norge RHF og Helse Nord RHF, inngått rammeavtaler med en privat leverandør for utføring av rituell omskjæring av guttebarn. Alle rammeavtalene er inngått med IbsenSykehusene AS.<sup>25</sup> Som vi har vist i gjennomgangen av tilbudet i de ulike helseregionene, varierer tidspunktet for når de ble inngått og hvilke aldersgrupper de omfatter. Hvorvidt intensjonen er at disse avtalene skal være et supplement til eller erstatning for inngrep gjennomført på de offentlige sykehusene, varierer også.

IbsenSykehusene er en gruppe offentlig godkjente og private sykehus som tilbyr behandlinger innen flere felt, deriblant gynekologi/urologi og generell kirurgi. Det er to urologer ved IbsenSykehusene som utfører rituelle omskjæringer, en ved klinikken på Gjøvik og en i Porsgrunn. Det har blitt gjennomført rituelle omskjæringer av gutter i privat regi ved IbsenSykehusene siden 2012. Den første rammeavtalen med en helseregion, Helse Sør-Øst, om å utføre omskjæring gjennom offentlig avtale, ble inngått i 2016.

IbsenSykehusene har avdelinger i Arendal, Porsgrunn og Gjøvik, men rituelle omskjæringer av gutter blir kun utført ved avdelingene i Porsgrunn og Gjøvik. Kristiansand og Oslo er nevnt som byer hvor det skal, eller skulle, opprettes

---

<sup>23</sup> <https://www.nrk.no/troms/ingen-tilbud-om-rituell-omskjaering-i-nord-1.12291333>  
<https://www.nrk.no/nordland/leger-nekter-omskjaeringer-i-nord-norge-1.12136830>

<sup>24</sup> <https://finnmarkssykehuset.no/nyheter/ny-avtale-for-rituell-omskjering-av-gutter> lest 03.09.2020

<sup>25</sup> Navnet ser ut til å ha blitt endret i løpet av perioden mellom 2015 og 2020. Derfor står det i noen tekster vi refererer til Ibsensykehuset og i andre IbsenSykehusene som er det nåværende navnet.

avdelinger med tilbud, men disse har foreløpig ikke blitt etablert.<sup>26</sup> På Helse Sør-Øst sine nettsider stod det imidlertid fortsatt å lese i august 2020:

I Kristiansand vil det kun bli gitt konsultasjoner og vurderinger frem til april 2018, men deretter vil det bli mulighet for operasjoner også der. IbsenSykehuset jobber også med å opprette et tilbud i hovedstadsområdet, som forventes å være på plass kort tid etter avtaleoppstart.<sup>27</sup>

Egenandelen for inngrepet som blir gjort gjennom offentlig avtale er det samme som for inngrep som blir utført på de offentlige sykehusene, altså kr. 4000,-.

Foreldre kan henvende seg direkte til IbsenSykehusene eller de kan bli henvist fra fastlege. Ifølge IbsenSykehusene har foreldrene som kontakter dem fått kjennskap til at de utfører inngrepet gjennom venner og bekjente, helsestasjon eller fastlege. IbsenSykehusene blir også kontaktet av helsestasjoner og fastleger som ønsker informasjon om tilbudet ved klinikken. Ifølge lederen ved IbsenSykehusene avetterer ikke klinikken at de utfører rituelle omskjæringer, fordi de tidligere har fått ubehagelig oppmerksomhet fra motstandere av rituell omskjæring. Informasjon om at IbsenSykehusene utfører inngrepet er imidlertid sendt ut til alle helsestasjoner og fødeavdelinger i Norge, ifølge IbsenSykehusene. Det ligger ikke informasjon om at IbsenSykehusene utfører rituelle omskjæringer på forsiden på klinikkens hjemmesider, men hvis man søker på «omskjæring» i søkefeltet på forsiden eller går via lenken til temasiden «Urologi», kommer man til en egen side om omskjæring. Her opplyses det om hvorfor IbsenSykehusene tilbyr omskjæring, om det offentlige tilbudet og om risikoen ved omskjæringer. Det ligger også lenke til et skjema over medisinske opplysninger om barnet som skal fylles ut av foreldre. Skjemaet der foreligger kun på norsk og på farsi.

Når foreldre har bestilt time for rituell omskjæring får de tilsendt informasjon om inngrepet (fordeler og komplikasjoner), om smertelindring før, under og etter inngrepet, og om hvor de skal henvende seg hvis det oppstår problemer etter inngrepet. Samtykkeskjema er vedlagt. Før operasjonen må IbsenSykehusene ha opplysninger om helsetilstanden til barnet i form av epikrise fra for eksempel

---

<sup>26</sup> IbsenSykehusene startet opp i Oslo i samarbeid med Kalbakkenklinikene. Samarbeidet ble oppløst etter kort tid, og etter det har ikke IbsenSykehusene etablert en ny avdeling i Oslo.

<sup>27</sup> Nettstedet var sist oppdatert 21.11.2016, men teksten stod fortsatt 25.08.2020. Opprettelse av en avdeling som utfører inngrepet i Oslo ble også nevnt i rammeavtalen mellom Helse Sør-Øst og IbsenSykehusene, men avtalen inneholder ikke et eksplisitt krav om tilbud i hovedstadsområdet.

helsestasjon eller sykehus. I tillegg må foreldrene ha fylt ut skjema for samtykkeerklæring og medisinske opplysninger. Hvis det er behov for tolk i forbindelse med operasjonen, må foreldrene melde dette til IbsenSykehusene på forhånd.

For guttebarn under tre måneder brukes Plastibell-metoden, og inngrepet gjøres med lokalbedøvelse.<sup>28</sup> Ved lokalbedøvelse gis det først en Paracetamol stikkpille, og mindre barn får også en bedøvelseskrem før selve lokalbedøvelsen settes. Etter inngrepet anbefaler de at foreldre gir barnet Paracetamol i to til tre dager. For barn over 10 kg og ett år, utføres inngrepet mens barnet er i narkose. Da benyttes det en såkalt kirurgisk teknikk.<sup>29</sup>

Foreldre får oppgitt nummeret til IbsenSykehusenes vakttelefon hvis de har spørsmål angående komplikasjoner etter inngrepet. Hvis det oppstår en situasjon foreldrene mener er «ute av kontroll», bes de kontakte fastlege, nærmeste legevakt eller nødtelefon. Avtalen med helseregionene gjelder kun selve inngrepet. Det er fastlegene som har ansvaret for å følge opp i etterkant.

Ifølge IbsenSykehusene, kan det være vanskelig for foreldre å rekke å få barnet omskåret innen det er tre måneder, som er øvre aldersgrense i avtalen med Helse Sør-Øst. Etter at barnet er født må foreldrene skaffe seg informasjon om hvor inngrepet gjøres og av hvem, kontakte klinikken, samle og sende inn nødvendig informasjon om barnets helsetilstand og bestille time. Da det kun er to urologer som utfører rituelle omskjæringer og disse også utfører andre former for inngrep, må noen ukers eller i noen tilfeller måneders ventetid påregnes. Dette fører til at en del barn blir eldre enn tre måneder når de skal opereres, og da faller de utenfor dette offentlige tilbudet.

### *Informasjon om det offentlige tilbudet*

Generell informasjon om rituell omskjæring og om loven ligger på helsedirektoratets nettsider<sup>30</sup> og på helsenorge.no<sup>31</sup>. Helsedirektoratet har også laget et informasjonsskriv med informasjon til foreldre som ønsker å få omskåret sønnen

---

<sup>28</sup> Beskrivelse hentet Prop. 70 L: «... en plastring anbringes omkring glans, innenfor forhuden, som så "strupes" ved at man knytter en tråd utenfor forhuden, rundt ringen. Ringen med restene av forhuden støtes av etter en ukes tid.» (Prop. 70 L, s. 14)

<sup>29</sup> Beskrivelse av kirurgisk teknikk hentet fra Prop. 70 L: «Omskjæring hos nyfødte gutter innledes da ved at forhuden løsnes fra glans. Man kan så klippe eller skjære huden av ved basis av glans. Deretter syes rundt den overskårne kanten for å stanse eventuelle blødninger» (s. 14). Helse- og omsorgsdepartementet understreker at både kompresjonsteknikk og kirurgisk teknikk må betraktes som kirurgiske inngrep, selv om kun sistnevnte innebærer skjæring (s. 14).

<sup>30</sup> <https://www.helsedirektoratet.no/tema/rituell-omskjaering-av-gutter>

<sup>31</sup> <https://www.helsenorge.no/undersokelse-og-behandling/rituell-omskjaering-av-gutter/>

sin.<sup>32</sup> I tillegg til norsk finnes dette informasjonsskrivet på arabisk, engelsk, somali og urdu. Hverken nettsidene eller informasjonsskrivet gir konkret informasjon om *hvor* man kan få utført inngrepet. Når det gjelder informasjon om dette, bes foreldre ta kontakt med nærmeste sykehus, fastlegen eller helsestasjonen.

De ulike helseregionene og helseforetakene gir på sine nettsider i all hovedsak svært begrenset med informasjon om rituell omskjæring og hvordan tilbudet er organisert på deres nettsider.

Hvis man søker på «rituell omskjæring» på Helse Sør-Øst RHF sine nettsider får man tre treff. Alle tre omhandler avtalen med IbsenSykehusene, men det er ingen informasjon om tilbud ved offentlige sykehus. Sykehuset i Vestfold er per høsten 2020 det eneste sykehuset i Helse Sør-Øst som opplyser på sine nettsider at de utfører rituelle omskjæringer av gutter.<sup>33</sup> Ved dette sykehuset har de en nedre aldersgrense på ett år.

Helse Vest RHF har ingen informasjon om rituell omskjæring på sine nettsider. Haukeland universitetssykehus gir på sine nettsider ingen informasjon om at sykehuset utfører rituelle omskjæringer av gutter. På nettsidene til Stavanger universitetssykehus informeres det derimot om at de utfører rituelle omskjæringer, om loven om rituell omskjæring av gutter, om henvisning og vurdering, samt informasjon til foreldre om hva de skal gjøre og hva som skjer før, under og etter inngrepet. Her ligger det også lenke til informasjon til barn som skal ha kirurgiske inngrep, blant annet en bildebok for barn som skal på sykehus.<sup>34</sup> Informasjonen om omskjæring ble ifølge Helse Stavanger HF gjennomgått av fagpersoner i urologi i 2019.

Søker man på «rituell omskjæring» på Helse Midt-Norge RHF sine nettsider får man ingen treff. Søker man på St. Olavs hospital sine nettsider får man to treff; ett til en side hvor det opplyses om loven og om at St. Olavs hospital ikke utfører rituell omskjæring lenger og at de har inngått avtale med IbsenSykehusene, og ett som fører til Barne- og ungdomsklinikken, men hvor det ikke står noe om omskjæring.

Hvis man søker med søkeordet «rituell omskjæring» på Helse Nord RHF sine nettsider kommer man, via en annen side, til informasjon om rituell omskjæring, om avtalen med IbsenSykehusene, samt videre til Helse Norges informasjonsside om rituell omskjæring av gutter.

Våre intervjuer med helsesykepleiere og jordmødre ved to helsestasjoner i bydeler i Oslo med en høy andel med minoritetsbakgrunn, tyder på at de i liten grad

---

<sup>32</sup> <https://www.helsedirektoratet.no/brosjyrer/rituell-omskjaering-av-gutter-informasjonskriv-til-foreldre>

<sup>33</sup> <https://www.siv.no/helsefaglig/samhandling/rituell-omskjering-ved-sykehuset-i-vestfold>

<sup>34</sup> <https://helse-stavanger.no/avdelinger/klinikk-a/anestesiavdelingen/informasjon-til-barn-som-skal-opereres>

kjenner til hvor inngrepet kan utføres. Dette gjelder både de offentlige og de private tilbudene, at de heller ikke oppfatter det som sin oppgave å videreformidle informasjon om dette, samt at de er skeptiske til praksisen med rituell omskjæring. Dette stemmer overens med funnene i en masteroppgave om temaet (Olsen, 2018).

### *Henvisning*

HOD foreslår i lovproposisjonen at det ikke skal være nødvendig med henvisning fra fastlege for å få utført rituell omskjæring, med den begrunnelse at inngrepet ikke er å anse som helsehjelp. Det slås videre fast at fastlegene ikke skal foreta noen helsefaglig undersøkelse eller vurdering av om gutten bør få utført rituell omskjæring, og at krav om henvisning vil være byråkratiserende og unødvendig (s.53). HOD fastslår også at fastlegen ikke skal inneha «noen portvokter funksjon opp mot spesialisthelsetjenesten» (s. 53). Helsedirektoratet understreker også på sin informasjonsside om rituell omskjæring av gutter at det ikke er nødvendig med henvisninger; foreldrene/gutten selv kan henvende seg direkte til spesialisthelsetjenesten med spørsmål om å få utført inngrepet.<sup>35</sup> Gjennomgangen av det offentlige tilbudet i helseregionene viser imidlertid at enkelte av de offentlige sykehusene, som Stavanger universitetssykehus og Sykehuset i Vestfold, stiller krav om at fastlegen eller helsestasjon skal sende en henvisning til spesialisthelsetjenesten.<sup>36</sup> Dette bryter med føringene som er lagt i Prop. 70 L. Kravet om henvisning og problem med fastleger som nekter å henvise, har blitt tatt opp i Aftenbladet (4. juli 2018). Her vises det til at Samarbeidsrådet for tros- og livssynssamfunn i Stavanger rapporterte i brev til Helse- og omsorgsministeren i 2018 om fastleger som nekter å henvise og som ikke opplyser om at henvisninger ikke skal være nødvendig.<sup>37</sup>

---

<sup>35</sup> <https://www.helsedirektoratet.no/tema/rituell-omskjaering-av-gutter#henvisningogrettighetsvurdering>

<sup>36</sup> Se for eksempel informasjonen som ligger ute på Stavanger universitetssykehus og Sykehuset i Vestfold sine internettsider, hvor de blant annet har en sjekkliste for henvisninger til rituell omskjæring. <https://www.siv.no/behandlinger/rituell-omskjering-av-gutter#sjekkliste-for-henvisning--fastlege-eller-annen-helsetjeneste-henviser-til-utredning>  
<https://helse-stavanger.no/behandlinger/omskjering-av-gutter>

<sup>37</sup> <https://www.aftenbladet.no/lokalt/i/QIAkeW/sykehuset-anklages-for-a-bryte-lov-om-omskjring>

## Omfanget av rituelle omskjæringer utført innenfor det offentlige tilbudet

Vi har analysert tall fra Norsk Pasientregister (NPR) koblet med informasjon fra Statistisk sentralbyrå (SSB) for å se på omfanget av rituelle omskjæringer utført av det offentlige helsevesenet i løpet av tidsperioden 2015–2019<sup>38</sup>. Det er viktig å påpeke at denne gjennomgangen ikke vil avdekke det hele og fulle omfanget av omskjæringer i Norge: Det er kun inngrep utført ved offentlige sykehus (inkludert private behandlingssteder som har avtale med helseforetak) som er inkludert i tallmaterialet til NPR. Brorparten av rituelle omskjæringer som utføres i Norge er utført ved private klinikker og legekontor uten avtale med helseforetak (se kapittel 5 for informasjon om rituelle omskjæringer utenfor det offentlige tilbudet). Disse er ikke inkludert i NPR. Det er dessuten sannsynlig at det forekommer en hel del feilrapportering, noe følgebrevet<sup>39</sup> fra Helsedirektoratet også understreket tydelig. Denne gjennomgangen kan derfor kun avdekke empiriske mønstre for et ganske snevert underutvalg av alle utførte rituelle omskjæringer, og det er stor usikkerhet knyttet til generaliserbarheten av disse funnene. Men det er fortsatt verdifullt å se nærmere på dette tallmaterialet, blant annet fordi det kan peke på interessante endringer over tid og forskjeller mellom helseregioner/helseforetak.

### *Antall kirurgiske inngrep og aldersfordeling*

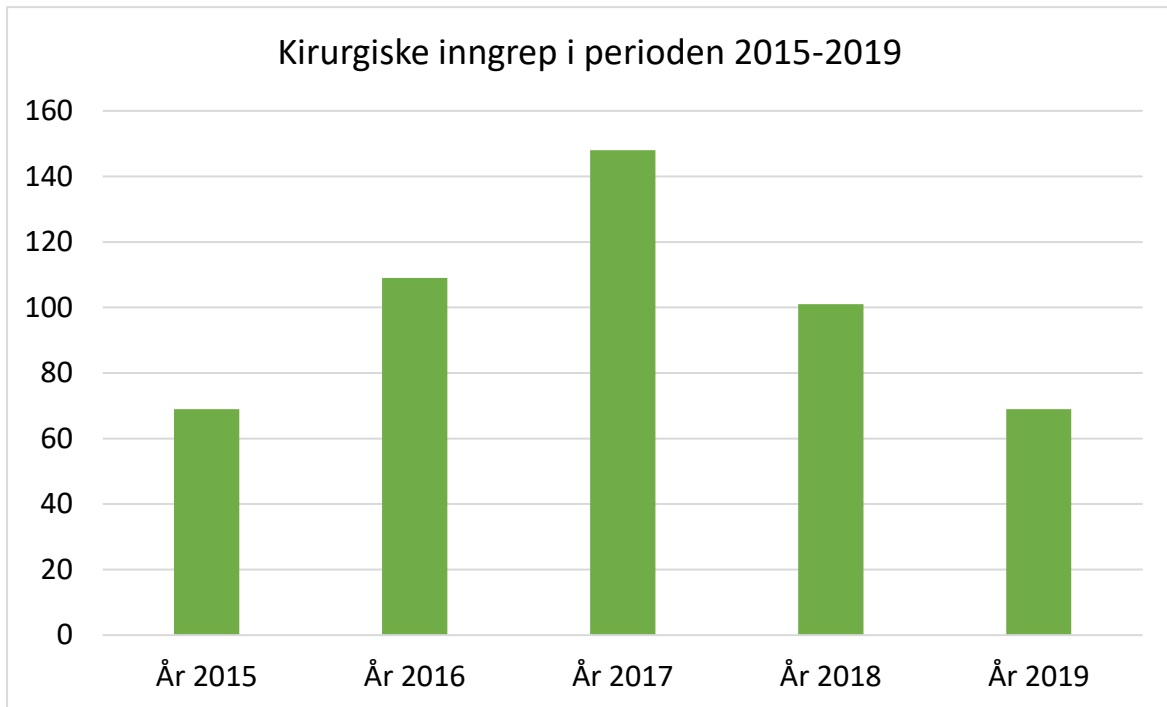
Figur 1 viser antall utførte inngrep gjennom det offentlige tilbudet i perioden 2015–2019. For det siste observasjonsåret 2019, er det kun de to første tertial som er inkludert og det mangler derfor alle inngrep som har blitt utført i årets fire siste måneder. Tallene fra Norsk pasientregister viser at det utføres svært få rituelle omskjæringer ved offentlige sykehus i Norge: i toppåret 2017 ble det registrert 148 inngrep totalt. Fra 1. januar 2015 til 31. august 2019 er det registrert 496 rituelle omskjæringer, noe som gir et snitt på omtrent hundre i året. Merk at det er noen gutter som har fått utført inngrepet to (og til og med tre) ganger ifølge dette tallmaterialet, og det er snakk om 465 unike personer som har fått utført inngrepet. Vi forholder oss til samlet antall kirurgiske inngrep (eller episoder) i det følgende. Figur 2 viser aldersfordelingen. Det store flertallet er 6 år eller yngre når inngrepet utføres. Omtrent en tredjedel av inngrepene foretas ved alderen 0–2 år, omtrent en tredjedel mellom 3 og 6 år og omtrent en tredjedel ved alderen 7 år og over. Det er svært få inngrep som utføres i tenårene eller i ung voksen alder.

---

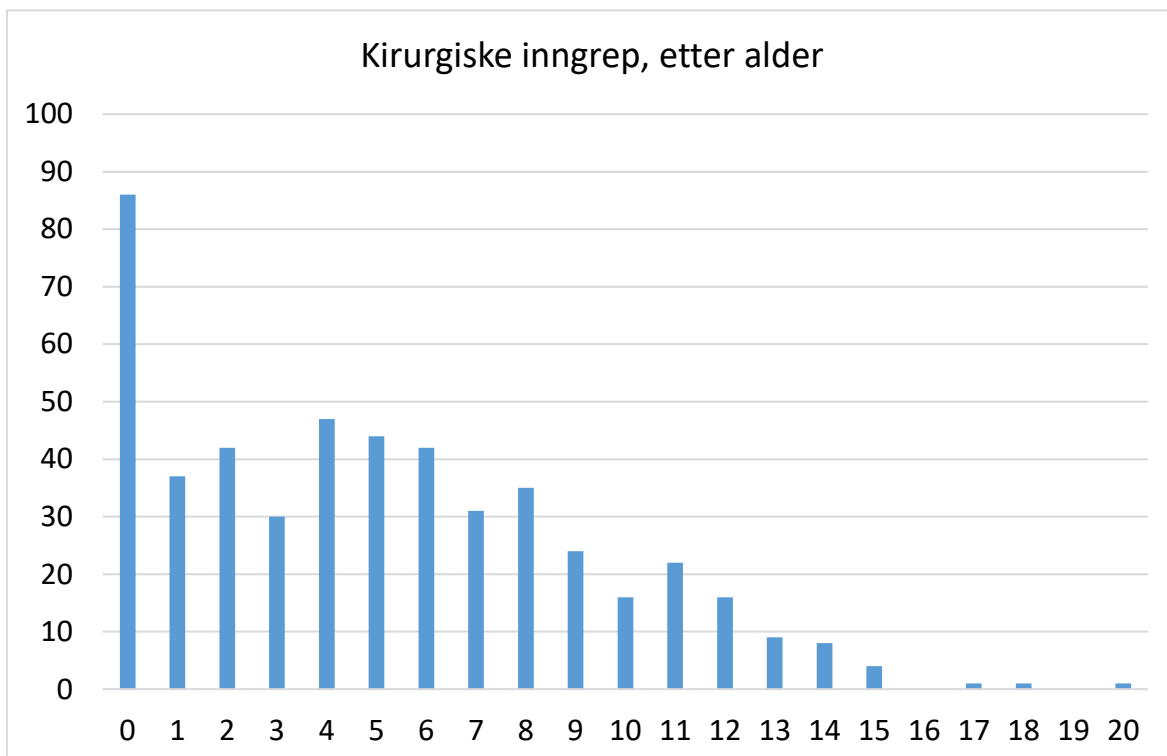
<sup>38</sup> For 2019 har vi kun tall fra de to første tertial, Det vil si frem til 31.08.2019

<sup>39</sup> Jf. det som står om registerundersøkelsen i kapittel 2.

**Figur 1. Antall rituelle omskjæringer ved offentlige sykehus, 2015–2019**



**Figur 2. Antall rituelle omskjæringer ved offentlige sykehus 2015–2019, etter alder.**

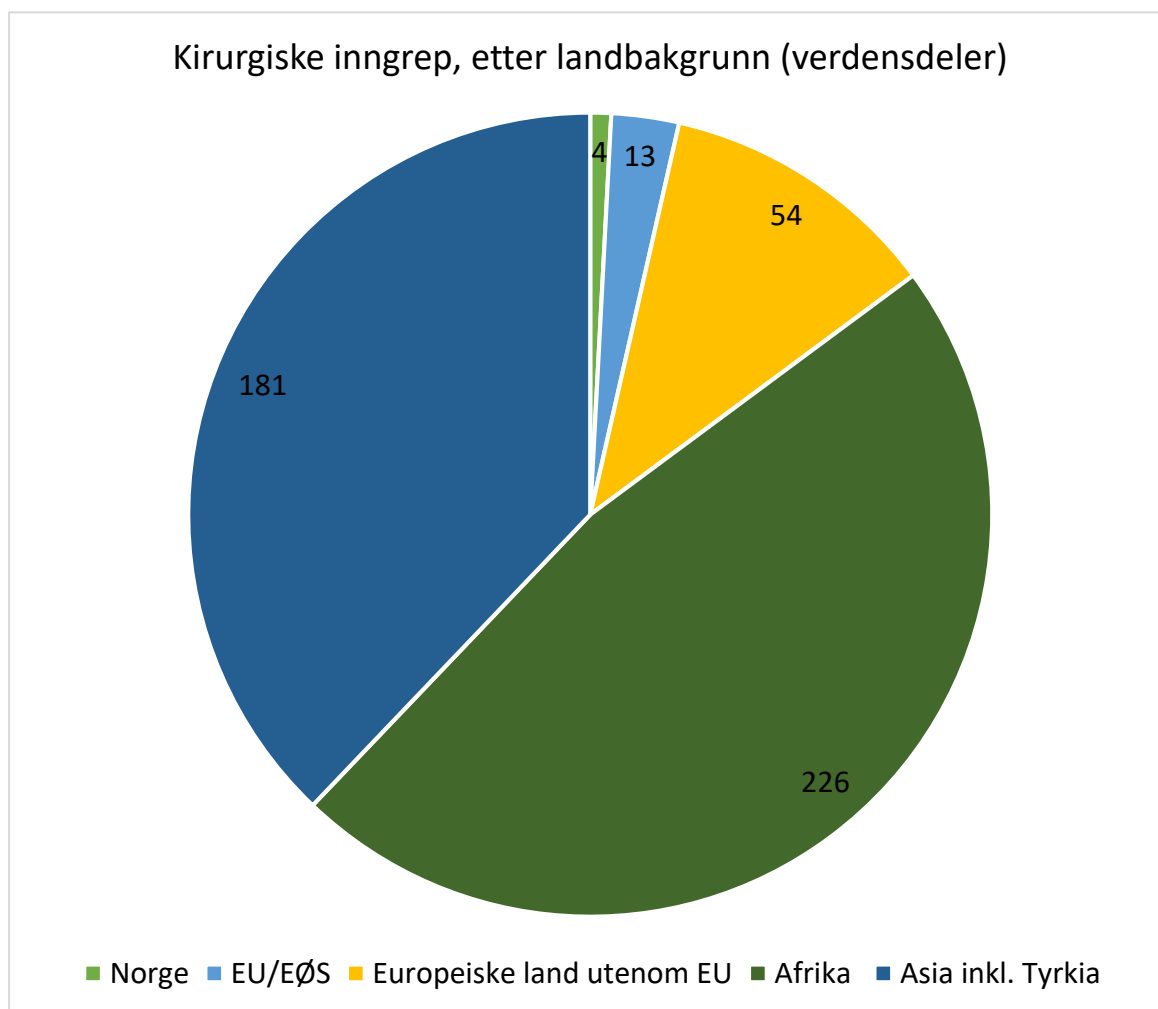




### Befolkningsgrupper

Når det gjelder foreldrenes landbakgrunn (figur 3), så utføres omtrent halvparten av inngrepene på gutter med bakgrunn fra Afrika, og litt over en tredjedel på gutter med bakgrunn fra Asia (inkludert Tyrkia). Tabell 2 viser at det også er noen inngrep som utføres på gutter med bakgrunn fra europeiske land utenom EU (N=54), og noen svært få fra EU/EØS (N=13) og Norge (N=3). Det fremgår av figur 4 at det store flertallet – 75 prosent – av rituelle omskjæringer ved offentlige sykehus gjennomføres på norskfødte med innvandrerforeldre, eller såkalte etterkommere etter innvandrere. Omtrent 15 prosent av inngrepene utføres på barn som selv er innvandrere. De resterende 10 prosentene fordeler seg på norskfødte med én utenlandskfødt forelder (7,5 prosent) og noen få som er født i Norge av to norskfødte foreldre.

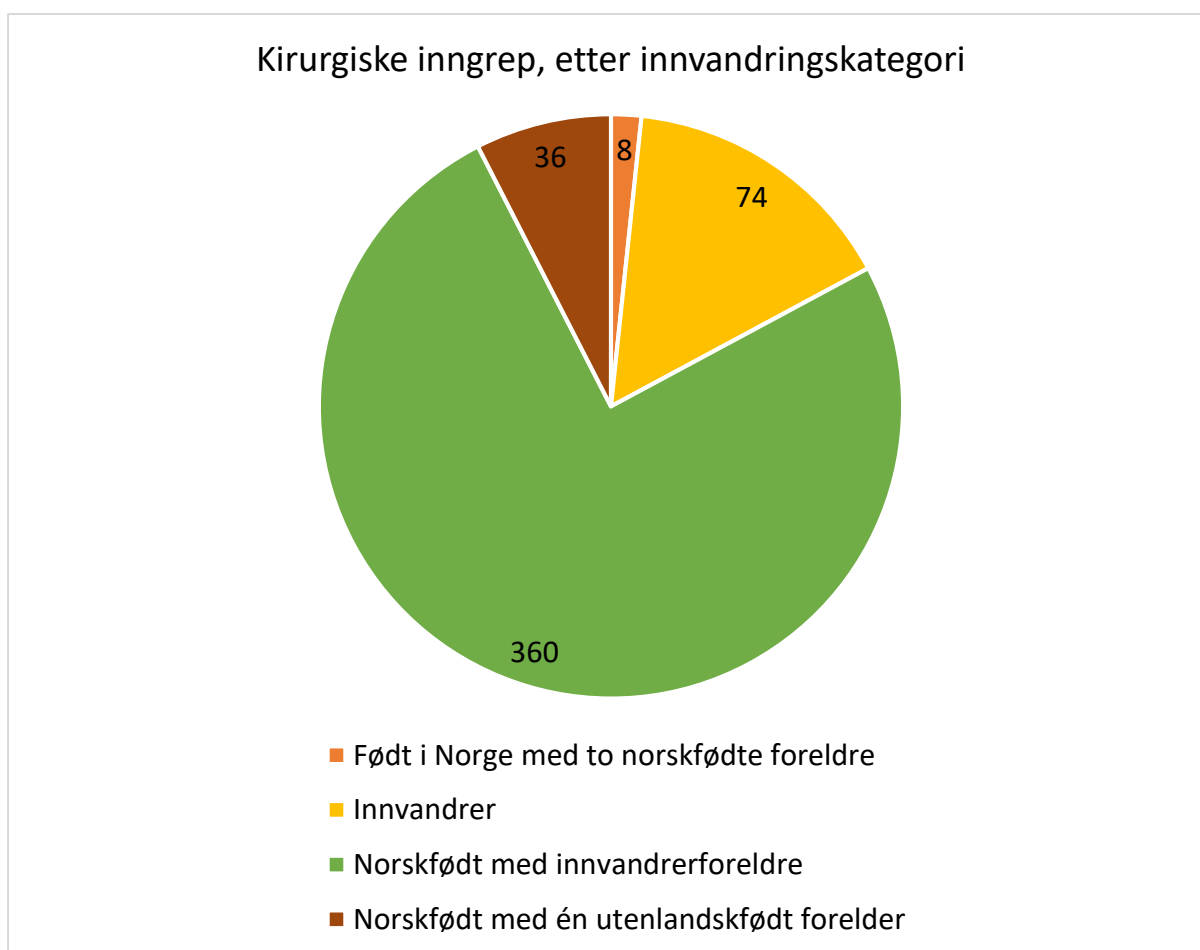
**Figur 3. Antall rituelle omskjæringer ved offentlige sykehus 2015–2019, etter landbakgrunn (verdensdel)**



**Tabell 2. Antall rituelle omskjæringer inngrep ved offentlige sykehus etter landbakgrunn, 2015–2019**

Landbakgrunn (verdensdel)	2015	2016	2017	2018	2019	Totalt
Norge	1	2	1	0	0	4
EU/EØS	1	6	3	2	1	13
Europeiske land utenom EU	10	14	17	8	5	54
Afrika	31	58	71	45	21	226
Asia inkl. Tyrkia	25	29	56	46	25	181
Oseania	1	0	0	0	0	1
<b>Totalt</b>	<b>69</b>	<b>109</b>	<b>148</b>	<b>101</b>	<b>52</b>	<b>479</b>

**Figur 4. Antall rituelle omskjæringer ved offentlige sykehus 2015–2019, etter innvandringskategori**



*Antall inngrep fordelt på helseforetak, helseregioner og bostedsfylke*

Det er de regionale helseforetakene (RHF) som er ansvarlige for å ha et tilbud om rituell omskjæring til innbyggerne i regionen, men det er relativt få føringer for hvordan tilbudet skal organiseres. Det kan derfor være snakk om ganske stor geografisk variasjon, og vi kan få et innblikk i denne variasjonen ved å se på antall inngrep på helseforetaksnivå. Figur 5 viser at Helse Bergen Haukeland universitetssykehus (Helse Vest RHF) og St. Olavs hospital (Helse Midt-Norge RHF) har utført

relativt mange inngrep i løpet av perioden 2015–2019, med henholdsvis 81 og 71 registrerte rituelle omskjæringer. Helse Bergen Haukeland universitetssykehus har sammen med Helse Stavanger hatt ansvar for å utføre rituelle omskjæringer for innbyggere i Helse Vest, mens St. Olavs hospital i en periode hadde eneansvar for å utføre inngrepet for innbyggere i både Helse Midt-Norge og Helse Nord. Tabell 3, panel A viser at St. Olavs hospital utførte brorparten av de rituelle omskjæringene i 2015 (N=42), og det har ikke blitt utført noen inngrep etter 2017.<sup>40</sup> Oslo universitetssykehus (Helse Sør-Øst RHF), Helse Stavanger (Helse Vest RHF) og Sykehuset i Vestfold (Helse Sør-Øst RHF) har også utført en god del rituelle omskjæringer, med henholdsvis 49, 46 og 39 inngrep. Antallet inngrep ved Oslo universitetssykehus har gått betraktelig ned etter at Helse Sør-Øst RHF inngikk avtale med IbsenSykehusene i desember 2016, mens antallet inngrep ved Sykehuset i Vestfold har vært ganske stabilt gjennom hele perioden. For de resterende fire helseforetakene som vi har data om – alle lokalisert i Helse Sør-Øst RHF – er omfanget nokså minimalt, mellom 5 og 22 inngrep. Det er altså, som forventet, ingen offentlige sykehus i Helse Nord RHF som har utført rituelle omskjæringer i perioden 2015–2019 (se panel B, tabell 3 for en oversikt over utførte inngrep i de fire helseregionene).

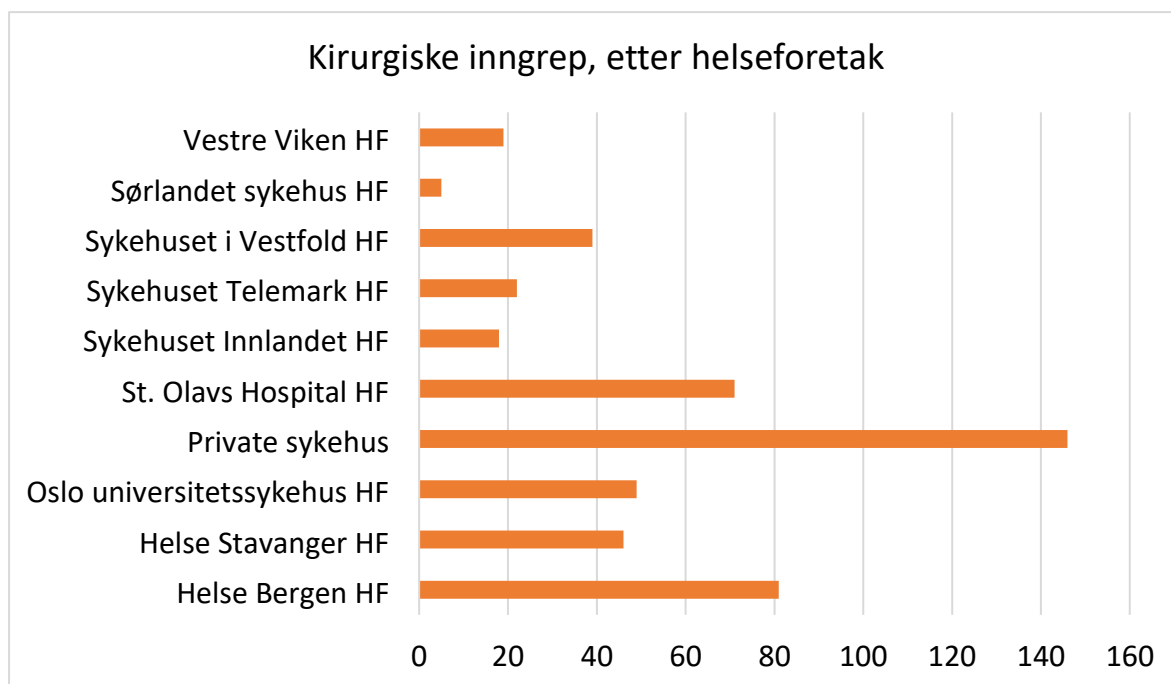
Det fremgår videre av figur 5 at det er samlekategorien «private sykehus», som står for flest rituelle omskjæringer. «Private sykehus» viser i denne sammenhengen til IbsenSykehusene, som er det eneste private behandlingsstedet som har avtale med et helseforetak om å utføre inngrepet for dem. «Private sykehus» har utført totalt 146 inngrep, det vil si rundt en tredjedel av alle inngrep utført i regi av det offentlige. Dette må betegnes som ganske høyt, ettersom det kun er registrert rituelle omskjæringer på «private sykehus» fra og med år 2017 (se tabell 3, panel A).<sup>41</sup> I løpet av de åtte første månedene av 2019 står «private sykehus» for nesten to tredjedeler (63,8 prosent) av alle inngrep som NPR har informasjon om.

---

<sup>40</sup> St. Olavs hospital sluttet å utføre inngrepet i 2017.

<sup>41</sup> Den første rammeavtalen mellom IbsenSykehusene og en helseregion (Helse Sør-Øst RHF) angående rituelle omskjæringer ble inngått i desember 2016.

**Figur 5. Antall rituelle omskjæringer ved offentlige sykehus 2015–2019, etter helseforetak**



**Tabell 3. Antall kirurgiske inngrep ved helseforetak (panel A) og i helseregioner (panel B), 2015–2019**

	2015	2016	2017	2018	2019	Totalt
<b>Panel A. Helseforetak</b>						
Helse Bergen	1	12	43	22	3	81
Helse Stavanger	0	28	4	10	4	46
Oslo universitetssykehus	12	23	9	3	2	49
Private sykehus	0	0	61	41	44	146
St. Olavs hospital	42	17	12	0	0	71
Sykehuset Innlandet	0	0	5	7	6	18
Sykehuset Telemark	0	10	5	5	2	22
Sykehuset i Vestfold	6	6	8	11	8	39
Sørlandet sykehus	5	0	0	0	0	5
Vestre Viken	3	13	1	2	0	19
<b>Panel B. Helseregion</b>						
Helse Sør-Øst	26	52	28	28	18	152
Helse Vest	1	40	47	32	7	127
Helse Midt-Norge	42	17	12	0	0	71
Helse Nord	0	0	0	0	0	0
<b>Totalt</b>	<b>69</b>	<b>109</b>	<b>148</b>	<b>101</b>	<b>69</b>	<b>496</b>

Figur 6 viser antall kirurgiske inngrep etter pasientens bostedsfylke, og det er den gamle<sup>42</sup> fylkesinndelingen med 19 fylker som benyttes. Flest inngrep har blitt utført på gutter med bostedsadresse i Hordaland (N=77), Oslo (N=72), og Telemark (N=56). Det er også relativt mange fra Rogaland (N=48), Sør-Trøndelag (N=46), og Vestfold (N=45). For de resterende 13 fylkene er omfanget ganske minimalt, og det er særlig få fra Finnmark (N=1), Troms (N=2), Sogn og Fjordane (N=2), og Møre og Romsdal (N=4). Når gjelder disse fire fylkene er sannsynligvis den store geografiske avstanden én av årsakene til at det har vært utført så få inngrep innenfor det offentlige tilbudet. For innbyggere i Finnmark og Troms var det eneste tilgjengelige offentlige tilbudet mellom 2015 og 2017 i Trondheim, mens det fra 2018 og frem til i dag er IbsenSykehusene på Gjøvik eller i Porsgrunn som er det nærmeste tilbudet. Som vi har vært inne på tidligere i kapitlet, har også innbyggere i Helse Nord og Helse Midt-Norge i en periode stått uten offentlig tilbud. Befolkningssammensetningen er også en viktig faktor; det bor færre fra grupper som kan antas å ønske å omskjære sønnene sine i Helse Nord enn for eksempel Helse Sør-Øst.

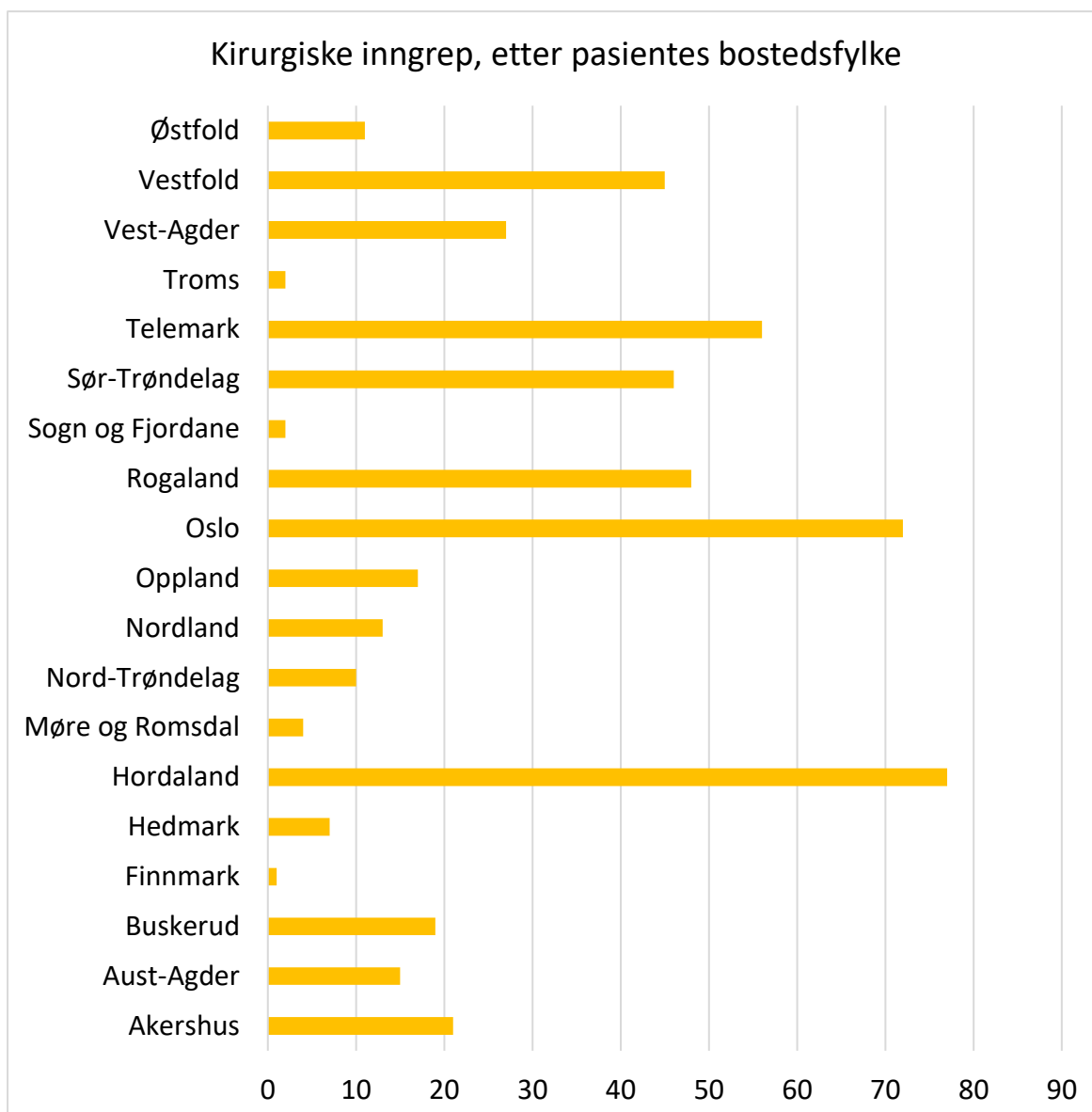
Ved å kombinere informasjon om helseforetak og pasientens bostedsfylke, kan vi undersøke den geografiske variasjonen for samlekategorien «private sykehus». Private tjenestetilbydere, det vil si IbsenSykehusene, har blitt benyttet av innbyggere i 14 av landets 19 fylker. Det er innbyggere i Telemark (N=37), Oslo (N=23) og Vest-Agder (N=19) som har benyttet private løsninger med offentlig avtale i størst grad, mens det har forekommet 3 ganger eller sjeldnere i hele 11 fylker<sup>43</sup>. Det kan være flere grunner til at det er innbyggere i Telemark, Oslo og Vest-Agder som i størst grad har benyttet seg av denne løsningen. Geografi kan ha betydning, og kanskje særlig når det gjelder innbyggere i Telemark, da en av avdelingene til IbsenSykehusene ligger i Porsgrunn. Demografi kan også spille en rolle: flertallet av innbyggerne som antas å ønske å benytte seg av tilbudet om rituell omskjæring bor på Østlandet. Samtidig vet vi at det i Oslo ligger flere private klinikker som også tilbyr omskjæring (se kapittel 5), noe som kunne tale for at innbyggere i Oslo heller valgte en av de private klinikkene fremfor å reise til Gjøvik eller Porsgrunn. I tillegg ligger både Telemark, Oslo og Vest-Agder i Helse Sør-Øst, det vil si den helseregionen som først inngikk en rammeavtale med IbsenSykehusene, og de er dermed blant fylkene som har hatt tilgang på dette tilbudet over lengst tid.

---

<sup>42</sup> Det er tre inngrep som er registrert i det nye fylket «Trøndelag», og det er dessverre ikke mulig å plassere disse i enten Sør- eller Nord-Trøndelag.

<sup>43</sup> Finnmark, Hedmark, Hordaland, Møre og Romsdal, Nord-Trøndelag, Nordland, Oppland, Rogaland, Sogn og Fjordane, Sør-Trøndelag, og Troms.

**Figur 6. Antall rituelle omskjæringer ved offentlige sykehus 2015–2019, etter pasientens bostedsfylke.**



### *Komplikasjoner*

Omfanget av komplikasjoner ved kirurgiske inngrep er tilsynelatende svært lavt i det offentlige tilbudet. Det er faktisk *ingen* komplikasjoner for de syv omsøkte diagnosekodene (se Kapittel 2 om data og metode for detaljer) i tiden etter det kirurgiske inngrepet. Mangelen på innrapporterte komplikasjoner gjelder både for somatiske sykehus og blant avtalespesialister innen somatiske fagområder. Dette kan ikke uten videre tolkes som at det ikke finnes komplikasjoner overhodet for gutter som har fått utført rituell omskjæring i det offentlige. Det er mulig at mindre alvorlige komplikasjoner har blitt håndtert av andre deler av helsetjenesten, for eksempel hos fastlegen. Man kan også tenke seg en situasjon der foreldrene ikke ønsker å oppsøke det samme tilbudet som endte opp med å skade sønnen, og derfor heller velger å benytte seg av en annen kilde til helsehjelp (f.eks. ved å henvende seg til noen med helsefaglig utdannelse i nettverket sitt). Det er samtidig

mulig at det har vært innleggelser som vi ikke greier å fange opp, dersom innleggelsene har blitt registrert med andre koder. Men det fremstår i alle fall som klart at antallet alvorlige komplikasjoner må være svært lavt eller ikke eksisterende – ved komplikasjoner skulle vi forvente noen innleggelser for en eller flere av de syv omsøkte diagnosekodene.

## Oppsummering

Sett på bakgrunn av antagelsen om 2000 mulige rituelle omskjæringer i året, uttrykt i Prop. 70 L (s. 14), viser tallene fra Norsk pasientregister at det utføres få rituelle omskjæringer ved offentlige sykehus i Norge. Fra 1. januar 2015 til 31. august 2019 er det registrert 496 rituelle omskjæringer, noe som gir et snitt på omtrent hundre i året.

Denne gjennomgangen har synliggjort at det offentlige tilbudet er komplisert og uforutsigbart, og vanskelig å få oversikt over. Innretningene på og innholdet i det offentlige tilbudet varierer mellom landets fire helseregioner. I tre av helseregionene har også tilbudet endret seg over tid i perioden vi har sett på. Per i dag utfører en privat leverandør inngrepet for Helse Midt-Norge og Helse Nord, i Helse Vest utføres inngrepet ved to offentlige sykehus, mens det i Helse Sør-Øst eksisterer ulike, delvis overlappende ordninger. Vi finner store variasjoner i hvilke aldersgrupper som omfattes av de ulike tilbudene i helseregionene. Når det gjelder geografisk plassering av de offentlige tilbudene, befinner disse seg på Østlandet, bortsett fra tilbudet ved Haukeland og Stavanger for innbyggere i Helse Vest. Det vil si at innbyggere i Helse Nord og Helse Midt-Norge ikke har offentlige tilbud som er lokalisert i helseregionen.

Det er ingen innrapporterte komplikasjoner i tilknytning til rituelle omskjæringer utført innfor det offentlige tilbudet i perioden 2015–2019. Basert på dette og det relativt lave antall inngrep, samt at disse inngrepene ikke er medisinsk prioritert, er det rimelig å anta at det offentlige tilbudet ikke går bekostning av andre kirurgiske inngrep i det offentlige helsevesenet.

## 5 Rituelle omskjæringer utenfor det offentlige tilbudet

---

### Innledning

Selv om loven om rituell omskjæring av gutter slår fast at det skal være et offentlig tilbud til de som ønsker rituell omskjæring, er det fullt lovlig at leger ved private klinikker eller legekantor utfører inngrepet. Det kan også utføres av 'andre', eksempelvis en mohel (jødisk ekspert på omskjæring), med lege til stede.

I motsetning til inngrep som gjøres innenfor det offentlige tilbudet, enten ved offentlige helseforetak eller av privat leverandør på oppdrag av offentlige helseforetak, blir ikke inngrep utført uten offentlig avtale registrert i Norsk Pasientregister. Det betyr at det ikke eksisterer en samlet oversikt over hvor, hvordan og hvor mange rituelle omskjæringer som utføres av leger utenfor det offentlige tilbudet.

Her vil vi gi en gjennomgang av det vi vet om *hvor* og *hvordan* inngrepet utføres utenfor det offentlige tilbudet. Her har vi lagt vekt på geografisk plassering, kompetanse, informasjon, aldersgruppe, metode, smertelindring og oppfølging.

Informasjonen er basert på intervjuer med ansatte ved private klinikker og legekantor samt informasjon som er tilgjengelig på deres nettsider. Inngrep som er utført av leger på de private legekantorene eller klinikkene er kun journalført i deres egne, lokale registre. Vi har ikke hatt innsyn i de lokale registrene eller i pasientjournaler, noe som betyr at når det gjelder informasjon om antall inngrep og journalføring baserer vi oss på informasjonen som er gitt oss av legene vi har intervjuet samt informasjonen som ligger på de klinikkenes og legekantorenes nettsider. Vi har ikke hatt mulighet til å vurdere om opplysningene om kompetanse, metode, journalføringen, antall inngrep og beskrivelser av eventuelle komplikasjoner er korrekte.

Når det gjelder rituelle omskjæringer som er utført av mohel med lege til stede, av leger fra utlandet samt omskjæringer som er utført i utlandet, er det vi presenterer her basert på intervjuer med mohel og ansvarlige leger ved inngrep utført av mohel, religiøse ledere og foreldre.

### Private klinikker og legekantor

Det å benytte seg av private klinikker eller legekantor ser ut til å være en av de vanligste måtene å få inngrepet utført på blant de foreldre vi har vært i kontakt med. Vi har klart å oppspore seks private legekantor eller klinikker som gjennomfører rituell omskjæring av gutter uten offentlig avtale per høsten 2020.



Dette er medregnet IbsenSykehusene som i tillegg til å utføre rituelle omskjæringer på vegne av tre av helseregionene, også tilbyr rituelle omskjæringer i privat regi.<sup>44</sup>

Alle ligger på Østlandet, og bortsett fra IbsenSykehusene, der inngrepene blir utført av avdelingene i Gjøvik og Porsgrunn, er alle lokalisert i Oslo.<sup>45</sup>

De seks private klinikkene og legekantorene skiller seg noe fra hverandre når det gjelder profil, historikk og kompetanse. Ved et par av stedene har rituelle omskjæringer blitt utført i lengre tid, også før loven om rituell omskjæring ble innført, mens andre startet med inngrepene etter innføringen av loven i 2015.

Fire av disse seks er klinikker med spesialkompetanse på urologi og kirurgi, hvor det er spesialister i urologi eller kirurgi som utfører de rituelle omskjæringene. Ved de to andre er det spesialister i allmenmedisin som utfører inngrepet. Det ene stedet er et helsesenter med flere fastleger, hvor en av fastlegene utfører omskjæringer, mens det andre er et privat legesenter.

Det er store variasjoner mellom disse seks klinikkene og legekantorene når det gjelder hyppighet og omfang av rituelle omskjæringer, som vi vil komme tilbake til.

Alle de seks klinikkene og legekantorene informerer på sine nettsider om at de utfører rituelle omskjæringer på gutter. Omfanget av informasjonen som gis varierer imidlertid mye. Mens tre av stedene kun oppgir at de utfører inngrepet, gir de tre andre mer utfyllende informasjon om hva inngrepet innebærer, og ved to av stedene ligger det også informasjon om smertelindring, eventuelle komplikasjoner, sårheling, krav om samtykke, og om lov om rituell omskjæring av gutter. Ved de to sistnevnte stedene gis det også informasjon på flere språk i tillegg til norsk.

Flere av klinikkene og legekantorene oppgir at de har mottatt negative tilbakemeldinger og hets i forbindelse med at de har hatt informasjon liggende på nettet om at de utfører rituelle omskjæringer. En av klinikkene forteller også at de har gjort informasjonen om at de utfører rituelle omskjæringer mindre synlig, det vil si at den ikke lenger ligger ute på klinikkens forside, på grunn av negativ oppmerksomhet. Ved en annen klinikk har de gått motsatt vei og vært opptatte av å være synlige og stå åpent frem, blant annet i media og fortelle at de utfører inngrepet, hvordan de gjør det og hvorfor de tilbyr inngrepet.

Forskjellene i formell kompetanse, aldersgrupper som omskjæres samt i synlighet i offentligheten er også noe flere av legene vi har intervjuet selv påpeker. De som er spesialister i kirurgi eller urologi uttrykte for eksempel skepsis til at inngrepet

---

<sup>44</sup> Vi har gjennomført intervjuer med ledere og/eller personen som utfører inngrepet på fem av de seks stedene klinikkene og legekantorene. Den sjette klinikken har vi gjentatte ganger forsøkt å få en intervjuavtale med uten hell.

<sup>45</sup> En av klinikkene flyttet imidlertid ut av Oslo og til en mindre by like utenfor Oslo i løpet av sommeren/høsten 2020.

utføres på legekantor av allmennleger. Når det gjaldt alder var klinikken som hadde en øvre aldersgrense på seks måneder kritisk til å utføre inngrepet på eldre barn kun med lokalbedøvelse. Enkelte var også skeptiske til de stedene som ikke oppgir informasjon om hvem som utfører inngrepet på nettsidene.

### *Antall rituelle omskjæringer*

Her baserer vi oss som nevnt på tall oppgitt av de private aktørene selv. Noen har oppgitt konkret antall, mens andre har gitt oss anslag på hvor mange inngrep de utfører per år.

Klinikken som ser ut til å utføre flest rituelle omskjæringer oppga at de har utført ca. 250 i året siden 2015. For 2019 var imidlertid antallet en del lavere. Da utførte de 180 inngrep. En annen klinikk anslo først i et intervju i 2018 at de utførte 50–60 inngrep i året, men da vi ba om oppdaterte tall fra 2019 oppga de at de det året hadde utført ca. 160 rituelle omskjæringer. De to legekantorene vi har vært i kontakt med oppga i 2018 at de utførte henholdsvis 50 og 65 rituelle omskjæringer per år. Da vi ba om oppdaterte tall for 2019 oppga de 40 og 100 rituelle omskjæringer. Når det gjelder inngrep utført i 2020 opplyser de vi har vært i kontakt med at det totale antallet omskjæringer de har utført i år vil være lavere enn tidligere år på grunn av Covid19-pandemien.

Når det gjelder IbsenSykehusene har vi fått oppgitt at de utfører ca. 100 rituelle omskjæringer i året, og 103 i 2019. Hvor mange av disse som var utført privat, altså uten at det er gjennom offentlig avtale, mente IbsenSykehusene at de av tekniske årsaker ikke hadde anledning til å undersøke. Fra Norsk pasientregister har vi tall på hvor mange rituelle omskjæringer som er utført gjennom offentlig avtale ved IbsenSykehusene. I 2017 var tallet 61, i 2018 41 og i løpet av de åtte første månedene av 2019 var det 44 (se tabell 3, Kapittel 4). Det vil i så fall si at det i 2017 og 2018 ble utført rundt henholdsvis 60 og 40 rituelle omskjæringer innenfor det private tilbudet ved IbsenSykehusene, mens det i 2019 ble utført anslagsvis rundt 40.<sup>46</sup>

Ved den private klinikken hvor vi ikke har fått muligheten til å intervjuer lege eller andre ansatte, vet vi basert på informasjon fra foreldre, religiøse ledere og helse-sykepleiere at det gjennomføres relativt mange rituelle omskjæringer. Vi vil anslå at det kan være snakk om et sted mellom 150 og 250 per år, men understreker samtidig at dette er et svært usikkert estimat.

---

<sup>46</sup> Anslaget er basert på opplysningene om at det totale antallet rituelle omskjæringer i 2019 var 103 (både «private» og gjennom offentlig avtale), tall fra NPR som viser at det ble utført 44 inngrep gjennom offentlig avtale samt en beregning hvor mange inngrep som ble utført gjennomsnittlig per måned.

Disse anslagene antyder at det utføres til sammen minimum 600 og maksimalt 900 inngrep i året ved de seks private legekantorene og klinikkene vi kjenner til. Her må vi ta forbehold om at tallmaterialet er usikkert.

### *Informasjon, tolking og samtykke*

På de fem klinikkene og legekantorene hvor vi har intervjuet leger beskriver alle at de gir foreldre informasjon om inngrepet, om smerte og smertelindring samt om risiko for komplikasjoner. De fleste oppgir at de sender ut skriftlig informasjon i forkant i tillegg til at de gir muntlig og skriftlig informasjon rett før og etter inngrepet. Ett legekantor oppgir imidlertid at de kun gir muntlig informasjon først og deretter gir skriftlig informasjon etter at inngrepet er gjennomført.

Når det gjelder bruk av tolk, oppgir alle fem at foreldre må ha med tolk selv ved behov. Ved en klinikk understrekte de viktigheten av tolk ved behov og forklarte at foreldrene får tilsendt informasjon på forhånd om at de må ha med tolk hvis de ikke snakker godt nok norsk eller engelsk:

Hvis de ikke har norsk eller engelsk morsmål eller hvis de ikke snakker norsk eller engelsk så har vi sagt at de må ha med tolk som kan norsk eller engelsk sånn at vi er sikre på at de har fått med seg informasjonen. Ellers så snur vi dem i døra. Det får de også informasjon tilsendt om at de må ha med. Det er fordi de må forstå alvoret om det skulle begynne blø – de må vite hvem de skal ta kontakt med og når de skal kontakt.

Ifølge lov om rituell omskjæring § 8 må begge foreldre, hvis begge har foreldreansvar, samtykke til at inngrepet utføres. Alle legene vi har intervjuet oppgir at de innhenter samtykke, noen skriftlig og andre muntlig. Noen oppgir at de innhenter samtykke fra begge slik loven krever, mens andre oppgir at de kun innhenter samtykke fra den eller de av foreldrene som møter opp når barnet skal omskjæres.

Paragraf 8 understreker også at gutter som er i stand til å danne seg egne synspunkter skal ha rett til informasjon om inngrepet og gis anledning til å si sin mening samt at det skal legges behørig vekt på guttens mening i samsvar med alder og modenhet. Rituell omskjæring kan ikke utføres mot guttens vilje. Helsedirektoratet understreker at helsepersonell må forsikre seg om at guttens mening er hørt.<sup>47</sup> Når det gjelder informasjon til gutten og vektlegging av guttens mening, er det ved en av klinikkene en uaktuell problemstilling fordi de kun utfører inngrepet på gutter opp til seks måneder. De andre klinikkene og legekantorene som utfører inngrepet på eldre barn, beskriver alle at de forklarer barnet hva som skal skje, men kun én klinikk forteller at de har sendt hjem gutter over seks år som har gitt uttrykk for at de ikke ville ha inngrepet utført. Hvor mange gutter de faktisk

---

<sup>47</sup> <https://www.helsenorge.no/undersokelse-og-behandling/rituell-omskjaering-av-gutter/#informasjon-og-samtykke>

har sendt hjem og hvor stor motvilje guttene da eventuelt har vist, har vi ikke informasjon om.

Når det gjelder den klinikken hvor vi ikke har kommet i kontakt med legen som utfører inngrepet, har vi ikke informasjon om hvilken informasjon som gis til foreldre, om tolkerutiner eller om innhenting av samtykke, da dette heller ikke oppgis på klinikkens nettsider.

### *Alder*

Det varierer noe mellom de ulike stedene når det gjelder hvilke aldersgrupper de utfører inngrepet på. Den nedre aldersgrensen varierer mellom henholdsvis en uke<sup>48</sup>, en måned og seks uker. I det sistnevnte tilfellet oppgir klinikken den nedre grensen satt til seks uker fordi da skal barnet ha vært på seks-ukers kontroll på helsestasjonen og man vil ha god oversikt over vektkurven og helsetilstand samt at barnet da vil tåle eventuelle infeksjoner bedre enn de som er under seks uker.

Det er kun ett av de fem legekantorene og klinikkene som oppgir en eksplisitt øvre aldersgrense. De har satt den til seks måneder med den begrunnelse at barn over seks måneder er så pass aktive at det vil være vanskelig å gjennomføre inngrepet uten å gi barnet sedativer, samt at de mener at metoden de bruker (Plastibell) ikke egner seg for barn over denne alderen. En av de andre klinikkene oppga at de omskjærer gutter mellom null og to år og over seks år. Begrunnelsen for hvorfor de ikke omskjærer gutter mellom to og seks år var også her vanskelighetene med å holde barn i denne alderen rolig nok til at inngrepet kunne gjennomføres med lokalbedøvelse.

Vi vet ikke hvilke aldersgrenser den klinikken hvor vi ikke har fått mulighet til å intervju lege, eventuelt har. Klinikken nettsider gir ingen informasjon om dette. Flertallet av foreldre i vårt materiale som har fortalt at de har benyttet seg av denne klinikken, har gjort dette mens barnet var under ett år.

### *Metoder*

Legene ved de private foretakene vi har vært i kontakt med oppga at de bruker *kompresjonsteknikk* på små barn.<sup>49</sup> Mens én klinikk forteller at de bruker en kopp-teknikk, oppgir de andre at de brukte Plastibell-metoden (begge teknikker hører inn under kategorien kompresjonsteknikk). Når det gjelder Plastibell-metoden varierer det hvilken øvre aldersgrense de ulike stedene har satt. Én klinikk oppga at de kun brukte denne metoden frem til barnet var seks måneder, mens et par av

---

<sup>48</sup> Med den forutsetning at barnet på dette tidspunktet veier over 3 kg.

<sup>49</sup> Teknikken går ut på å komprimere forhuden mot en ring eller kopp er tredd inn på glans (kompresjonsteknikk) (jf. Prop. 70 L, s, 14).

de andre klinikkene bruker denne teknikken til barnet er ett eller to år. De som utfører inngrepet på eldre barn enn dette oppgir at de benytter det som gjerne kalles en *kirurgisk teknikk*.<sup>50</sup>

### *Smertelindring*

Alle beskrev at barnet blir gitt smertelindring før, under og etter inngrepet. Da vanligvis i form av Paracetamol som stikkpille av foreldre før de ankommer klinikken eller legekantoret, så bedøvende spray, krem eller plaster rett før selve lokalbedøvelsen settes, og deretter Paracetamol i en eller flere dager etter inngrepet. Bortsett fra IbsenSykehusene er det ingen av klinikkene eller legekantorene som legger barn i narkose for å utføre inngrepet.

### *Foreldrenes rolle*

To klinikker oppga at foreldre ikke kan være til stede på operasjonsrommet på grunn av infeksjonsfare, mens de andre gir foreldrene mulighet til å være til stede under inngrepet fordi det bidrar til å trygge barnet. En klinikk oppga også at de krever at minst én av foreldrene er til stede under selve inngrepet.

### *Oppfølging*

Ved flere av klinikkene utføres inngrepet i helgene.<sup>51</sup> I disse tilfellene får foreldrene et akuttnummer de kan bruke hvis de har spørsmål eller om det skulle oppstå komplikasjoner i løpet av helgen. Etter det kan de kontakte legekantoret/klinikken hvis det er noe. Flere oppgir at gratis etterkontroll ved behov ligger inne i prisen for inngrepet. En klinikk oppgir å ha en kontrolltime etter tre og så etter 10 dager som fast prosedyre.

Hvis foreldre har spørsmål eller er usikre på om såret heles slik det skal, oppfordres de å enten komme til klinikken/legekantoret for en undersøkelse eller eventuelt å ta bilde av såret og sende til legen som så kan vurdere om det er behov for ekstra oppfølging.

Når det gjelder tilreisende fra utenfor Oslo og omegn oppga legene vi snakket med at de anbefaler foreldre og barn å bli i Oslo i en eller to dager etter inngrepet. En klinikk vektla at de gir foreldre som ikke bor i Oslo-området skriftlig informasjon om inngrepet og hvor det er gjort som de kan ta med til lege eller sykehus der de bor, hvis det skulle oppstå komplikasjoner. Når det gjelder for eksempel Plastibellringen, så beskrev legen ved denne klinikken at den i noen tilfeller ikke faller av slik den skal. I de tilfellene hvor familiene bor i en annen helseregion, og ikke enkelt

---

<sup>50</sup> For beskrivelse se kapittel 4.

<sup>51</sup> Ved et par av klinikkene oppgis det at årsaken til at dette gjøres i helgene er at personen som utfører inngrepet jobber til daglig ved et offentlig sykehus, og derfor kun har anledning i helgene. Men det blir også vektlagt at når inngrepet gjøres i helgene fortrenger det ikke andre oppgaver og inngrep som gjøres ved klinikken/legekantoret.

kan komme til klinikken, kontakter han et av de offentlige sykehusene i den aktuelle helseregion som han vet har kjennskap til inngrepet og forklarer saken, slik at foreldrene kan ta med barnet dit å få klippet den av:

Man vet at for noen få prosent så vil ikke den falle av, og da må man kontakte lege for å gjøre det. og da har de ringt til meg. Og da har jeg ringt til X-sykehus og så har de fått dratt dit og tatt av ringen.

### *Komplikasjoner*

Legene vi har intervjuet understreket at alle inngrep innebærer risiko, men at komplikasjoner sjelden oppstår når omskjæringer utføres riktig. En kirurg påpekte at alle inngrep innebærer risiko for komplikasjoner, uavhengig av om det gjøres på offentlige sykehus eller private klinikker, og viste til en politiker som i forbindelse med innføringen av loven hadde uttalt i media at det var viktig å utføre inngrepet på offentlige sykehus «fordi da fikk man ikke komplikasjoner»:

Og det er helt feil. For komplikasjoner kan forekomme hvor som helst og det er viktig å vite om det. De fleste komplikasjoner skyldes ikke at den som gjør det ikke vet hva han gjør, men det er risiko for komplikasjoner alltid. På sykehus også.

En klinikk fortalte at av de rundt 1000 inngrepene de har utført, har de hatt et par tilfeller med arrvevdannelse. Disse har de henvist til sykehuset for korreksjon. En annen klinikk forteller at de har hatt to tilfeller hvor eldre barn har fått infeksjoner som ble behandlet på sykehus. En tredje lege oppgir å ha hatt infeksjoner eller blødninger i ca. en prosent av inngrepene han har utført. Disse har han behandlet selv.

Flere påpeker manglende kunnskap om rituelle omskjæringer hos en del fastleger og sykehus. En kirurg forteller:

De fleste ting som skjer er normale, og hvis legen ikke er vant til det kan de tro at det er en kjempeinfeksjon [og] så er det bare sårtilheling. Det er for lite kunnskap om det. Det er derfor vi vil at det skal være helt transparent. De [foreldrene] skal ikke være redde for å gi den lappen fra oss til legen. «Her har jeg vært» – og så kan de [sykehus/lege] ringe hit. Det viktigste her er barnet oppi det hele. Det viktigste er at de [foreldre] ikke er redde for å ta kontakt med lege. Det er viktig med nok informasjon.

### *Befolkningsgrupper*

Legene beskrev de som kommer til dem for få omskåret sønnene sine som en relativt sammensatt gruppe. Det er i all hovedsak muslimer med bakgrunn fra en rekke ulike land. Noen er fra familier som har bodd i Norge i flere generasjoner, mens andre er nyankomne, blant dem også familier som bor på asylmottak. Selv om flertallet antas å være muslimer, fortalte enkelte også om andre befolkningsgrupper. Den private klinikken som utfører flest rituelle omskjæringer per år, anslo at nærmere en tredjedel av foreldrene som får sønnene sine omskåret hos dem

er kristne med afrikansk bakgrunn samt at det også er en del amerikanere bosatt i Norge som benytter seg av klinikken.

Alle oppga å ha pasienter fra hele landet, men enkelte ser ut til å ha flere tilreisende fra andre deler av landet enn andre klinikker har.

### *Pris*

Prisen for inngrepet ligger rundt kr. 4000,- og kr. 5000,- for spebarn (med Plastibell-metoden) ved tre av stedene vi har kjennskap til. Deretter stiger prisen etter jo eldre barnet er. Prisen ser ut til å ligge på tilsvarende nivå på den klinikken hvor vi ikke har fått gjort intervju, ifølge de opplysninger vi har fått av foreldre som har benyttet seg av den. Når det gjelder IbsenSykehusene er prisen for omskjæringer som utføres hos dem privat, og ikke gjennom offentlig avtale, kr. 10 300, ifølge prislisten som ligger på nettsiden deres.

Enkelte av legene mente at det offentlige tilbudet ikke fungerer slik det skal og at det derfor var viktig med seriøse, private aktører for å dekke behovet i befolkningen. De mente den beste løsningen ville være om spesialisthelsetjenestene inngikk flere avtaler med flere private aktører, slik at det private markedet kommer inn under offentlig kontroll.

### *Rituell omskjæring ved andre legekontor og klinikker?*

I tillegg til disse klinikkene og legekantorene har vi gjennom intervjuer med foreldre, religiøse/kulturelle ledere og helseforetak blitt fortalt at rituell omskjæring gjennomføres eller tidligere har blitt gjennomført ved andre legekontor, men vi har ikke fått bekreftet dette. Det er trolig flere leger i Oslo som utfører rituelle omskjæringer på gutter enn de vi har fått oversikt over. Vi har også fått informasjon om at det tidligere har vært leger andre steder i landet som utfører inngrepet, men vi har ikke klart å oppspore disse og vet ikke om de fortsatt gjør det.

## **Mohel med lege til stede**

Jøder i Norge hadde en fast innarbeidet omskjæringspraksis før loven av 2015, og de har holdt fast ved denne, noe loven også åpner for, jf. § 5. Ved omskjæringer deltar en lokal lege, som har tilknytning til menigheten, og en tilreisende mohel (omskjæringsekspert). Den lokale legen er medisinsk ansvarlig og sørger for oppfølging både før og etter omskjæringen. Prosedyrene har et religiøst og mer ritualisert preg enn det som er beskrevet i tidligere avsnitt, i det inngrepet følges av bønn og velsignelser, og kan samle store deler av guttens familie. De største gruppene av jøder i Norge bor i Oslo og i Trondheim. Begge byene har jødiske menigheter. For jøder som bor andre steder i landet, arrangerer menighetene at mohel og lege kommer reisende.

Mohelen har sin kompetanse fra en spesialutdanningsinstitusjon og er sertifisert som mohel. De jødiske trossamfunnene i Oslo og Trondheim (DMT og DJST)

bruker i dag vanligvis en mohel fra London, som har omskjæring som sin fulltidsbeskjeftigelse. Selv om han kommer relativt sjelden til Norge, har han derfor den nødvendige «mengdetreningen» som menighetene etterspør.

### *Antall*

Menighetene oppgir at totalt blir ca. fem til syv jødiske gutter omskåret hvert år.

### *Informasjon*

Før omskjæringen har foreldrene et møte med den lokale legen. Han undersøker gutten og forsikrer seg om at det er medisinsk trygt å utføre omskjæringen. Ved sykdomstegn utsettes eller utelukkes omskjæring. Legen går gjennom prosedyrene med foreldrene: inngrepets art, bruk av smertelindring, hva de som foreldre skal gjøre ved eventuelle komplikasjoner samt sårheling og stell i etterkant. Legen har også et samtykkeskjema, som begge foreldre må undertegne på.

### *Alder*

Selve omskjæringen skal ideelt sett skje åtte dager etter fødselen. Ved sykdom kan den utsettes noe, men tilbudet om mohel med lege til stede gjelder kun til gutten fyller tre måneder. Etter fylte tre måneder må foreldre som ønsker en jødisk omskjæring henvende seg til en ekspert i utlandet.

### *Metode, smertelindring og foreldres rolle*

På dag åtte møtes foreldre, lege, mohel og vanligvis familie og venner. De kan samles i synagogens lokaler eller hjemme hos foreldrene. Mohelen bruker engangsutstyr og skaper en steril sone der inngrepet foregår. Hans metode har likhetstrekk med Mogan-clamp metoden, slik den er beskrevet av Bolnick og Katz (2012).<sup>52</sup> Smertelindring som tas i bruk er svak Paracet-oppløsning og EMLA-krem i forkant og amming/flaskemelk etter inngrepet. Omskjæringsøyeblikket følges av en navngivingsbønn. Foreldrene er til stede under omskjæringen.

### *Oppfølging og komplikasjoner*

I etterkant forsikrer lege og mohel seg om at det ikke foreligger blødninger. Legen er også tilgjengelig på telefon for foreldrene døgnet rundt og kontakter dem alltid dagen etter. Legens etterkontroll inkluderer journalføring, som slutføres når snittflaten er grodd, vanligvis etter tre til syv dager. Journalen leveres til trosamfunnet for arkivering. De to menighetene har ikke rapportert om komplikasjoner etter omskjæringer.

---

<sup>52</sup> Rent konkret løsnes forhuden med en butt sonde, forhuden fikseres med en klemme foran glans, og fjernes ved et raskt snitt. Klemmen tas vekk og snittflaten glir tilbake.



### *Pris*

Omkostningene med en jødisk omskjæring ligger først og fremst i det å tilkalle en utenbys ekspert. Avhengig av reisevei kan om omskjæring koste fra 6.000 til 10.000 kr. Medlemmer av DMT betaler en høy medlemsavgift og får omskjæring dekket av menigheten. I Trondheim deles utgiftene mellom foreldre og menighet.

## Leger som hentes fra utlandet

Vi har blitt fortalt om tilfeller der leger hentes fra utlandet for å utføre rituell omskjæring på gutter i Norge. Da har det vært snakk om ordninger hvor flere går sammen og finansierer reise, opphold og utgifter for én eller flere leger fra utlandet som kommer til Norge for en begrenset periode og gjennomfører inngrepet på en gruppe gutter. I noen tilfeller har de vært flere moskeer i et område som har gått sammen og organisert dette, mens det i andre tilfeller er grupper av foreldre som står for organiseringen.

Ingen av foreldrene vi har intervjuet har fortalt om at de har fått sine sønner omskåret av leger som er hentet fra utlandet. Informasjonen vi har om denne måten å omskjære gutter på, har vi fra religiøse ledere som enten har vært med på å organisere dette eller som kjenner til at foreldre tilknyttet moskeen har vært med på å organisere dette. Vi vet lite om hvor utbredt det er å hente leger fra utlandet og hvor mange barn det gjelder. Etter hva vi er fortalt er legene som hentes gjerne kirurger eller urologer eller leger som jobber ved sykehus i andre skandinaviske eller europeiske land eller i foreldrenes opprinnelsesland, og som utfører rituelle omskjæringer på jevnlig basis. Inngrepene skal være utført med lokalbedøvelse. Hvilke konkrete metoder som er brukt kjenner vi ikke til. Etter hva vi er blitt fortalt har legene ved behov utført etterkontroller før de har reist ut av Norge. Når det gjelder alder på barna har den i de tilfellene vi har fått høre om variert mellom null og sju år. Vi vet ikke hva prisen per inngrep er i de tilfellene hvor leger hentes fra utlandet.

## Rituell omskjæring i utlandet

Noen foreldre reiser til utlandet og får sønnene sine omskåret der. Lov om rituell omskjæring av gutter berører ikke inngrep som gjøres i utlandet, og det er ikke noe forbud mot å reise til utlandet og få inngrepet utført der. På bakgrunn av den informasjonen vi har fått fra foreldre, religiøse ledere og leger ved de fem private klinikkene, ser det ut til at omskjæringene som personer som er bosatt i Norge får utført i utlandet, i all hovedsak utføres på sykehus eller på klinikker av leger, ofte kirurger, som er spesialister på omskjæring.

Det å få utført inngrepet i utlandet beskrives gjerne som langt billigere enn å gjøre det i Norge. Samtidig er det flere som påpeker at det å gjøre det i «hjemlandet» fort kan bli dyrt fordi det medfører ekstra kostnader knyttet til å besøke slekt og venner (gaver, fest, besøk osv). Det ser imidlertid ut til å være en generell tendens at tilknytning til Norge (for eksempel hvor lang tid eller hvor mange generasjoner

gruppen eller familien har bodd i Norge) har betydning for om man ønsker at inngrepet skal gjøres i Norge.

Hvilke land inngrepene blir utført i varierer også, og hvilket land det gjøres i henger ofte også sammen med om selve den rituelle omskjæringen er årsaken til utenlandsreisen eller om omskjæringen er noe som gjøres i sammenheng med andre formål. De som har fått inngrepet utført i andre skandinaviske eller europeiske land eller i land utenfor Europa som de ikke selv har familietilknytning til (for eksempel Dubai eller Egypt), forteller gjerne at inngrepet er årsaken til at de har reist. De som har fått sønnene omskåret i «opprinnelseslandet» derimot, ser i større grad ut til å ha kombinert omskjæringen med en allerede planlagt reise for å besøke slekt og venner.

Alderen på barna som blir omskåret mens de er i utlandet, ser ut til å variere. Vårt inntrykk er at foreldre som tilhører miljøer eller befolkningsgrupper som er opptatt av å gjøre det mens barnet er spedbarn (under ett år), gjerne også gjør det mens barnet er lite når det gjøres i utlandet. I andre grupper kan barna være betydelig eldre.

Enkelte av legene på de private klinikkene i Norge var skeptiske til at foreldre valgte omskjæring i utlandet, blant annet på grunn av økt risiko for infeksjoner og for antibiotikaresistente bakterier.

## Rituell omskjæring utført av personer uten medisinsk utdanning?

Alle foreldre vi har vært i kontakt med som har fått sønnene sine omskåret i Norge, har fått dem omskåret av lege eller av mohel med lege til stede. Det er heller ingen som har fortalt om andre de kjenner som har fått sine sønner omskåret i Norge av personer som ikke har en legeutdanning i perioden etter at loven trådte i kraft i 2015. Det betyr selvfølgelig ikke at det ikke kan forekomme. Det faktum at slike omskjæringer vil være ulovlige, kan bidra til at denne typen informasjon ikke har blitt delt med oss. Vårt materiale tyder imidlertid på at rituelle omskjæringer av gutter bosatt i Norge, i dag utføres av leger eller rituelle eksperter med lege til stede, enten inngrepet utføres i Norge eller i utlandet.

## Oppsummering

Vi har ikke full oversikt over hvor mange rituelle omskjæringer av gutter som blir utført per år utenfor det offentlige tilbudet. Anslagene våre tyder på at det utføres et sted mellom 600 og 900 inngrep i året ved de seks private legekantorene og klinikkene vi kjenner til. I tillegg kommer eventuelle inngrep som utføres på legekantor/klinikker i Norge som vi ikke kjenner til, inngrep som gjøres av leger som hentes fra utlandet samt inngrep som utføres i utlandet. Her har vi ikke grunnlag for å anslå antallet.

Alle de seks private legekantorene og klinikkene vi kjenner til som utfører inngrepet ligger på Østlandet, og alle bort sett fra én er lokalisert i Oslo. Vi har ikke konkret

informasjon om private tilbud i andre helseregioner enn Helse Sør-Øst. Unntaket er ordningen jødiske foreldre kan benytte, via de jødiske menighetene. I disse tilfellene utføres inngrepet i Oslo eller Trondheim, eller der foreldrene bor.

Basert på den informasjon vi har fått om praksisen ved klinikkene og legekontorene vi har vært i kontakt med, samt om inngrepene som gjøres av mohel, følger disse lovens pålegg om at lege utfører og/eller er ansvarlig for inngrepet, om å gi informasjon til foresatte, samt om å gi barnet smertelindring før, under og etter inngrepet. Alle oppgir at de innhenter samtykke fra foresatte, men noen av aktørene innhenter ikke alltid fra begge foreldre der begge har foreldreansvar, slik loven krever. Legene ved klinikkene vi har vært i kontakt med oppgir at komplikasjoner kan forekomme, men at dette er sjeldent. Vi har imidlertid, som vi har vært inne på, ikke hatt tilgang på pasientjournaler eller -arkiv, og ikke vært til stede mens inngrepet er utført.

## 6 Foreldres erfaringer med rituell omskjæring av gutter

---

### Innledning

I dette kapitlet presenterer vi foreldrenes erfaringer med og synspunkter på rituell omskjæring av gutter. Denne evalueringen anslår at det gjennomføres mellom 600–900 rituelle omskjæringer årlig ved de seks klinikkene vi har kjennskap til, samt rundt 100 innenfor det offentlige tilbud. De aller fleste utføres på private klinikker. Her presenterer vi utdrag av erfaringene til de foreldre vi har intervjuet individuelt, som par og i grupper. Vi ønsker å få frem disse foreldrenes egne stemmer, og gjengir deres fortellinger om *forberedelsene* til inngrepet, erfaring fra selve *inngrepet*, gjennom *oppfølging etter inngrepet* og deres eventuelle ettertanker.

Erfaringene vi presenterer her gjelder omskjæring foretatt både før og etter loven trådte i kraft. Første del av kapitlet omhandler først og fremst muslimske, men også noen kristne, foreldres erfaringer. Jødiske foreldre i vårt materiale omskjærer sine gutter etter sin egen tradisjon med mohel og lege. Vi har funnet at deres erfaringer er såpass forskjellige fra muslimske foreldres, at vi presenterer de to gruppene hver for seg. Ulike erfaringer er knyttet til hvordan den rituelle omskjæringen organiseres.

### Muslimske og kristnes foreldres erfaringer

De erfaringene vi gjengir utdrag av her, representerer det store flertallet av erfaringer blant våre muslimske og kristne informanter. Ettersom vi rekrutterte foreldre som enten hadde fått omskåret sine sønner eller planla å gjøre det, forventet vi å få informanter som allerede hadde bestemt seg for å gjennomføre ritualen. Dette gjenspeiler den unisone enigheten om nødvendigheten av å omskjære gutter som går igjen i vårt materiale.

### Forberedelser

Her tematiseres foreldrenes kjennskap til loven, og hva slags informasjon de hadde om det private og offentlige tilbudet om rituell omskjæring i sitt område, og hvordan de innhentet denne informasjonen. Det omhandler også foreldres erfaringer med forberedelse til inngrepet og den informasjonen de fikk om inngrepet på klinikken/helseforetaket. Kapitlet refererer også foreldres tanker om og begrunnelser for selve inngrepet.

En kvinne fra Midtøsten forteller at hun kom til Norge som barn og at hun er gift med en mann som kom hit som ung. De har en sønn født i 2009. Hun visste ikke om loven før hun ble kontaktet av oss, men visste at rituell omskjæring av gutter var lovlig. Da sønnen hennes ble født var det ingen

på sykehuset som spurte om han skulle omskjæres og hun visste at de ikke lenger gjorde det på sykehus. Familien er ikke religiøs, men regner seg som muslimer, de går ikke i moskeen, men det var der de henvendte seg for å få informasjon om hvor man kunne få omskåret sønnen. De fikk anbefalt en privatklinikk på Grønland. De vurderte også å få gjort det i hjemlandet, men ettersom de da måtte vente til han ble eldre, og mente det bør gjøres så tidlig som mulig, bestemte de seg for Grønland. Før intervjuet med oss fortalte kvinnen at broren nettopp hadde ringt for å spørre om hvor han skulle omskjære sønnen som ble født i 2018. Hun synes det er svært negativt at informasjon om steder som utfører omskjæring er basert på rykter og bekjenskaper, og at man ikke vet noe om kvaliteten på de forskjellige tilbudene.

Dette caset er typisk for de erfaringene de muslimske foreldrene i vårt materiale har med å vurdere omskjæring og finne informasjon om tilbudet. De familiene som bor i Oslo-regionen har mange tilbud, men informasjonen om dem er lite tilgjengelig. De familiene som bor i de andre helseregionene, har enda større problemer både med informasjon om og tilgjengelighet til tilbudene. Det finnes ikke helseforetak med tilbud om rituell omskjæring av gutter i andre steder enn i Bergen og Stavanger og på Østlandet. Uansett kjennskap til loven og uansett botid i Norge, hadde alle våre informanter vansker med å finne offentlig informasjon om tilbudet om rituell omskjæring i sitt område.

Så å si alle foreldre benyttet uformelle kanaler som familie, venner og bekjente for å finne ut hvor de kunne få omskåret sønnen sin. Mange foreldre visste ikke hvor de ellers skulle henvende seg eller lete for å få slik informasjonen. Alle foreldre vi har intervjuet har omskåret sine sønner på en privat klinikk. Ingen hadde hørt om IbsenSykehusene, den eneste private klinikken med offentlig avtale.

### *Religiøse menigheter som informasjonskanaler*

Hvis fastlege og helsestasjon ikke vet om hvilke helseforetak i regionen som tilbyr inngrepet, eller hvis foreldre merker, eller frykter, en motvilje mot praksisen hos disse instansene, blir moskeen, kirken, og venner og familie de tryggeste informasjonskanalene. Men de har ikke alltid oppdatert informasjon. Det er stor variasjon i religiøse lederes og menigheters rolle i å formidle informasjon om tilbudet om rituell omskjæring av gutter. Ingen menigheter vi har vært i kontakt med ser ut til å gi generell informasjon om rituell omskjæring og om loven til sine brukere. Enkelte foreldre mente at det er bedre at foreldre informerer hverandre basert på egne erfaring, ettersom det ikke finnes noen lister over godkjente leger eller klinikker som tilbyr inngrepet som imam eller prest kan bruke. Som en imam og far sa: «Det er ikke sånn at de spør om dette i moskeen. De får informasjon fra hverandre. Sånn var da jeg fikk en sønn selv. Jeg spurte andre foreldre i miljøet, og fikk høre om en lege som var bra og som gjorde det privat.» En forstander i en annen Oslo-moske svarte at når foreldre kontakter ham med spørsmål om hvor de kan få utført omskjæring, gir han dem informasjon om to spesifikke klinikker i Oslo – fordi «det var disse klinikkene jeg kjente til». En annen forstander påpeker

at det også er flere leger blant de som går i moskeen og at disse kjenner til leger og klinikker som utfører omskjæring. På bakgrunn av informasjonen fra disse legene har moskeen nå et par klinikker som de anbefaler. De hevder ikke å ha fått noen negative tilbakemeldinger om disse stedene, men moskeen har ikke gjort noen egne undersøkelser av dem.

Foreldre i andre helseregioner enn Helse Sør-Øst ser ut til å forvente at moskeer skal formidle kontakt til leger og klinikker, eller organisere et tilbud til menigheten. Styreleder for en moske utenfor Osloregionen forteller at de nå har 12–15 barn som «står på venteliste» for omskjæring. Det vil si at foreldrene venter på at moskeen skal ordne omskjæring for dem. Ifølge denne styrelederen sitter moskeen med et ansvar de i utgangspunktet ikke skulle hatt. Lederen etterlyste mer tilgjengelig informasjon om hvor man kan få utført inngrepet samt at fastlegenes rolle burde tydeliggjøres:

Vi ønsker at fastleger bør vite hvordan de skal veilede foreldre i dette istedenfor at de går til moskeen. Vi får feil ansvar. Alle klinikker og alle leger bør vite hvordan de skal veilede foreldre i forhold til hvor de kan få omskåret guttene sine. Trygghet er det viktigste for oss.

### *Hvorfor rituell omskjæring?*

Det er gjennomgående liten tvil hos familiene i vårt materiale om at omskjæring av gutter er nødvendig og bra. De fleste peker på religion og/eller kultur og identitet som viktige faktorer og en del understeker også de helsemessige gevinstene som de hevder inngrepet har. I et fokusgruppeintervju påpekte en kvinne at rituell omskjæring burde bli definert som et helse spørsmål i en helhetlig helseforståelse som omfatter tilhørighet og mental helse. Flere hevdet at de ville gå i fengsel for retten til å omskjære sine sønner. Til tross for disse sterke forsvarene for tradisjonen, har to av våre muslimske informanter valgt ikke å omskjære sine sønner på grunn av egne traumatiske erfaringer.

En del kristne menigheter i Norge, først og fremst fra afrikanske land, praktiserer også rituell omskjæring av gutter. En kvinne fra et sentralafrikansk land forteller om erfaringen til noen venner som fikk omskåret en sønn i Oslo i 2019.

Familien bor i Nord-Norge og forteller at det ikke er noen klinikker som omskjærer i den helseregionen. De søkte på nettet og hørte med bekjente. De fikk høre at de omskjærer gutter på St. Olavs hospital i Trondheim, på nettsiden så de imidlertid at de hadde sluttet, men det lå en lenke til en privatklinikk der. De kontaktet den, men tidspunktet klinikken kunne gjøre inngrepet passet ikke for foreldrene. De spurte venner og bekjente om de kunne hjelpe dem å finne en klinikk. De spurte ikke fastlege eller helsestasjon fordi de trodde at de ikke ville være enige i inngrepet. En nær venninne fikk høre om klinikken på i Oslo. De booket time der, men ettersom foreldrene ikke hadde mulighet til å være der under inngrepet var venninnen med istedenfor. Gutten var ca. fem måneder. På spørsmål om hvorfor de ville ha rituell omskjæring, svarte foreldrene at de var kristne – og de ville følge Bibelen og den kristne tradisjon.

### *Hva er riktig alder for omskjæring?*

Det er forskjellige tradisjoner blant muslimer, jøder og kristne blant annet med hensyn til alder ved omskjæring. Det er også forskjellige lokale tradisjoner. Pakistanere ønsker tidlig omskjæring, mens det er tradisjon for seinere omskjæringer blant tyrkere og kurdere, og i en del afrikanske land. De fleste foreldre, uansett gruppe og lokale tradisjoner, uttrykte imidlertid at de ville omskjære barna så tidlig som mulig, fordi det er det minst smertefulle og traumatiske for barnet. Foreldre ville også ha foretrukket at norske sykehus gjennomførte omskjæringen fordi de mente det er tryggest.

### *Henvisning*

Flere av foreldrene har fått henvisning fra fastlegen til rituell omskjæring og fått med en attest om barnets helsetilstand og andre viktige helseopplysninger som er nødvendig for «søknad» om omskjæring. Henvisning fra fastlegen er ikke lovpålagt, men det kreves likevel av flere offentlige helseforetak. Noen foreldre har opplevd at fastlegen eller legene på sykehuset er negative til rituell omskjæring og fraråder foreldre å gjennomføre det.

En kvinne med afrikansk bakgrunn som er oppvokst i Norge forteller at hun har en sønn som ble født 2014 og som ble omskåret i 2019, og en sønn født i 2019 som ikke er omskåret enda. Hun jobber på et stort sykehus og kjenner til loven om rituell omskjæring av gutter. Hun visste at det var et tilbud på ett sykehuset der hun jobber, men at det var lang venteliste. Hun og mannen gikk til fastlegen i 2016 og spurte om hvordan loven virket. Han sa han ville ringe sykehuset og sende henvisning, men mente at det var lang venteliste og at rituell omskjæring ikke var prioritert. Så de bestemte seg for å vente til de kunne ha god tid og være hjemme med barnet etter inngrepet. I 2018 gikk de til fastlegen igjen – han ville sende henvisning igjen til sykehuset, men han var veldig negativ og mente at det ikke var prioritert, det var venteliste osv. De tenkte også selv at det kunne bli vanskelig hvis de fikk en time som de måtte ta, selv om det ikke passet, for ellers kom de bakerst i køen igjen. De bestemte seg derfor for å vente til 2019 i jula når de begge hadde fri og å gjøre det på en privatklinikk i Oslo. De fikk tips om en klinikk av en venninne. De ringte og fikk time og ble fire dager i Oslo.

Ifølge vår informasjon er det først og fremst Stavanger og Haukeland universitetssykehus som krever henvisning fra fastlege for rituell omskjæring. Stavanger sykehus mener imidlertid at de aldri har opplevd at det er vanskelig å få henvisning gjennom fastlegen, mens flere av våre foreldre forteller om slike hindringer.

### **Inngrepet**

Her tematiserer vi hva slags informasjon foreldrene fikk om forberedelse til smertelindring, smertelindring under inngrepet, hvordan og hvor inngrepet ble utført og foreldrenes rolle under og etter inngrepet.

Uansett hvor de har fått utført inngrepet er foreldre stort sett fornøyd med sitt møte med klinikken/helseforetaket de har brukt. De mener de har fått god informasjon om forberedelse og gjennomføring og mener inngrepet ble riktig gjennomført. Denne kvinnen med bakgrunn fra Asia forteller detaljert om hvordan inngrepet foregikk:

Sønnen hennes var seks uker. Hun ønsket å gjøre det så tidlig som mulig og leste på forhånd om hvilke fordeler det hadde å gjøre det så tidlig som mulig med tanke på traumer, bedøvelsen og helingsprosessen, hun påpekte at de kun gir lokalbedøvelse, istedenfor narkose på så små barn. Han fikk en lokalbedøvelse på det stedet de hadde fått beskjed om å sette på et EMLA-plaster på forhånd. Under inngrepet var både mor og far til stede, sammen med en sykepleier og kirurgen. Rett etter lokalbedøvelsen ble satt, tok gikk mor og sykepleieren en tur inn på kontoret deres, og ventet på at bedøvelsen skulle virke. Moren ammet, mens sykepleieren ga henne et nytt skriv og leste opp alt av nyttig informasjon rundt inngrepet. Deretter gikk de inn på operasjonsstua, og moren snakket til babyen, og da hun spurte kirurgen om han hadde starta, svarte han at han faktisk var ferdig. Altså tok omskjæringen rundt 1–2 minutter, sa hun. Ringen, som ble satt på med en hvit hyssing-aktig tråd, falt av etter 3–4 dager, uten noen komplikasjoner.

Dette er en vanlig beskrivelse av inngrepet slik det gjennomføres i Norge. Foreldre i vårt materiale beskriver prosedyrene ved selve inngrepet slik det er beskrevet av de private klinikkene i kapittel 5.

Noen foreldre er svært opptatt av at en eller begge foreldre må være til stede under inngrepet, både for å trygge barnet og for å se at det går riktig for seg. Det varierer mellom klinikkene hvordan dette praktiseres. Noen mener det ikke er smittevern-faglig forsvarlig at foreldre er til stede, andre forventer at foreldre er sammen med barnet under inngrepet.

Det er imidlertid noen få unntak fra de positive erfaringene. Et foreldrepar med bakgrunn fra Midtøsten, begge oppvokst i Norge, forteller om litt snuskete omgivelser for inngrepet.

Sønnen ble omskåret i 2018 da han var tre uker. De lette om informasjon på nettet om omskjæring og hvor de kunne gjøre det. De fant lite informasjon. De spurte søsteren til mannen om hun kjente til noen steder og hvor hun hadde gjort det selv med sin sønn. Søsteren spurte igjen noen andre hun kjente, og de fikk tips om et legekontor på Oslos østkant som gjorde det. Da de kom dit holdt de nesten på å snu. De syntes stedet/ lokalene var «dodgy» [lite tillitsvekkende]. Legekantoret delte gang med flere andre bedrifter. Det var ikke noe sted hvor de kunne være «private» – ikke et eget sted de kunne trøste og være med sønnen etter at inngrepet var utført. Da de kom var det en annen far som kom ut fra rommet omskjæringen ble utført i med sin sønn som nettopp var omskåret. Denne faren så litt fortvilet ut og sa: «Ja, ja, man må jo gjøre det». Da hadde de tenkt «vel, må man egentlig det?». Men de valgte likevel å gjennomføre det.



Selve omskjæringen var av typen Plastibell, som er den vanlige metoden på spebarn, og de forteller at det gikk veldig greit. De fikk god informasjon om prosessen før og etter inngrepet og de fikk et mobilnummer de kunne ringe til hele døgnet etterpå hvis det var noe. Smertelindringen ble gitt i form av en sprøyte med veske inn under huden og så Paracet i etterkant.

Det er også noen foreldre som klager på at omskjæringen ikke ble riktig utført, det ser først og fremst ut til å være det estetiske resultatet disse er misfornøyd med.

Etter omskjæringen syntes et foreldrepar at sønnens penis ikke så ut helt som den skulle. De hadde bakgrunn fra Midtøsten og var oppvokst i Norge. Da ville de ikke spørre på det stedet de hadde fått utført omskjæringen fordi de ikke likte stedet, selv om legene virket flinke. De spurte på helsestasjonen. Helsestasjonssykepleieren der sa at det kunne hun ikke noe om og at de måtte spørre der de hadde fått det utført. De opplevde at helsestasjonssykepleieren ga tydelig uttrykk for at hun ikke likte at de hadde omskåret sønnen. De endte med å spørre en lege de kjente, om å undersøke penis til sønnen for å se om alt var i orden. Noe den var.

Disse foreldrene beskrev at de satt igjen følelsen av at de hadde gjort noe som var litt ulovlig og som ble sett ned på av samfunnet. De følte ett sterkt ubehag og hadde derfor behov for å snakke ut om det.

### *Omskjæring i utlandet*

De fleste foreldre i vårt materiale lar barna omskjære i Norge fordi de mener det er tryggest. Og alle understreker at de ønsker at det kunne gjøres på sykehus i forbindelse med fødselen eller noen uker etter. Likevel er det endel foreldre som forteller at de har omskåret sønnen i hjemlandet.

Det er mange grunner til at foreldre velger å reise til utlandet. Én er at omskjæring i deres tradisjon blir feiret med en fest for familie og venner og man kombinerer f.eks. ferie med omskjæring av en eller flere sønner. Dette er ikke uvanlig i Tyrkia, men også land i Europa kan være aktuelle. En far som deltok i et gruppemøte i Trondheim mente at ettersom det er lange ventelister på sykehusene i Norge som utfører omskjæring, og det er langt å reise til Østlandet for å få det gjort på privatklinikk, er det greiere og billigere å gjøre det utenfor Norge. En annen grunn kan være at enkelte foreldre har lite kjennskap til og/eller liten tillit til det norske helsevesenet eller til norske legers erfaring med omskjæring. Det kan også henge sammen med utdanningsnivå og botid i Norge. Som vi har sett har mange foreldre opplevd så mange hindringer i å få informasjon, eller i å finne et tilbud i Norge, at de fant det enklere å gjøre det i hjemlandet. Dette er hva er kvinne fra Midtøsten som kom til Norge som ung voksen opplevde:

Kvinnen har to sønner på som begge er født i Norge og som ble omskåret før loven ble innført. Hun hadde spurt på sykehuset om de kunne omskjære dem der da begge sønnene ble født. Hun fortalte at hun hadde

fått til svar at de ikke gjorde det på sykehuset. Hun spurte også på helsestasjonen, men der hadde de svart «vi gjør ikke det i Norge», og de hadde sagt til henne at hun kunne gjøre det i hjemlandet. På helsestasjonen hadde de også sagt at det bare var utenlandske leger som gjorde det i Norge. Hun tok kontakt med en lege med utenlandsk bakgrunn som utførte rituelle omskjæringer på en privatklinikk i Norge, men der kostet det 5000,- per barn, noe hun mente var altfor dyrt. I hjemlandet kostet det 100 kroner, forklarte hun. I tillegg stolte hun ikke på denne legen. Den eldste sønnen hadde vært plaget av hyppige urinveisinfeksjon og moren mente det skyldtes at han hadde trang forhud. Derfor ville hun at han skulle bli omskåret – «for å bli kvitt det problemet». Når hun snakket med lege i Norge om den eldste sønnens tilbakevendende urinveisinfeksjoner, foreskrev legen en salve. Men når hun snakket med legene i hjemlandet så mente de han hadde behov for å bli omskåret.

Hun bestemte seg etter hvert for å reise til hjemlandet for å få begge sønnene omskåret der. De ble omskåret på sykehus i hjemlandet i 2015.

En annen kvinne også fra Midtøsten, forteller at hun kom til Norge da hun var 24 år og nå har hun to sønner som begge er født i Norge. Hun hadde ikke hørt om loven da vi intervjuet henne. Hun fortalte at hun ikke hadde satt seg så mye inn i dette med omskjæring før første sønn ble omskåret. Hun er ikke så veldig religiøs og hadde ikke religiøse grunner til å omskjære. Men det er veldig vanlig i hennes hjemland. «Alle er omskåret der» sa hun. Den første sønnen ble født i 2009. De reiste til hjemlandet da han var fire måneder gammel. Foreldrene hennes bor der. Moren hennes er helselærer. Foreldrene hennes mente at det var lurt å omskjære sønnen og hun lot dem gjøre det. «Det er kjempevanlig der» gjentok hun. Hun understreket at det ble gjort på sykehus og at det var lege som utførte det. Det ble gitt bedøvelse og det oppstod ingen komplikasjoner. Den andre sønnen født i 2017 ble også omskåret i hjemlandet på privatklinikk. Hun forklarer: «Her i Norge er jeg alene. Har ikke noe hjelp. Men i hjemlandet har jeg nettverk. Foreldrene mine er der. De kunne hjelpe til. Og der kunne sønnen være uten bleie mye. Vi kunne gi sønnen min god oppfølging i etterkant. Her i Norge kjenner jeg ikke til systemet. Dessuten vet jeg at legene i hjemlandet har god erfaring med omskjæring. For det er et helt vanlig inngrep der. For meg var det tryggeste og beste var å gjøre det i X. Og vi hadde god erfaring fra da den eldste sønnen min gjorde det i hjemlandet».

Denne moren kjente ikke til lov om rituell omskjæring av gutter. Da vi informerte henne om loven og dens innhold, sa hun: «Hvis jeg hadde visst om loven hadde jeg gjort det i Norge. 4000,- kr er mye, men det er bedre å gjøre det i Norge».

En annen kvinne fra Midtøsten som fikk omskåret sønnene sine i hjemlandet forteller at selve inngrepet gikk «fort og greit ikke noe problem». Men hun peker på at en negativ konsekvens av å gjøre det i utlandet er at barnet da ofte er eldre og inngrepet mer traumatisk psykisk og fysisk.

## Oppfølging

Her forteller foreldre om medisinsk og mental oppfølging etter inngrepet. De forteller også om sitt syn på loven og på hvordan den praktiseres. De forteller generelt at inngrepet gikk fort og greit og at de fikk god informasjon om smertebehandling og oppfølging etterpå.

Det vanlige er at barnet får en Paracet etter noen timer hvis det har smerter. Det er også vanlig at foreldre blir bedt om å sitte på venteværelset noen timer for å se at alt går bra. De får beskjed om at de kan kontakte legen eller en annen kontakt hvis det blir noen problemer etter at de er kommet hjem. Et foreldrepar med bakgrunn fra Asia, oppvokst i Norge, forteller om sine positive erfaringer:

Sønnen deres ble omskåret tre uker gammel på privatklinikk i 2018. Alt gikk fint. Ingen komplikasjoner. Legen ringte to dager etter og hørte om alt var bra. De fikk oppfølging i 10 dager – dvs. at legen var tilgjengelig i på telefon døgnet rundt i 10 dager. De forteller at de ringte legen etter en uke for å snakke. De synes de hadde fått god informasjon på forhånd om hva de skulle kjøpe inn og ta med – smertestillende m.m. Når de kom på klinikken fylte de ut et skjema om fødselskomplikasjoner, om barnet, og om eventuelle arvelige sykdommer i familien. Gutten fikk smertelindring før og etter. Far var med inn, mens mor ventet på venterom. Det var to kirurger med på operasjonen. Selve inngrepet var av typen Plastibell-metoden. Ringen/forhuden falt av etter en stund – helt uproblematisk, sa de. Gutten hadde ingen smerter.

Mange mødre påpeker at amming like etter inngrepet er det mest effektive form for smertelindring og at det også er en grunn til å gjøre inngrepet på spebarn.

### *Komplikasjoner*

Ingen av foreldrene i vårt materiale har opplevd alvorlige komplikasjoner i forbindelse med sønnenes omskjæringer. Det har bare vært snakk om lette infeksjoner eller blødninger som har latt seg behandle. En kvinne som hadde fått det gjort i hjemlandet før loven, fortalte imidlertid om infeksjoner som trengte behandling. En av legene vi intervjuet påpekte at det er større risiko for infeksjon når man omskjærer barnet i utlandet der det er flere ukjente bakterier og mer antibiotikaresistens. Som omtalt tidligere er enkelte av foreldrene imidlertid misfornøyd med måten omskjæringen er gjort på både fra et estetisk og et helsemessig synspunkt, uten at det kan betegnes som medisinske komplikasjoner.

### *Geografisk begrenset tilbud*

Familier bosatt Nord- Sør- og Midt-Norge langt fra helseforetak med tilbud om omskjæring, må reise til Bergen, Stavanger, Gjøvik, Porsgrunn og Oslo for å få utført omskjæring. Med den medisinske oppfølgingen de offentlige og private tilbudene praktiserer, innebærer det at familien må overnatte minst en natt eventuelt på hotell for å få gjennomført omskjæring av en sønn.

En mann i en middels stor by på Sørlandet, som driver en grønnsaksbutikk, forteller at han har en sønn på 6 år som skal omskjæres, men har ikke kunnet gjøre det tidligere fordi det ikke eksisterer noe tilbud i nærheten av der han bor. Han må reise til Oslo for å gjøre det, men da må han være der noen dager og få noen til å passe butikken. Han kan ikke være borte fra jobben så lenge. Han ville ha omskåret gutten så tidlig som mulig, men det har ikke latt seg gjøre, forklarer han.

### *Foreldres synspunkter på loven*

Som omtalt flere steder var foreldre og religiøse ledere svært positive til at loven finnes. De mente at selve eksistensen av en lov viser respekt for andre religioner og for innvandrere i Norge. Ettersom så få foreldre visste om lovens innhold og så mange hadde hatt problemer med å få tilgang til tilbudene om rituell omskjæring i praksis, mente de likevel at lovens positive intensjon ikke blir oppfylt. Mange var også kritiske til motstanden mot rituell omskjæring, spesielt blant leger. En kvinne med afrikansk bakgrunn mente at:

Diskusjonen om et eventuelt forbud handler ikke om barnets beste, men om fordommer, fremmedfrykt, stereotypier og gruppetenkning.

Hun hevdet at rituell omskjæring av gutter ligger så dypt i folks tradisjoner, deres selvfølelse og verdensbilde – at det ikke bør problematiseres og at motstand bare forsterker en opplevelse av annerledeshet hos muslimer. Det oppfattes som å ta et standpunkt mot deres tro. Hun påpekte videre at det vil bli særlig problematisk for jøder hvis det blir et forbud, nok en forfølgelse. Det er et standpunkt mot jøder – det uttrykker et klart syn på hva man tenker om jøder hvis det blir et forbud, sa hun.

### *Tvil og ambivalens*

Som det framgår av disse utdragene, er det liten tvil og ambivalens å spore hos foreldrene i vårt materiale. Dette har som allerede nevnt også å gjøre med vårt utvalg og med formålet med denne evalueringen. Enkelte foreldre sier imidlertid eksplisitt at det er vondt å påføre spebarna sine smerte, men de mener likevel det er riktig å gjøre det fordi det er det beste for gutten når han vokser opp. En mor hevdet at det kan være vanskelig for gutter som ikke er omskåret å finne en muslimsk ektefelle.

## **Jødiske foreldres erfaringer**

For å sikre anonymitet presenterer vi ikke enkelthistorier eller «caser» fra det jødiske materialet, men bruker sitater knyttet til den tredelte inndelingen vi har valgt.

## **Forberedelser**

Så snart jødiske foreldre vet at de venter en sønn diskuterer de omskjæring, eller brit mila som er den jødiske betegnelsen. For å få gjort de praktiske avtalene

kontakter de synagogen. Det er synagogen som ordner kontakt med en lokal lege og en mohel som kan komme til landet nøyaktig åtte dager etter at gutten er født. Det er derfor ikke noe problem for jødiske foreldre å finne informasjon om *hvor* de kan få omskjæring utført. De fleste foreldrene vi intervjuet var klar over den negative innstillingen til omskjæring som mange har i det norske samfunnet, og de hadde ikke henvendt seg til helsevesenet med spørsmål om omskjæring. Unntak fant vi hos nyinnflyttede som ikke hadde kontakt med menighetene. De hadde blitt avvist av helsevesenet, og til slutt funnet frem til synagogen.

### *Hvorfor*

Foreldre vi intervjuet var opptatte av å formidle hvorfor de hadde valgt brit mila. Årsaker ble særlig knyttet til ideer om identitet, helse og tradisjon: «Hos oss er omskjæring en del av kulturen; religion og kultur er vevet sammen. Og å fremme god helse er også en del av religionen og kulturen». Noen trakk opp de lange linjene: «Vi gjør som far og bestefar og oldefar ... slik vi alltid har gjort det». En mor understreket at hun ønsket sin sønn omskåret fordi:

Det handler om vår identitet – vår jødiske identitet. Det er noe mer enn selve inngrepet. Det er et kjennetegn på det å tilhøre et fellesskap av jøder.

Flere understreket at de ikke er strengt praktiserende jøder. De ville ikke omtale seg som 'religiøse', men brit mila var likevel viktig for dem. For andre handlet omskjæringsdagen om religiøse påbud:

Omskjæring handler om den pakten Gud gjorde med Abraham. Det ble en lov for fedre å få sine sønner omskåret. Ikke alle, men mange ser på det som en plikt.

Fedre snakket ofte om omskjæring som noe de selv har vært gjennom, og de knyttet (i likhet med mødre) inngrepet til både hygiene, estetikk og seksualitet: «Tidlig omskjæring er det beste. Det er god hygiene, og jo tidligere du gjør det, jo enklere er det for gutten». En far utdypet: «Jeg vet hva dette vil si, jeg har levd med det hele livet. Jeg husker jo ikke selve omskjæringen, men jeg liker resultatet.». Fra en annen far: «Da jeg var liten synes jeg de andre guttene i barnehagen hadde så slafsete tisser. Og nå synes jeg at jeg har en vakrere penis enn mange andre. Det betyr jo også noe». Et foreldrepar ville imøtegå anklager om at omskjæring gir seksuelle plager. Far tok ordet: «Omskjæring har ingen betydning seksuelt. I alle fall ikke noe jeg har opplevd. Og jeg har jo snakket med andre menn om dette. For oss fungerer alt bra».

Selv om det store flertallet i vårt materiale hadde valgt brit mila, snakket noen, særlig par hvor kun én er jøde, om omskjæring som et vanskelig valg. En far:

Jeg møter meg selv i døra. Kona mi er ikke jøde, men vi var enige om omskjæring og alt gikk bra. Etterpå har jeg tenkt at dette ikke er *medisinsk* nødvendig. Hva om forhuden har en hensikt? Vil jeg gjøre det igjen om vi får flere sønner? Jeg er ikke sikker.

En far hadde jødisk kone: «Jeg måtte gå flere runder med meg selv. Jeg er jo ikke omskåret selv, og min familie var skrekkslagne. Men det var så viktig for kona mi, og i etterkant er jeg glad for at vi valgte som vi gjorde». En annen far, som selv var omskåret, hadde måttet velge brit mila bort:

Det var veldig trist for meg å ikke ha brit mila. Men jeg kunne ikke overbevise kona mi, og da måtte vi la det være. I synagogen må begge foreldre undertegne på at de er enige. Hvis de ikke gjør det, vil ikke mohelen utføre brit mila.

### *Henvisninger/helseattest*

Legen som skal være ansvarlig for en brit mila vil se en attest som omhandler guttens helsetilstand, for å forsikre seg om at det er trygt å utføre inngrepet. Attesten skal inneholde informasjon om arvelige sykdommer og blodverdier. Attest utstedes fra sykehuset når mor sendes hjem etter barseloppholdet. Om brit mila utsettes, på grunn av nyfødteksem eller lignedne, må foreldre skaffe en attest fra fastlegen.

### *Informasjonskanaler*

Foreldrene har ofte hørt mye om brit mila fra slektninger, men den formelle informasjonen rettet til dem direkte kommer fra ansvarlig lege. Legen har et møte med foreldrene, ofte før fødselen. Han/hun informerer om inngrepet, smertelindring og mulige komplikasjoner. Legen svarer også på alle slags spørsmål foreldrene måtte ha. Fra et foreldrepar som ble intervjuet sammen:

Vi fikk masse informasjon om selve inngrepet og mulig komplikasjoner, selv om de er sjeldne. Legen kom hjem til oss. Vi fikk god tid til å snakke sammen.

## **Inngrepet**

Inngrepet kan gjøres på flere ulike vis. Hver mohel har sin metode. Det regnes imidlertid som viktig at det skal skje raskt og med minst mulig smerte. Den medisinske smertelindringen blir regnet som viktig, men også at gutten og foreldrene skal være omgitt av nær slekt, og av dem som kjenner tradisjonen og de velsignelser som skal leses over den nyfødte. Medisinske detaljer er gjennomgått i kapittel 5.

### *Omgivelser og foreldres rolle*

Foreldre kan velge om de vil benytte synagogen, det jødiske samfunnshuset eller et privathjem. Lege og mohel sørger for at det lille området der de foretar inngrepet er sterilt. Foreldre velger også om de vil stå tett opp til mohelen under omskjæringen, eller trekke seg litt tilbake. Flere snakket om møtet med mohelen som viktig. En mor sa det slik: «Det var en lettelse å møte mohelen, – det er en mann du får tillitt til. Vi var egentlig veldig nervøse, men han roet oss ned.»

Alle som hadde hatt en brit mila fortalte at de hadde fått nok og god informasjon og at de stolte på mohelen og legen. Det var viktig for dem at mohelen er en ekspert, som utfører omskjæringen hver virkedag (og også på høytider om en gutt er åtte dager gammel den dagen). Selve inngrepet gikk raskt: «Det er jo mange mennesker til stede, og bønner som skal leses. Men kuttet tror jeg tok noen sekunder», fortalte en far. Samtidig kunne brit mila omtales som svært viktig. En mor utdypet: «Det var et av de mest betydningsfulle øyeblikkene i mitt liv. Det var mer enn fødselen. Jeg ble så lettet, – alt falt på plass. Jeg opplevde en ny nærhet til Gud». Og fra en annen mor:

Gutten min gråt da han ble kledd av. Jeg kjente hvordan kroppen min knyttet seg sammen (...) Det var en enorm spenning. Jeg tror jeg gråt. Men det var også i takknemlighet og glede, – og lettelse. Alle som var til stede var liksom ett med hverandre, og med Gud.

En far hadde en mer nedtonet beskrivelse: «Du er jo spent. Det ble en tøff opplevelse for meg som far, selv om jeg følte at det var trygt».

### *Omskjæring utenfor Norge*

Blant dem vi intervjuet hadde tre foreldre fått brit mila utført i andre land. To mødre fordi de hadde slektinger i utlandet, og en familie fordi gutten var blitt eldre enn tre måneder. For gutter som er eldre enn tre måneder følger ikke de norske menighetene praksisen med å hente inn en mohel fra utlandet, fordi den mohelen de pleier å bruke har en praksis spesialtilpasset nyfødte. Foreldrene var blitt oppfordret av menigheten til å finne andre alternativ, og de fortalte at dette var lettest å finne utenfor Norge.

## Oppfølging

Etter inngrepet forblir lege og mohel sammen med foreldrene i flere timer. De skal både feire begivenheten, og følge opp rent medisinsk. Legen sjekker gutten regelmessig de første timene. Slik forklarte en mor det:

Hos oss har vi et selskap, vet du. Vi var bare de nærmeste, kanskje 30 stykker. Jeg husker nesten ingenting, men det var godt å ha venner og familie rundt seg igjen. De ordnet med alt: mat, bandasjeskift, alt.

Mødrene fortalte at den viktigste smertelindringen rett etter inngrepet var amming. De påfølgende dagene hadde de brukt en steril vaselinkrem på penis, for å hindre svie ved vannlating. En far fortalte om dagene som fulgte:

Legen hadde fortalt oss alt vi behøvde å vite, og det var fint at vi kunne ringe ham døgnet rundt etterpå. Han ringte oss også dagen etterpå, og kom på et besøk før han gjorde journalen ferdig.

### *Komplikasjoner og geografi*

Ingen av foreldrene hadde opplevd komplikasjoner etter inngrepet. De var blitt informert om hva de skulle se etter, og hvordan de raskt kunne kontakte lege om de var i tvil. Et foreldrepar hadde bodd utenfor Oslo/Trondheim på det tidspunktet de de hadde brit mila. De snakket med synagogen på telefon i forkant, og mohel og lege kom reisende hjem til dem dag åtte etter at gutten var født. Fordi brit mila regnes som svært viktig innad i menighetene, er dette et tilbud menighetene prioriterer for sine medlemmer.

### *Foreldres synspunkter på loven og på praktiseringen av den*

Foreldrene uttrykte at de ønsker at loven skal beholdes slik den står. Også de foreldrene som uttrykte tvil om omskjæring, eller selv hadde valgt inngrepet bort, ga uttrykk for at andre jødiske foreldre fortsatt måtte ha det juridisk vernet de opplever at en slik lov gir. Loven gir dem mulighet til å bruke en ekspert på omskjæring, og mange tvilte på at norske leger har den nødvendige ekspertisen for omskjæring på dag åtte, siden dette sjelden utføres på sykehus i Norge i dag. Noen få ga imidlertid uttrykk for at gjerne hadde sett at det var mulig med tidlig omskjæring på sykehus, slik det for eksempel er i USA. Dette var særlig foreldre som ønsket tidlig omskjæring, men som ikke hadde interesse av den religiøse rammen som en omskjæring med en ortodoks mohel nødvendigvis gir. Det var liten kunnskap om privattilbudene som finnes, og ingen hadde vurdert å bruke disse.

Noen ga også uttrykk for at de er klar over at tidlig omskjæring av sønner er komplisert å få utført for muslimske foreldre, og at de ønsker at muslimer og andre kan få et bedre tilbud å forholde seg til. Enkelte hadde konkrete forslag, som et fast månedlig tilbud som alle kunne vite om, med tett oppfølging av gutten og foreldrene i etterkant.

## Oppsummering

I dette kapitlet har vi latt leseren følge foreldre gjennom de tre fasene i prosessen med rituell omskjæring. Vi vet ikke i hvilken i grad disse erfaringene er representative for muslimske, jødiske og kristne foreldres erfaringer med omskjæring generelt, men de synliggjør generelle mønstre.

Som vi har understreket er omskjæringen blant våre muslimer og kristne informanter oftest religiøst begrunnet, men selve omskjæringen foregår rent klinisk. Den jødiske omskjæringen derimot foregår i en religiøs, rituell kontekst, selv om den også kan være mer identitets- eller helsemessig begrunnet. Det er en overvekt av kvinner i vårt materiale og blant dem er flertallet utdannet og født eller oppvokst i Norge. Det er likevel variasjon når det gjelder deres kjennskap til loven og til tilbudene om rituell omskjæring. Det store problemet for ikke-jødiske foreldre i vårt materiale er å orientere seg om hvor det finnes tilbud om rituell omskjæring av gutter i Norge og hvilke tilbud som er gode og dårlige. De aller fleste må stole på rykter og erfaringer fra venner og familie. Eller de må søke råd i moskeen/legen



lokalkirke som ofte ikke er bedre orientert om tilbudene eller kvaliteten på dem. Problemet med å finne informasjon om tilbudet gjelder uavhengig av utdanning og botid i Norge. Foreldre i vårt materiale uansett kjønn, utdanning og botid i Norge mener det er nødvendig og bra å omskjære gutter, av religiøse, identitetsmessige og/eller helsemessige årsaker. Enkelte mødre fortalte likevel at de hadde vært i tvil fordi de var redde for å påføre barna smerte. En far hadde så traumatiske opplevelser av sin egen omskjæring i hjemlandet at han ikke hadde omskåret sønnen sin. På spørsmål om hvor og når de ville få omskåret sønnene hvis de kunne velge fritt svarte de aller fleste ikke-jødiske informanter at de ville at omskjæring skal gjøres i spebarnstiden, helst på sykehus, og uttrykker følgelig stor tillit til norsk helsevesen. Mange opplever det også som et problem at rituell omskjæring av gutter er så stigmatisert i det norske samfunnet at de kvier seg for å spørre om tilbudet på sykehus og hos fastlegen. Som endel foreldre uttrykker det: «Det er takket være jødene det er en lov», og noen legger til: «De har mye større respekt enn oss». Det oppleves også som et problem at det er så få tilbud og at alle ligger i Sør-Norge.

Når det gjelder kontakten mellom foreldre og de private klinikkene og helseforetakene, og gjennomføring av inngrepet, stemmer foreldrenes og helseforetakenes erfaringer godt overens. For de aller fleste foreldre har omskjæringen av sønnene vært en udramatisk opplevelse, selv om noen har syntes det var følelsesmessig smertefullt å være med på inngrepet. I følge foreldrenes beskrivelser ser lovens kriterier ut til å være fulgt når det gjelder medisinsk forsvarlighet.

I vårt materiale finner vi ingen alvorlige komplikasjoner knyttet til rituell omskjæring av gutter, enten de har omskåret sønnen på offentlig sykehus (før loven trådte i kraft) eller i privat regi på legekontor eller på privatklinikk (etter loven trådte i kraft).

De jødiske foreldrene har ikke problem med informasjon i og med at omskjæring blir arrangert av Det Mosaiske Trossamfunn eller av Det Jødiske Samfunn i Trondheim. For dem har det fungert bra med en kombinasjon av en rituell ekspert (mohel) og en lokal lege til stede.

Alle foreldrene er svært glade for loven og mener den er uttrykk for anerkjennelse av dem selv som minoritetsgruppe og/eller deres religiøse tilhørighet. Flere legger imidlertid til at mangel på informasjon og få offentlige tilbud likevel svekker den gode intensjonen som de tror ligger bak loven.

## 7 Lov om rituell omskjæring av gutter... En godt bevart statshemmelighet?

---

### Innledning

Dette kapitlet oppsummerer og diskuterer resultatene av evalueringen. Vi tar utgangspunkt i de tre hovedtemaene for evalueringen; forsvarlighet, tilgjengelighet og bærekraft, og diskuterer om formålet med loven er oppfylt.

#### *Sentrale funn:*

- Det store flertallet av rituelle omskjæringer i Norge blir utført av private klinikker og legekantor uten offentlig avtale. Det utføres få rituelle omskjæringer gjennom det offentlige tilbudet, ca. 100 hvert år i perioden 2015–2019. (Jvf. Kapittel 4 og 5)
- Det ser ut til å ha vært få komplikasjoner i perioden vi har undersøkt.
- I og med at det offentlige helsevesenet utfører svært få rituelle omskjæringer, kan det se ut til at det offentlige tilbudet om rituell omskjæring i liten grad fortrenger andre medisinsk nødvendige inngrep.
- Foreldre i vårt materiale uttrykker sterk tillit til det norske helsevesenet og ønsker at rituell omskjæring skal foretas av det offentlige helsevesenet eller ved private klinikker med offentlig avtale.

### Forsvarlighet

Ett hovedmål med lov om rituell omskjæring av gutter er å sikre at rituell omskjæring utføres på en *medisinsk forsvarlig* måte og at gutter som blir omskåret ikke lider overlast (jf. Prop. 70 L). Som vi var inne på i innledningskapitlet omfatter begrepet *forsvarlighet* i dennes sammenheng lovens krav om at omskjæringen skal foretas av lege eller med lege til stede, at inngrepet skal tilbys innenfor det offentlige helsevesenet, at regler for hygiene og smittevern overholdes og at nødvendig smertelindring gis før, under og etter inngrepet. Videre omfatter forsvarlighet også at foreldre, og gutten dersom han har nådd en alder og modenhet som er nødvendig for å forstå informasjonen, gis informasjon om inngrepet. Det skal innhentes samtykke fra begge foreldre for gutter under 18 år og gutter over 18 år skal samtykke til inngrepet. Det skal legges behørig vekt på guttens mening i samsvar med alder og modenhet, og inngrepet skal ikke gjøres mot guttens vilje. Inngrepet skal journalføres. I tillegg omfatter kravet om forsvarlighet også å undersøke om det er oppstått komplikasjoner i etterkant av inngrepet.

*Forsvarlighet* handler med andre ord om å sikre at inngrepet utføres i ordnede og kontrollerte former av personer med nødvendig kompetanse. Slik vi leser Prop. 70 L baserer departementet seg på en antagelse om at inngrepet i all hovedsak ville bli utført gjennom det offentlige tilbudet etter at loven trådte i kraft. Når det nå viser

seg at antallet rituelle omskjæringer i offentlig regi er svært lavt, og at det store flertallet av rituelle omskjæringer i Norge ser ut til å bli foretatt av private aktører, *kan det stilles spørsmål ved om loven har resultert i god nok oversikt over og kontroll med de rituelle omskjæringer av gutter som utføres i Norge.*

### *Kontroll, regulering og tilsyn*

Basert på den informasjonen vi har innhentet følger de private klinikkene og legekantorene vi har vært i kontakt med kravet om medisinsk forsvarlighet.<sup>53</sup> Problemet er imidlertid mangelen på oversikt og kontroll, også innenfor de private tilbudene, som skal sikre at inngrepet gjøres forsvarlig. Som vi har vært inne på tidligere, registreres rituelle omskjæringer som utføres gjennom det offentlige i Norsk pasientregister. Man har derfor oversikt og kontroll over hvor mange inngrep som utføres, hvem de er utført på, når, hvor og av hvem de er utført, samt eventuelle komplikasjoner. Når det gjelder rituelle omskjæringer utført utenfor det offentlige tilbudet, skal de journalføres og registreres i klinikkens/legekantorets lokale arkiv. Inngrepene som utføres av mohel med lege til stede, journalføres, og journalene oppbevares av menighetene. Inngrepene som gjøres utenfor det offentlige tilbudet blir imidlertid ikke registrert i Norsk pasientregister. Det betyr at det ikke eksisterer en samlet oversikt over hvor, hvordan og hvor mange rituelle omskjæringer som utføres av leger utenfor det offentlige tilbudet. Når det gjelder inngrep utført av leger som hentes fra utlandet eller inngrep utført i utlandet, finnes det ingen oversikt.

Lov om rituell omskjæring av gutter innehar ikke særskilte bestemmelser om tilsyn. I lovproposisjonen vises det til at tilsynsmyndighetene (Statens helsetilsyn og Fylkesmennene) har veilednings- og tilsynsansvar overfor helse- og omsorgstjenesten og helsepersonell. Videre står det at tilsynsmyndigheten også vil «kunne føre tilsyn med helsepersonell som utenfor helse- og omsorgstjenesten utfører eller bistår ved omskjæring» (s. 57). *Spørsmålet her blir imidlertid hvordan tilsynsmyndighetene skal kunne føre tilsyn med helsepersonell som utfører inngrepet utenfor det offentlige tilbudet når det ikke registreres eller finnes en oversikt over hvem og hvor disse er.*

Det er i tillegg verdt å bemerke at flere av legene som selv utfører inngrepet på private legekantor og klinikker stiller seg kritiske til at oppgaven med å utføre inngrepet i så stor grad er overlatt til et privat marked. De mener at det er behov for mer offentlig kontroll og regulering.

### *Alder, smertelindring og metode*

Loven slår fast at det skal gis smertelindring før, under og etter inngrepet. Hva slags smertelindring som skal gis er imidlertid ikke regulert. Vår gjennomgang

---

<sup>53</sup> Her må vi igjen minne om at dette ikke er en helsefaglig evaluering og at vi ikke har vært til stede under inngrepene eller observert lokalene inngrepene utføres i.

viser at det eksisterer ulike syn mellom, og noen gang innen, de ulike helse-regionene om hva slags smertelindring som skal brukes, noe som igjen er knyttet til hvilke aldersgrupper inngrepet utføres på. Noen helseregioner og helseforetak argumenterer for at kun narkose er tilfredsstillende som smertelindring og at inngrepet derfor kun kan foretas på gutter som er gamle nok til å kunne legges i narkose (over tre år). I andre helseregioner og helseforetak foretas inngrepet på spedbarn (for eksempel null til tre måneder) med lokalbedøvelse.

Innenfor det private markedet, hvor smertelindring i all hovedsak gis i form av lokalbedøvelse, handler uenigheten mer om hvilke metoder som kan brukes overfor hvilke aldersgrupper. Noen mener Plastibell-metoden ikke skal brukes over seks måneders alderen, mens andre mener denne metoden kan brukes på gutter opp til ett og to år.

Det gis dermed ulike, og noen ganger motstridende, signaler til foreldre, og allmenheten, om hva som er det beste for barnet, og i særlig grad hva som regnes som riktig smertelindring. *Slik vi ser det kan dette være med på å skape usikkerhet rundt hva som er forsvarlig praksis.*

### *Informasjon og samtykke*

Vår gjennomgang viser at både offentlige og private aktører gir foreldre informasjon om inngrepet og om risiko knyttet til det. Begge instanser oppgir også at de bruker tolk der det er nødvendig.

Både offentlige og private aktører oppgir at de innhenter samtykke fra foreldre. Blant de private aktører ser det ut til å variere om det innhentes av begge foreldre, slik loven krever når begge har foreldreansvar, eller om det kun innhentes av den eller de som møter opp når selve inngrepet skal utføres.

### *Mot guttens vilje?*

Flertallet av rituelle omskjæringer av gutter i Norge utføres på små barn, ofte spedbarn. I disse tilfellene er kravet om at inngrepet ikke skal innføres mot guttens vilje uaktuelt. Vår gjennomgang viser likefult at det også utføres inngrep på en god del eldre barn, og da blir spørsmålet om hva gutten selv mener aktualisert. Vi har fått beskrevet enkelttilfeller både innenfor det offentlige og det private hvor barn har motsatt seg inngrepet, og at inngrepet da har blitt avlyst. Vi vet imidlertid ikke hvor ofte dette er en problemstilling eller hvordan den løses –verken innenfor det private eller det offentlige.

### *Komplikasjoner*

Basert på informasjonen vi har innhentet, har det vært få komplikasjoner i den perioden vi har undersøkt. De private klinikkene og legekantorene vi har vært i kontakt med beskriver enkelte tilfeller av blødninger, arrdannelse, infeksjoner eller av at Plastibell-ring ikke faller av, men understreker at det forekommer sjelden.

Gjennomgangen av data fra Norsk pasientregister viser at det ikke er innrapportert noen komplikasjoner innen det offentlige tilbudet i den perioden vi har undersøkt. Dette kan tyde på at komplikasjoner forekommer svært sjelden, men det kan ikke uten videre tolkes som om komplikasjoner overhodet ikke forekommer (jf. kapittel 4). Det kan være tilfeller vi av ulike grunner ikke har fanget opp. Mindre alvorlige komplikasjoner kan ha blitt håndtert av andre deler av helsetjenesten, for eksempel hos fastlegen eller på private klinikker og dermed ikke være registrert. Samtidig har vi informasjon fra leger og private klinikker som utfører inngrepet at de kjenner til enkelte tilfeller hvor det har vært behov for korrigeringer, og hvor oppfølging og korrigeringer har blitt utført ved offentlige sykehus.

*Forsvarlighet* handler om å sikre at inngrepet utføres i ordnede og kontrollerte former av personer med nødvendig kompetanse. Antallet rituelle omskjæringer i offentlig regi er svært lavt, og det store flertallet av rituelle omskjæringer i Norge blir foretatt av private aktører. *Dermed har ikke helseregionene oversikt over hvorvidt rituelle omskjæringer utføres under trygge og forsvarlige forhold.*

## Tilgjengelighet

Lovens andre hovedmål er å sikre at et tilbud om rituell omskjæring er tilgjengelig.

### *Forventede inngrep og registrerte inngrep*

Helse og omsorgsdepartementet anslo (Prop. 70 L, s.14 og s.48), basert på antall fødte muslimske og jødiske gutter, at det kunne være behov for omskjæring av ca. 2000 nyfødte gutter pr. år i Norge. Med forbehold om at våre tall er tentative, ettersom private tilbud ikke har registreringsplikt, er det stor diskrepans mellom forventet behov for rituell omskjæring av gutter og det vi har registrert i private klinikker og offentlige helseforetak (700 – 1000 totalt per år). Hva kan denne diskrepansen skyldes? Som nevnt kan den skyldes unøyaktig registrering hos private klinikker, det kan skyldes at det foretas omskjæringer på legekontor og i private klinikker vi ikke har fått informasjon om, og det kan forklares ved at mange omskjæringer foretas i utlandet. HODs anslag på behov for 2000 inngrep per år kan også ha vært for høyt.

Vi har sett at det offentlige tilbudet som loven ønsket å fremme ser ut til å utgjøre en svært liten del av de rituelle omskjæringene som utføres på gutter i Norge. I det følgende diskuterer vi aspekter ved praktisering av loven som kan forklare denne fordelingen.

### *Manglende informasjon om tilbudet?*

Manglende informasjon om hvor man kan få utført rituell omskjæring på en betryggende måte, er den viktigste hindringen for at lovens intensjon skal oppfylles. Intervju med foreldre, religiøse ledere og vår egen søken etter informasjon om hvor rituell omskjæring av gutter tilbys, viser at slik informasjon er svært utilgjengelig. Det finnes ingen samlet oversikt over hvor inngrepet utføres, hverken privat eller offentlig (se kapittel 4). Informasjonen finnes først og fremst i folks

personlige nettverk. Det finnes noe informasjon på offentlige nettsider, men disse kan være vanskelig å finne frem til og informasjonen er ikke alltid utfyllende. På Helsenorge.no og helsedirektoratets nettsider gis det ikke konkret informasjon om hvor inngrepet kan utføres. Det varierer også om informasjon er tilgjengelig på flere språk enn norsk. Det ser ut til at det bare unntaksvis gis informasjon på barselavdelinger og på helsestasjon, og bare sporadisk hos fastlegen. Foreldre beklager at dette gjør det vanskelig å vurdere kvaliteten på tilbudene. For norske jøder er situasjonen annerledes: For dem foregår omskjæringen vanligvis i regi av de jødiske menighetene og er enten kjent eller lett å få informasjon om. God tilgang til informasjon sikrer derfor at tjenesten er tilgjengelig. *Dette representerer følgelig en ulikhet i tilgang til den tjenesten loven omhandler, basert på religiøs tilhørighet.*

### *Ulikt tilbud – geografisk*

I lovproposisjonens kapittel 9.2, og i utlysningsteksten for evalueringen, understrekes det at for å sikre at inngrepet skjer på en medisinsk forsvarlig måte, må det være tilgjengelig og likeverdig for brukere i hele landet. I dag er det ikke lik tilgjengelighet i hele landet. Tvert imot har innbyggere i Helseregion Nord og Midt-Norge ikke tilbud i sine regioner og følgelig har de et dårligere tilbud enn innbyggere i Helse Vest og Sør-Øst. De jødiske menighetene arrangerer omskjæringer for jøder uansett hvor de bor, som en del av menighetenes religiøse tilbud. Dette er ressurskrevende for menighetene, men mulig fordi det dreier seg om få gutter hvert år.

### *Ulikt tilbud – alder*

Barnets alder ved inngrepet er også en viktig indikator på tilgjengelighet. Foreldrene i vårt materiale vil med noen unntak at barna skal omskjæres som spebarn. Både jøder, muslimer og kristne viser til religiøse tekster for å begrunne dette. De fleste mener også at omskjæring på spebarn er mindre smertefullt og traumatisk enn på eldre barn. Helse Vest tilbyr rituell omskjæring bare for gutter over tre år. Til tross for at foreldrene generelt vil at barna skal omskjæres på sykehus, er tilbudet i Helse Vest følgelig bare relevant for de som praktiserer omskjæring etter treårsalderen eller som ikke har noen alderspreferanser. Ettersom inngrepet ikke skal fortrenge nødvendig helsehjelp, danner det seg ventelister av foreldre som venter ofte i flere år, på å få en sønn omskåret. Flere foreldre vi snakket med mente at medisinsk begrunnet forsvar for rituell omskjæring kun for gutter over tre år er et vikarierende motiv for å begrense mulighetene for omskjæring. Gjennomgangen vår viser også at søknadsprosedyrer og ventelister kan skape problemer når den øvre aldersgrensen for inngrepet er tre måneder slik den er i Helse Sør-Østs rammeavtale med IbsenSykehusene. Innen inngrepet kan utføres har guttene ofte blitt eldre enn tre måneder, og de faller dermed utenfor rammene for dette tilbudet. *Slike aldersbegrensninger som praktiseres i flere helseregioner fører til dårligere tilgjengelighet og et tilbud som ikke er likeverdig.*

### *Ulikt tilbud etter religiøs tilhørighet*

Som vi har sett har den jødiske befolkningen svært god tilgang til informasjon om alle sider av rituell omskjæring, mens organiseringen av omskjæring for muslimer og kristne (og eventuelt andre) er slik at den i praksis er svært utilgjengelig. *Dette innebærer at tilbudet ikke er likeverdig.*

### *Endring av tilbudet*

Som det er gjort utførlig rede for i kapittel 4 og 5, har tilbudet om rituell omskjæring av gutter i helseregionene skiftet flere ganger fra 2015 til i dag. Helse Nord og Helse Midt-Norge har vært uten tilbud i henholdsvis ett år og et halvt år. Bare Helse Vest har hatt et stabilt tilbud hele perioden, men altså begrenset til barn over 3 år. *Hyppige endringer og aldersbegrensninger fører også til at tilbudet oppleves utilgjengelig.*

### *Hensyn til helsepersonells samvittighet*

I lovens § 4 står det: «I den grad det ikke hindrer et forsvarlig tilbud, skal det tas hensyn til helsepersonell som av samvittighetsgrunner ikke ønsker å utføre eller assistere ved slike inngrep». Denne reservasjonsmuligheten har blant annet ført til den utilgjengeligheten slik vi har omtalt over. I Helse Nord var begrunnelsen for ikke å tilby inngrepet ved regionssykehuset, fra loven ble vedtatt i 2015, at helsepersonell var imot praksisen ut fra medisinskfaglige og etiske begrunnelser. Helse Nord's løsning var å tilby tjenesten utenfor helseregionen. Det samme gjaldt for Helse Midt-Norge fra 2018. *Den utbredte og uttrykte motviljen mot rituell omskjæring blant helsepersonell hindrer foreldre generelt fra å søke informasjon om tilbudet hos fastlegen, på sykehus og helsestasjon og bidrar slik til utilgjengeligheten.*

### *Henvisning*

Selv om loven slår fast at henvisning fra fastlegen ikke er nødvendig og ikke ønskelig for å få utført rituell omskjæring, krever sykehuset i Stavanger og enkelte andre sykehus det. Prop. 70 L peker på faren for at fastleger kan bli en portvokter i systemet (s. 53). Våre intervjuer tyder på at fastleger som er imot inngrepet kan fungere nettopp som propper ved enten å gi feil informasjon eller fraråde inngrepet. *Resultatet er at mange kvier seg for å oppsøke fastlegen om dette temaet.*

### *Kostnad*

Kostnaden for rituell omskjæring varierer. For inngrep gjort gjennom det offentlige tilbudet er egenandelen på kr. 4000,-. Private tilbud varierer mellom kr. 4000,- og kr. 10.300,- avhengig av type inngrep, alder og smertelindring. Omskjæring i spebarnsperioden med Plastibell og lokalbedøvelse, som tilbys av alle de private klinikkene, er den rimeligste, men omskjæring av eldre barn med full narkose er den dyreste. Kostnadene blir også svært forskjellig om man har et tilbud i sin egen helseregion, eller f.eks. må reise fra Balangen i Troms til Gjøvik for å omskjære et spebarn. Egenandelen kan være den samme, mens reisekostnader og eventuell

overnatting på hotell for å få medisinsk oppfølging kan gjøre tilbudet slik det gis i Norge for dyrt for mange innvandrerfamilier, som ofte har lav inntekt. Høy kostnad kan også føre til at foreldre finner løsninger utenfor Norge. Jødiske foreldre får enten kostnaden ved omskjæring dekket fra sin menighet eller de deler kostnadene med menigheten. De som ikke er medlemmer av noen menighet dekker kostnadene selv, men får hjelp til den praktiske organiseringen.

Denne evalueringen viser at tilbudet om rituell omskjæring av gutter gjennom det offentlige og private helsevesenet i Norge, oppleves av mange brukere som generelt utilgjengelig, grunnet momentene som er nevnt over. Vi antar at den store diskrepansen mellom HODs anslag for behovet for rituell omskjæring av gutter i Norge, og det årlige antallet av omskjæringer i offentlig og private helseinstitusjoner vi har avdekket i denne evalueringen, i stor grad skyldes problemer med informasjon og tilgjengelighet. Vi antar at løsningen for mange foreldre er enten å foreta omskjæring på en privat klinikk i Norge, eller i utlandet der inngrepet er mindre kostbart og er kjent og anbefalt blant leger. Ifølge våre muslimske informanter kombineres omskjæring ofte med planlagte hjemreiser og familie-samlinger. Denne løsningen innebærer på sin side, som lovproposisjonen advarer mot, at den medisinske forsvarligheten ved tilbudet kan bli svekket, noe som er imot intensjonene med loven. *Alle disse momentene er med på å gjøre loven og tilbudet om omskjæring av gutter utilgjengelig for muslimer og kristne, og bryter den første hovedintensjonen ved loven; å sikre at et tilbud om rituell omskjæring utføres på en forsvarlig måte.*

## Bærekraft

En forutsetning for lov om rituelle omskjæringer av gutter, er at tilbudet ikke skal gå på bekostning av annen helsehjelp. I og med at et svært begrenset antall omskjæringer utføres gjennom det offentlige tilbudet, og at inngrepet ikke er prioritert, anser vi at det ikke fortrenger annen nødvendig helsehjelp. Nedprioriteringen fører imidlertid til at det dannes ventelister i helseforetakene som tilbyr rituelle omskjæringer. Ventelister og timer som stadig flyttes og endres skaper merarbeid for administrasjonen på sykehuset og kan på den måten belaste det offentlige helsevesenet.

Ettersom det offentlige dekker om lag halvparten av de reelle kostnadene ved rituelle omskjæringer utført gjennom det offentlige (Prop. 70 L, s. 61), innebærer inngrepet en viss kostnad for det offentlige. Mulige merkostnader for samfunnet kan også forekomme hvis det foretas uforsvarlige inngrep eller oppstår komplikasjoner etter inngrep utenfor det offentlige som det offentlige må etterbehandle (s. 61). *Vår evaluering tyder på at bærekraften er ivaretatt, med visse forbehold. Det begrensede antall utførte rituelle omskjæringer innenfor det offentlige tilbudet, gjør det vanskelig å vurdere eventuelle merkostnader for helsevesenet.*



## En godt bevart statshemmelighet?

Som gjort rede for flere steder i denne evalueringen, var innføring av en lov som regulerer rituell omskjæring av gutter kontroversiell, særlig blant helsepersonell. Hensynet til barns rett til medisinsk forsvarlig rituell omskjæring og hensynet til religionsfrihet og til foreldreretten var viktige argumenter for å vedta loven. Legeforeningen støttet med forbehold departementets anbefaling (Prop. 70 L, s. 43).

Vårt kvalitative og kvantitative materiale støtter en antakelse om at aldersgrenser og dannelse av ventelister, utbredt reservasjon blant helsepersonell mot å utføre inngrepet, sammen med mangelen på informasjon om tilbudet, er uttrykk for helsevesenets motstand mot inngrepet og mot loven.

Lov om rituell omskjæring av gutter skal sikre et forsvarlig tilbud, men følges ikke opp med tilgjengelig informasjon om det offentlige tilbudet. Tilbudet blir på denne måten en godt bevart hemmelighet, et tilbud fra staten som få i målgruppen kjenner til. Dette er uheldig, og fører til at foreldre ikke får den informasjonen de trenger for å foreta kvalifiserte valg.

## 8 Anbefalinger

---

Her presenterer vi først endringer endringer fra perioden 2015-2020. Deretter følger våre anbefalinger. Siktemålet med anbefalingene er å sikre at tilbudet om rituell omskjæring av gutter er mest mulig i tråd med lovens intensjoner.

### Endringer som følge av loven

Loven har bare endret brukernes praksis i begrenset grad. Vår evaluering viser at det store flertallet av brukere omskjærer sine sønner hos private aktører og ikke i offentlige helseforetak eller i helseforetak med offentlige avtaler. Loven har likevel endret praktiseringen av rituell omskjæring av gutter på noen områder.

- Loven har ført til at alle regioner formelt har et tilbud om omskjæring i offentlig regi, om enn ikke innenfor sitt geografiske område.
- Loven har sannsynligvis ført til at det etableres flere private tilbud som følger lovens krav til medisinsk forsvarlig omskjæring.
- Loven har betydd mye for foreldre og religiøse ledere som føler seg anerkjent og akseptert. Dette gjelder både jøder, muslimer og kristne som praktiserer omskjæring for sine sønner.
- Loven kan ha styrket motstand mot omskjæring i helsevesenet og i allmennheten, fordi den slår fast rituell omskjæring av gutter som en akseptert praksis i Norge.

### Våre anbefalinger

Våre anbefalinger er basert på sammenstilling og analyse av funn fra datainnsamlingen. Vi har samlet våre anbefalinger i tre hovedpunkt: Bedre informasjon, bedre organisering av tilbudet og offentlig registrering av private aktører.

#### *Informasjon*

På Helsedirektoratets nettsider ligger det i dag (2020) generell informasjon om loven og om omskjæring av gutter. Det opplyses om at foreldre kan henvende seg til nærmeste sykehus, fastlege eller helsestasjon for mer informasjon om tilbudet i helseregionen. Lokalsykehus skal ha informasjon om hvor inngrepet kan foretas på en slik måte at faglig forsvarlighet er ivaretatt. Våre funn tilsier at disse kanalene ikke fungerer. Her er det et stort forbedringspotensial.

- Det må foreligge god og oversiktlig informasjon om loven og detaljer om hvor innbyggere i hver region kan få utført inngrepet.
- Hver helseregion må sørge for at lokalsykehus og helsestasjon kan gi foreldre den informasjonen de etter loven har krav på, både muntlig og skriftlig.
- Informasjonen må foreligge på aktuelle språk og være tilgjengelig via offentlige nettsider.

### *Organisering av tilbudet*

Det fremgår ikke klart av lovteksten om et offentlig godkjent tilbud skal finnes fysisk i alle helseregionene, eller om det er tilstrekkelig at tilbudet skal gjelde for foreldre som bor i alle helseregionene, og som eventuelt må reise til en annen region for å få inngrepet utført der. I Prop. 70 L punkt 9.5 om offentlig tilbud står det:

Departementet foreslår derfor at det i lovforslag § 4 presiseres at de regionale helseforetakene skal sørge for å organisere spesialhelsetjenesten *slik at det innen helseregionen* (vår uthevelse) foreligger et tilbud om rituell omskjæring (s. 52).

I lovens § 4 er denne presiseringen uttrykt slik:

Regionale helseforetak (...) skal organisere spesialisthelsetjenesten *slik at de som ønsker det innen helseregionen*, (vår uthevelse) kan få utført rituell omskjæring av gutter på en forsvarlig måte.

I praksis finnes et offentlig tilbud om omskjæring kun i Helseregion Vest og Sør-Øst, mens Helseregion Nord og Midt-Norge har gjort avtaler med et privat sykehus (IbsenSykehusene) som kun tilbyr inngrepet utført i to byer på Østlandet (Porsgrunn og Gjøvik). Bor du i Midt- eller Nord-Norge må du reise langt når en sønn skal omskjæres. For å sikre trygg oppfølging må foreldre vanligvis også overnatte, noe som gir merkostnader.

- For at tilbudet skal være tilgjengelig og likeverdig bør det ligge i den helseregionen der foreldre bor.

Per i dag (2020) har helseregionene kun laget én avtale med en privat leverandør. Flere rammeavtaler med private leverandører kan gi flere foreldre tilgang til det offentlige tilbudet.

- Det offentlige tilbudet bør inkludere rammeavtaler med flere enn én privat aktør.

Loven gir ikke helsepersonell reservasjonsrett, men åpner for at det skal tas hensyn til helsepersonell som av samvittighetsgrunner ikke ønsker å delta ved inngrepet. I praksis ser det ut til at dette tolkes som reservasjonsrett.

- Konsekvensene av lovens § 4: «det skal tas hensyn til helsepersonell som av samvittighetsgrunner ikke ønsker å utføre eller assistere ved slike inngrep» bør utredes.

Når noen offentlige sykehus kun vil omskjære gutter over enn viss alder (gjærne over tre år), er det viktig at det gjøres avtaler i alle helseregionene med private aktører som omskjærer også yngre aldersgrupper. Som rapporten har vist ønsker flertallet av foreldrene tidlig omskjæring, fordi dette oppfattes som et mindre omfattende inngrep.

- Helseregionene bør inngå avtaler med private aktører som også omskjærer yngre aldersgrupper.

### *Offentlig registrering*

Rapporten har vist at private aktører utfører hovedvekten av rituelle omskjæringer av gutter i Norge.

- Det bør etableres en offentlig registrering av disse aktørene, slik at det kan føres tilsyn med praksis slik at foreldre/gutter tilbys et trygt inngrep.

Et forsvarlig og tilgjengelig tilbud om rituell omskjæring av gutter er hovedformålene med lov om rituell omskjæring av gutter.

## Summary

---

Law Act relating to ritual circumcision of boys (Lov -2014-06-20-40) has two main objectives: That ritual circumcision is to be carried out in a clinically safe way, and that a public offer of ritual circumcision of boys is to be available in Norway. The primary objective of this evaluation is to bring forth research-based knowledge on whether the law is practiced according to its purpose, where the procedure is carried out, whether there are reported complications in connection to the procedure, and whether this medical procedure curtails the provision of other medical services. The evaluation concludes:

- According to our data, the majority of ritual circumcisions of boys in Norway is performed by private health clinics. Few cases of ritual circumcisions are carried out by public health clinics or in public hospitals.
- Information about ritual circumcision of boys in the public health services is not easily available for parents and it is not equal in the four health regions.
- According to our data, there have been few complications due to circumcision during the period of this evaluation.
- Considering that the public health services perform only a few ritual circumcisions of boys annually, we consider it unlikely that this curtails the provision of other medical services.
- Parents we have interviewed express strong trust in the Norwegian health services, and would prefer public hospitals to carry out ritual circumcision of their sons.

This evaluation is an assignment by the Norwegian Research Council and the Ministry of Health and Care Services. The work started in November 2017 and was completed in December 2020. The evaluation is based on a combination of qualitative interviews with parents, religious leaders and health personnel and an analysis of data from public registries.

The law on ritual circumcision of boys was controversial when it was passed and the practice it regulated was strongly debated among politicians, medical personnel and among the public. The ritual is, however, highly significant to members of several minorities in Norway, such as Muslims and Jews. This polarity demands ethical consideration and anonymity of informants.

Ritual circumcision of boys is widespread across the world, with its centre of gravity today in the US, in the Middle East and on the African continent. The majority population in Norway has no tradition of ritual circumcision, while the Jewish minority in Norway has practiced the ritual, using their own experts. With an increasing Muslim minority population after the 1960s, the demand for ritual circumcision of boys was growing. After extensive consultative rounds, the Act relating to ritual circumcision of boys was passed in 2014. The law instructed all

four public health regions in Norway to develop service for the ritual circumcision of boys that was clinically safe and available to all inhabitants.

The main question for this evaluation is whether these objectives are reached in practice. As stated above, our data indicate that the public health services only carry out a very small share of the annual circumcisions of boys performed in Norway, while the private health clinics conduct the vast majority of the procedures. The explanation for this is multifaceted. It is partly connected to a resistance by several public hospitals to carry out the procedures on ethical grounds, and to the fact that there have been several changes concerning where the procedure was offered. Moreover, some health regions have had an age limit (minimum or maximum age) that has made their offer irrelevant to most parents. In addition, the service has been unavailable due to a lack of information about the law and about the actual services offered by private and public health services. Parents have used their religious leaders, their families and their friends as sources of information on where to circumcise their sons. Parents also tell us that they are afraid of asking doctors and other health personnel because they fear that these may be critical to the tradition. The result is that the public services offering ritual circumcision of boys are unknown by our informants and only made use of by a small number of families annually.

This evaluation employs the concepts *trustworthiness*, *availability* and *sustainability* to sum up the findings of the evaluation. According to our research, clinically performed, ritual circumcision of boys in Norway is carried out in the way the law prescribes, both by private and public health services. However, because a majority of ritual circumcisions is carried out in private clinics and these are not registered in public registers, there is no guarantee for safety: *trustworthiness*. As our interviews with parents, religious leaders and health personnel indicate, there is neither equal *availability* across health regions, nor is there adequate information about where and by whom ritual circumcision can be carried out in Norway. *Sustainability*: is this ritual curtailing the provision of other medical services and does it burden the health services economically? Based on what we know about the few actual procedures carried out by public health services, and the fact that private doctors perform the procedure in addition to their full-time jobs, we conclude that the ritual circumcision of boys by public and private health services does not curtail the provision of other medical services.

– En godt bevart statshemmelighet? –

## Referanser

---

- AAP Task Force (2013). Cultural Bias and Circumcision: The American Academy of Pediatrics (AAP) Task Force on Circumcision Response, *Pediatrics* 131(4) 801–804.
- Baklien, B. (2004). Følgeforskning, *Sosiologi i dag*, 34 (4): 49–6.
- Baklien, B., H. Pape, I. Rossow & E. E. Størvoll (2007), *Regionprosjektet – Nyttig forebygging? Evalueringen av et pilotprosjekt om lokalt basert rusforebygging*. SIRUS rapport nr. 6/2007. Oslo: Statens institutt for rusmiddelforskning.
- Benjamin, M. et al. (2020). A Contemporary Snapshot of Circumcision in US Children's Hospitals, *Journal of Pediatric Surgery* (55), 1134–1138.
- Blank, S. et al. (2012). Male Circumcision. Task force on Circumcision, i *Pediatrics* no 130, 756–785.
- Cox, G. og Morris, B. J. (2012). Why Circumcision: From Prehistory to the Twenty-First Century, i Bolnick, D., Koyle, M., Yosha, A. (red.), *Surgical Guide to Circumcision*, (s. 243–259), London: Springer.
- Dok 8:6, 1998–1999. Forslag fra stortingsrepresentantene John Alvhøim og Harald Nesvik om å be Regjeringen legge frem lovforslag som forbyr omskjæring av gutterbarn som ikke har medisinske årsaker. Stortingsdokument.
- Dunsmuir, W. D. og Gordon, E. M. (1999): The history of circumcision, *BJU International*, 83(1), 1–12.
- Døving, C. A. (2016). Jews in the News – Representations of Judaism and the Jewish Minority in the Norwegian Contemporary Press, i *Journal of Media and Religion*, 15 (1): 1–14.
- Døving, C. A. og Kraft, S. E. (2013). *Religion i pressen*. Oslo, Universitetsforlaget.
- Døving, C. A. og Thorbjørnsrud, B. (2012). *Religiøs ledere. Makt og avmakt I norske trossamfunn*, Oslo, Universitetsforlaget.
- Eilberg-Schwartz, H. (1990). *The Savage in Judaism: An Anthropology of Israelite Religion and Ancient Judaism*. Indiana, Indiana University Press.
- El-Sheemy, M. og Ziada A. (2012). Islam and Circumcision, i Bolnick, D., Koyle, M., Yosha, A. (red.), *Surgical Guide to Circumcision* (s. 275–280), London: Springer.
- Feinberg, L. C. (2001). *Bønn og rituell renhet i jødedom: Det jødiske bønnefelleskap, et forsøk på å utrede og forstå underliggende årsaker til jødisk kjønnsdikotomisk tankegang*. Hovedfagsoppgave i religionshistorie, Universitetet i Oslo.
- Frisch, M., et al. (2013). «Cultural Bias in the AAP's 2012 Technical Report and Policy Statement on Male Circumcision», *Pediatrics*, 131(4), 796–800.
- Helse- og omsorgsdepartementet (2011). *Høringsnotat. Rituell omskjæring av gutter*.
- Helse- og omsorgsdepartementet (2014). Prop. 70 L (2013–2014) Proposisjon til Stortinget (forslag til lovvedtak). *Lov om rituell omskjæring av gutter*.
- Helse Nord (2016). *Vedlegg til styresak Årlig melding 2015 for Helse Nord RHF til Helse- og omsorgsdepartementet (HOD)*. <https://helse-nord.no/Documents/Årlig%20melding->



årsmeldinger/2015/Årlig%20melding%202015%20fra%20Helse%20Nord%20RHF%20-0-%20krav%20som%20ikke%20rapporteres%20til%20HOD.pdf

Helse Nord RHF (2018a). Rammeavtale mellom Helse Nord RHF og Ibsensykehuset Kaldbakken AS om rituell omskjæring av gutter. Saksnr. 2018/42

Helse Nord RHF (2018b). Rammeavtale mellom Helse Nord RHF og IbsenSykehusene AS om rituell omskjæring av gutter. Endringer etter avtaleinngåelse. Saks nr. 2018/42

Helse Sør-Øst RHF (2016). Ramme avtale nr. EH-HSØ-RO-2016 Mellom Helse Sør-Øst RHF og IbsenSykehuset AS.

Helsetilsynet (2014). Begrenset autorisasjon og advarsel i omskjærings sak. [www.helsetilsynet.no/presse/nyhetsarkiv/2014](http://www.helsetilsynet.no/presse/nyhetsarkiv/2014) .Lesedato 14–9 2020.

Hoffman, L.A. (1996). *Covenant of Blood: Circumcision and Gender in Rabbinic Judaism*, Chicago, University of Chicago Press.

Høeg, I M. (1996). Religionenes betydning for den jødiske identiteten: En undersøkelse blant 18 norske jøder, *Kirke og kultur*, 5, 425–442.

Johansen, I. E. L. (2012). *Rituell omskjæring av gutter i Norge: Argumentasjon og utfordringer knyttet til regjeringens forslag om lovregulering*. Masteroppgave i religionshistorie, Universitetet i Oslo.

Justis- og politidepartementet (2009). Veileder. *Evaluering av lover. Med tilsvarende anvendelser på forskrifter og andre rettsregler*.

Köhler-Olsen, J. (2013). Religiøst eller kulturelt motiverte kroppslige inngrep på barn – Rettspolitiske betraktninger, *Retfærd*, 36(1/140), 24–45.

Mendelsohn, O. (2019). *Jødernes historie i Norge gjennom 300 år*. Oslo, Press forlag.

*Mål og rammedokument – Evaluering av Rituell omskjæring av gutter*. Helse- og omsorgsdepartementet.

NOU 2016:13 *Samvittighetsfrihet i arbeidslivet*.

Olsen, C. (2018). *Helsesøster og rituell omskjæring av guttebarn. En kvalitativ studie av helsesøsters utfordringer i arbeid med familier der det er et ønske om rituell omskjæring av guttebarn*. Masteroppgave i helsefag, studieretning helsesøsterfag, UiT.

Palmer, J. (red.) (2009). International views on Circumcision, i *Dialogues in Pediatric Urology*, 30, nr 6.

Prop. 70 L (2013–2014). *Proposisjon til Stortinget (forslag til lovvedtak). Lov om rituell omskjæring av gutter*.

Schiratzki, J. (2011). «Banning God's law in the name of the holy body – The Nordic position on ritual male circumcision», *The Family in Law*, vol. 5 (35): 355–53.

Schröder, A. (2012). Circumcision: A Case Against Surgery Without Medical Indication, i Bolnick, D., Koyle, M., Yosha, A. (red.), *Surgical Guide to Circumcision* (s. 185–190), London: Springer.

Silverman, E. (2014). Anthropology and Circumcision, *Annual Review of Anthropology*, 33:419–445.

Swatak-Evenstein, M. (2013). Limits of Enlightenment and the law: On the Legality of Ritual Male Circumcision in Europe Today, *Merkourios* 29/77, 42–50.

Triadafilopoulos, T. (2019). Religious groups, liberal-democratic states and competitive boundary making: The debate over ritual male circumcision in Germany, *Ethnicities* vol. 19(4) 654–673.

Zahid, W. (2017). Ti punkter om mannlig omskjæring, *Dagbladets nettside*, 9–5 2017.

Vogt, K. (2008). *Islam på norsk. Moskeer og islamsk organisasjoner i Norge*, Oslo, Cappelen.

Weiss, H. et al. (2007). *Male circumcision: Global trends and determinants of prevalence, safety and acceptability*, Switzerland: World Health Organization WHO, Department of Reproductive Health and Research and Joint United Nations Program on HIV/AIDS (UNAIDS).

#### Lover/konvensjoner

FNs konvensjon om barnets rettigheter (Barnekonvensjonen)

Lov om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven) (LOV-1999-07-02-64)

Lov om rituell omskjæring av gutter (LOV-2014-06-20-40)

## Vedlegg: Intervjuguider

---

### Intervjuguide – foreldre

#### Introdusere prosjektet og loven

- Foreldrenes bakgrunn
- Kjenner du loven om rituell omskjæring av gutter?
- Hvor blir gutter i ditt område/ditt miljø vanligvis omskåret?
- Hvordan har du hørt om den (hvis hadde du hørt om den før jeg nevnte den)?
- Ble sønnen/e omskåret i Norge – hvis ikke, hvor?
- Hvor gamle bør gutter være når de omskjæres?
- Hvorfor er det viktig for dere å omskjære sønnen/e deres, ev. hvorfor ikke?
- Hvorfor valgte dere dette sykehuset/denne klinikken/annet?
- Hvor fikk dere info om tilbudet?
- Hvem gir best info om omskjæring?
- Fikk barnet ditt smertelindring?
- Fikk du og barnet informasjon og oppfølging?
- Fikk dere den info dere trengte – god dårlig etc?
- Fikk dere noen problemer under/etter inngrepet? Hvordan ble det i så fall løst?
- Hva tenker du om tilbudet i Norge? Riktig gjennomført? for dyrt? Tilgjengelig? annet?
- Hvis du fikk velge, hvor er det best å omskjære gutter? I hjemlandet i Norge, andre steder? Privat el. offentlig?
- Hvis loven må endres til det bedre, hvordan bør den endres?
- Hva tenker du om den politiske og offentlige diskusjonen i Norge om rituell omskjæring av gutter?
- Er det andre ting du vil tilføye?

## Tema/intervjuguide religiøse ledere

### Introdusere prosjektet og loven

- Bakgrunn – om leder og om menighet
- Kjenner du loven om rituell omskjæring av gutter? Formål, innhold, og muligheter den gir
- Hvordan informeres foreldre i Norge om loven og tilbudet?
- Hvordan omskjæres gutter i dere tradisjon/miljø/? Alder, hvem utfører, teknikk, smertelindring, informasjon?
- Hvor foretas inngrepet?
- Utføres det eventuelt i andre land enn Norge? I så fall hvor, hvorfor og alder, hvem utfører, teknikk, smertelindring, informasjon
- Vet du hvor andre med samme bakgrunn som deg/trosfeller omskjærer sine gutter?
- Hvordan informeres foreldre om tilbudet utenfor det offentlige helseapparatet?
- Tror du debatten om omskjæring av jenter har påvirket holdningen til gutteomskjæring i din menighet/gruppe?
- Er det påbudt i deres religion/tradisjon å omskjære? Hvorfor gjøres det?
- Kjenner du til om det har vært tilfeller med komplikasjoner ved gutteomskjæring?
- Påvirker den norske loven praksisen deg/dere /religiøse menighet?
- Er det bra å ha denne loven og det offentlige tilbudet? Hvorfor, hvorfor ikke?
- Hva bør i tilfelle endres for at foreldre skal bruke tilbudet?
- Påvirker diskusjonen i Norge om omskjæring praksisen med omskjæring?
- Har du hatt kontakt med asylmottak om rituell omskjæring?

## Intervjuguide for klinikker og legekontor

- Når begynte dere å tilby rituell omskjæring av gutter? Hvorfor?
- Endret dere praksis etter 2015 – hvorfor, hvordan?
- Hvor mange inngrep pr. år?
- Hvori Norge kommer foreldrene fra? Hvilke bakgrunner har de?
- Hvordan vet de om tilbudet? Averterer dere?
- Hva slags teknikk bruker dere?
- Smertelindring før under og etter inngrepet?
- Aldersgrense, oppad og nedad? Pris?
- Hva er barnas alder?
- Info til foreldre før- under og etter inngrepet?
- Komplikasjoner?
- Hvordan registrere dere inngrepet? Komplikasjoner?
- Fortrenger denne praksisen andre medisinsk nødvendige inngrep?
- Er det forskjell på lokal og sentrale registrering?
- Hva tenker dere om det?
- Hvorfor har dere/ har dere ikke offentlig avtale?
- Får dere negative reaksjoner på praksisen?
- Hva tenker dere om loven slik den er formulert?
- Hva er de positive/ negative eller utilsiktede konsekvenser av loven?