

Høringsnotat

Rituell omskjæring av gutter

Innholdsfortegnelse:

1	Innledning.....	6
1.1	Bakgrunn for høringsnotatet.....	6
1.2	Sammendrag av høringsnotatet	7
1.3	Tidligere behandling av saken	8
2	Nærmere om rituell omskjæring av gutter	11
2.1	Hva er rituell omskjæring og hvorfor omskjæres gutter?.....	11
2.2	Hvor vanlig er inngrepet i Norge?.....	13
2.3	Hvordan utføres rituell omskjæring?.....	13
2.4	Hvor utføres rituell omskjæring per i dag?.....	16
2.5	Finansiering av rituell omskjæring.....	18
2.6	Enkelte medisinske, etiske og økonomiske aspekter knyttet til rituell omskjæring av gutter	19
3	Gjeldende rett	22
3.1	Innledning.....	22
3.2	Grunnloven	22
3.3	Straffeloven	23
3.4	Helsepersonelloven.....	23
3.5	Pasientrettighetsloven.....	24
3.6	Spesialisthelsetjenesteloven.....	25
3.7	Kommunehelsetjenesteloven	25
3.8	Pasientskadeloven.....	25
3.9	Tilsynsloven.....	26
3.10	Barneloven	27
3.11	Lov om alternativ behandling av sykdom mv.....	27
3.12	FNs barnekonvensjon om barns rettigheter av 20. november 1989.....	28
3.13	Den europeiske menneskerettskonvensjonen av 4. november 1950.....	28
4	Rettslig regulering i andre land	29
4.1	Sverige	29

4.2	Danmark	31
4.3	Finland	31
5	Departementets vurdering av rituell omskjæring – ulike måter å organisere et tilbud	32
5.1	Bør rituell omskjæring reguleres?	32
5.2	Vurdering av ulike måter å organisere et tilbud om rituell omskjæring.....	33
5.2.1	Inngrepet utføres ved offentlige sykehus	34
5.2.2	Inngrepet utføres av private sykehus/spesialister	34
5.2.3	Inngrepet utføres i tilknytning til helsestasjoner.....	35
5.2.4	Inngrepet utføres av andre enn helsepersonell.....	36
5.2.5	Departementets vurdering av ulike løsningsmodeller.....	37
6	Departementets forslag til lovregulering – Modell A: Rituell omskjæring utført av leger og andre med særskilt godkjenning	39
6.1	Innledning.....	39
6.2	Lovreguleringens formål	40
6.3	Definisjon av rituell omskjæring	41
6.4	Lovforslagets virkeområde – forholdet til andre lover	42
6.4.1	Hvem loven skal gjelde for	42
6.4.2	Forholdet til andre lover.....	42
6.5	Vilkår for å utføre rituell omskjæring – krav til utførelsen av inngrepet	43
6.5.1	Hvem kan utføre inngrepet?.....	43
6.5.2	Krav til gjennomføring av inngrepet – forsvarlighet, smertelindring og hygiene	46
6.6	Taushetsplikt.....	48
6.7	Informasjonsplikt.....	48
6.8	Krav om samtykke – aldersgrense.....	49
6.9	Dokumentasjonsplikt	51
6.10	Tilsyn med personer som har tillatelse til å utføre rituell omskjæring	52
6.11	Tilbakekall av tillatelse til å utføre rituell omskjæring	53
6.12	Krav om offentlig tilbud	54
6.13	Helsepersonells reservasjonsrett	55

6.14	Straffansvar ved overtredelse av loven	56
7	Departementets forslag til lovregulering – Modell B: Rituell omskjæring utført av leger.....	57
7.1	Innledning.....	57
7.2	Lovreguleringens formål	57
7.3	Definisjon av rituell omskjæring	58
7.4	Lovforslagets virkeområde – forholdet til andre lover.....	58
7.4.1	Hvem loven skal gjelde for	58
7.4.2	Forholdet til andre lover.....	58
7.5	Krav om offentlig tilbud	59
7.6	Vilkår for å utføre rituell omskjæring – krav til utførelsen av inngrepet	60
7.6.1	Hvem kan utføre inngrepet?.....	60
7.6.2	Krav til gjennomføring av inngrepet – forsvarlighet, smertelindring og hygiene 61	
7.7	Taushetsplikt.....	62
7.8	Informasjonsplikt.....	62
7.9	Krav om samtykke – aldersgrense.....	63
7.10	Dokumentasjonsplikt	64
7.11	Tilsyn	64
7.12	Helsepersonells reservasjonsrett	64
7.13	Straffansvar ved overtredelse av loven	65
8	Økonomiske og administrative konsekvenser.....	66
8.1	Modell A: Rituell omskjæring utført av leger og andre med særskilt godkjenning	66
8.1.1	Økonomiske og administrative konsekvenser av rituell omskjæring innenfor helsetjenesten.....	66
8.1.2	Økonomiske og administrative konsekvenser av rituell omskjæring utenfor helsetjenesten.....	67
8.2	Modell B: Rituell omskjæring utført av leger	69
9	Merknader til de enkelte bestemmelsene i lovforslagene	70
9.1	Modell A: Rituell omskjæring utført av leger og andre med særskilt godkjenning	70

9.2	Modell B: Rituell omskjæring utført av leger	80
10	Forslag til lovregulering av rituell omskjæring av gutter	84
10.1	Modell A: Rituell omskjæring utført av leger og andre med særskilt godkjenning	84
10.2	Modell B: Rituell omskjæring utført av leger	88

1 Innledning

1.1 Bakgrunn for høringsnotatet

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

Omskjæring som foretas av medisinske årsaker, for eksempel på grunn av forhudsfortrengning, infeksjoner eller skader, omhandles ikke av dette høringsnotatet.

Rituell omskjæring av gutter utføres på flere ”arenaer”; både av helsepersonell innenfor den offentlige og private helsetjenesten og innenfor religiøse samfunn av personer som ikke er helsepersonell. Når helsepersonell, enten i offentlig eller privat helsetjeneste, utfører rituell omskjæring vil inngrepet i stor utstrekning være omfattet av helselovgivningen og på den måten være sikret forsvarlig utføring. De omskjæringer som foregår utenfor helsetjenesten vil imidlertid ikke være omfattet av helselovgivningen.

Spørsmålet om rituell omskjæring av gutter har den senere tid blitt aktualisert gjennom flere henvendelser til departementet som følge av at store deler av den offentlige helsetjenesten ikke lenger tilbyr dette inngrepet. Dette medfører økt risiko for at omskjæringen blir utført av personer uten kompetanse til å utføre inngrepet på en forsvarlig måte.

Det er flere aspekter ved rituell omskjæring som gjør det utfordrende å finne gode praktiske og rettslige løsninger. Mange vil mene at det på den ene siden er galt å utføre irreversible inngrep på friske barn uten at det foreligger medisinsk indikasjon, samtidig som det på den andre siden er galt å hindre eller vanskeliggjøre den enkeltes rett til å praktisere sin religion. Et annet dilemma følger av prioriteringsdebatten, nærmere bestemt ved at det i Norge ikke har vært ønskelig å prioritere inngrep uten medisinsk indikasjon innenfor den offentlige helsetjenesten. Dette må på den andre siden holdes opp mot det offentliges ansvar for å hindre at gutter blir utsatt for smerte eller risiko ved uforsvarlig omskjæring.

Departementets utgangspunkt i dette høringsnotatet er at rituell omskjæring har blitt praktisert i Norge i lang tid, og det tas derfor ikke stilling til hvorvidt rituell omskjæring bør forbys eller ikke. Hensikten med lovforslaget er imidlertid å foreslå rettslige rammer som skal sikre at rituell omskjæring utføres på en

forsvarlig måte. Departementet mener det er behov for å skape sikkerhet rundt inngrepet for å beskytte barna. Dette er særlig viktig i forhold til de omskjæringer som skjer utenfor helsetjenesten.

1.2 Sammendrag av høringsnotatet

Rituell omskjæring av gutter reiser en rekke helsefaglige, juridiske, økonomiske prioriteringsmessige, organisatoriske og etiske problemstillinger. Det er vanskelig å finne holdepunkter for at rituell omskjæring kan anses for å være en spesialisthelsetjeneste som man er forpliktet til å ”sørge for”, jf.

spesialisthelsetjenesteloven § 2-1a. Dette er imidlertid ikke til hinder for at helsepersonell og spesialisthelsetjenesten kan tilby rituell omskjæring.

I *kapittel 2* har departementet redegjort nærmere for ulike problemstillinger knyttet til rituell omskjæring av gutter, herunder begrunnelsen for hvorfor gutter omskjæres og hvem som praktiserer slik omskjæring. I *kapittel 3* redegjøres det for gjeldende rett, herunder Grunnloven, FNs barnekonvensjon og den Europeiske menneskerettskonvensjonen. *Kapittel 4* omhandler rettslig regulering i Sverige, Danmark og Finland.

I *kapittel 5* har departementet vurdert hvorvidt rituell omskjæring bør reguleres. I tillegg omhandler kapittelet en vurdering av ulike måter å organisere et tilbud om rituell omskjæring på.

Ut fra et ønske om å legge til rette for at rituell omskjæring skal skje på en forsvarlig måte, har departementet i høringsnotatet foretatt en vurdering av ulike måter å regulere rituell omskjæring på. Løsninger som er vurdert er at inngrepet utføres:

- ved offentlige sykehus,
- av private sykehus/spesialister,
- i tilknytning til helsestasjonene eller
- av andre enn helsepersonell.

Etter en samlet vurdering har departementet skissert to ulike lovmodeller som det bes om høringsinstansenes synspunkter på.

Modell A, jf. høringsnotatets *kapittel 6*, består av to hovedelementer. For det første en lovfesting av at de regionale helseforetakene skal organisere spesialisthelsetjenesten på en slik måte at de som ønsker det kan få utført rituell omskjæring på en forsvarlig måte, og da i hovedsak i forbindelse med fødsel. For det andre innebærer lovforslaget at andre enn leger også skal kunne utføre rituelle omskjæringer på nærmere bestemte vilkår.

Modell B, jf. høringsnotatets *kapittel 7*, innebærer en lovfesting av at de regionale helseforetakene skal organisere spesialisthelsetjenesten på en slik måte at de som

ønsker det kan få utført rituell omskjæring på en forsvarlig måte, og da i hovedsak i forbindelse med fødsel. Etter denne modellen åpnes det ikke for at andre enn leger skal kunne utføre rituelle omskjæringer.

Formålet med begge modellene er å sikre at rituell omskjæring utføres av kompetent person og på forsvarlig måte, at det finnes et tilgjengelig tilbud og at smertelindring og oppfølging etter inngrepet ivaretas.

I *kapittel 8* gjennomgår departementet lovforslagenes økonomiske og administrative konsekvenser, herunder hvilke konsekvenser det får at inngrepet skjer innenfor og utenfor den offentlige helsetjenesten. *Kapittel 9* inneholder merknader til de enkelte bestemmelsene i lovforslagene og selve lovforslagene er inntatt i *kapittel 10*.

1.3 Tidligere behandling av saken

Spørsmålet om rituell omskjæring av gutter har ved ulike anledninger vært behandlet av Stortinget og andre offentlige myndigheter eller organer.

NOU 1987: 23 og NOU 1997: 18

NOU 1987: 23 ”Retningslinjer for prioriteringer innen norsk helsetjeneste” og NOU 1997: 18 ”Prioritering på ny”, la grunnlaget for den prioriteringsmodell som i stor grad benyttes innenfor den norske helsetjenesten i dag. Prioriteringsmodellen omfatter fire prioriteringsgrupper som angir hvilken prioritet de ulike behandlingene har. De tre kriterier som ligger til grunn for prioriteringen er tilstandens alvorlighetsgrad, forventet nytte av behandlingen og kostnadseffektivitet. Etter dette blir de fire prioriteringsgruppene følgende:

- I. Grunnleggende helsetjenester (Skal prioriteres)
- II. Utfyllende helsetjenester (Bør prioriteres)
- III. Lavt prioriterte tjenester (Kan prioriteres)
- IV. Tilbud som ikke hører hjemme innenfor det offentlig finansierte helsetilbud (Ikke prioriteres)

Som eksempler til gruppe IV nevnes tiltak som er dokumentert uten virkning på overlevelse, funksjonstilstand eller smerte, tiltak rettet mot tilstander som helt klart faller utenfor allmenne oppfatninger om hva som er sykdom, tiltak med for høy risiko, tiltak med ekstremt høye kostnader i forhold til forventet nytte og tiltak som det vil være uetisk å utføre.

I NOU 1997: 18 uttales det at det verken er mulig eller ønskelig å gi en uttømmende liste over diagnosegrupper eller behandlingstiltak som det offentlige bør eller ikke bør ha ansvar for. Grensene for det offentliges ansvar trekkes stort sett ikke mellom diagnoser eller tiltak som klart faller innenfor eller utenfor. Det er heller tilstandens alvorlighet og muligheten for å gjøre noe nyttig for pasienten i

det enkelte tilfellet og kostnadene ved tiltaket, som setter grensene. Utvalget ga uttrykk for at prioriteringsmodellen samlet sett kunne være med på å avklare grensene for det offentliges ansvar.

Dok. 8:6 (1998-1999)

Stortinget behandlet den 16. februar 1999 Innst. S. nr. 82 (1998-1999) fra sosialkomiteen om Dok. 8: 6 (1998-1999) som inneholdt et forslag om å be regjeringen legge frem lovforslag med forbud mot rituell omskjæring av gutter som ikke er medisinsk begrunnet. Stortingets flertall vedtok i samsvar med komiteens tilråding å avvise forslaget. Når det gjaldt spørsmålet om inngrepet skulle utføres av den offentlige helsetjenesten, ville flertallet i komiteen vente med å ta standpunkt til statsråden kom tilbake til Stortinget med saken.

St.prp. nr. 1 (1999-2000)

På bakgrunn av Sosial- og helsedepartementets anmodning nedsatte Statens helsetilsyn en arbeidsgruppe for å utrede medisinske spørsmål og praksis når det gjaldt rituell omskjæring av gutter. Arbeidsgruppen avga sin rapport i 1999, og konkluderte blant annet med at omskjæring, der hvor egne tilbud innen trossamfunnene ikke eksisterte, burde utføres på de offentlige sykehusene i forbindelse med fødsels- og barselopphold. Det ble vist til at dersom inngrepet skulle gjøres poliklinisk senere, ville det måtte avsettes tid på bekostning av mer trengende oppgaver, og det kunne da oppstå et prioriteringsproblem.

Arbeidsgruppen trakk også frem medisinskfaglige argumenter mot å utføre omskjæring når barnet var blitt større. Blant annet ble det vist til at den enkleste metoden for omskjæring egnet seg best for små gutter, under ca. tre måneder. Tilsvarende gjelder for bruk av lokalbedøvelse. Arbeidsgruppen konkluderte også med at inngrepet burde utføres av kirurg/urolog. Helsetilsynet sluttet seg til arbeidsgruppens konklusjoner og anbefalte at det ble foretatt en bredere gjennomgang av de politiske og etiske spørsmål knyttet til omskjæring av gutter.

Departementet forela rapporten for yrkesorganisasjoner, trossamfunn mv. På bakgrunn av de innspill som departementet da mottok, ble redegjørelsen i St. prp. nr. 1 (1999-2000) utarbeidet. Som et overordnet utgangspunkt ble det uttalt:

”Departementet har kommet til at omskjæring ikke kan sies å representere et etisk problem i forhold til norsk kultur og tradisjon. Ut fra etisk vurdering bør derfor adgangen til å foreta rituell omskjæring av gutter opprettholdes av respekt for religiøse minoriteters kulturelle og religiøse tradisjoner.”

Videre påpekte departementet at det kreves meget små ressurser for å foreta omskjæring innenfor offentlige sykehus, og det er vist til at dersom det ikke finnes et lett tilgjengelig offentlig tilbud vil det være en reell fare for at foreldre vil henvende seg til ukyndige operatører. Dernest er det i proposisjonen uttalt:

”I og med at det bare er aktuelt å foreta et mindre antall omskjæringer i året og det ikke kreves ressurser av betydning, har departementet kommet til at det ikke er nødvendig eller hensiktsmessig å lovfeste en rett til å få utført rituell omskjæring av gutter. Derfor er det heller ikke hensiktsmessig å lovfeste en reservasjonsrett for helsepersonell. Departementet antar at organisering av omskjæring kan løses administrativt på sykehusene på bakgrunn av Helsetilsynets veiledning. Dersom det senere viser seg at foreldre som ønsker omskjæring i forbindelse med opphold på fødeavdeling/barselavdeling ikke oppnår dette, eller at helsepersonell ikke får anledning til å reservere seg, vil departementet vurdere spørsmålet om lovfesting på nytt. Etter departementets vurdering ligger det innenfor foreldreansvaret å bestemme om et guttebarn skal omskjæres. Foreldrene kan derfor samtykke på vegne av barnet. Selv om muntlig samtykke i prinsippet er tilstrekkelig, bør sykehuset sørge for at det skjer skriftlig.”

Nasjonalt råd for prioriteringer i helsevesenet

Helsedepartementet forela spørsmålet om rituell omskjæring for Nasjonalt råd for prioriteringer i helsevesenet i februar 2001. Rådet fattet følgende vedtak (8 mot 4 stemmer):

”Flertallet av rådets medlemmer mener at det ikke foreligget tilstrekkelig tungtveiende grunner til at det offentlige helsevesenet skal foreta rituell omskjæringer av guttebarn. Disse medlemmer ser ingen medisinsk indikasjon for dette inngrepet. De respekterer imidlertid at for mange mennesker er utførelsen av dette inngrepet sterkt knyttet til religiøs overbevisning og kulturell tradisjon. De mener derfor at det kan utføres i den offentlige helsetjenesten når dette ikke skjer på bekostning av medisinsk prioriterte oppgaver.”

Mindretallet av rådets medlemmer mente at rituell omskjæring av guttebarn skulle være en del av det offentlige helsetilbudet. De påpekte videre at senvirkninger som for eksempel sosial stigmatisering av ikke omskårete barn med følgende psykisk belastning kan gi medisinsk indikasjon på at inngrepet bør gjøres. Avslutningsvis uttalte mindretallet at omskjæring ikke er en prioritert oppgave for helsevesenet.

Prioriteringsrådet konkluderte videre med at omskjæring burde skje etter skriftlig søknad og skriftlig samtykke, at egenbetaling som eventuelt dekket kostnadene ved inngrepet ble innført og at helsepersonell utfører inngrepet på frivillig basis eller har reservasjonsrett mot inngrepet.

I sin årsmelding fra 2005 har prioriteringsrådet gjentatt rituell omskjæring som et eksempel på en helsetjeneste som ikke bør utføres for offentlige midler.

Sosial- og helsedirektoratets vurdering av 2003

I 2002 ble Sosial- og helsedirektoratet bedt om å undersøke og vurdere praksis på feltet i Norge, samt komme med en tilrådning slik at saken kunne vurderes på nytt. I 2003 avga Sosial- og helsedirektoratet sin tilrådning hvor de viste til at praksis per november 2003 var svært varierende når det gjaldt hvilke sykehus som utførte rituell omskjæring. I forlengelsen av dette viste direktoratet til at en slik praksis

ikke gir sikkerhet for at omskjæring blir foretatt i den offentlige helsetjenesten. At ikke alle sykehus prioriterer disse inngrepene, kan medføre at man får et økende antall tilfeller hvor inngrepet blir utført av personer uten kompetanse.

Direktoratet foreslo derfor at rituell omskjæring av gutter ble lovregulert. Det er vist til at slik regulering vil skape klarhet i ansvarsforhold, samtykkeregler og kompetansekrav, samt sikre adekvat smertelindring og oppfølging etter inngrepet. Lovregulering vil også kunne sikre at inngrepet blir utført av kompetent person og på forsvarlig måte. Dette gjelder både dersom omskjæringen gjøres innenfor helsetjenesten av helsepersonell, og ikke minst dersom det i loven reguleres i hvilken grad og på hvilke vilkår andre enn helsepersonell skal kunne utføre slike inngrep. Lovregulering vil også kunne avklare i hvilken grad helsepersonell skal kunne reservere seg.

Sosial- og helsedirektoratets vurdering av 2005

Siden Sosial- og helsedirektoratet avga sin rapport i november 2003 har situasjonen endret seg for de som etterspør rituell omskjæring fra den offentlige helsetjenesten. Blant annet vedtok daværende Helse-Øst RHF i mars 2005 å ikke lenger prioritere rituell omskjæring av gutter på grunn av inngrepets manglende medisinske indikasjon.

På oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet ble Sosial- og helsedirektoratet i 2005 bedt om å undersøke status for hvordan det offentlige tilbudet om rituell omskjæring var. Direktoratet foretok en høring blant helseforetak og fødeavdelinger og fant at de fleste av disse ikke ga tilbud om rituell omskjæring. Det ble oppgitt forskjellige årsaker til at inngrepet ikke lenger tilbys ved de offentlige sykehusene. Hyppigst ble oppgitt kapasitetsproblemer, dernest etiske og medisinsk faglige årsaker til at omskjæring ikke utføres. I tillegg ønsket flere helsepersonell å reservere seg mot å bistå ved inngrepet.

2 Nærmere om rituell omskjæring av gutter

2.1 Hva er rituell omskjæring og hvorfor omskjæres gutter?

Rituell omskjæring av gutter har som nevnt blitt praktisert i lang tid i store deler av verden, også i kristne samfunn i Europa og USA. I Norge praktiseres omskjæring på religiøst, tradisjonelt grunnlag av muslimer og jøder.

For jødenes del stammer den rituelle omskjæringen fra Abrahams tid, ca. 3700 år tilbake, og viderefører paktens inngått mellom Gud og det jødiske folk. Dette fremkommer i Bibelen første Mosebok kapittel 17, vers 9 – 11 hvor det heter:

”Så sa Gud til Abraham: Du skal holde min pakt, både du og dine etterkommere fra slekt til slekt. Dette er den pakten dere skal holde, pakten mellom meg og dere og etterkommerne dine: Alle menn og gutter hos dere skal omskjæres. Dere skal la forhuden skjæres av, og det skal være tegnet på pakten mellom meg og dere.”

Denne praktiseringen av pakten har blitt fulgt av nesten alle jøder. Det mosaiske trossamfunn har opplyst at omskjæringen er den viktigste faktoren i dannelsen av den jødiske identitet. Omskjæringen skjer fortrinnsvis 8. døgn etter fødsel og inngrepet skjer vanligvis i en religiøs setting og ikke i sykehus. Dersom helsemessige grunner tilsier det kan inngrepet skje senere enn 8. døgn. Inngrepet foretas av en rabbiner som har fått spesiell opplæring (mohel) og det er vanlig at en lege er til stede. Inngrepet skjer uten anestesi eller annen smertelindring. Tall fra 1999 viser at det i Norge fødes mellom 5-7 jødiske guttebarn årlig. Ved omskjæringen benyttes det en mohel som arbeider i hele Norden.

Når det gjelder muslimenes rituelle omskjæring er handlingen ikke nevnt i Koranen. Omskjæring av guttebarn er imidlertid sunna (tradisjon) innenfor islam, og er å finne nedtegnet i religiøse skrifter.

I muslimske samfunn består nesten alle overgangsritualer av en blanding av universelle islamske tradisjoner og lokale varianter. Flere steder består ritualene av gamle tradisjoner som i utgangspunktet ikke var knyttet til islam, men som senere har blitt tillagt en islamsk tolkning. Det betyr at den rituelle omskjæringen kan ha svært forskjellig form fra land til land, både med hensyn til hvordan det gjøres og hvor gammel gutten er ved omskjæringen. Omskjæringen utføres vanligvis i løpet av de første dagene etter fødsel, selv om man i prinsippet kan utføre omskjæringen helt opp til 10-12 års alder.

I Europa har det utviklet seg en vestlig praksis hvor omskjæringen ofte foretas på det sykehuset hvor barnet fødes, uten at det skjer en rituell seremoni ved selve inngrepet. Den rituelle delen av handlingen foretas da på et senere tidspunkt. Rituell omskjæring er en markering av guttens tilhørighet til det islamske fellesskapet, og fremstår som veldig viktig for utøvelsen av den muslimske tro.

Etter hva departementet har kunnet bringe på det rene eksisterer det per i dag ikke noe etablert tilbud om rituell omskjæring av guttebarn med muslimske foreldre utenfor de offentlige sykehusene. For de guttene som ikke blir omskåret i forbindelse med fødsel vil omskjæringen skje på et senere tidspunkt, for eksempel ved private sykehus/klinikker eller i forbindelse med utenlandsopphold.

Departementet vil også påpeke at det internasjonalt skjer omskjæring av til dels stort omfang uten at det religiøse aspektet nødvendigvis er like fremtredende eller avgjørende for inngrepet. Internasjonalt er inngrepet betydelig vanligere enn i Norge og i visse deler av verden er frekvensen av inngrepet høy. Omskjæring er for eksempel den vanligste av alle operasjoner i USA, men det har skjedd en

nedgang i omskjæringsfrekvensen fra ca 90 % til ca 60 % i løpet av de siste 20 årene. I følge offisiell statistikk for 1996 var 60,2 % av alle menn i alle regioner i USA omskåret. Disse tallene tar imidlertid ikke høyde for skillet mellom omskjæring med eller uten medisinsk indikasjon.

2.2 Hvor vanlig er inngrepet i Norge?

Departementet har forsøkt å bringe på det rene hvor stor etterspørselen etter rituell omskjæring er i Norge. Ettersom Medisinsk fødselsregister ikke får informasjon om mors eller fars religiøse eller etniske bakgrunn, er det vanskelig å anslå eksakt hvor mange som reelt sett kan ha et ønske om rituell omskjæring, og som dermed etterspør inngrepet.

Av tall fra Statistisk sentralbyrå fremgår at det i 2006 ble født drøyt 58 500 barn i Norge. Utgangspunktet for å beregne antatt etterspørsel etter inngrepet er årlig antall fødte av foreldrepar fra land med overveiende islams troende, samt muslimer innvandret fra enkelte andre land med muslimske områder. Antall nullåringer (guttebabyer) ved årets inngang med slike foreldre var i 2007 1694. I tillegg kommer de som er født i Norge av en norskfødt og en utenlandsfødt forelder, eksempelvis foreldrepar hvor en er født i Norge med utenlandsfødt foreldre og den andre forelderen er innvandret fra den førstes opprinnelsesland. Anslagsvis er dette tallet 250.¹

Noen av disse foreldrene er antagelig ikke muslimske, men samtidig vil det være annengenerasjons muslimer i Norge og foreldrepar der bare den ene er av utenlandsk opprinnelse, som ønsker inngrepet utført. I tillegg blir det som nevnt født 5 - 7 jødiske guttebarn hvert år.

Som nevnt ble det i 2006 født drøyt 58 500 barn i Norge. I 2010 har dette tallet steget til 61 442. Med utgangspunkt i muslimske fødsler, samt et mindre antall fra andre kulturer og religioner, legger departementet til grunn at det vil være aktuelt med anslagsvis 2000 rituelle omskjæringer av nyfødte gutter per år.

2.3 Hvordan utføres rituell omskjæring?

Ulike omskjæringsteknikker – komplikasjoner eller skader

Omskjæring utføres i dag i all hovedsak ved bruk av to ulike metoder.

¹ Temaet er drøftet i Statistisk sentralbyrås "Samfunnsspeilet" nr. 3/2004 og 4/2006. Samfunnsspeilet er tidsskriftet hvor Statistisk sentralbyrå publiserer aktuelle analyser og forskningsresultater om levekår og livsstil.

Den første metoden er en ren *kirurgisk teknikk*. 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 eventuell blødning. Det anvendes tråd som senere, etter at såret er grodd, løses opp eller støtes av.

Alternativt kan man komprimere forhuden mot en ring eller kopp som da først er tredd inn på glans (*kompresjonsteknikk*). Vanligst i Norge er Plastibell-teknikken, hvor 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.

Departementet legger til grunn at begge metoder kan kalles kirurgiske inngrep selv om en av metodene ikke innebærer skjæring. Å fjerne forhuden må betraktes som et kirurgisk inngrep selv om ringmetoden basere seg på langsom avstøting av vevet istedenfor å fjerne det direkte.

Begge metoder gir vanligvis tilfredsstillende resultat, men kompresjonsmetoden er raskest (ca. 10 min) og enklest. Med riktig teknikk er komplikasjoner sjeldne (1-2 %). De vanligste komplikasjonene er blødning og infeksjon. Hos større barn vil Plastibell-ringene kunne bli for små og trange, slik at det vil være risiko for skade på glans. Det er derfor vanligst med kirurgisk teknikk i disse aldersgruppene.

I de fleste nyere internasjonale studier konkluderes det med at omskjæring av gutter er et trygt inngrep med få alvorlige komplikasjoner. I en større israelsk studie fra 2005 konkluderes det med at komplikasjoner er sjeldne og at de i de fleste tilfeller kan korrigeres.² Antall komplikasjoner utgjorde 0,34 % av utførte omskjæringer på i alt 19 478 guttebarn født i Israel i 2001.

I tillegg til komplikasjoner forbundet med selve omskjæringen av gutter, kan det også oppstå flere potensielle skader etter gjennomført omskjæring. Komplikasjoner som akutte blødninger som krever suturering og sårinfeksjoner er blant de mest vanlige. Det er beskrevet tilfeller med ischemi (opphørt blodgjennomstrømming) av penis i forbindelse med penisblokkade, med etterfølgende gangren (koldbrann, lokal vevsdødhet forårsaket av sviktende eller opphørende blodsirkulasjon) Hvis man fjerner for mye hud, kan dette føre til feilstillinger og arrdannelse av penis. Arrforandringer kan forekomme både etter blødninger og infeksjoner. Den hyppigste komplikasjonen er at det tas for lite av forhuden (0,2-3 %)³ slik at barnet må igjennom et nytt inngrep.

² Chaim BJ et al. ”Complications of circumcisions in Israel: a one year multicenter survey” publisert i Israel Medical Association Journal 2005 Jun;7(6):368-70

³ Nelson textbook for pediatrics

Jødiske guttebarn omskjæres som nevnt 8. dag etter fødsel av en mohel dersom barnet er friskt. Den mohel som brukes i Norge er engelsk og har stor erfaring, da han også brukes av muslimske og andre samfunn i London og Storbritannia. I forbindelse med omskjæringen er det alltid en lege til stede.

Ved omskjæringen løsner mohelen forhuden fra glans med en knoppsonde. Forhuden trekkes deretter frem over glans og det settes en klemme over foran glans. Forhuden snittes så over med skalpel og trekkes tilbake over glans. Inngrepet går vanligvis svært raskt, - i vante hender ca 30 sekunder, og bedøvelse gis ikke, annet enn at barnet på forhånd kan få noen dråper sukkerholdig ritualvin. Etter omskjæringen skjer oppfølgingen ved at en av menighetens leger skifter på bandasjen, samt at mohelen er telefonisk tilgjengelig for foreldrene.

I "The Cochrane Collaboration 2005 18-4, Pain relief for neonatal circumcision (Review)" hevdes det at verken det amerikanske barnelegeakademiet (American Academy of Pediatrics) eller det kanadiske barnelegeforbundet (Canadian Pediatric Society) anbefaler omskjæring av nyfødte guttebarn. Man oppfatter omskjæring som en smertefull og invasiv prosedyre hvis den utføres uten bedøvelse, og inngrepet kan utløse systemisk stress respons hos den nyfødte som påvirker flere organsystemer negativt. På tross av dette utføres det ca 1.2 mill omskjæringer i USA årlig på nyfødte guttebarn, og noen studier viser at antallet er økende etter at det er fremkommet studier som konkluderer med at omskjæring reduserer risikoen for urinveisinfeksjoner og visse seksuelt overførbare sykdommer som HIV og Clamydia. Andre studier viser motsatt tendens, altså en klar reduksjon i antall omskjæringer.

Flere forskningsgrupper stiller seg tvilende til om omskjæring gir nødvendig beskyttelse mot HIV-smitte og andre seksuelt overførte sykdommer. På den annen side har forskere i lengre tid observert at deler av Afrika der omskjæring er vanlig, for eksempel de muslimske landene i Vest-Afrika, har lavere forekomst av HIV og AIDS enn land sør i Afrika, der omskjæring er sjelden. WHO har på bakgrunn av flere forskningsrapporter nylig konkludert med at mannlig omskjæring anbefales som et viktig virkemiddel for å forebygge HIV-infeksjon hos menn.⁴ Forsøk foretatt i Kenya, Uganda og Sør-Afrika viser at mannlig omskjæring reduserer risikoen for heteroseksuell overførbare HIV-infeksjon hos menn med ca 60 %.

⁴ WHO's anbefaling er datert 28. mars 2007. Mer informasjon om anbefalingen finnes på <http://www.who.int/hiv/mediacentre/news68/en/index.html>

Nærmere om bedøvelse/anestesi

Flere internasjonale studier har påpekt at nyfødte barn oppfatter smerte mer intenst enn eldre barn og voksne, og at de kan tilføres alvorlige traumer ved smerte.⁵ Selv etter nerveblokade er det smerter og da spesielt etter inngrepet. Selv med god anestesi har man et sår som kan være smertefullt i flere dager etterpå.

Anestesi forutsetter at barnet ikke har spesielle sykdommer eller alvorlige misdannelser. Generell anestesi (narkose) hos nyfødte generelt, og premature spesielt, er assosiert med økende komplikasjoner. Generell anestesi, for eksempel de første leveår, krever også erfaring og god kompetanse for å kunne gjennomføres på et akseptabelt lavt komplikasjonsnivå. Narkose er derfor som hovedregel ikke egnet for dette inngrepet.

I "The Cochrane Collaboration 2005 18-4, Pain relief for neonatal circumcision (Review)" har man gått igjennom flere anestesimetoder og konkludert med at penisblokade (Dorsal Penile Nerve Block) med anestesimiddelet Bupivacaine er den metoden som gir best bedøvelse av spedbarn. Som konklusjon kan det sies at lokalanestesi som eneste middel egner seg for omskjæring hos ellers friske nyfødte. Metodene er best før 2-3 måneders alder og er i denne alder den foretrukne.

Penisblokade legges ved at en viss dose anestesimiddel (avhengig av vekt) settes subkutant ved penisroten på oversiden og undersiden, og denne må virke i opptil 15 minutter før inngrepet. Sprøytesticket kan være litt smertefullt, slik at man eventuelt kan bedøve hudområdet med EMLA-krem, Xylocain e.l. noen minutter før sticket. Som ved andre typer injeksjoner er det viktig å påse at det ikke oppstår blødninger (hematomer) og nerveskader.

Dersom inngrepet ikke lar seg gjøre innen 2-3 måneders alder er det aktuelt med generell anestesi og med eventuelt tillegg av lokalanestesi. Etter nyfødtp perioden, når barnet veier mer enn 10 kg eller er eldre enn et år er det nødvendig med generell anestesi. Det er vanlig også hos ellers friske barn å vente med generell anestesi til de er eldre enn 6 måneder dersom en ønsker pasienten behandlet poliklinisk.

2.4 Hvor utføres rituell omskjæring per i dag?

Mange rituelle omskjæringer utføres av helsepersonell i den offentlige eller private helsetjenesten. For et par år tilbake utførte de fleste offentlige sykehus rituell omskjæring, eller de hadde avtale med private klinikker som utførte

⁵ Anand, 2001; Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine; 2001; 155: 173-180, Fitzgerald 1993

inngrepet på oppdrag fra sykehuset, slik at inngrepet ikke kostet noe for guttens foreldre.

Utviklingen de senere årene har imidlertid medført at de fleste offentlige sykehus ikke prioriterer å utføre rituell omskjæring. Etter hva departementet erfarer var det i 2006 og frem til våren 2007 kun to offentlige sykehus som utførte rituell omskjæring av gutter. Sørlandet sykehus HF i Arendal utfører ca 10 rituelle omskjæringer i året. Fødeavdelingen ved Akershus universitetssykehus HF tilbød rituell omskjæring så lenge gutten lå på barselavdelingen, og utførte i alt ca 80 rituelle omskjæringer (tall fra 2004). Etter hva departementet nå har fått opplyst har Akershus universitetssykehus sluttet å tilby inngrepet. Sørlandet sykehus HF utfører inngrepet gratis i forbindelse med fødsel dersom det er kapasitet og dersom det er kvalifisert personell tilgjengelig til å utføre det. Dersom kvalifisert personell ikke er tilgjengelig, blir anmodningen om rituell omskjæring avslått.

De fleste henvendelser angående rituell omskjæring kommer fra Midt- og Sør-Norge, men departementet har også mottatt henvendelser fra foreldre i nordligere deler av landet som verken får utført rituell omskjæring i den offentlige helsetjenesten eller ved private klinikker. Etter hva departementet erfarer er det ingen helseforetak i Helse Nord RHF som utfører rituell omskjæring.

Samtlige helseforetak i landet henviser foreldrene til 5 private kirurgiske klinikker; Volvat, Drammen Private sykehus, Aleris sykehus og medisinsk senter (tidligere Spesialistlegesenteret) i Trondheim, Ringvoldklinikken i Askim og Colosseum i Stavanger. Foreldrene må da betale for inngrepet selv. Frem til våren 2007 oppga de private klinikkene at de utførte ca. 400 rituelle omskjæringer i året. Etter hva departementet har fått opplyst var det inntil nylig kun 2 private klinikker som foretar inngrepet i østlandsområdet, Drammen Private sykehus og Ringvoldklinikken. Sistnevnte opplyser nå at de for tiden ikke utfører rituell omskjæring på grunn av manglende kapasitet. Colosseum i Stavanger utfører inngrepet på gutter over 2 år.

Ved de private klinikkene som tilbyr inngrepet varierer prisen fra kr. 3.500 (inngrep med lokalbedøvelse) til kr 9.500 (inngrep med narkose). De private klinikkene har opplyst at etterspørselen etter rituell omskjæring har gått merkbart ned etter at foreldrene nå selv må betale for inngrepet.

Som nevnt i punkt 2.1 utføres rituell omskjæring også av personer som ikke har medisinsk kompetanse og i de jødiske forsamlingene har det lenge vært etablert et tilbud om rituell omskjæring av en mohel som ikke nødvendigvis er utdannet lege. Det er ikke etablert noen tilsvarende ordning innenfor de muslimske miljøene i Norge. Omskjæringen utføres vanligvis i løpet av den første uken, det vil si de første dagene etter fødselen selv om man i prinsippet kan utføre omskjæring helt opp til 10-12 års alder. I muslimske land utføres omskjæringen av en person med

religiøse kunnskaper, men det finnes ikke noe krav i religionen om at den som utfører inngrepet skal være muslim. Foreldre fra det muslimske miljøet har så langt i stor utstrekning henvendt seg til helsetjenesten for å få utført rituell omskjæring, enten ved offentlige eller private institusjoner. Det er også foreldre som reiser utenlands, ofte til sine tidligere hjemland, og får inngrepet utført der.

Siden de jødiske miljøene har egne ordninger for rituell omskjæring, vil det i hovedsak være de muslimske miljøene som rammes av at den offentlige helsetjenesten i all hovedsak ikke lenger tilbyr rituell omskjæring. Foreldre som ikke har økonomi til selv å betale for inngrepet ved et privat sykehus, vil kunne føle seg "tvunget" til å henvende seg til personer som ikke har kompetanse til å utføre inngrepet på en forsvarlig måte.

2.5 Finansiering av rituell omskjæring

Grunnlaget for de regionale helseforetakenes inntekter er i all hovedsak bevilgningsvedtak fra Stortinget og midler som overføres med grunnlag i disse vedtakene. Finansieringen av de regionale helseforetakene er todelt og består av *basisbevilgning* og *aktivitetsbasert bevilgning*.

Basisbevilgningen skal sette helseforetaket i stand til å utføre det ansvaret som er hjemlet i helseforetaksloven, spesialisthelsetjenesteloven og øvrig lovgivning. Basisbevilgningen, i kombinasjon med andre øremerkede aktivitetsbaserte tilskudd, skal dekke kostnadene knyttet til helseforetakets ivaretagelse av sitt ansvar.

De aktivitetsbaserte tilskuddene (Innsatsstyrt finansiering av sykehusene (ISF) og refusjon av poliklinisk virksomhet ved sykehusene) medfører at deler av budsjettet til de regionale helseforetakene vil være avhengig av hvor mange pasienter som får behandling. ISF dekker 40 % av gjennomsnittskostnadene for pasientgrupper som er inkludert i ordningen. De resterende 60 % dekkes av basisbevilgningen til de regionale helseforetakene. ISF er et grovmasket finansieringssystem rettet mot de regionale helseforetakene og skal ikke brukes som et prissystem ut mot den enkelte sykehusavdeling. Finansieringsordningens viktigste formål er å understøtte de regionale helseforetakenes ansvar for å sørge for nødvendige helsetjenester.

Dagens aktivitetsbaserte ordninger håndterer omskjæring. Det finnes en egen DRG-sats for omskjæring, uavhengig av om inngrepet gjøres av rituelle eller medisinske grunner, og uavhengig av om inngrepet gjøres etter innleggelse eller poliklinisk.

Omskjæring er kostnadsberegnet til om lag 6400 kroner med 100 % ISF-refusjon. Per dags dato vil inngrep som blir utført i helseforetakene dels dekkes ved ISF-refusjon, som er på 40 % og utgjør om lag 2600 kroner, og dels ved

basisbevilgning til helseforetakene, som er på 60 % og som da utgjør om lag 3800 kroner.

2.6 Enkelte medisinske, etiske og økonomiske aspekter knyttet til rituell omskjæring av gutter

Som nevnt har omskjæring av gutter internasjonalt blitt praktisert i rituell og religiøs sammenheng i flere tusen år og er en tradisjon med dype religiøse motiv for den jødiske og muslimske befolkningen. Dette høringsnotatet tar utgangspunkt i at rituell omskjæring også har blitt praktisert i Norge i lang tid og at det fortsatt praktiseres i et forholdsvis stort omfang.

Debatten rundt temaet rituell omskjæring av gutter har vært, og er, preget av dilemmaer og vanskelige avveininger. På den ene side har det vært hevdet at det er galt å utføre irreversible inngrep uten medisinsk indikasjon på friske barn, samtidig som det på den annen side er lite ønskelig å hindre eller vanskeliggjøre den enkeltes rett til å praktisere sin religion. Et annet dilemma følger av prioriteringsdebatten. Det har vært aksept for at man innenfor den offentlige helsetjenesten ikke prioriterer inngrep som ikke har medisinsk indikasjon. Dette må på den annen side holdes opp mot det offentliges ansvar for å hindre at gutter blir utsatt for uforsvarlig omskjæring.

Omskjæring av gutter er mange steder en del av en sammensatt rituell markering og det påpekes at omskjæringen er med på å gi dem en kulturell og religiøs identitet. Når den religionen guttene vokser opp i krever av dem at de skal være omskåret, hevdes det at det å forbli uomskåret vil kunne gi dem religiøse problemer senere i livet og vil kunne stigmatisere dem i forhold til familie og medlemmer av samme trossamfunn i andre land. Slike problemstillinger vil kunne påføre foreldrene et vanskelig etisk dilemma i vurderingen av om det skal utføres rituell omskjæring.

Fra ulike hold har det imidlertid blitt stilt spørsmål ved om det er etisk forsvarlig å foreta irreversible operative inngrep uten medisinsk indikasjon. Diskusjonen har også knyttet seg til spørsmålet om det er riktig å bruke helsetjenestens ressurser på slike inngrep, og mer prinsipielt om helsepersonell og helsetjeneste bør tilby eller utføre slike ikke-indiserte inngrep. Enkelte menneskerettighetsorganisasjoner oppfordrer til boikott av denne praksisen som ikke med sikkerhet synes å kunne dokumenteres å ha helsefremmende effekt på guttebarn. Det hevdes tvert om at rituell omskjæring er å oppfatte som uttrykk for manglende respekt for menneskerettigheter.

Til argumentet om at rituell omskjæring ikke burde være en del av den offentlige helsetjenesten fordi det er et inngrep uten medisinsk indikasjon, vil det imidlertid kunne hevdes at helsetjeneste og helsepersonell også i andre sammenhenger yter

helsehjelp som ikke nødvendigvis har noen klar medisinsk indikasjon. Både kosmetisk kirurgi, behandling av barnløse, frivillig sterilisering og selvbestemt abort, er eksempler på behandlingsformer som utføres uten at formålet nødvendigvis er å behandle sykdom eller uten at det foreligger en klar medisinsk indikasjon.

Utviklingen de senere år har også vist at flere helsepersonell ønsker å reservere seg mot å utføre eller å bistå ved rituelle omskjæringer av gutter. Ønske om å reservere seg begrunnes i hovedsak med at inngrepet mangler medisinsk indikasjon og at inngrepet heller ikke kan forsvares etisk.

Som følge av manglende medisinsk indikasjon, vil eventuelle medisinske begrunnelser som tross alt kan anføres for eller mot inngrepet bare ha mer indirekte betydning. Det må imidlertid kunne antas at medisinske argumenter som taler for omskjæring, vil kunne gjøre det lettere å akseptere at inngrepet utføres. For helsepersonell som utfører inngrepet vil det også kunne ha betydning om inngrepet er forbundet med liten risiko eller få komplikasjoner.

Departementet vil bemerke at det er ulike oppfatninger blant medisinske fagfolk om den medisinske nytteverdien ved omskjæring av gutter. Når det gjelder medisinske argumenter for omskjæring av friske gutter, har det imidlertid blant annet blitt påpekt at man ved inngrepet vil kunne forebygge infeksjoner under forhuden og eventuell forsnevring av denne (fimose). Det skal imidlertid bemerkes at slike tilstander bare opptrer hos et mindretall uomskårne gutter/menn og at de som regel er enkle å behandle. Videre kan det anføres at omskjæring før puberteten reduserer risikoen for kreft på penis. Dette er imidlertid en sjelden sykdom selv hos uomskårne. Som nevnt i punkt 2.3 har det også nylig blitt offentliggjort studier som viser at menn som er omskåret har lavere risiko for å bli HIV-smittet enn menn som ikke er omskåret. På bakgrunn av disse studiene har WHO anbefalt at omskjæring av menn brukes i kampen mot HIV-smitte.

Departementet vil også vise til at det i USA, Canada og Australia er lange tradisjoner for å omskjære gutter, uavhengig av religion. Omskjæringen har hatt en medisinsk begrunnelse, hvor særlig hygieniske årsaker har vært den fremtredende begrunnelsen. I den senere tid har det imidlertid vokst frem en protestbevegelse som arbeider mot all form for omskjæring, også rituell omskjæring. Det hevdes at ingen barn, verken gutt eller jente, bør bli utsatt for en tradisjon som er skadelig.

Svært mange helsefaglige inngrep eller behandlingsformer er forbundet med en viss risiko eller fare for komplikasjoner. Dette kan skyldes inngrepet/behandlingen i seg selv, bruk av legemidler eller narkose, eller det kan skyldes infeksjon eller smitte. Som generelt utgangspunkt vil man derfor normalt ikke igangsette behandling med mindre fordelene ved inngrepet/behandlingen veier tyngre enn påregnelige ulemper eller komplikasjoner. I forlengelsen av dette har det blitt

anført at rituell omskjæring ikke bør utføres på grunn av de komplikasjoner som kan oppstå ved inngrepet. Det siktes da til komplikasjoner som oppstår selv om utførelsen av inngrepet skjer på kyndig måte.

Det er enighet blant fagmiljøene om at en rituell omskjæring som blir utført på en forsvarlig måte medfører liten medisinsk fare for gutten. Selv om komplikasjoner er sjeldne dersom inngrepet gjøres av kyndig operatør, kan de imidlertid ikke utelukkes. Ukyndig utførelse vil medføre fare for komplikasjoner ved ethvert operativt inngrep.

Rituell omskjæring har tidligere blitt utført ved en rekke helseforetak eller ved at disse har hatt avtale med private om å gjøre det for helseforetakets regning. I den senere tid har det offentlige tilbudet blitt meget redusert blant annet med henvisning til at det er snakk om et tjenestetilbud som ikke er medisinsk indisert, samt at de ressursmessige konsekvenser er større enn det som ble lagt til grunn i St. prp. nr. 1 (1999-2000), jf. nærmere om denne under punkt 1.3. Fra flere hold har det også blitt hevdet at pasienten (eller foreldrene) ikke bør kunne forvente at den offentlige helsetjenesten skal utføre omskjæring på rituelt grunnlag, blant annet med henvisning til at helseressurser ikke bør brukes på inngrep som ikke er medisinsk begrunnet og som uansett må prioriteres bak andre tjenester som helsetjenesten er forpliktet til å tilby.

Mot dette er det påpekt at dersom rituell omskjæring ikke er en del av den offentlige helsetjenesten, er det en fare for at foreldrene tyr til ukyndige operatører og dermed utsetter guttene for økt risiko for feilbehandling. Det er neppe grunn til å tro at etterspørselen faller bort dersom det ikke foreligger et offentlig tilbud eller dersom utgiftene til egenfinansiering utenfor sykehus blir høye. Den religiøse begrunnelsen foreldrene har for å få inngrepet utført, kan være så sterk at det overskygger betenkeligheter av sikkerhetsmessig karakter.

For de gruppene som etterspør rituell omskjæring er situasjonen i dag vanskelig. I all hovedsak finnes det ikke et offentlig tilbud om rituell omskjæring. Rituell omskjæring av gutter utføres ved et fåtall private institusjoner mot en egenbetaling, og inngrepet koster fra ca. 3.500 til 9.500 kroner. For mange vil dette innebære en stor økonomisk belastning, noe som øker risikoen for at omskjæringen blir utført av ikke-kompetente personer. Dersom foreldrene tyr til ukyndig hjelp og helsetjenesten senere må behandle eventuelle skader, kan resultatet bli at nedprioritering av omskjæringstilbudet ikke gir noen innsparingsgevinst.

3 Gjeldende rett

3.1 Innledning

I Norge finnes det ingen egen lov som regulerer rituell omskjæring av gutter. Det finnes heller ikke noe eksplisitt forbud mot at rituell omskjæring kan utføres av andre enn helsepersonell. Det er derimot flere lover som berører ulike sider ved rituell omskjæring.

3.2 Grunnloven

Retten til fri religionsutøvelse er vernet gjennom Grunnloven § 2 hvor det i første ledd heter at: ”Alle Indvaanere af Riget have fri Religionsøvelse.”

Departementet legger til grunn at Grunnloven § 2 ikke innebærer et absolutt forbud mot at det ved lov fastsettes bestemmelser om hvordan bestemte religiøse ritualer skal utøves. En forutsetning i så måte vil imidlertid være at den regulering som fastsettes ikke innebærer begrensninger for religionsutøvelsen i form av tyngende tiltak som umuliggjør eller i vesentlig grad vanskeliggjør religionsutøvelsen. Ved vurderingen av hva slags regulering som kan godtas i forhold til Grunnloven § 2, må det også kunne legges vekt på formålet med aktuelle regulering.

I herværende høringsnotat foreslås en lovregulering som medfører at rituell omskjæring av gutter må skje på en nærmere bestemt måte og utføres av personell som oppfyller nærmere bestemte vilkår. Som nevnt foreslås to ulike lovreguleringsmodeller som høringsinstansene bes kommentere, jf. nærmere om modell A i kapittel 6 og modell B i kapittel 7. Omskjæring i strid med dette vil være straffbart.

Den foreslåtte regulering skal legge til rette for at det finnes et forsvarlig tilbud om rituell omskjæring tilgjengelig i offentlig regi. Dette gjelder både i forhold til modell A og modell B.

I tillegg åpner modell A for at rituell omskjæring skal kunne skje i regi av menighetene selv, men da i samsvar med offentlig fastsatte minstekrav som skal hindre at barna utsettes for risiko for skade knyttet til inngrepet. De begrensninger som dette kan sies å innebære for den enkeltes religionsutøvelse, må anses for lite inngripende eller tyngende.

Når det gjelder modell B vil den som nevnt innebære at det skal finnes et forsvarlig tilbud om rituell omskjæring tilgjengelig i offentlig regi, og at rituell omskjæring skal utføres av lege. I motsetning til modell A åpnes det imidlertid ikke for at andre enn leger skal kunne gis tillatelse til å utføre rituell omskjæring.

For trossamfunn som selv ønsker å utføre rituell omskjæring innenfor trossamfunnets egne rammer, vil forslaget innebære en innskrenkning sammenlignet med i dag fordi forslaget medfører at inngrepet må utføres av en lege. De begrensninger som dette kan sies å innebære for den enkeltes religionsutøvelse må antas å være større enn etter modell A.

Departementet legger imidlertid til grunn at de begrensninger som modell A og modell B kan sies å innebære for den enkeltes religionsutøvelse, må anses for å være mindre inngripende eller tyngende. Departementet legger derfor til grunn at den rett til fri religionsutøvelse som følger av Grunnloven § 2, ikke står i motstrid til den lovregulering av rituell omskjæring av gutter som foreslås i herværende høringsnotat.

3.3 Straffeloven

I lov 22. mai. 1902 nr. 10 Almindelig borgerlig Straffelov (straffeloven) reguleres hvilke handlinger som skal være belagt med straff.

Selve den rituelle omskjæringen vil isolert sett kunne oppfylle gjerningsbeskrivelsen i en eller flere straffebestemmelser. Mest nærliggende vil et slikt inngrep kunne være å regne for en legemsbeskadigelse, jf. strl. § 229. Den vanligste straffriende omstendighet i slike tilfeller vil være at pasienten/pasientens foreldre har samtykket til handlingen, jf. strl. § 235. Departementet viser i den forbindelse til Nordmøre tingretts dom av 27. oktober 2009 (09-109262MED-NOMO) hvor tiltalte under henvisning til strl. § 235 ble frifunnet for å ha omskåret to gutter.

3.4 Helsepersonelloven

Lov 2. juli 1999 nr. 64 om helsepersonell gjelder for helsepersonell og virksomheter som yter helsehjelp i Norge jf. lovens § 2 første ledd. Etter helsepersonelloven er ”helsehjelp” definert ved at man dels ser på begrunnelsen for at en handling skal utføres, dels ser på hvem som utfører handlingen. Handlingen er ”helsehjelp” dersom den har et forebyggende, diagnostisk, behandlende, helsebevarende eller rehabiliterende formål, og den utføres av helsepersonell, jf. helsepersonelloven § 3 tredje ledd.

Rituell omskjæring faller utenfor en naturlig forståelse av ordlyden i helsepersonellovens definisjon av ”helsehjelp”. Inngrepet utføres ikke ut fra en medisinsk begrunnelse, men på grunn av religiøs overbevisning eller kulturell tradisjon. Dersom helsepersonell faktisk utfører rituell omskjæring, vil dette som hovedregel skje i spesialisthelsetjenesten og da fortrinnsvis på sykehus eller ved poliklinikk. Departementet legger til grunn at helsepersonell i virksomheter som

yster helsehjelp vil være underlagt helsepersonelloven når de utfører rituell omskjæring, jf. § 2 første ledd som angir helsepersonellovens virkeområde. Helsepersonellet vil blant annet være omfattet av lovens § 4 hvor det i første ledd heter:

”Helsepersonell skal utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra helsepersonellens kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig.”

Dette innebærer at inngrepet må skje i samsvar med faglig akseptert metode/praksis, herunder at det blant annet må sikres tilstrekkelig smertelindring og at krav til hygiene ivaretas for å motvirke infeksjon eller smitte.

3.5 Pasientrettighetsloven

Lov 2. juli 1999 nr. 63 regulerer pasienters rettigheter overfor helsetjenesten. Loven regulerer spørsmålet om hvem som har et rettslig krav på nødvendig helsehjelp, jf. lovens kapittel 2, og hvilke rettigheter pasienten har når han eller hun mottar helsehjelp.

Rituell omskjæring faller utenfor en naturlig forståelse av pasientrettighetslovens definisjon av helsehjelp, jf. lovens § 1-3 bokstav c, fordi rituell omskjæring verken har forebyggende, diagnostisk, behandlende, helsebevarende eller rehabiliterende formål. Inngrepet er ikke medisinsk, men religiøst eller kulturelt begrunnet. Rettigheter etter pasientrettighetsloven er knyttet til begrepet ”helsehjelp”. Dette innebærer at pasientrettighetsloven ikke kommer direkte til anvendelse på rituell omskjæring. I praksis har departementet inntrykk av at spesialisthelsetjenesten legger til grunn pasientrettighetsloven så langt den passer. Dette må ses i sammenheng med det som er sagt i punkt 3.4 om helsepersonelloven. Her fremgår det at dersom helsepersonell faktisk utfører rituell omskjæring, så kommer helsepersonelloven til anvendelse. Plikter for helsetjenesten og helsepersonell i helsepersonelloven speilvendes av rettigheter for pasienter i pasientrettighetsloven. Dette betyr at dersom rituell omskjæring blir utført i helsetjenesten, blir det praktisert tilsvarende speilvendende rettigheter etter pasientrettighetsloven.

Når det gjelder samtykke til rituell omskjæring, følger det av legalitetsprinsippet at det må finnes gyldig rettsgrunnlag for å kunne gripe inn i borgerens rettssfære. Et slikt grunnlag kan være hjemmel i lov eller at det foreligger et informert samtykke. Det kan gis samtykke til å utføre handlinger som ellers ville være integritetskrenkelser og/eller straffbare handlinger, jf. ovenfor under punkt 3.3. At foreldre samtykker på vegne av barn reiser spesielle problemstillinger. Rituell omskjæring er et inngrep som er forbundet med en viss risiko for skade og komplikasjoner. I tillegg er det snakk om et inngrep som er permanent og som

ikke kan reverseres. Den som har foreldreansvaret har i henhold til barneloven rett og plikt til å ta avgjørelser for barnet i personlige forhold, og det antas at denne loven gir tilstrekkelig rettsgrunnlag for at foreldre på vegne av barna kan beslutte at rituell omskjæring skal utføres. Det vises for øvrig til punkt 3.10 nedenfor.

3.6 Spesialisthelsetjenesteloven

Lov 2. juli. 1999 nr. 61 om spesialisthelsetjenesten gjelder for spesialisthelsetjenester som tilbys eller ytes i Norge av staten og private, jf § 1-2 om lovens virkeområde. De regionale helseforetakene skal sørge for at pasienter tilbys spesialisthelsetjeneste i og utenfor institusjon, jf. lovens § 2-1a. Bestemmelsen inneholder ingen detaljert definisjon av hvilke helsetjenester som er å anse som spesialisthelsetjenester som de regionale helseforetakene skal sørge for. Loven er imidlertid ikke til hinder for at de regionale helseforetakene tilbyr tjenester som ikke omfattes av ansvaret etter loven.

Dersom rituell omskjæring utføres innenfor spesialisthelsetjenesten, for eksempel på et sykehus eller en spesialistpoliklinikk, fremgår det av § 1-2 første ledd at handlingen reguleres av bestemmelsene i spesialisthelsetjenesteloven.

Som nevnt under punkt 3.4 og punkt 3.5 legger departementet til grunn at rituell omskjæring i utgangspunktet ikke er å anse for helsehjelp som noen har rett til etter pasientrettighetsloven eller kan kreve at spesialisthelsetjenesten skal utføre.

Ved vurderingen av om spesialisthelsetjenesten skal tilby rituell omskjæring legges det vekt på at et slikt tilbud i så fall ikke kan gå på bekostning av andre pasienters lovfestede rett til helsehjelp eller påvirke spesialisthelsetjenestens evne til å oppfylle andre lovpålagte plikter.

3.7 Kommunehelsetjenesteloven

Lov 19. november 1982 nr. 66 om helsetjenesten i kommunen regulerer hvilke helsetjenester den enkelte kommune skal sørge for overfor pasienter som bor eller oppholder seg i kommunen, jf. lovens § 1-1.

Loven inneholder ingen detaljert oppregning av hvilke helsetjenester kommunen er forpliktet til å sørge for. Loven i seg selv er imidlertid ikke til hinder for at rituell omskjæring utføres innenfor kommunehelsetjenesten.

3.8 Pasientskadeloven

Lov 15. juni 2001 nr. 53 om erstatning ved pasientskader mv. gir regler for når det skal ytes erstatning ved pasientskader. Vilkårene for når en skade skal anses som

pasientskade fremkommer av lovens § 1. Av bestemmelsens første ledd fremgår at pasientskadeloven gjelder skader som er voldt:

- a) i institusjon under spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten,
- b) under ambulansetransport, eller
- c) av helsepersonell som yter helsehjelp i henhold til offentlig autorisasjon eller lisens, personer som opptrer på vegne av disse eller andre personer som fastsatt i forskrift.

For at skader skal være å anse for pasientskader må de i henhold til bestemmelsens andre ledd være:

”voldt under veiledning, undersøkelse, diagnostisering, behandling, ekspedisjon av legemidler fra apotek, pleie, vaksinasjon, prøvetaking, analyse av prøver, røntgen, forebygging av helseskader, medisinsk forsøksvirksomhet samt donasjon av organer, blod og vev.”

Norsk pasientskadeerstatning er i dag ansvarlig for pasientskade som er omfattet av loven.

Som nevnt under punkt 3.4 og punkt 3.5 er rituell omskjæring ikke å anse for helsehjelp i henhold til helselovgivningen, men dersom helsepersonell utfører inngrepet vil imidlertid en rekke av helselovgivningens bestemmelser komme til anvendelse. Det er heller ikke noe til hinder i spesialisthelsetjenesteloven for at spesialisthelsetjenesten utfører rituell omskjæring, noe som også har skjedd i forholdsvis stort omfang. Norsk pasientskadeerstatning har opplyst at de har hatt til behandling enkelte saker som omhandler skade etter rituell omskjæring og at de etter en konkret vurdering har kommet til at slike skader kan være omfattet av ordningen.

3.9 Tilsynsloven

Lov 30. mars 1984 nr. 15 om statlig tilsyn med helsetjenesten fastslår at Statens helsetilsyn og Helsetilsynet i fylkene skal føre tilsyn med landets helsetjeneste og helsepersonell, jf. lovens §§ 1 og 2.

Ved utøvelsen av sin tilsynsmyndighet vil Statens helsetilsyn/Helsetilsynet i fylkene føre tilsyn med at helsetjenesten drives i samsvar med krav fastsatt i lov og forskrifter, herunder i tråd med det generelle forsvarlighetsprinsipp som gjelder for helsetjenesten. I tillegg vil tilsynsmyndighetene føre tilsyn med det enkelte helsepersonell, både gjennom behandling av enkeltklager rettet mot helsepersonells yrkesutøvelse og gjennom mer generell utøvelse av tilsynsvirksomhet.

Tilsynsmyndighetene vil som hovedregel bare føre tilsyn med personell som er autorisert etter helsepersonelloven § 48, eller personell som ikke er autorisert men

som likevel er å anse for helsepersonell etter definisjonen i helsepersonelloven § 3 første ledd nr. 2 eller nr. 3.

3.10 Barneloven

Lov 8. april 1981 nr. 7 om barn og foreldre (barnelova) inneholder i kapittel 5 regler om foreldreansvaret. Av lovens § 30 fremgår at barn har rett til omsorg og omtanke fra de som har foreldreansvaret. Videre fremgår at de som har foreldreansvaret har rett og plikt til å ta avgjørelser for barnet i personlige forhold, og at foreldreansvaret skal utøves ut fra barnets interesser og behov.

Foreldrenes bestemmelsesrett overfor barna er ikke absolutt. For det første gjelder den generelle begrensingen at foreldreansvaret må utøves med barnets interesser og behov for øye. For det andre finnes uttrykkelig lovbestemmelser som begrenser bestemmelsesretten.

Barneloven §§ 30 – 33 setter grenser for hva de med foreldreansvaret kan bestemme på vegne av barnet. Foreldreansvaret begrenses både av barnets medbestemmelsesrett og barnets selvbestemmelsesrett. De som har foreldreansvaret skal i takt med barnets stigende alder og utvikling ta mer og mer hensyn til barnets synspunkter og ønsker, jf. særlig § 31 og § 33.

Avgjørelser om helsehjelp faller inn under foreldreansvaret etter barneloven. Dersom foreldrene har foreldreansvaret sammen, men barnet bor fast hos den ene, kan den av foreldrene barnet bor sammen med fatte avgjørelser som gjelder den direkte daglige omsorg for barnet, jf. barneloven § 37. Et ordinært legebesøk for å få hjelp til alminnelige barnesykdommer kan etter dette gjennomføres uten samtykke fra den andre. Avgjørelser om alvorlige medisinske tiltak må imidlertid begge foreldre samtykke til.

Departementet legger til grunn at en avgjørelse om rituell omskjæring er innenfor det som den eller de med foreldreansvaret kan samtykke til på vegne av barnet.

3.11 Lov om alternativ behandling av sykdom mv

I lov 27. juni 2003 nr. 64 om alternativ behandling av sykdom mv. fremgår det av § 2 at det med alternativ behandling som hovedregel menes *”helserelatert behandling som utøves utenfor helsetjenesten, og som ikke utøves av autorisert helsepersonell”*. Rituell omskjæring av gutter vil i utgangspunktet falle utenfor lovens virkeområde. Inngrepet kan ikke sies å være *”helserelatert behandling”* i og med at det utføres på friske gutter og uten medisinsk indikasjon.

Loven kan imidlertid få anvendelse dersom omskjæring skulle bli tilbudt eller utført som forebygging eller behandling av en fysisk eller psykisk sykdom eller

lidelse. I så fall vil inngrepet kunne være omfattet av forbudet i lovens § 5 første ledd hvor det heter:

”Medisinske inngrep eller behandling som kan medføre alvorlig helserisiko for pasienter, skal kun utføres av helsepersonell”.

3.12FNs barnekonvensjon om barns rettigheter av 20. november 1989

De forente nasjoners konvensjon om barns rettigheter (barnekonvensjonen) med tilleggsprotokoller, ble inkorporert gjennom menneskerettsloven (lov 21. mai 1999 nr. 30 om styrking av menneskerettighetenes stilling i norsk rett) § 2 nr. 4 med virkning fra 1. oktober 2003. Tidligere hadde konvensjonen vært ratifisert av Norge siden 8. januar 1991. Norge er folkerettslig forpliktet til å oppfylle bestemmelsene i konvensjonen.

Barnekonvensjonen bygger på fire grunnprinsipper; ikke-diskriminering, barnets beste, barnets rett til liv og utvikling og barnets rett til å delta og bli hørt. Konvensjonen regulerer ikke spørsmålet om rituell omskjæring av gutter direkte, men inneholder flere bestemmelser som er aktuelle for dette spørsmålet.

Konvensjonen inneholder bestemmelser om blant annet forholdet mellom staten og barnets foresatte for så vidt gjelder foreldreansvaret (artikkel 5) og barnets rett til å komme til ordet i de spørsmål som angår barnet (artikkel 12). I artikkel 14 forplikter konvensjonsstatene seg til å respektere barnets rett til tankefrihet, samvittighetsfrihet og religionsfrihet. Av artikkel 19 følger at konvensjonsstatene skal treffe alle egnede lovgivningsmessige, administrative, sosiale og opplæringsmessige tiltak for å beskytte barnet mot alle former for fysisk eller psykisk vold, skade eller misbruk, vanskjøtsel eller forsømmelig behandling, mishandling eller utnyttning, mens en eller begge foreldre, verge eller eventuell annen person har omsorgen for barnet. Spørsmål om helse- og sykdomsbehandling er regulert i artikkel 24. Departementet legger til grunn at rituell omskjæring av gutter ikke kan anses for å være i strid med barnekonvensjonen.

3.13Den europeiske menneskerettskonvensjonen av 4. november 1950

Den europeiske menneskerettskonvensjonen (EMK) av 4. november 1950, ble inkorporert gjennom menneskerettsloven § 2 nr. 1 med virkning fra 21. mai 1999. Tidligere hadde konvensjonen vært ratifisert av Norge siden 15. januar 1952. Norge er folkerettslig forpliktet til å oppfylle bestemmelsene i konvensjonen.

I henhold til EMK skal konvensjonsstatene garantere alle som befinner seg under deres jurisdiksjon visse rettigheter. Staten må ikke bare respektere rettighetene, men også sikre dem. Det er her snakk om en dobbelt gjennomføringsplikt, og det beror på en konkret tolkning av hver rettighet hva som ligger i denne plikten.

Konvensjonen gir ikke konkrete regler om rituell omskjæring av gutter, men det er flere bestemmelser som berører problemstillinger knyttet til et slikt inngrep. Etter artikkel 8 i EMK har hver og en rett til respekt for sitt privat- og familieliv. Artikkel 9 bestemmer at enhver har rett til tanke-, samvittighets- og religionsfrihet. Retten for foreldre å bestemme over sine barns oppvekst og utdanning behandles i artikkel 2 i tilleggsprotokoll nr. 1. Departementet legger til grunn at rituell omskjæring ikke kan anses for å være i strid med EMK.

4 Rettslig regulering i andre land

4.1 Sverige

Siden 2001 har Sverige hatt en egen lov som regulerer rituell omskjæring. Formålet med loven er at rituell omskjæring av gutter skal skje på en forsvarlig og betryggende måte. Rituell omskjæring anses ikke som "hälso- och sjukvård" (helsehjelp) etter svensk helselovgivning, men loven gir den alminnelige helselovgivning anvendelse når leger utfører omskjæring eller når leger eller sykepleier gir smertelindring i forbindelse med inngrepet.

Loven oppstiller flere vilkår som må være tilstede før rituell omskjæring kan utføres. Omskjæring kan utføres på begjæring av eller ved samtykke fra de som har foreldreansvaret for gutten. Loven stiller videre krav om at den eller de som har foreldreansvaret har blitt informert om hva inngrepet innebærer. Den som skal utføre inngrepet er ansvarlig for at tilstrekkelig informasjon blir gitt. Slik informasjon skal også gis til gutten dersom han har oppnådd den modenhet og alder som kreves for å forstå informasjonen. For at inngrepet skal kunne utføres skal guttens innstilling til inngrepet klarlegges så langt det lar seg gjøre. Rituell omskjæring kan ikke utføres mot guttens vilje.

Loven stiller videre krav om at det benyttes smertelindring ved inngrepet. Smertelindring skal gis av autorisert lege eller sykepleier. Inngrepet skal foregå under betryggende hygieniske forhold og med hensyn til hva som er det beste for gutten.

Omskjæring av gutter som er over 2 måneder kan bare utføres av lege. Er gutten under 2 måneder åpner loven for at rituell omskjæring også kan utføres av den som har fått særskilt tillatelse. Slik tillatelse til å utføre rituell omskjæring gis av den svenske Socialstyrelsen og kan gis til den som er foreslått av et trossamfunn

hvor rituell omskjæring inngår som en del av den religiøse tradisjon, har kompetanse i henhold til nærmere bestemte krav og vurderes til å være egnet til å kunne utføre inngrepet. I forskrifter er det gitt nærmere krav til hvilken kompetanse vedkommende må inneha for å få tillatelse til å utføre rituell omskjæring av gutter.

Sosialstyrelsen kan kalle tilbake tillatelsen dersom vedkommende har utført omskjæring på en uforsvarlig måte eller av andre grunner er uegnet til å utføre omskjæringer. Sosialstyrelsen skal føre tilsyn med den som har fått tillatelse, og har derfor rett til å inspisere virksomheten og innhente de opplysninger som er nødvendige for å kunne utføre slikt tilsyn. Loven inneholder også en straffebestemmelse om bøter eller fengsel i opp til 6 måneder for den som foretar omskjæring uten å være autorisert lege eller å ha særskilt tillatelse.

Den svenske regjeringen valgte i 2001 å ikke pålegge de ulike landstingene (fylkene) å tilby/bekoste rituell omskjæring. Dette ble blant annet begrunnet med at det er et stort antall helsepersonell som ikke vil medvirke til omskjæring og at spørsmålet om rituell omskjæring må ses i lys av debatten om hva som skal prioriteres av helsetjenesten. Prinsipielt uttalte regjeringen at rituell omskjæring ikke inngår i det som helsetjenesten skal prioritere.

Loven ble evaluert i 2005. I en rapport utgitt av Sosialstyrelsen, "*Omskäreelse av pojkar. Effekter av lagen (2001:499)*", fremkommer det at rituell omskjæring utføres i begrenset grad i den offentlige helsetjenesten. Særskilt tillatelse til å utføre rituell omskjæring var gitt til 5 personer i perioden fra 2001 til 2005, derav 3 fra den jødiske forsamlingen i Stockholm, 1 fra den jødiske forsamlingen i Malmø og 1 fra Skarholmens Islamiska kulturforening. Det ble oppgitt at kun 2 rabbinere var virksomme da evalueringen ble foretatt. Sosialstyrelsen konkluderte med at virksomheten til de som hadde særskilt tillatelse, fulgte gjeldende regelverk. Samtidig la Sosialstyrelsen til grunn at det fortsatt fant sted rituell omskjæring utenfor helsetjenesten av personer som ikke hadde særskilt tillatelse.

Som en oppfølging av denne evalueringen ga den svenske regjeringen i 2006 Sosialstyrelsen i oppdrag å undersøke hvorfor og i hvilken utstrekning noen gutter omskjæres utenfor helsetjenesten. Sosialstyrelsen fikk også i oppdrag å foreslå hvordan man best kan hindre at gutter blir utsatt for skade i forbindelse med rituell omskjæring. Rapporten fra Sosialstyrelsen forelå i april 2007, "*Omskäreelse av pojkar. Rapport av ett regeringsuppdrag (S2005/7490/SK)*", og er overlevert den svenske regjeringen. I rapporten konkluderes det med at ut fra hensynet til guttenes beste, bør gjeldende lovgivning suppleres med en lovbestemt rett til å få utført rituell omskjæring innenfor den offentlige helsetjenesten.

Regjeringen har ikke tatt endelig stilling til rapportens anbefaling, men Sveriges Kommuner och Landsting har anbefalt alle landsting å tilby rituell omskjæring fra

og med 1. oktober 2009. Saken var gjenstand for mediedebatt og det ble blant annet vist til at flere landsting allerede hadde bestemt at de heller ikke etter 1. oktober 2009 ville tilby rituell omskjæring.

4.2 Danmark

Den danske Sundhedsstyrelsen kategoriserer rituell omskjæring som et ”operativt inngrep” i henhold til lov nr. 451 af 22. mai 2006 om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed, jf. § 74 andre ledd. Dette medfører at det kun er leger og deres medhjelpere som kan utføre inngrepet.

Sundhedsstyrelsen har 23. mai 2005 utgitt en veileder, ”*Veiledning om omskæring af drenge*”, som gir utfyllende retningslinjer om hvordan omskjæring av gutter skal foregå. I veilederen uttales det blant annet at omskjæring av gutter under 15 år ikke må utføres uten at det foreligger et informert samtykke fra de som har foreldremyndigheten. Har gutten fylt 15 år kan han selv gi et informert samtykke. Den som skal gi sitt samtykke må på forhånd få tilstrekkelig informasjon om inngrepet. I det omfang en gutt under 15 år er i stand til å forstå situasjonen, skal han informeres og tas med i beslutningsprosessen vedrørende inngrepet. Videre fremgår det av veilederen at alle barn, også spedbarn, skal sikres nødvendig smertelindring.

I de miljøer hvor rituell omskjæring av gutter praktiseres, foretas inngrepet av en lege eller av dennes medhjelper. I det jødiske miljøet er det overrabineren som foretar inngrepet, under veiledning av en lege som er til stede.

Rituell omskjæring i Danmark foregår på private klinikker og i trossamfunnene. De som ønsker rituell omskjæring må selv finansiere inngrepet. Det offentlige finansierer ikke inngrepet i og med at rituell omskjæring ikke anses som et inngrep med terapeutisk formål.

4.3 Finland

I 2003 ble det i Finland nedsatt en arbeidsgruppe som fikk i oppdrag å vurdere grunnlaget for rituell omskjæring av unge gutter, blant annet i lys av den Europeiske menneskerettighetskonvensjonen, FN's barnekonvensjon og den finske Grunnloven. Arbeidsgruppen skulle se på tidligere praksis, både i offentlig og privat helsetjeneste, og på denne bakgrunn vurdere behovet for egen lovregulering.

Arbeidsgruppen konkluderte i 2004 med at rituell omskjæring av gutter kan tillates på visse vilkår. Hva som er til det beste for barnet var utgangspunktet for vurderingen, og da sett fra et videre perspektiv enn kun det helsemessige. Kulturelle og religiøse tradisjoner var også vektlagt som grunner for å tillate rituell omskjæring av gutter. Det var også av betydning at inngrepet kunne gjøres så

forsvarlig som mulig for å unngå at guttene ble utsatt for skade og risiko. Siden rituell omskjæring betyr mye for guttens integritet ble også viktigheten av lovregulering påpekt.

Arbeidsgruppen foreslo at inngrepet bare skulle kunne utføres av autorisert lege, og da ved samtykke av guttens foreldre eller andre med foreldreansvaret. Arbeidsgruppen var av den oppfatning at rituell omskjæring burde utføres i den offentlige helsetjenesten på samme måte som medisinsk indiserte omskjæringer. På dette punktet var imidlertid arbeidsgruppen ikke enstemmig.

”Högsta domstolen” har i et ”förhandsbeslut” fra 2008 konstatert at ikke-medisinsk omskjærelse ikke er å anse for rettsstridig dersom den utføres av religiøse eller sosiale grunner etter begjæring fra de med foreldreansvar, og utføres på en forsvarlig måte. Under henvisning til dette har Social- och hälsovårdsministeriet i oktober 2010 uttalt at det ikke er behov for særskilt lovregulering av rituell omskjæring av gutter.

5 Departementets vurdering av rituell omskjæring – ulike måter å organisere et tilbud

5.1 Bør rituell omskjæring reguleres?

Rituell omskjæring av gutter reiser mange vanskelige problemstillinger, både av etisk, helsemessig, juridisk, organisatorisk og økonomisk karakter. I lys av dette må det vurderes hvorvidt rituell omskjæring skal reguleres og eventuelt på hvilken måte. I prinsippet er det flere alternative veier å gå. Et alternativ er å la situasjonen være som den er i dag og at rituell omskjæring skjer innefor de rammer som gjeldende regelverk setter. En annen mulighet er å innføre en særskilt regulering som har til formål å hindre at gutter kan bli utsatt for skade på grunn av uforsvarlige rituell omskjæring, og som også vil kunne avklare spørsmål knyttet til blant annet kompetansekrav, samtykkekrav og ansvarsforhold. Et ytterligere alternativ er å innføre et forbud mot rituell omskjæring.

For en forholdsvis stor befolkningsgruppe i Norge betyr rituell omskjæring mye, både religiøst og kulturelt. Som tidligere nevnt antar departementet at det kan være etterspørsel for ca 2000 rituelle omskjæringer i Norge per år. Rituell omskjæring er en flere tusenårs gammel tradisjon med dype religiøse motiv for den jødiske og muslimske befolkningen. Det er ikke naturlig å tro at et eventuelt forbud mot rituell omskjæring skulle medføre at muslimske og jødiske foreldre ville slutte å omskjære guttene sine. Et eventuelt forbud mot rituell omskjæring ville derimot kunne medføre at de som etterspør inngrepet føler seg ”tvunget” til å benytte ikke-kompetente personer til å utføre omskjæringen. Dette vil ikke være til fordel for

guttene det handler om, men vil derimot kunne være i strid med et krav om å sikre ivaretagelse av barns beste.

Ettersom rituell omskjæring ikke er å anse for ”helsehjelp” etter helselovgivningen kan det hevdes at helsepersonell eller helsetjeneste ikke bør pålegges å utføre rituell omskjæring eller at det ikke ved særskilt lovregulering eller på andre måter bør legges til rette for at slikt inngrep kan utføres innenfor helsetjenesten. Spørsmålet har også en prioriteringsmessig side i og med at det i Norge er akseptert at det offentlige ikke bør prioritere helsetjenester som ikke har noen helsemessig gevinst eller som savner medisinsk indikasjon. Selv om et tilbud om rituell omskjæring må sies å representere en forholdsvis liten andel av helseforetakenes samlede ressurser eller arbeidsoppgaver, vil det like fullt legge beslag på noe økonomiske og personellmessige ressurser. I forlengelsen av dette kan det også vises til at alle helseforetakene, så langt departementet har registrert mer eller mindre har avvirket det tilbudet de tidligere har hatt om rituell omskjæring.

Departementet er imidlertid av den oppfatning at det er nødvendig å gjøre noe med dagens situasjon for å hindre at guttene blir utsatt for risiko for skade. Det er i alles interesse at rituell omskjæring blir utført på en forsvarlig måte. Dette gjelder både barna, foreldrene, de berørte trossamfunn, helsetjenesten og samfunnet for øvrig. Foreldre og gutter som samtykker til en rituell omskjæring må kunne være sikre på at inngrepet skjer på en forsvarlig måte.

Gjennom lovregulering av rituell omskjæring vil man kunne legge til rette for at inngrepet blir utført på en forsvarlig måte. En egen regulering vil kunne skape klarhet i ansvarsforhold, samtykkeregler og kompetansekrav, samt sikre tilstrekkelig smertelindring og oppfølging etter inngrepet. Dette gjelder både dersom den rituelle omskjæringen gjøres innenfor helsetjenesten og dersom det gis bestemmelser om at andre enn helsepersonell skal kunne utføre slike inngrep.

5.2 Vurdering av ulike måter å organisere et tilbud om rituell omskjæring

Under henvisning til ovenstående har departementet vurdert ulike måter å regulere og organisere et forsvarlig tilbud om rituell omskjæring. De alternative modellene kan være at inngrepet utføres ved offentlige sykehus, av private sykehus/spesialister, i tilknytning til helsestasjoner eller av andre enn helsepersonell. I det følgende vil det redegjøres for disse ulike alternativene.

5.2.1 Inngrepet utføres ved offentlige sykehus

Medisinskfaglige vurderinger tilsier at det er hensiktsmessig å utføre inngrepet mens gutten er liten. Når gutten blir større vil inngrepet bli mer omfattende, og det vil ofte være nødvendig å gjennomføre inngrepet under narkose. Det er dermed kostnadseffektivt å gjennomføre rituell omskjæring på sykehusene i forbindelse med eller kort tid etter fødsel. Sykehusene har tilgjengelig nødvendig helsepersonell og utstyr for å gjennomføre inngrepet på en forsvarlig måte. Ved at rituell omskjæring gjøres på sykehus, sikres også tilstrekkelig informasjon om inngrepet til de pårørende, og pleie og kontroll etter inngrepet.

Ved å utføre rituell omskjæring ved offentlige sykehus i forbindelse med fødsel vil man også sikre best mulig tilgjengelighet, samt også i større grad sikre likt tilbud.

Praktiske vansker med å innpasse tilbudet i den øvrige drift på grunn av prioriteringshensyn, samt ønske blant enkelte helsepersonell om å reservere seg, er argumenter som taler mot at inngrepet utføres ved offentlige sykehus. Det er i den forbindelse også relevant å legge vekt på at rituell omskjæring ikke er å anse for ”helsehjelp” i helselovgivningens forstand, og slik sett vil det kunne hevdes at dette dermed er et inngrep som ikke ”naturlig” hører hjemme innenfor helsetjenesten.

Departementet vil også vise til at et tilbud om rituell omskjæring vil legge beslag på noe av sykehusenes økonomiske og personellmessige ressurser. Som nevnt har de offentlige sykehus i stor grad avvirket det tilbudet de tidligere har hatt om rituell omskjæring, blant annet med henvisning til slike argumenter. På den annen side vil departementet påpeke at det tross alt vil være snakk om en begrenset ressursbruk i forhold til de samlede helsebudsjetter, som må vurderes i forhold til den økonomiske byrde det vil representere for de aller fleste foreldre å skulle betale for inngrepet fullt ut selv. Det må også tas hensyn til hvilke merkostnader sykehusene vil måtte påregne dersom rituell omskjæring utføres utenfor helsetjenesten, og det i den forbindelse oppstår skade eller infeksjoner som følge av inngrep utført av ikke-kompetent personell og som spesialisthelsetjenesten senere må behandle.

5.2.2 Inngrepet utføres av private sykehus/spesialister

Dersom dagens rettstilstand videreføres uendret, vil private sykehus/spesialister kunne fortsette å utføre rituell omskjæring av gutter. Når inngrepet utføres hos private sykehus/spesialister vil man sikre at inngrepet utføres på en faglig forsvarlig måte. Full egenbetaling vil imidlertid innebære en økonomisk byrde for de fleste, idet inngrepet koster mellom kr. 3.500 og 9.500 å få utført. Dersom det ikke finnes et tilbud på offentlige sykehus, men kun et tilbud ved private sykehus/spesialister, kan det ikke utelukkes at enkelte av økonomiske grunner vil

se seg nødt til å få omskjæring utført av ikke-kompetente personer. Dette vil medføre en økt risiko for at inngrepet blir utført på en uforsvarlig måte.

Departementet vil også påpeke at private sykehus/spesialister vanskelig kan pålegges å tilby rituell omskjæring. Selv om enkelte utfører inngrepet i dag, kan et slikt tilbud bli bortprioritert til fordel for andre tjenester som er mer helsefaglige, mer økonomisk lønnsomme eller som fremstår som mindre etisk betenkelige. I tillegg skal også nevnes at tilgangen til private sykehus/spesialister kan variere fra landsdel til landsdel. En løsning basert på private sykehus/spesialister vil således være mindre egnet til å sikre tilgjengelighet og likt tilbud over hele landet, sammenlignet med en løsning basert på offentlige sykehus.

5.2.3 Inngrepet utføres i tilknytning til helsestasjoner

Departementet har også vurdert om et tilbud om rituell omskjæring kan gjøres tilgjengelig i regi av helsestasjonene. Helsestasjonen er et naturlig kontaktpunkt mellom helsetjenesten og den enkelte familie, og i lys av dette kan det vurderes om de også bør kunne tilby rituell omskjæring.

Helsestasjonene skal imidlertid først og fremst arbeide med helsefremmende og forebyggende virksomhet. I henhold til forskrift om kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten, skal helsestasjonene blant annet utføre helseundersøkelser, spedbarnskontroll, forebyggende psykososialt arbeid, opplysningsvirksomhet, hjemmebesøk, samarbeid med skole om godt lærings- og arbeidsmiljø og samarbeid om habilitering av barn og unge med spesielle behov.

Helsestasjonene skal i utgangspunktet ikke drive med behandlingsoppgaver, men henvise videre ved behov. Departementet er derfor av den oppfatning at det vil være vanskelig å gi helsestasjonene ansvar for å tilby slik tjeneste i tillegg til de øvrige tjenester helsestasjonene tilbyr. Helsestasjonene er heller ikke rustet, verken med personell med kirurgisk kompetanse eller utstyr, til å utføre operative inngrep.

Dersom et slikt tilbud likevel skulle legges til helsestasjonene, kunne en løsning være at helsestasjoner som ønsker det kan inngå avtale med helsepersonell om å tilby rituell omskjæring. Dette kan for eksempel skje ved at helsestasjonene inngår avtale med kirurger som utfører inngrepet, og som eventuelt også har ansvaret for oppfølgingen av gutten i etterkant av inngrepet. Helsestasjonene vil i så fall også kunne stille egnede lokaler til disposisjon for helsepersonellet. Siden rituell omskjæring er et inngrep som krever spesialister, vil imidlertid en slik ordning kunne by på praktiske problemer for helsestasjonene. Blant annet vil det kunne by på vanskeligheter å skaffe tilstrekkelig mange spesialister å inngå avtale med.

Organisering av et slikt tilbud reiser også vanskelige finansielle problemstillinger. Det må antas at helsestasjonene ikke vil ha økonomi til å kunne finansiere et slikt tilbud innenfor dagens bevilgninger. I mange kommuner vil det være lite behov for tjenesten, og det vil derfor neppe være samfunnsøkonomisk forsvarlig dersom alle kommuner skulle ha slikt tilbud. Et samarbeid mellom kommuner vil i så fall være mest nærliggende. Dette vil reise problemstillinger knyttet til pasientenes eller pårørendes utgifter ved å reise til en kommune som har slikt tilbud, og det kan oppstå kompliserte betalings-/oppgjørsordninger kommunene i mellom når det gjelder betaling for selve inngrepet.

Når det gjelder økonomiske konsekvenser av å legge rituell omskjæring til helsestasjoner, så vil departementet anslå at hvert inngrep vil koste ca 10.000 kroner å utføre. Kostnaden for selve inngrepet (i lokal bedøvelse) beregnes til 7.000 kroner, inkludert honorar til kirurg, medikamentkostnad og bruk av lokalet. I lys av at det kun må antas å være enkelte kommuner som vil opprette et slikt tilbud, antar departementet at det i tillegg må beregnes i gjennomsnitt 2.000 kroner til reisekostnad for kirurg, og 1.000 kroner forbundet med etterkontroll. I tillegg kommer som nevnt også eventuelle reisekostnader for barn og foreldre.

5.2.4 Inngrepet utføres av andre enn helsepersonell

Som det fremgår i punkt 4.1 har man i Sverige ved egen lov bestemt at andre enn helsepersonell kan få tillatelse til å foreta rituell omskjæring av gutter på visse vilkår. Det stilles blant annet krav til hvordan inngrepet skal utføres, og det kreves at smertelindring skal administreres av lege/sykepleier. Slik omskjæring kan bare utføres før gutten er fylt 2 måneder. Etter dette er omskjæringen forbeholdt leger.

Overført til Norge vil en slik løsning kreve at det utformes lov/forskrift om bl.a. vilkår for godkjenning for å gjennomføre omskjæring og hvordan omskjæringen skal utføres. Hvem som skal være ansvarlig for eventuelle skader forårsaket av en slik operatør må også vurderes. I tillegg må spørsmålet om hvem som skal føre tilsyn med slike operatører vurderes.

En slik ordning vil kunne sikre at inngrepet skjer på en forsvarlig måte. Departementet vil også påpeke at ordningen langt på vei vil kunne sikre god tilgjengelighet og likt tilbud i hele landet.

Den svenske løsningen forutsetter som nevnt at omskjæring av gutter over 2 måneder skal gjøres av lege. En evaluering av den svenske loven har konkludert med at det fortsatt skjer omskjæringer utenfor helsetjenesten på gutter som er eldre enn 2 måneder. Dersom man i Norge skulle vedta en tilsvarende lov, vil det sannsynligvis også måtte foreligge et annet tilbud for gutter over en viss alder. I motsatt fall vil det være en risiko for at rituell omskjæring vil bli utført av personer uten tilstrekkelig kompetanse.

Når det gjelder finansiering av en slik ordning, må det antas at dersom omskjæringen utføres av en person som er godkjent for det (men som ikke er helsepersonell), så bør foreldrene selv kunne dekke utgiftene forbundet med dette. Departementet antar at det her vil være snakk om kun en beskjedne egenbetaling.

5.2.5 Departementets vurdering av ulike løsningsmodeller

Som det fremgår av punkt 5.1 er departementet av den oppfatning at det er i alles interesse at rituell omskjæring blir utført på en forsvarlig måte, og at det derfor er nødvendig å gjøre noe med dagens situasjon for å hindre at guttene blir utsatt for risiko for skade. Gjennom lovregulering av rituell omskjæring vil man kunne legge til rette for at inngrepet blir utført på en forsvarlig måte. Dette vil blant annet innebære at det skapes klarhet i ansvarsforhold, samtykkekrav og kompetansekrav, samt at det sikres tilstrekkelig smertelindring og oppfølging i tilknytning til inngrepet.

I punkt 5.2.1 til 5.2.4 er det redegjort for ulike løsningsmodeller for utføring av rituell omskjæring innenfor helsetjenesten (offentlig eller privat), eller at inngrepet på nærmere vilkår kan utføres av andre enn helsepersonell. Slik departementet vurderer det, bør den løsningsmodell som velges ivareta tre grunnleggende hensyn:

1. Den løsning som velges må sikre at rituell omskjæring kan bli gjennomført på en forsvarlig måte
2. Løsningen må være tilstrekkelig robust ved at det foreligger et reelt tilbud med lik tilgjengelighet i hele landet
3. Som en forlengelse av forannevnte hensyn, må den løsning som velges ha en finansieringsordning som gjør at tilbudet er stabilt og forutsigbart

For å sikre at inngrepet utgjør minst mulig risiko for skade, kreves det at inngrepet utføres på en korrekt måte under betryggende forhold. Dette innebærer for det første at det bør stilles krav til hvem som skal få utføre inngrepet og hvordan dette skal utføres, dernest at tilgjengelighet er ivaretatt og at inngrepet ikke innebærer en så vidt stor økonomiske belastning at foreldrene på tross av at et forsvarlig tilbud er tilgjengelig, likevel føler seg "tvunget" til å benytte ikke-kompetente personer.

En ren helsefaglig vurdering tilsier at det er hensiktsmessig å utføre inngrepet mens gutten er liten. Inngrepet vil da være mindre omfattende og i tillegg kan det utføres uten generell anestesi (narkose).

Ettersom det er anbefalt at inngrepet skjer kort tid etter fødsel, er det etter departementets vurdering naturlig at den rituelle omskjæringen foretas på sykehuset i forbindelse med fødselsoppholdet. Sykehusene har nødvendig personell og utstyr for å gjennomføre inngrepet på en forsvarlig måte. Ved at

rituell omskjæring gjøres på sykehus, sikres også tilstrekkelig informasjon om inngrepet til de pårørende, samt pleie og kontroll etter inngrepet. Slik sett vil det kunne være kostnadseffektivt å gjennomføre rituell omskjæring i forbindelse med eller kort tid etter fødsel. På en annen side er dette hensyn som også kan ivaretas ved private sykehus. Rituell omskjæring er et inngrep som ikke har medisinsk indikasjon, noe som kan tale for at inngrepet ikke bør belaste den offentlige helsetjenesten.

Dersom inngrepet fortas ved private sykehus eller av private spesialister, vil det medføre at inngrepet vil koste mellom kr. 3.500 og kr. 9.500. For en del som ønsker rituell omskjæring vil en slik egenbetaling kunne ramme hardt. Departementet er av den oppfatning at dette kan medføre at enkelte av økonomiske grunner vil se seg nødt til å benytte ikke-kompetent personell til å utføre inngrepet. Dersom ikke-kompetent personell utfører inngrepet, er det en risiko for at gutten vil kunne bli påført skade.

I og med at private sykehus/spesialister vanskelig kan pålegges å tilby rituell omskjæring, vil et eventuelt tilbud på sikt kunne bli bortprioritert til fordel for tjenester som er mer helsefaglige, mer økonomisk lønnsomme eller som fremstår som mindre etisk betenkelige. En ordning som utelukkende baserer seg på private sykehus/spesialister vil derfor fremstå som usikker og lite forutsigbar for de som etterspør tjenesten. Tilgangen til private sykehus/spesialister vil også variere fra landsdel til landsdel. En slik løsning vil således være mindre egnet til å sikre tilgjengelighet og likt tilbud over hele landet, sammenlignet med en løsning basert på offentlige sykehus.

Når det gjelder et eventuelt tilbud om rituell omskjæring i regi av helsestasjonene, mener departementet som påpekt i punkt 5.2.3 at det vil være vanskelig å gi helsestasjonene ansvar for å tilby slik tjeneste i tillegg til de øvrige tjenester helsestasjonene tilbyr. Helsestasjons- og skolehelsetjenesten skal i utgangspunktet ikke drive med behandlingsoppgaver, men henviser videre ved behov, og de er heller ikke rustet verken med personell med kirurgisk kompetanse eller utstyr til operative inngrep. En ordning basert på avtaleinngåelse med spesialister om å utføre rituell omskjæring vil også by på praktiske problemer, blant annet i form av vanskeligheter med å skaffe tilstrekkelig mange spesialister å inngå avtale med. En slik ordning vil også reise vanskelige finansielle problemstillinger siden det må antas at helsestasjonene ikke vil ha økonomi til å kunne finansiere et slikt tilbud innenfor dagens bevilgninger, samt at mange kommuner vil ha lite behov for tjenesten og derfor vil måtte inngå i ulike former for samarbeid med andre kommuner.

Etter dette er departementet av den oppfatning at det vil være mest hensiktsmessig at rituell omskjæring foretas i regi av offentlige sykehus i forbindelse med fødsel. Sykehusene har nødvendig personell og utstyr for å gjennomføre inngrepet på en

forsvarlig måte, og en slik løsning fremstår også som kostnadseffektivt. Praktiske utfordringer med å innpasse et slikt tilbud i den øvrige virksomhet, vil etter departementets vurdering kunne løses internt i sykehusene. Likedan bør problemstillinger knyttet til helsepersonell som ønsker å reservere seg mot å delta ved slike inngrep, la seg løse internt i sykehusene.

I tillegg til at den offentlige helsetjenesten bør ha et tilbud om rituell omskjæring av gutter, mener departementet det også bør vurderes om det på nærmere bestemte vilkår også bør være mulig for andre enn leger å utføre inngrepet. Det kan i den forbindelse hevdes at det bør det finnes et forsvarlig alternativ til de som av kulturelle eller religiøse grunner ønsker omskjæringen utført innenfor en annen ramme enn ved sykehusene. Det vises i den forbindelse til punkt 4.1 hvor det fremgår at det i Sverige er innført en slik ordning. Erfaringene fra Sverige viser imidlertid at en slik lovregulering i seg selv ikke vil være tilstrekkelig for å beskytte guttene mot å lide overlast, og at den derfor bør suppleres med et tilbud i regi av den offentlige helsetjenesten.

I dette høringsnotatet skisseres derfor to ulike lovmodeller som det bes om høringsinstansenes synspunkter på.

- Modell A, jf. høringsnotatets kapittel 6, består av to hovedelementer. For det første en lovfesting av at de regionale helseforetakene skal organisere spesialisthelsetjenesten på en slik måte at de som ønsker det kan få utført rituell omskjæring på en forsvarlig måte, og da i hovedsak i forbindelse med fødsel. For det andre innebærer lovforslaget at andre enn leger også skal kunne utføre rituelle omskjæringer på nærmere bestemte vilkår.
- Modell B, jf. høringsnotatets kapittel 7, innebærer en lovfesting av at de regionale helseforetakene skal organisere spesialisthelsetjenesten på en slik måte at de som ønsker det kan få utført rituell omskjæring på en forsvarlig måte, og da i hovedsak i forbindelse med fødsel. Etter denne modellen åpnes det ikke for at andre enn leger skal kunne utføre rituelle omskjæringer.

6 Departementets forslag til lovregulering – Modell A: Rituell omskjæring utført av leger og andre med særskilt godkjenning

6.1 Innledning

Departementet drøfter i dette kapitlet sentrale problemstillinger knyttet til forslag til lovregulering av rituell omskjæring av gutter, Modell A. Som nevnt i punkt 5.2.5 består denne modellen av to hovedelementer.

For det første foreslås det en lovregulering av rituell omskjæring som skjer utenfor helsetjenesten og som kan utføres av andre enn helsepersonell. I lovforslaget foreslås det en rekke vilkår som må være oppfylt for at slik omskjæring kan utføres. Ulike problemstillinger knyttet til slik lovregulering vil bli diskutert i punkt 6.5 til punkt 6.10 For det andre foreslås det en lovfesting av at de regionale helseforetakene skal organisere spesialisthelsestjenesten på en slik måte at det tilrettelegges for utført rituell omskjæring. Problemstillinger knyttet til dette vil i hovedsak bli diskutert i punkt 6.11.

I kapittel 8 er det redegjort for økonomiske og administrative konsekvenser av forslagene.

6.2 Lovreguleringens formål

Som redegjort for i høringsnotatets kapittel 2 har rituell omskjæring av gutter vært praktisert i deler av verden i flere tusen år. Slik omskjæring har vært religiøst eller kulturelt begrunnet, og fortsatt omskjæres nær sagt alle guttebarn innenfor enkelte trosretninger i Norge.

Etter departementets vurdering er det viktig å sikre at inngrepet utføres på en forsvarlig og tryggende måte, herunder at barnet på en tilfredsstillende måte sikres mot smerte eller skade. Det må videre tas nødvendige forholdsregler for å unngå infeksjon eller smitte som følge av omskjæringen, blant annet i form av krav til hygiene og smittevern.

I forlengelsen av ovennevnte vil departementet også påpeke viktigheten av tilgjengelighet. Dersom et tryggende tilbud ikke er tilgjengelig, kan det ikke utelukkes at rituell omskjæring utføres av ikke-kompetent personell her i Norge eller i utlandet. Rituell omskjæring som utføres av ikke-kompetent personell vil medføre risiko for at barn påføres smerte eller skade. Slik departementet ser det bør derfor et forsvarlig tilbud om rituell omskjæring være likt tilgjengelig i hele landet.

En annen side knyttet til tilgjengelighetsdebatten er kostnadene forbundet med inngrepet. Full egenbetaling vil kunne innebære en tung økonomisk belastning for foreldrene. Som nevnt koster det mellom kr. 3.500 og kr. 9.500 å få gjennomført rituell omskjæring på private sykehus/klinikker. Et tilbud som utelukkende baserer seg på full egenbetaling hos private aktører vil kunne medføre at enkelte ser seg nødt til å få omskjæringen gjennomført av ikke-kompetent personell.

Departementet foreslår at ovennevnte hensyn synliggjøres i lovens formålsbestemmelse. I lovforslaget § 1 foreslås det derfor å presisere at lovens formål er å sikre at rituell omskjæring av gutter skal utføres på en forsvarlig måte. Hva forsvarlighetskravet mer konkret vil innebære er spesifisert i flere av

lovforslagets øvrige bestemmelser, og det vises til den videre drøftelse i dette kapittelet, samt de spesielle merknadene til lovforslagets ulike bestemmelser som er inntatt i kapittel 8. Mer overordnet skal det kun påpekes at kravet om forsvarlighet foreslås å gjelde både for utførelsen av selve inngrepet og oppfølging etter inngrepet. Krav om forsvarlighet gjør at det også foreslås strenge krav til informasjon og samtykke.

I lovforslagets § 1 foreslår departementet videre å tydeliggjøre at lovens formål også er å bidra til at et tilbud om rituell omskjæring blir tilgjengelig. Som nevnt foreslås det for det første å lovregulere rituell omskjæring som skjer utenfor helsetjenesten og som utføres av andre enn helsepersonell, jf. lovforslagets § 6. Dernest foreslås det en lovfesting av at de regionale helseforetakene skal organisere spesialisthelsetjenesten på en slik måte at de som ønsker det kan få utført rituell omskjæring av gutter, jf. lovforslaget § 4.

6.3 Definisjon av rituell omskjæring

Departementet foreslår kun å lovregulere omskjæring av gutter som gjøres av religiøse eller kulturelle grunner. Omskjæring som utføres med slik begrunnelse skiller seg fra omskjæring som utføres ut fra en medisinsk indikasjon. I lovforslaget § 2 foreslås det derfor presisert at omskjæring etter denne loven bare gjelder omskjæring hvor formålet er religiøst eller kulturelt begrunnet.

Departementet legger til grunn at begge omskjæringsmetodene som beskrives i punkt 2.3 foran kan kalles "kirurgisk inngrep" selv om en av metodene ikke innebærer skjæring. Å fjerne forhuden må betraktes som et kirurgisk inngrep selv om kompresjonsmetoden baserer seg på langsom avstøting av vevet istedenfor å fjerne det direkte.

Departementet foreslår derfor at rituell omskjæring defineres i lovforslaget § 2 som *"et kirurgisk inngrep hvor forhud rundt penis fjernes helt eller delvis, og hvor formålet er religiøst eller kulturelt begrunnet"*. Definisjonsbestemmelsens bruk av det generelle begrepet "kirurgisk inngrep" åpner for at også andre eller nye omskjæringsteknikker/-metoder som blir tatt i bruk vil være omfattet av loven. Avgjørende i forhold til denne loven vil i stor grad være om hensikten er en permanent fjerning av forhuden og om begrunnelsen for dette er religiøst eller kulturelt betinget.

Omskjæring som utføres etter medisinsk indikasjon faller utenfor loven. I disse tilfellene vil helsepersonelloven komme direkte til anvendelse og være førende for når inngrepet kan gjennomføres og hvilke omskjæringsteknikker/-metoder som i så fall kan benyttes, jf. særlig forsvarlighetskravet etter lovens § 4.

6.4 Lovforslagets virkeområde – forholdet til andre lover

6.4.1 Hvem loven skal gjelde for

Som nevnt i punkt 6.1 foreslår departementet i denne modellen en lovregulering som i hovedsak består av to hovedelementer. For det første en lovregulering av rituell omskjæring som skjer utenfor helsetjenesten og som utføres av andre enn helsepersonell og for det andre en lovfesting av at de regionale helseforetakene skal organisere spesialisthelsetjenesten på en slik måte at de som ønsker det kan få utført rituell omskjæring av gutter. I samsvar med dette foreslås det derfor i lovforslaget § 3 første ledd at loven skal gjelde for den som tilbyr eller utfører rituell omskjæring i riket. Det foreslås videre at det kan gis forskrift om lovens anvendelse på Svalbard og Jan Mayen, jf. bestemmelsens fjerde ledd.

6.4.2 Forholdet til andre lover

Rituelle omskjæringer som foretas innenfor den private og offentlige helsetjenesten, utføres av helsepersonell og vil dermed være underlagt helselovgivningen. Omskjæringene forutsettes derfor å bli utført etter hva som er ansett for å være forsvarlig praksis. De vilkår som departementet foreslår i lovforslaget vil i all hovedsak være krav som allerede blir oppfylt ved rituelle omskjæringer som blir utført innenfor helsetjenesten.

Dette innebærer blant annet at helsepersonellovens bestemmelser om forsvarlighet, samtykke, informasjon, taushetsplikt og dokumentasjon, vil komme til anvendelse. Pasientrettighetsloven vil også gjelde med unntak av kapittel 2.

På denne bakgrunn kan det være behov for å klargjøre i hvilken grad helselovgivningen faktisk skal komme til anvendelse når helsepersonell utfører eller bistår ved rituell omskjæring. Dette gjelder spesielt dersom dette skjer utenfor helsetjenesten, for eksempel der hvor lege utfører rituell omskjæring på sin fritid. Departementet foreslår derfor å presisere i lovforslaget § 3 andre ledd at helsepersonelloven og pasientrettighetsloven skal komme til anvendelse så langt de passer når lege utfører rituell omskjæring eller når lege eller sykepleier gir smertelindring etter loven. Uttrykket ”så langt de passer” henspiller særlig på at helselovgivningen benytter begrepet ”helsehjelp” som en avgrensning i forhold til hva helsetjenesten skal eller kan tilby. Som det fremgår i punkt 3.4. og 3.5 utføres ikke rituell omskjæring ut fra en medisinsk begrunnelse, men på grunn av religiøs overbevisning eller kulturell tradisjon. Rituell omskjæring faller således ikke inn under begrepet ”helsehjelp”, men helsepersonelloven og pasientrettighetsloven skal likevel komme til anvendelse så langt de passer.

Det foreslås videre å presisere forholdet til pasientskadeloven i lovforslaget § 3 tredje ledd. Departementet legger til grunn at rituell omskjæring som gjennomføres innenfor helsetjenesten av helsepersonell, er omfattet av pasientskadeloven, jf. punkt 3.8. Ettersom deler av helselovgivningen gjelder for slik omskjæring, herunder kravet til forsvarlighet, bør denne type inngrep i en erstatningsrettslig sammenheng være likestilt med andre inngrep som foretas innenfor helsetjenesten. Dette gjelder selv om sistnevnte inngrep som hovedregel vil ha medisinsk indikasjon i motsetning til rituell omskjæring.

Departementet foreslår også at pasientskadeloven skal komme til anvendelse overfor den virksomhet lege eller sykepleier utfører når de gjennomfører eller bistår ved rituell omskjæring utenfor helsetjenesten. I kraft av å være helsepersonell forventes det at de utfører sin virksomhet forsvarlig, også når rituell omskjæring skjer utenfor helsetjenesten.

Departementet foreslår imidlertid at pasientskadeloven ikke skal komme til anvendelse overfor personer som ikke er helsepersonell, men som har fått særskilt tillatelse til å utføre rituell omskjæring. Selv om det for å gi særskilt tillatelse etter lovforslagets § 6 er krav om tilstrekkelig erfaring og kompetanse til å utføre rituell omskjæring på en forsvarlig måte, vil det for disse personene ikke gjelde noe lovpålagt forsvarlighetskrav på samme måte som for helsepersonell, jf. helsepersonelloven § 4. Selv om det også foreslås å føre tilsyn med personer med slik særskilt tillatelse, jf. lovforslaget § 12, er det likevel departementets oppfatning at det vil være uheldig dersom staten gjennom pasientskadeloven også skal bære erstatningsrisikoen for de rituelle omskjæringer som foretas utenfor helsetjenesten og av personer som ikke er helsepersonell. Departementet viser i den forbindelse særlig til at det her er snakk om et frivillig inngrep uten medisinsk indikasjon. Det vises videre til at det i henhold til lovforslaget § 4 også skal foreligge et offentlig tilbud om rituell omskjæring.

6.5 Vilkår for å utføre rituell omskjæring – krav til utførelsen av inngrepet

6.5.1 Hvem kan utføre inngrepet?

I helsetjenesten

Som nevnt foretas rituell omskjæring i dag ved offentlige og private sykehus/klinikker. I praksis utføres all omskjæring innenfor helsetjenesten av en lege (kirurg). Dagens helselovgivning stiller ikke noe eksplisitt krav om dette, men det vil indirekte følge av forsvarlighetskravet etter helsepersonelloven § 4. Departementets lovforslag om at rituell omskjæring skal utføres av lege innebærer

slik sett ingen endring når det gjelder helsetjenestens adgang til å utføre rituell omskjæring.

Utenfor helsetjenesten

Av punkt 5.2.5 fremgår det at departementet foreslår at også andre enn leger på visse vilkår skal kunne få tillatelse til å utføre rituell omskjæring utenfor helsetjenesten.

Rituell omskjæring er forbundet med liten risiko dersom det utføres på riktig måte og av personer med tilstrekkelig kompetanse. Det vises i den forbindelse til at rituell omskjæring i de jødiske miljøene foretas av en person som har fått spesiell opplæring, en rabbiner eller en mohel. Denne personen behøver ikke være helsepersonell. Etter hva departementet har fått opplyst er det ingenting som tyder på at jødiske gutter i Norge har lidt overlast eller har blitt skadet i forbindelse med omskjæring. Siden det ikke finnes tilsvarende organisering for de muslimske gruppene, har departementet ikke informasjon om eventuelle skader fra denne gruppen.

Under henvisning til ovennevnte mener departementet at det på nærmere bestemte vilkår også bør være mulig for andre enn helsepersonell å utføre inngrepet. Det bør finnes et forsvarlig alternativ til de som av kulturelle eller religiøse grunner ønsker omskjæringen utført innenfor en annen ramme enn ved sykehusene. En ordning med at det kan gis særskilt tillatelse til å utføre rituell omskjæring uten å være lege, skal gjøre det mulig å utføre religiøst betingede omskjæringer under betryggende forhold utenfor helsetjenesten. Slik tillatelse bør bare gis til personer som har en tilknytning til et trossamfunn hvor rituell omskjæring inngår som en del av den religiøse tradisjon, og som anses som kompetent til å utføre inngrepet. Som tidligere nevnt er en tilsvarende ordning lovfestet i Sverige.

I lovforslaget § 6 er det inntatt bestemmelser om hvem som kan gis slik tillatelse og på hvilke vilkår. Som tidligere nevnt er inngrepet minst komplisert når gutten er liten, både med hensyn til metode for omskjæringen og bruken av smertelindring, jf. punkt 2.3. Adgangen til å utføre rituell omskjæring for andre enn leger, bør derfor bare tillates mens barnet er lite. Det vises i den forbindelse til lovforslaget § 5 andre ledd hvor det fremgår at rituell omskjæring av barn over 2 måneder bare kan utføres av lege. Rituell omskjæring innenfor de jødiske og muslimske miljøene skjer som oftest i de første dagene etter fødsel.

Begrunnelsen for å tillate rituelle omskjæringer utenfor helsetjenesten er blant annet hensynet til religionsfriheten. Et vilkår for at en person som ikke er lege skal kunne få særskilt tillatelse til å utføre rituelle omskjæringer, bør derfor være at vedkommende er foreslått av et trossamfunn der omskjæring inngår som en del av religionsutøvelsen, jf. forslaget til § 6 første ledd bokstav a).

For å sikre at gutten ikke lider overlast eller blir skadet, er det viktig at det stilles krav til den som skal kunne utføre slikt inngrep. Den som søker om tillatelse til å utføre rituell omskjæring bør ha de kunnskaper som anses for nødvendig for å kunne utføre inngrepet på en forsvarlig måte. Departementet foreslår derfor i § 6 første ledd bokstav b) at tillatelse bare kan gis til personer som kan dokumentere å ha tilstrekkelig erfaring og kompetanse til å utføre inngrepet på en forsvarlig måte. Det er den enkelte selv som må kunne dokumentere tilstrekkelig erfaring og kompetanse. Siden det etter lovforslaget kreves tillatelse for å kunne utføre inngrepet, må man kunne opparbeide seg erfaring og kompetanse på annet vis. Eksempler på slik kompetanse kan være relevant helsefaglig utdanning eller erfaring, herunder medisinsk kompetanse om anestesi (smertelindring), hygiene og smittevern. Det kan også være aktuelt å opparbeide kompetanse ved å være medhjelper for en annen som utfører rituell omskjæring.

I lovforslaget § 6 første ledd bokstav c) foreslår departementet videre at tillatelse bare kan gis til de som kan fremlegge politiattest som nevnt i helsepersonelloven § 20 a. I helsepersonelloven § 20 a stilles det krav om politiattest for helsepersonell som skal yte helsehjelp til barn eller personer med utviklingshemming. Politiattesten skal vise om vedkommende er siktet, tiltalt, ilagt forelegg eller dømt for brudd på straffeloven §§ 192, 193, 194, 195, 196, 197, 199, 200 annet ledd, 201 bokstav c, 203 eller 204a. Bestemmelsene omhandler seksualforbrytelser og barnepornografi. Attesten skal være uttømmende og ikke eldre enn tre måneder. De nevnte personer som er ilagt forelegg eller er dømt for overtredelser av nevnte bestemmelser om seksualforbrytelser og barnepornografi i straffeloven, skal være utelukket fra å få tillatelse til å utføre rituell omskjæring av gutter. Formålet med å stille et krav om slik politiattest er å forebygge seksuelle overgrep mot barn. Små gutter som skal få utført rituell omskjæring er særlig avhengig av den som utfører inngrepet. Det er derfor avgjørende og viktig at barn og deres pårørende har tillit til og kan stole på den som skal utføre inngrepet. Departementet erkjenner at fremlegging av politiattest uten merknader ikke vil gi noen garanti for at gutter ikke møter personell som har begått seksuelle overgrep mot barn, tatt i betraktning at det bare er når personen er siktet, tiltalt, dømt eller ilagt forelegg for overgrepene at dette vil fremgå. Departementet mener imidlertid at en politiattest vil kunne bidra til økt sikkerhet for guttene, blant annet fordi en må kunne forvente at personer som har anmerkning på sin politiattest velger å ikke søke omskjæringstillatelse.

I lovforslaget § 6 andre ledd foreslår departementet at Helsedirektoratet blir den instans som kan gi slik tillatelse. På bakgrunn av mottatte søknader må direktoratet foreta en konkret vurdering av søkerens erfaring og kompetanse. I denne vurderingen vil det være relevant å vektlegge flere forhold. Dette kan være vedkommendes tidligere praksis, om vedkommende har helsefaglig bakgrunn eller

på annen måte har tilegnet seg helsefaglig kompetanse relevant for inngrepet og om vedkommende antas å ha forutsetninger for å oppfylle lovens plikter.

Dersom direktoratet etter en konkret vurdering kommer til at vilkårene for tillatelse ikke er oppfylt, kan avslaget påklages til Statens helsepersonellnemnd, jf. lovforslaget § 6 tredje ledd. I helsepersonelloven kapittel 12 er det gitt nærmere bestemmelser om nemndas sammensetning og kompetanse.

Departementet foreslår at det i § 6 fjerde ledd gis hjemmel for å kunne gi forskrift med nærmere bestemmelser om hvilke krav som må være oppfylt hos den som skal gis tillatelse.

6.5.2 Krav til gjennomføring av inngrepet – forsvarlighet, smertelindring og hygiene

Krav om forsvarlighet

Formålet med å foreslå en lovregulering av rituell omskjæring av gutter er som nevnt å sikre at gutter som blir omskåret ikke lider overlast. I all hovedsak er det snakk om et inngrep som blir utført på små gutter som ikke selv kan samtykke til inngrepet, og det er derfor viktig at gjennomføringen av selve inngrepet og prosessen rundt er betryggende.

Når det gjelder de inngrep som utføres innenfor helsetjenesten, enten den offentlige eller den private, så vil deler av helsepersonellovens regler komme til anvendelse, jf. særlig helsepersonelloven § 4 som fastslår plikten til forsvarlighet i helsepersonells yrkesutøvelse.

Helsepersonells forsvarlighetsplikt vil gjelde både i forhold til gjennomføringen av selve inngrepet, men også i forhold til tiltak for å sikre smertelindring eller hindre smitteoverføring eller infeksjoner. Innholdet i forsvarlighetskravet utledes i all hovedsak av helsepersonells utdanning, praksis og forventet kompetanse. Ulik kompetanse blant de forskjellige helsepersonellgruppene vil medføre at visse behandlingsformer eller inngrep er forbeholdt enkelte personellgrupper. Som nevnt utføres i praksis all omskjæring innenfor helsetjenesten av lege.

Når det gjelder andre enn leger som gis tillatelse til å utføre rituell omskjæring, følger det ikke av helselovgivningen noe slikt forsvarlighetskrav. Departementet foreslår derfor at det i lovforslaget § 10 første ledd presiseres at inngrepet skal utføres på en helsefaglig forsvarlig måte. Krav om forsvarlighet vil gjelde hele prosessen rundt den rituelle omskjæringen, fra de forberedelser som blir gjort før selve inngrepet, selve inngrepet og kontroll og oppfølging i etterkant av inngrepet. Departementet vil også påpeke at en rekke av lovforslagets øvrige bestemmelser kan sees som en utdyping av forsvarlighetskravet, for eksempel bestemmelsene om informasjon, samtykke og dokumentasjon.

Inngrepet må utføres på en helsefaglig forsvarlig måte tilpasset guttens alder. Som redegjort for i punkt 2.3 benyttes flere ulike omskjæringsteknikker. Hvilken av disse metodene som er å anse som medisinsk forsvarlig vil bero på en konkret vurdering hvor det blant annet må sees hen til den enkeltes kompetanse.

Krav til smertelindring

Departementet viser til at det i medisinske fagmiljøer er en oppfatning om at små barn kjenner smerte på lik linje med voksne. Av den grunn foretas det innenfor helsetjenesten ikke smertefulle inngrep eller undersøkelser av barn uten at smertelindring gis. Omskjæring er et inngrep forbundet med en viss smerte, både ved selve inngrepet og i ettertid mens såret gror. Innenfor helsetjenesten vil det ved inngrep på de yngste guttene benyttes smertelindring i form av smertestillende salve i kombinasjon med lokalbedøvelse. På de eldre guttene, brukes mer omfattende bedøvelse, blant annet narkose. Hvilken smertelindring som er påkrevd i hvert enkelt tilfelle vil dermed variere.

Etter hva departementet har fått opplyst, er dagens praksis for rituell omskjæring innenfor jødiske trossamfunn at gutten ikke gis smertelindring i form av smertestillende salve, lokalbedøvelse e.l. forut for selve inngrepet. At det ikke skal gis smertelindring forut for inngrepet er religiøst betinget.

Departementet er usikker på om denne type inngrep, av hensyn til gutten, bør kunne utføres uten noen form for smertelindring innenfor det mosaiske trossamfunn. Under henvisning til ovenstående foreslår imidlertid departementet å lovfeste et krav om tilfredsstillende smertelindring i forbindelse med rituell omskjæring, jf. lovforslaget § 10 andre ledd. Slik smertelindring skal gis av enten lege eller sykepleier. Hva slags smertelindring som skal gis må vurderes konkret og vil kunne variere noe i hvert enkelt tilfelle. I lovforslaget er det derfor ikke lagt opp til noen detaljregulering av hva slags smertelindring som skal gis. Det bes særlig om høringsinstansenes syn på dette spørsmålet, herunder hvilke krav til smertelindring som eventuelt bør lovfestes.

Krav til hygiene – smittevern

Ved en rekke inngrep eller undersøkelses- og behandlingsformer som foretas innenfor helsetjenesten stilles det strenge krav med hensyn til hygiene og smittevern. Dette er nødvendig for at risiko for infeksjoner eller overføring av smittsomme sykdommer skal bli lavest mulig.

Tilsvarende krav bør også stilles når det gjelder rituell omskjæring som utøves utenfor helsetjenesten av person med særskilt tillatelse. Departementet foreslår å presisere dette i lovforslaget § 10 andre ledd.

6.6 Taushetsplikt

Dersom rituell omskjæring utføres innenfor helsetjenesten, og i de tilfeller der helsepersonell medvirker til inngrep som utføres utenfor helsetjenesten, vil helsepersonellovens regler om taushetsplikt gjelde.

I lovforslagets § 7 foreslår departementet å lovfeste en tilsvarende taushetsplikt for den som i henhold til lovforslagets § 6 får tillatelse til å utføre rituell omskjæring utenfor helsetjenesten og som ikke er helsepersonell.

Taushetsplikten er en plikt til å ikke gjøre opplysninger kjent for andre.

Taushetsplikten har viktige formål, den anses blant annet som grunnleggende for tillitsforholdet mellom den som skal utføre den rituelle omskjæringen og gutten og hans familie. Taushetsplikten skal bidra til at det blir gitt korrekte opplysninger om blant annet guttens helsetilstand før den rituelle omskjæringen skal utføres. Plikten til å beholde taushet kan også motvirke feil bruk eller misbruk av informasjon om gutten og hans helsetilstand.

I forslaget til bestemmelse fremgår det at taushetsplikten gjelder opplysninger knyttet til guttens legemsforhold eller andre personlige forhold. Med personlige forhold menes alle forhold som ikke er generelle og allmenngyldige, men som er knyttet opp til den enkelte gutt. Personlige forhold kan omfatte opplysninger som knytter seg til tilstander av både fysisk og psykisk art.

Av forslaget til bestemmelse fremgår det at taushetsplikten ikke bare er en plikt til å tie, men også en plikt til en viss aktivitet for å hindre uvedkommende å få tilgang til taushetsbelagt informasjon. Det innebærer blant annet krav til forsvarlig oppbevaring av skriftlig opplysninger om gutten, eksempelvis opplysninger nedtegnet i henhold til lovforslagets § 11 om dokumentasjonsplikt.

6.7 Informasjonsplikt

Informasjon er en nødvendig forutsetning for både å kunne utøve retten til medvirkning og for å kunne gi gyldig samtykke til inngrepet. Et operativt inngrep er alltid forent med en viss smerte og risiko. For at de som har foreldreansvaret skal kunne gi et informert samtykke til inngrepet, må de blant annet ha kunnskap om hvordan inngrepet skal utføres, de smerter inngrepet vil medføre, samt risikoen for komplikasjoner ved inngrepet.

Departementet foreslår å lovfeste slik informasjonsplikt i lovforslaget § 8 første ledd, første punktum. Det fremgår her at rituell omskjæring bare kan utføres dersom det er gitt tilstrekkelig informasjon om selve inngrepet og om mulige risikoer eller komplikasjoner.

De aller fleste rituelle omskjæringer i Norge utføres mens gutten er liten, og da oftest i tilslutning til eller kort tid etter fødselen. Det må imidlertid antas at det i

noen tilfeller vil skje omskjæring av også eldre gutter, for eksempel dersom det av medisinske grunner ikke er indisert å foreta omskjæringen før gutten har blitt eldre. Det kan også tenkes tilfeller hvor rituell omskjæring først blir aktuelt på et senere tidspunkt, for eksempel dersom foreldrene konverterer til islam eller jødedommen og deretter ønsker å omskjære guttebarn. Departementet forslår derfor å presisere at også gutten skal ha tilstrekkelig informasjon dersom han har nådd en alder og modenhet som er nødvendig for å forstå informasjonen, jf. lovforslaget § 8 første ledd, andre punktum.

For at informasjonen skal danne grunnlag for et gyldig informert samtykke, er det viktig at informasjonen er tilpasset foreldrenes individuelle forutsetninger og at den gis på en måte slik at de forstår innholdet av den. Dette foreslås presisert i lovforslaget § 8 andre ledd. I de tilfeller hvor pasienten er minoritetsspråklig må det vurderes bruk av tolk. Det er den som skal utføre inngrepet som har ansvaret for at tilstrekkelig informasjon blir gitt før selve inngrepet. Siden det her er snakk om et inngrep som ikke har medisinsk indikasjon, er det spesielt viktig at alle sider ved inngrepet blir belyst gjennom den informasjon som gis.

For å understreke viktigheten av at tilstrekkelig informasjon blir gitt, mener departementet at det også bør innføres et krav om å dokumentere at det har blitt gitt informasjon, jf. lovforslaget § 8 tredje ledd. Dette vil kunne medføre en bevisstgjøring for de som er pålagt å gi informasjonen. Også til bruk i eventuelle etterfølgende klagesaker eller erstatningssaker, vil det kunne være nødvendig å ta stilling til om det har blitt gitt nødvendig informasjon.

Lovforslagets bestemmelse om informasjon vil i hovedsak bare ha direkte betydning for rituell omskjæring som utføres av personer med særskilt tillatelse etter § 6. Dersom omskjæringen utføres innenfor helsetjenesten vil bestemmelser om medvirkning og informasjon allerede følge av pasientrettighetsloven kapittel 3 og bestemmelser om dokumentasjonsplikt vil følge av helsepersonellovens kapittel 6. Tilsvarende vil pasientrettighetsloven, med unntak av kap. 2, og helsepersonelloven komme til anvendelse når lege utfører rituell omskjæring utenfor helsetjenesten, eller når lege eller sykepleier gir smertelindring i forbindelse med rituell omskjæring utenfor helsetjenesten. Departementet viser i den forbindelse til lovforslaget § 3 tredje ledd hvor det presiseres at disse lovene skal komme til anvendelse så langt de passer.

6.8 Krav om samtykke – aldersgrense

Bestemmelser om samtykke til helsehjelp følger av pasientrettighetsloven kapittel 4. Den helserettslige ”myndighetsalder” er 16 år. Dette innebærer at personer over 16 år som hovedregel selv samtykker til helsehjelp. Departementet har vurdert

hvilken aldersgrense som bør gjelde for samtykke til rituell omskjæring, og om denne bør være en annen enn hva som gjelder for helsehjelp.

Den helserettslige myndighetsalder på 16 år kan fravikes i visse tilfeller, jf. pasientrettighetsloven § 4-3 første ledd bokstav b) som sier at annet kan følge av særlige lovbestemmelser eller av tiltakets art.

Det kan tenkes personlige helseanliggender som bør ligge under en normalt utviklet ungdoms rådighetssfære også før fylte 16 år. Motsatt kan det også tenkes eksempler på avgjørelser som ikke bør tas før myndighetsalderen på 18 år. Eksempel på dette er behandling som er irreversibel og behandling som er smertefull eller risikofyllt.

Det vil kunne hevdes at gutter som har fylt 16 år normalt har nådd en slik modenhet at de selv bør kunne bestemme om rituell omskjæring skal gjennomføres, uavhengig av hva foreldrene måtte mene. Dette kan tale for at det i loven legges til grunn den aldersgrense som ellers følger av helselovgivningen, altså 16 år. Sett hen til inngrepets art kan det på den annen side diskuteres om gutter mellom 16 og 18 år fritt bør kunne gjennomføre rituell omskjæring uavhengig av foreldrenes samtykke. Rituell omskjæring er som nevnt et inngrep som er forbundet med en viss risiko for skade og komplikasjoner, og i tillegg er det snakk om et kirurgisk inngrep som er permanent og som ikke kan reverseres. Dette kan tilsi at en 16-årsgrense er for lav.

Dersom man legger til grunn en 18-årsgrense, vil det på den annen side kunne hevdes at det er å strekke foreldremyndigheten langt dersom foreldrene skal bestemme om gutter mellom 16 og 18 år skal omskjæres eller ikke. Gutter mellom 16 og 18 år vil normalt ha nådd en slik modenhet at de selv bør kunne bestemme om rituell omskjæring skal gjennomføres eller ikke. Inngrepet er religiøst eller kulturelt betinget, og det kan ikke utelukkes at gutter i denne aldersgruppen selv har en annen oppfatning av dette spørsmålet enn foreldrene.

Som det fremgår av punkt 6.2 skal lovens formål være å sikre at rituell omskjæring utføres på en forsvarlig måte. Idet beskyttelse av barn står sentralt i lovforslagets formål, mener departementet det vil være naturlig å knytte aldersgrensen til barnekonvensjonens definisjon av barn. I konvensjonens artikkel 1 defineres barn som ethvert menneske under 18 år, om ikke barnet blir myndig tidligere etter den lovgivningen som gjelder for barnet. Departementet mener også det bør legges betydelig vekt på at rituell omskjæring er et irreversibelt kirurgisk inngrep som er forbundet med en viss risiko for skade og komplikasjoner. Det legges til grunn at rituell omskjæring er en type inngrep hvor det i samsvar med pasientrettighetsloven kan være naturlig å operere med en høyere ”myndighetsalder” enn den normale helserettslige myndighetsalder på 16 år.

Departementet foreslår etter dette at det i loven innføres en 18-årsgrense for å kunne samtykke til rituell omskjæring, jf. lovforslagets § 9 første ledd. Dette innebærer at den eller de med foreldreansvar for gutten må samtykke til rituell omskjæring.

Nyfødte eller veldig små barn kan av naturlige årsaker ikke gi uttrykk for egen vilje. Som nevnt utføres det imidlertid også rituell omskjæring av gutter som har nådd en alder og modenhet som gjør at de kan spørres om sin mening. I henhold til barnelovgivningen har den eller de med foreldreansvaret rett og plikt til å ta avgjørelser som berører barnets personlige anliggende. Bestemmelsesretten er likevel ikke uinnskrenket og barnet har rett til å bestemme i mange slags personlige spørsmål. Som eksempel viser departementet til lov om trossamfunn hvor det av § 3 fremgår at et barn som er fylt 15 år kan melde seg inn i et trossamfunn.

Departementet er av den oppfatning at det generelle prinsippet om at barns vilje skal hensyntas i takt med stigende alder og modenhet, også bør gjelde i forhold til rituell omskjæring. Departementet foreslår derfor å presisere at guttens innstilling til inngrepet skal klargjøres så langt det lar seg gjøre, jf. lovforslaget § 9 andre ledd.

For å ivareta de situasjoner hvor foreldrene ønsker rituell omskjæring, men hvor gutten ikke ønsker dette, viser departementet til lovforslaget § 9 andre ledd hvor det fremgår at rituell omskjæring ikke skal utføres mot guttens vilje. Dette betyr at omskjæring ikke kan utføres på gutter som ennå ikke har fylt 18 år og som ikke ønsker å la seg omskjære til tross for foreldrenes ønske. Gutter som har fylt 18 år er myndige, og vil selv kunne avgjøre om de skal omskjæres, og i så fall av hvem og hvordan inngrepet skal foretas.

18-årsgrensen etter lovforslaget § 9 vil gjelde uavhengig av om omskjæringen utføres av helsepersonell innenfor helsetjenesten, av helsepersonell utenfor helsetjenesten eller av person som har fått særskilt tillatelse i henhold til lovforslaget § 6.

6.9 Dokumentasjonsplikt

Dersom rituell omskjæring utføres innenfor helsetjenesten, vil bestemmelser om dokumentasjonsplikt følge av helsepersonellovens kapittel 6. Tilsvarende vil det gjelde dokumentasjonsplikt når lege utfører rituell omskjæring utenfor helsetjenesten, eller når lege eller sykepleier gir smertelindring i forbindelse med rituell omskjæring utenfor helsetjenesten. Departementet viser i den forbindelse til lovforslaget § 3 andre ledd hvor det presiseres at helsepersonelloven og pasientrettighetsloven skal komme til anvendelse så langt de passer.

I lovforslaget § 11 foreslår departementet å lovfeste en tilsvarende dokumentasjonsplikt for de tilfellene hvor rituell omskjæring utføres av person som i henhold til lovforslaget § 6 er gitt særskilt tillatelse til å utføre rituell omskjæring.

Krav om dokumentasjon kan bidra til at den rituelle omskjæringen skjer på en tilfredsstillende måte. Når det gjelder spørsmålet om hvilken informasjon som skal nedtegnes, må det ses hen til begrunnelsen for dokumentasjonsplikten. Formålet med dokumentasjonsplikten er at den informasjon om gutten og inngrepet som anses å ha betydning for senere behandling og oppfølging av gutten, og eventuelt etterprøving av inngrepet, skal dokumenteres. Den som utfører inngrepet må foreta en konkret vurdering av hvilke opplysninger som bør dokumenteres. Eksempler på slik informasjon er nedtegnelser av på hvilken måte inngrepet ble foretatt, resultatene av inngrepet, om det oppstod komplikasjoner, hvilke tiltak som i så fall ble iverksatt, avtale om oppfølging/etterkontroll mv.

Dokumentasjon vil også ha en funksjon dersom man i ettertid vil ha behov for å vurdere om inngrepet ble utført på en forsvarlig måte, for eksempel i forbindelse med tilsyn som foreslås regulert i lovforslaget § 12. I forbindelse med påstand om feilbehandling vil dokumentasjonen kunne bidra til å ta stilling til om omskjæreren burde ha handlet annerledes. Dokumentasjonsplikten kan også få betydning i erstatningssaker. Formålet med dokumentasjonsplikten blir således både å ivareta hensynet til at den rituelle omskjæringen skjer på en tilfredsstillende måte, og å kunne vurdere i ettertid hvordan omskjæringen ble utført.

Departementet foreslår derfor at den som utfører rituell omskjæring av gutter skal nedtegne eller registrere relevante og nødvendige opplysninger om den rituelle omskjæringen, jf. lovforslaget § 11. I tillegg foreslås det dokumentasjonsplikt i forhold til opplysninger som er nødvendige for at tilsyn med virksomheten kan utføres.

6.10 Tilsyn med personer som har tillatelse til å utføre rituell omskjæring

Det følger av lov om statlig tilsyn med helsetjenesten at tilsynsmyndighetene (Statens helsetilsyn og Helsetilsynet i fylkene) har veilednings- og tilsynsansvar overfor helsetjenesten og helsepersonell. Når rituell omskjæring av gutter foretas innenfor helsetjenesten vil tilsynsmyndighetene også føre tilsyn med denne virksomheten. Tilsynsmyndigheten vil også kunne føre tilsyn med helsepersonell som utenfor helsetjenesten utfører eller bistår ved omskjæring.

Departementet ønsker å sikre at rituelle omskjæringer som utføres utenfor helsetjenesten også skjer på en forsvarlig måte, bl.a. ved at det stilles formelle krav for at en som ikke er lege skal kunne utføre rituelle omskjæringer, jf.

lovforslaget § 6. I forlengelsen av dette mener departementet at det også bør føres et offentlig tilsyn med de som har fått en slik særskilt tillatelse.

Departementet foreslår derfor at det i lovforslaget § 12 presiseres at Statens helsetilsyn og Helsetilsynet i fylket skal føre tilsyn med den som etter lovforslaget § 6 har fått tillatelse til å utføre rituell omskjæring.

Tilsyn med slik virksomhet vil medføre at tilsynsmyndigheten skal undersøke om inngrepet blir foretatt i samsvar med de krav som følger av loven, for eksempel at omskjæringen utføres på en medisinsk forsvarlig måte, med tilfredsstillende smertelindring og under betryggende hygieniske forhold. Den nedtegnede dokumentasjonen som skal gjøres i forbindelse med hvert inngrep, vil være utgangspunktet for tilsynet. Den som har fått en særskilt tillatelse til å utføre rituell omskjæring må legge forholdene til rette for at slikt tilsyn kan utføres.

Tilsyn i henhold til bestemmelsen kan skje etter tilsynsmyndighetens eget initiativ eller på bakgrunn av konkrete saker som tilsynsmyndighetene blir kjent med, for eksempel gjennom klage etter utført omskjæring. Det kan også være at helsepersonell eller helsetjenesten blir kjent med forhold som gir grunn til å varsle tilsynsmyndighetene.

6.11 Tilbakekall av tillatelse til å utføre rituell omskjæring

Når det åpnes for at andre enn leger, på visse vilkår, skal kunne utføre rituell omskjæring er det viktig at vedkommende er skikket til slik virksomhet. For å beskytte guttene mot uforsvarlig virksomhet bør det være mulig å tilbakekalle en tidligere gitt tillatelse.

Tillatelse til å utføre rituelle omskjæringer bør derfor kunne tilbakekalles dersom det viser seg at vedkommende som har fått tillatelsen ikke er skikket til å utføre inngrepet. Likedan bør tillatelsen kunne tilbakekalles dersom de vilkår som følger av lovforslagets § 6 ikke lenger er oppfylt eller dersom lovens øvrige plikter ikke overholdes.

Departementet foreslår derfor at det i lovforslaget § 13 første ledd første punktum inntas en egen bestemmelse om tilbakekall av en tidligere gitt tillatelse dersom omskjæring har vært utført på en uforsvarlig måte eller dersom vedkommende anses for uskikket til å utføre rituell omskjæring.

Når det gjelder vilkåret ”uforsvarlig” vil dette i hovedsak bli å vurdere i forhold til hvordan omskjæringen er utført. Dersom gutten påføres skade i forbindelse med inngrepet eller dersom inngrepet utføres på en slik måte eller under slike forhold at gutten utsettes for risiko for skade, vil vilkåret etter en konkret vurdering kunne være oppfylt.

Når det gjelder vilkåret ”uskikket til å utføre” omskjæring, vil dette kunne være oppfylt dersom vedkommende ikke holder seg informert om hvilke retningslinjer som gjelder for inngrepet. Det kan også være at sykdom, tegn på rusmisbruk eller lignende omstendigheter, gjør at personen ikke bør ha en tillatelse til å utføre rituelle omskjæringer. Også det at et trossamfunn tilbakekaller sitt ønske om at personen skal gis tillatelse, vil kunne gi grunnlag for tilbakekall. Ved sin vurdering av om en tillatelse skal tilbakekalles må tilsynsmyndighetene også kunne vektlegge om vedkommende er straffet for overtredelse av loven, jf. lovforslaget § 14.

For å kunne utføre rituelle omskjæringer på tilfredsstillende måte er det av avgjørende betydning at kunnskapen om inngrepet holdes ved like. Dette taler for at en tillatelse til å utføre rituelle omskjæringer bør kunne trekkes tilbake dersom den ikke lenger benyttes, jf. lovforslaget § 13 første ledd andre punktum.

I lovforslaget § 13 andre ledd foreslår departementet presisert at vedtak om tilbakekall av tillatelse til å utføre rituell omskjæring kan påklages til Statens helsepersonellnemnd, jf. helsepersonelloven kapittel 12.

6.12 Krav om offentlig tilbud

Som redegjort for i kapittel 5 er departementet av den oppfatning at den offentlige helsetjenesten bør ha et tilbud om rituell omskjæring, jf. særlig høringsnotatets punkt 5.2.5. Departementet viser i den forbindelse også til lovens formålsbestemmelse hvor det fremgår at loven skal bidra til at et tilbud om rituell omskjæring er tilgjengelig.

Departementet foreslår derfor at det i lovforslaget § 4 presiseres at de regionale helseforetakene skal sørge for å organisere spesialisthelsetjenesten slik at det innen helseregionen foreligger et tilbud om rituell omskjæring.

Bestemmelsen innebærer ikke at det regionale helseforetaket må organisere tjenesten på en slik måte at inngrepet bare kan utføres ved egne helseforetak. Det regionale helseforetaket kan isteden velge å inngå særskilt avtale med private sykehus/klinikker om at disse skal utføre inngrepet på vegne av det regionale helseforetaket.

Når det gjelder organiseringen av tilbudet eller den praktiske gjennomføringen av inngrepet, overlates dette i stor grad til helsetjenesten selv å avklare. Departementet vil imidlertid understreke at særreguleringen av rituell omskjæring i § 4 ikke skal medføre at et tilbud om rituell omskjæring skjer på bekostning av andre pasienters lovfestede rett til helsehjelp eller at spesialisthelsetjenestens evne til å oppfylle andre lovpålagte krav/plikter påvirkes.

Når helsetjenesten mottar en anmodning om rituell omskjæring vil det måtte bero på en skjønnsmessig vurdering hvordan og når slik omskjæring skal finne sted. Departementet antar at det mest praktiske og minst ressurskrevende normalt vil være at inngrepet utføres i forbindelse med fødsel. I den forbindelse må det blant annet kunne legges vekt på sykehusets/avdelingens totale ressursituasjon på det aktuelle tidspunkt, om inngrepet rent faktisk lar seg gjennomføre mens barnet er innlagt i forbindelse med fødsel, om barnets helsetilstand tilsier at rituell omskjæring kan gjennomføres og om gjennomføringen av slikt inngrep får konsekvenser for oppfyllelse av andre pasienters krav på helsehjelp. Departementet antar at et slikt inngrep ikke vil være særlig ressurskrevende når det utføres i forbindelse med fødsel, se nærmere om dette i kapittel 7 om økonomiske og administrative konsekvenser.

6.13 Helsepersonells reservasjonsrett

Helsepersonelloven inneholder ikke bestemmelser om reservasjonsrett for helsepersonell med hensyn til å utføre nærmere bestemte former for helsehjelp. Ønske om å reservere seg kan tenkes å oppstå dersom det er snakk om å utføre eller bistå ved utførelse av helsehjelp som helsepersonellet av etisk eller religiøs overbevisning finner vanskelig. Særlig av nevnte grunner er det i lov 13. juni 1975 nr. 50 om svangerskapsavbrudd åpnet for slik reservasjonsrett for ”helsepersonell som av samvittighetsgrunner ikke ønsker å utføre eller assistere ved slikt inngrep”, jf. lovens § 14 og også §§ 15 – 17 i forskrift 15. juni 2001 nr. 635 om svangerskapsavbrudd. Utover dette er det ikke inntatt bestemmelser om reservasjonsrett i helselovgivningen.

Departementet er kjent med at flere helsepersonell finner det etisk problematisk å utføre eller bistå ved utførelse av rituell omskjæring. Det begrunnes særlig med at inngrepet mangler medisinsk indikasjon, og at rituell omskjæring innebærer et irreversibelt inngrep på (som oftest) små barn som ikke selv kan samtykke til inngrepet.

Departementet har forståelse for at enkelte helsepersonell vil kunne finne det faglig og etisk problematisk å utføre eller bistå ved rituell omskjæring. Det vises imidlertid til at det som nevnt ikke er tradisjon i Norge for å fastsette regler om reservasjonsrett for helsepersonell med hensyn til ulike typer helsehjelp. Det forhold at rituell omskjæring ikke er å anse for ”helsehjelp” i helselovgivningens forstand, kan slik departementet ser det ikke i seg selv gjøre det nødvendig å innføre en reservasjonsrett på dette området. Departementet antar imidlertid at man ved de fleste sykehus vil kunne finne praktiske løsninger på dette slik at man i størst mulig grad klarer å skjerme helsepersonell som ut fra en faglig eller etisk overbevisning ikke ønsker å utføre eller bistå ved rituell omskjæring.

Når det gjelder et eventuelt ønske om reservasjonsrett ut fra ressursbetraktninger, bemerkes det at rituell omskjæring må sies å representere en svært liten andel av de samlede helsebudsjetter. Samtidig vil slik virksomhet nødvendigvis medføre noe mer ressursbruk, ikke minst i forhold til intern planlegging med tanke på å få gjennomført inngrep av kompetent personell, for eksempel mens barnet fortsatt befinner seg på sykehuset etter fødselen. Departementet ser også at enkelte sykehus årlig har et større antall fødsler hvor rituell omskjæring kan være aktuelt, sammenlignet med andre sykehus. Den totale belastning på sykehusene blir dermed ikke jevnt fordelt på alle landets sykehus.

Etter en helhetsvurdering har imidlertid departementet kommet til at det i lovforslaget ikke bør inntas en særskilt reservasjonsrett for helsepersonell når det gjelder rituell omskjæring. Departementet mener at eventuelle ønsker blant helsepersonell om å reservere seg mot å delta ved rituell omskjæring bør kunne løses i praksis uten at det vil være nødvendig å fastsette en særskilt reservasjonsrett i lov. Departementet foreslår imidlertid å presisere at i den grad det ikke er til hinder for et forsvarlig tilbud, skal det tas hensyn til helsepersonell som av samvittighetsgrunner ikke ønsker å utføre eller assistere ved slikt inngrep, jf. lovforslaget § 4 andre punktum.

6.14 Straffansvar ved overtredelse av loven

Som nevnt innledningsvis er lovens formål å bidra til at rituell omskjæring utføres på en forsvarlig måte. Omskjæring er et inngrep som potensielt kan påføre gutten skade eller risiko for skade og det er derfor viktig at rituell omskjæring skjer i samsvar med de krav som følger av loven.

Departementet foreslår derfor inntatt en egen straffebestemmelse i lovforslaget § 14 slik at den som foresettelig eller grovt uaktsomt overtrer eller medvirker til overtredelse av bestemmelser i loven eller medhold av den, kan straffes med bøter eller fengsel i inntil 3 måneder.

Straffebestemmelsen tilsvarende den straffebestemmelse som allerede følger av helsepersonelloven. I praksis vil straffebestemmelsen derfor særlig være relevant for personer som er gitt særskilt tillatelse til å utføre rituell omskjæring etter loven § 6.

Forslaget til straffebestemmelse vil også komme til anvendelse overfor personer som utfører rituell omskjæring, men som verken er lege eller har særskilt tillatelse etter § 6.

7 Departementets forslag til lovregulering – Modell B: Rituell omskjæring utført av leger

7.1 Innledning

Departementet drøfter i dette kapittelet sentrale problemstillinger knyttet til forslag til lovregulering av rituell omskjæring av gutter, Modell B. Som nevnt i punkt 5.2.5 innebærer denne modellen en lovfesting av at de regionale helseforetakene skal organisere spesialisthelsetjenesten på en slik måte at de som ønsker det kan få utført rituell omskjæring på en forsvarlig måte, og da i hovedsak i forbindelse med fødsel. Etter denne modellen åpnes det ikke for at andre enn leger skal kunne utføre rituelle omskjæringer.

I kapittel 8 er det redegjort for økonomiske og administrative konsekvenser av forslagene.

7.2 Lovreguleringens formål

Som redegjort for i høringsnotatets kapittel 2 har rituell omskjæring av gutter vært praktisert i deler av verden i flere tusen år. Slik omskjæring har vært religiøst eller kulturelt begrunnet, og fortsatt omskjæres nær sagt alle guttebarn innenfor enkelte trosretninger i Norge.

Etter departementets vurdering er det viktig å sikre at inngrepet utføres på en forsvarlig og betryggende måte, herunder at barnet på en tilfredsstillende måte sikres mot smerte eller skade. Det må videre tas nødvendige forholdsregler for å unngå infeksjon eller smitte som følge av omskjæringen, blant annet i form av krav til hygiene og smittevern.

I forlengelsen av ovennevnte vil departementet også påpeke viktigheten av tilgjengelighet. Dersom et betryggende tilbud ikke er tilgjengelig, kan det ikke utelukkes at rituell omskjæring utføres av ikke-kompetent personell her i Norge eller i utlandet. Rituell omskjæring som utføres av ikke-kompetent personell vil medføre risiko for at barn påføres smerte eller skade. Slik departementet ser det bør derfor et forsvarlig tilbud om rituell omskjæring være likt tilgjengelig i hele landet.

En annen side knyttet til tilgjengelighetsdebatten er kostnadene forbundet med inngrepet. Full egenbetaling vil kunne innebære en tung økonomisk belastning for foreldrene. Som nevnt koster det mellom kr. 3.500 og kr. 9.500 å få gjennomført rituell omskjæring på private sykehus/klinikker. Et tilbud som utelukkende baserer seg på full egenbetaling hos private aktører vil kunne medføre at enkelte ser seg nødt til å få omskjæringen gjennomført av ikke-kompetent personell.

Departementet foreslår at ovennevnte hensyn synliggjøres i lovens formålsbestemmelse. I lovforslaget § 1 foreslås det derfor å presisere at lovens formål er å sikre at rituell omskjæring av gutter skal utføres på en forsvarlig måte.

I lovforslagets § 1 foreslår departementet videre å tydeliggjøre at lovens formål også er å bidra til at et tilbud om rituell omskjæring blir tilgjengelig. Som nevnt foreslås det å lovfeste at de regionale helseforetakene skal organisere spesialisthelsetjenesten på en slik måte at de som ønsker det kan få utført rituell omskjæring av gutter, jf. lovforslaget § 4.

7.3 Definisjon av rituell omskjæring

Departementet foreslår kun å lovregulere omskjæring av gutter som gjøres av religiøse eller kulturelle grunner, jf. lovforslaget § 2. Omskjæring som utføres etter medisinsk indikasjon faller utenfor loven. I disse tilfellene vil helsepersonelloven komme direkte til anvendelse og være førende for når inngrepet kan gjennomføres og hvilke omskjæringsteknikker/-metoder som i så fall kan benyttes, jf. særlig forsvarlighetskravet etter helsepersonelloven § 4.

For nærmere redegjørelse omkring definisjonen av rituell omskjæring vises det til høringsnotatets punkt 6.2.

7.4 Lovforslagets virkeområde – forholdet til andre lover

7.4.1 Hvem loven skal gjelde for

Som nevnt i punkt 7.1 foreslår departementet i denne modellen å lovfeste at de regionale helseforetakene skal organisere spesialisthelsetjenesten på en slik måte at de som ønsker det kan få utført rituell omskjæring av gutter. Videre foreslås at rituell omskjæring bare skal utføres av lege. Det foreslås derfor at loven skal gjelde for den som tilbyr eller utfører rituell omskjæring i riket. Det foreslås videre at det kan gis forskrift om lovens anvendelse på Svalbard og Jan Mayen, jf. bestemmelsens fjerde ledd.

7.4.2 Forholdet til andre lover

Som påpekt i høringsnotatets punkt 3.4 – 3.6 kan rituell omskjæring vanskelig kan sies å være omfattet av helselovgivningens definisjon av ”helsehjelp”, noe som igjen har betydning for i hvilken utstrekning helsepersonellovens og pasientrettighetslovens ulike bestemmelser skal komme til anvendelse.

Rituelle omskjæringer som utføres av helsepersonell innenfor den private og offentlige helsetjenesten, vil som hovedregel være underlagt helselovgivningen.

Omskjæringene forutsettes derfor å bli utført etter hva som er ansett for å være forsvarlig praksis. Dette innebærer blant annet at helsepersonellovens bestemmelser om forsvarlighet, samtykke, informasjon, taushetsplikt og dokumentasjon, vil komme til anvendelse. Pasientrettighetsloven vil også gjelde med unntak av kapittel 2.

Fordi det kan være noe tvil knyttet til helselovgivningens anvendelse ved denne type inngrep foreslår departementet å presisere i lovforslaget § 3 andre ledd at helsepersonelloven og pasientrettighetsloven skal komme til anvendelse ved utførelse av rituell omskjæring. Uttrykket ”så langt de passer” henspiller særlig på at helselovgivningen benytter begrepet ”helsehjelp” som en avgrensning i forhold til hva helsetjenesten skal eller kan tilby. Som det fremgår i punkt 3.4. og 3.5 utføres ikke rituell omskjæring ut fra en medisinsk begrunnelse, men på grunn av religiøs overbevisning eller kulturell tradisjon. Rituell omskjæring faller således ikke inn under begrepet ”helsehjelp”.

Det foreslås videre å presisere forholdet til pasientskadeloven i lovforslaget § 3 tredje ledd. Departementet legger til grunn at rituell omskjæring som gjennomføres innenfor helsetjenesten av helsepersonell, er omfattet av pasientskadeloven, jf. punkt 3.8. Ettersom deler av helselovgivningen gjelder for slik omskjæring, herunder kravet til forsvarlighet, bør denne type inngrep i en erstatningsrettslig sammenheng være likestilt med andre inngrep som foretas innenfor helsetjenesten. Dette gjelder selv om sistnevnte inngrep som hovedregel vil ha medisinsk indikasjon i motsetning til rituell omskjæring.

7.5 Krav om offentlig tilbud

Som redegjort for i kapittel 5 er departementet av den oppfatning at den offentlige helsetjenesten bør ha et tilbud om rituell omskjæring, jf. særlig høringsnotatets punkt 5.2.5. Departementet viser i den forbindelse også til lovens formålsbestemmelse hvor det fremgår at loven skal bidra til at et tilbud om rituell omskjæring er tilgjengelig.

Departementet foreslår derfor at det i lovforslaget § 4 presiseres at de regionale helseforetakene skal sørge for å organisere spesialisthelsetjenesten slik at det innen helseregionen foreligger et tilbud om rituell omskjæring.

Bestemmelsen innebærer ikke at det regionale helseforetaket må organisere tjenesten på en slik måte at inngrepet bare kan utføres ved egne helseforetak, jf. imidlertid kravet etter § 5 om at rituell omskjæring bare kan utføres av lege. Det regionale helseforetaket kan isteden velge å inngå særskilt avtale med private sykehus/klinikker om at disse skal utføre inngrepet på vegne av det regionale helseforetaket. Lovforslaget vil heller ikke være til hinder for at det regionale

helseforetaket inngår særskilt avtale med en kommune om at denne skal utføre inngrepet på vegne av det regionale helseforetaket.

Når det gjelder organiseringen av tilbudet eller den praktiske gjennomføringen av inngrepet, overlates dette i stor grad til helsetjenesten selv å avklare.

Departementet vil imidlertid understreke at særreguleringen av rituell omskjæring i § 4 ikke skal medføre at et tilbud om rituell omskjæring skjer på bekostning av andre pasienters lovfestede rett til helsehjelp eller at spesialisthelsetjenestens evne til å oppfylle andre lovpålagte krav/plikter påvirkes.

Når helsetjenesten mottar en anmodning om rituell omskjæring vil det måtte bero på en skjønnsmessig vurdering hvordan og når slik omskjæring skal finne sted.

Departementet antar at det mest praktiske og minst ressurskrevende normalt vil være at inngrepet utføres i forbindelse med fødsel. I den forbindelse må det blant annet kunne legges vekt på sykehusets/avdelingens totale ressursituasjon på det aktuelle tidspunkt, om inngrepet rent faktisk lar seg gjennomføre mens barnet er innlagt i forbindelse med fødsel, om barnets helsetilstand tilsier at rituell omskjæring kan gjennomføres og om gjennomføringen av slikt inngrep får konsekvenser for oppfyllelse av andre pasienters krav på helsehjelp.

Departementet antar at et slikt inngrep ikke vil være særlig ressurskrevende når det utføres i forbindelse med fødsel, se nærmere om dette i kapittel 8 om økonomiske og administrative konsekvenser.

7.6 Vilkår for å utføre rituell omskjæring – krav til utførelsen av inngrepet

7.6.1 Hvem kan utføre inngrepet?

Som nevnt foretas rituell omskjæring i dag ved offentlige og private sykehus/klinikker. I praksis utføres all omskjæring innenfor helsetjenesten av en lege (kirurg). Dagens helselovgivning stiller ikke noe eksplisitt krav om dette, men det vil indirekte følge av forsvarlighetskravet etter helsepersonelloven § 4.

Departementets lovforslag om at rituell omskjæring skal utføres av lege, jf. lovforslaget § 5, innebærer slik sett ingen endring når det gjelder helsetjenestens adgang til å utføre rituell omskjæring.

Presiseringen i lovforslaget av at rituell omskjæring skal utføres av lege, vil innebære et forbud mot at andre helsepersonellgrupper eller ikke-helsepersonell utfører rituell omskjæring.

7.6.2 Krav til gjennomføring av inngrepet – forsvarlighet, smertelindring og hygiene

Krav om forsvarlighet

Formålet med å foreslå en lovregulering av rituell omskjæring av gutter er som nevnt å sikre at gutter som blir omskåret ikke lider overlast. I all hovedsak er det snakk om et inngrep som blir utført på små gutter som ikke selv kan samtykke til inngrepet, og det er derfor viktig at gjennomføringen av selve inngrepet og prosessen rundt er betryggende.

Når det gjelder de inngrep som utføres innenfor helsetjenesten, enten den offentlige eller den private, så vil deler av helsepersonellovens regler komme til anvendelse, jf. særlig helsepersonelloven § 4 som fastslår plikten til forsvarlighet i helsepersonells yrkesutøvelse.

Helsepersonells forsvarlighetsplikt vil gjelde både i forhold til gjennomføringen av selve inngrepet, men også i forhold til tiltak for å sikre smertelindring eller hindre smitteoverføring eller infeksjoner. Innholdet i forsvarlighetskravet utledes i all hovedsak av helsepersonells utdanning, praksis og forventet kompetanse. Ulik kompetanse blant de forskjellige helsepersonellgruppene vil medføre at visse behandlingsformer eller inngrep er forbeholdt enkelte personellgrupper. Som nevnt utføres i praksis all omskjæring innenfor helsetjenesten av lege.

Inngrepet må utføres på en helsefaglig forsvarlig måte tilpasset guttens alder. Som redegjort for i punkt 2.3 benyttes flere ulike omskjæringsteknikker. Hvilken av disse metodene som er å anse som medisinsk forsvarlig vil bero på en konkret vurdering hvor det blant annet må sees hen til den enkeltes kompetanse.

Som følge av at plikt til forsvarlighet allerede følger av helsepersonelloven § 4, vil det etter departementets oppfatning ikke være nødvendig å innta en presisering i lovforslaget om at inngrepet skal utføres på en helsefaglig forsvarlig måte.

Krav til smertelindring

Departementet viser til at det i medisinske fagmiljøer er en oppfatning om at små barn kjenner smerte på lik linje med voksne. Av den grunn foretas det innenfor helsetjenesten ikke smertefulle inngrep eller undersøkelser av barn uten at smertelindring gis. Omskjæring er et inngrep forbundet med en viss smerte, både ved selve inngrepet og i ettertid mens såret gror. Innenfor helsetjenesten vil det ved inngrep på de yngste guttene benyttes smertelindring i form av smertestillende salve i kombinasjon med lokalbedøvelse. På de eldre guttene, brukes mer omfattende bedøvelse, blant annet narkose. Hvilken smertelindring som er påkrevd i hvert enkelt tilfelle vil dermed variere.

Som nevnt ovenfor vil helsepersonells forsvarlighetsplikt etter helsepersonelloven § 4 også gjelde i forhold til tiltak for å sikre nødvendig smertelindring i forbindelse med ulike medisinske inngrep. Etter departementets oppfatning vil det derfor ikke være nødvendig å innta en presisering i lovforslaget om at inngrepet skal utføres med tilfredsstillende smertelindring.

Krav til hygiene – smittevern

Ved en rekke inngrep eller undersøkelses- og behandlingsformer som foretas innenfor helsetjenesten stilles det strenge krav med hensyn til hygiene og smittevern. Dette er nødvendig for at risiko for infeksjoner eller overføring av smittsomme sykdommer skal bli lavest mulig.

Som nevnt ovenfor vil helsepersonells forsvarlighetsplikt etter helsepersonelloven § 4 også gjelde i forhold til tiltak for å sikre hindre smitteoverføring eller infeksjoner. I tillegg inneholder smittevernloven en rekke relevante bestemmelser i så måte. Etter departementets oppfatning vil det derfor ikke være nødvendig å innta en presisering i lovforslaget om at det må iverksettes tiltak for å hindre smitteoverføring eller infeksjoner.

7.7 Taushetsplikt

Dersom rituell omskjæring utføres av helsepersonell innenfor helsetjenesten, vil helsepersonellovens regler om taushetsplikt gjelde. Etter departementets oppfatning er det derfor ikke behov for særlige regler om taushetsplikt i lovforslaget etter modell B.

7.8 Informasjonsplikt

Informasjon er en nødvendig forutsetning for både å kunne utøve retten til medvirkning og for å kunne gi gyldig samtykke til inngrepet. Et operativt inngrep er alltid forent med en viss smerte og risiko. For at de som har foreldreansvaret skal kunne gi et informert samtykke til inngrepet, må de blant annet ha kunnskap om hvordan inngrepet skal utføres, de smerter inngrepet vil medføre, samt risikoen for komplikasjoner ved inngrepet.

Dersom omskjæringen utføres av helsepersonell innenfor helsetjenesten vil bestemmelser om informasjon allerede følge av pasientrettighetsloven kapittel 3 og bestemmelser om dokumentasjonsplikt vil følge av helsepersonellovens kapittel 6. For å tydeliggjøre dette foreslår departementet at det i lovforslagets § 6 første ledd første punktum, inntas en henvisning til informasjonsbestemmelsen i helsepersonelloven § 10.

De aller fleste rituelle omskjæringer i Norge utføres mens gutten er liten, og da oftest i tilslutning til eller kort tid etter fødselen. Det må imidlertid antas at det i noen tilfeller vil skje omskjæring av også eldre gutter, for eksempel dersom det av medisinske grunner ikke er indisert å foreta omskjæringen før gutten har blitt eldre. Det kan også tenkes tilfeller hvor rituell omskjæring først blir aktuelt på et senere tidspunkt, for eksempel dersom foreldrene konverterer til islam eller jødedommen og deretter ønsker å omskjære guttebarn. Departementet foreslår derfor å presisere at også gutten skal ha tilstrekkelig informasjon dersom han har nådd en alder og modenhet som er nødvendig for å forstå informasjonen, jf. lovforslaget § 6 første ledd, andre punktum.

For å understreke viktigheten av at tilstrekkelig informasjon blir gitt, mener departementet at det også bør innføres et krav om å dokumentere at det har blitt gitt informasjon, jf. lovforslaget § 6 andre ledd. Dette vil kunne medføre en bevisstgjøring for de som er pålagt å gi informasjonen. Også til bruk i eventuelle etterfølgende klagesaker eller erstatningssaker, vil det kunne være nødvendig å ta stilling til om det har blitt gitt nødvendig informasjon.

7.9 Krav om samtykke – aldersgrense

Når det gjelder nærmere redegjørelse omkring eventuell lovfesting av krav til samtykke og aldersgrenser, viser departementet til høringsnotatets punkt 6.8.

Departementet foreslår etter dette at det i loven innføres en 18-årsgrense for å kunne samtykke til rituell omskjæring, jf. lovforslagets § 7 første ledd. Dette innebærer at den eller de med foreldreansvar for gutten må samtykke til rituell omskjæring.

Nyfødte eller veldig små barn kan av naturlige årsaker ikke gi uttrykk for egen vilje. Som nevnt utføres det imidlertid også rituell omskjæring av gutter som har nådd en alder og modenhet som gjør at de kan spørres om sin mening. I henhold til barnelovgivningen har den eller de med foreldreansvaret rett og plikt til å ta avgjørelser som berører barnets personlige anliggende. Bestemmelsesretten er likevel ikke uinnskrenket og barnet har rett til å bestemme i mange slags personlige spørsmål. Som eksempel viser departementet til lov om trossamfunn hvor det av § 3 fremgår at et barn som er fylt 15 år kan melde seg inn i et trossamfunn.

Departementet er av den oppfatning at det generelle prinsippet om at barns vilje skal hensyntas i takt med stigende alder og modenhet, også bør gjelde i forhold til rituell omskjæring. Departementet foreslår derfor å presisere at guttens innstilling til inngrepet skal klargjøres så langt det lar seg gjøre, jf. lovforslaget § 7 andre ledd.

For å ivareta de situasjoner hvor foreldrene ønsker rituell omskjæring, men hvor gutten ikke ønsker dette, viser departementet til lovforslaget § 7 andre ledd hvor det fremgår at rituell omskjæring ikke skal utføres mot guttens vilje. Dette betyr at omskjæring ikke kan utføres på gutter som ennå ikke har fylt 18 år og som ikke ønsker å la seg omskjære til tross for foreldrenes ønske. Gutter som har fylt 18 år er myndige, og vil selv kunne avgjøre om de skal omskjæres, og i så fall av hvem og hvordan inngrepet skal foretas.

7.10 Dokumentasjonsplikt

Dersom rituell omskjæring utføres av helsepersonell innenfor helsetjenesten, vil bestemmelser om dokumentasjonsplikt følge av helsepersonellovens kapittel 8. Med unntak for at det i lovforslaget § 6 andre ledd foreslås inntatt en bestemmelse om krav til å journalføre opplysning om den informasjon som er gitt, jf. ovenfor i punkt 7.8, foreslås det derfor ingen ytterligere bestemmelser om dokumentasjonsplikt i lovforslaget. For ordens skyld viser departementet til at det i høringsnotatets punkt 6.9 er inntatt en kort redegjørelse for dokumentasjonspliktens innhold og begrunnelse generelt.

7.11 Tilsyn

Det følger av lov om statlig tilsyn med helsetjenesten at tilsynsmyndighetene (Statens helsetilsyn og Helsetilsynet i fylkene) har veilednings- og tilsynsansvar overfor helsetjenesten og helsepersonell. Når rituell omskjæring av gutter utføres av helsepersonell innenfor helsetjenesten vil tilsynsmyndighetene også føre tilsyn med denne virksomheten. Tilsynsmyndigheten vil også kunne føre tilsyn med helsepersonell som utenfor helsetjenesten utfører eller bistår ved omskjæring. Etter departementets vurdering er det derfor ikke nødvendig å innta særskilte bestemmelser om tilsyn i lovforslaget etter modell B.

7.12 Helsepersonells reservasjonsrett

Helsepersonelloven inneholder ikke bestemmelser om reservasjonsrett for helsepersonell med hensyn til å utføre nærmere bestemte former for helsehjelp. Ønske om å reservere seg kan tenkes å oppstå dersom det er snakk om å utføre eller bistå ved utførelse av helsehjelp som helsepersonellet av etisk eller religiøs overbevisning finner vanskelig. Særlig av nevnte grunner er det i lov 13. juni 1975 nr. 50 om svangerskapsavbrudd åpnet for slik reservasjonsrett for "helsepersonell som av samvittighetsgrunner ikke ønsker å utføre eller assistere ved slikt inngrep", jf. lovens § 14 og også §§ 15 – 17 i forskrift 15. juni 2001 nr. 635 om svangerskapsavbrudd.

Utover dette er det ikke inntatt bestemmelser om reservasjonsrett i helselovgivningen.

Departementet er kjent med at flere helsepersonell finner det etisk problematisk å utføre eller bistå ved utførelse av rituell omskjæring. Det begrunnes særlig med at inngrepet mangler medisinsk indikasjon, og at rituell omskjæring innebærer et irreversibelt inngrep på (som oftest) små barn som ikke selv kan samtykke til inngrepet.

Departementet har forståelse for at enkelte helsepersonell vil kunne finne det faglig og etisk problematisk å utføre eller bistå ved rituell omskjæring. Det vises imidlertid til at det som nevnt ikke er tradisjon i Norge for å fastsette regler om reservasjonsrett for helsepersonell med hensyn til ulike typer helsehjelp. Det forhold at rituell omskjæring ikke er å anse for ”helsehjelp” i helselovgivningens forstand, kan slik departementet ser det ikke i seg selv gjøre det nødvendig å innføre en reservasjonsrett på dette området. Departementet antar imidlertid at man ved de fleste sykehus vil kunne finne praktiske løsninger på dette slik at man i størst mulig grad klarer å skjerme helsepersonell som ut fra en faglig eller etisk overbevisning ikke ønsker å utføre eller bistå ved rituell omskjæring.

Når det gjelder et eventuelt ønske om reservasjonsrett ut fra ressursbetraktninger, bemerkes det at rituell omskjæring må sies å representere en svært liten andel av de samlede helsebudsjetter. Samtidig vil slik virksomhet nødvendigvis medføre noe mer ressursbruk, ikke minst i forhold til intern planlegging med tanke på å få gjennomført inngrep av kompetent personell, for eksempel mens barnet fortsatt befinner seg på sykehuset etter fødselen. Departementet ser også at enkelte sykehus årlig har et større antall fødsler hvor rituell omskjæring kan være aktuelt, sammenlignet med andre sykehus. Den totale belastning på sykehusene blir dermed ikke jevnt fordelt på alle landets sykehus.

Etter en helhetsvurdering har imidlertid departementet kommet til at det i lovforslaget ikke bør inntas en særskilt reservasjonsrett for helsepersonell når det gjelder rituell omskjæring. Departementet mener at eventuelle ønsker blant helsepersonell om å reservere seg mot å delta ved rituell omskjæring bør kunne løses i praksis uten at det vil være nødvendig å fastsette en særskilt reservasjonsrett i lov. Departementet foreslår imidlertid å presisere at i den grad det ikke er til hinder for et forsvarlig tilbud, skal det tas hensyn til helsepersonell som av samvittighetsgrunner ikke ønsker å utføre eller assistere ved slikt inngrep, jf. lovforslaget § 4 andre punktum.

7.13 Straffansvar ved overtredelse av loven

Som nevnt innledningsvis er lovens formål å bidra til at rituell omskjæring utføres på en forsvarlig måte. Omskjæring er et inngrep som potensielt kan påføre gutten

skade eller risiko for skade og det er derfor viktig at rituell omskjæring skjer i samsvar med de krav som følger av loven.

Departementet foreslår derfor inntatt en egen straffebestemmelse i lovforslaget § 8 slik at den som forsettelig eller grovt uaktsomt overtrer eller medvirker til overtredelse av bestemmelser i loven eller medhold av den, kan straffes med bøter eller fengsel i inntil 3 måneder.

Straffebestemmelsen tilsvarer den straffebestemmelse som allerede følger av helsepersonelloven.

Forslaget til straffebestemmelse må sees i sammenheng med lovforslagets § 5 som fastslår at rituell omskjæring bare kan utføres av lege.

8 Økonomiske og administrative konsekvenser

8.1 Modell A: Rituell omskjæring utført av leger og andre med særskilt godkjenning

8.1.1 Økonomiske og administrative konsekvenser av rituell omskjæring innenfor helsetjenesten

Lovforslaget etter modell A medfører isolert sett merkostnader for de regionale helseforetakene ved at de pålegges å organisere spesialisthelsetjenesten slik at de som ønsker det innen helseregionen kan få utført rituell omskjæring. Det er vanskelig å anslå kostnadene knyttet til et slikt pålegg, bl.a. vil organisering av tilbudet være av betydning for de totale kostnadene. Det gis i dag ISF-refusjon ved omskjæring uavhengig av om inngrepet gjøres av rituelle eller medisinske grunner, jf. punkt 2.5. Gjennomsnittskostnadene ved denne type inngrep er anslått til 6400 kroner, og ISF-refusjoner som utgjør 40 pst av gjennomsnittskostnadene utgjør om lag 2600 kroner. Med et antatt volum på 2000 rituelle omskjæringer i året vil samlede kostnader anslås å utgjøre omlag 13 mill. kroner dersom rituell omskjæring utføres dagkirurgisk. Det legges imidlertid opp til at rituell omskjæring i hovedsak skal skje i forbindelse med fødsel. Det er grunn til å anta at kostnadene knyttet til inngrep ved fødsel er betydelig lavere enn når inngrepet skjer poliklinisk/dagkirurgisk. Det legges derfor til grunn at kostnadene kan dekkes innenfor dagens ISF-refusjon for fødsel og innenfor basisbevilgningen til de regionale helseforetakene.

I henhold til spesialisthelsetjenesteloven er det ikke anledning til å innføre egenbetaling for tjenester som utføres når pasienten er innlagt på sykehus.

Ettersom barn under 16 år i henhold til forskrift⁶ er fritatt fra egenbetaling for helsetjenester, vil det heller ikke kunne kreves egenbetaling hvis inngrepet skjer poliklinisk/dagkirurgisk. Departementet anser det for lite hensiktsmessig å foreslå lov- eller forskriftsendringer for å innføre en særskilt egenandel for rituell omskjæring. Særskilte egenbetalingsordninger har administrative kostnader. Dersom ordningen skal være provenynøytral vil egenandelene måtte være så vidt høye at det vil svekke målsetningen om at rituell omskjæring skal skje på en forsvarlig måte innenfor spesialisthelsetjenesten. Sett fra et faglig ståsted, er det sentralt at inngrepet skjer helsefaglig forsvarlig og minst mulig traumatiserende for barnet.

Departementet vil også vise til at et tilbud om rituell omskjæring vil legge beslag på noe av sykehusenes økonomiske og personellmessige ressurser. Som nevnt har mange sykehus avvirket det tilbudet de tidligere har hatt om rituell omskjæring, blant annet med henvisning til slike argumenter. På den annen side vil det tross alt være snakk om en begrenset ressursbruk i forhold til de samlede helsebudsjetter, som må vurderes med hensyn til den økonomiske byrde det vil representere for de aller fleste foreldre å skulle betale for inngrepet fullt ut selv. Det må også tas hensyn til hvilke merkostnader sykehusene vil måtte påregne dersom rituell omskjæring utføres utenfor helsetjenesten, og det i den forbindelse oppstår skade eller infeksjoner som følge av inngrep utført av ikke-kompetent personell og som spesialisthelsetjenesten senere må behandle.

8.1.2 Økonomiske og administrative konsekvenser av rituell omskjæring utenfor helsetjenesten

Etter lovforslaget i modell A er det lagt til grunn at rituell omskjæring utenfor helsetjenesten må bekostes av de enkelte foreldre. Det offentlige vil således ikke ha økonomiske utgifter forbundet med slik omskjæring.

Lovforslaget innebærer at andre enn leger, på visse vilkår, skal kunne utføre rituelle omskjæringer. En forutsetning er at vedkommende har fått særskilt tillatelse av Helsedirektoratet, jf. lovforslaget § 6 andre ledd. En konsekvens av dette forslaget blir at Helsedirektoratet etter søknad må vurdere hvorvidt vilkårene som loven oppstiller er oppfylt.

Det er vanskelig å anslå hvor mange særskilte tillatelser det vil være snakk om å utstede. I de jødiske forsamlingene har det lenge vært etablert et tilbud om rituell omskjæring. Den som utfører omskjæringen er en mohel, men siden det ikke

⁶ Forskrift 19. desember 2007 nr. 1761 om godtgjørelse av utgifter til helsehjelp som utføres poliklinisk ved statlige helseinstitusjoner og ved helseinstitusjoner som mottar driftstilskudd fra regionale helseforetak § 3 første ledd nr. 6.

finnes en egen mohel i Norge har det vært vanlig å benytte en fra utlandet. Det er naturlig å tro at det ikke vil være så mange som søker om slik særskilt tillatelse i og med at det for jødene del kun er snakk om 5 – 7 guttefødsler i året. Departementet antar derfor at det innenfor det jødiske miljøet kun vil være 1 eller 2 som søker om slik særskilt godkjenning.

Når det gjelder de muslimske miljøene fødes det anslagsvis 2000 gutter i året og departementet har lagt til grunn at de fleste av disse omskjæres. Det er vanskelig å si med sikkerhet hvor mange fra det muslimske miljøet som vil søke om særskilt tillatelse. Siden lovforslaget også medfører at det skal finnes et tilbud innenfor den offentlige spesialisthelsetjenesten, antar departementet at de som etterspør inngrepet fra de muslimske miljøer vil ha et mindre behov for å ha egne omskjærere. Dersom de største menighetene knyttet til de store byene søker om særskilt tillatelse antar imidlertid departementet at det vil kunne komme et sted mellom 5 og 10 søknader fra de muslimske miljøene.

Tallene er beheftet med stor usikkerhet, men på bakgrunn av tilbakemeldinger fra høringsinstansene bør det være mulig å gi en nærmere indikasjon i forhold til antall søknader. Etersom det vil medgå saksbehandlingsressurser av begrenset omfang i tilknytning til slike søknader, legger departementet til grunn at Helsedirektoratets arbeidsoppgaver knyttet til lovforslaget vil kunne ivaretas innenfor gjeldende budsjetttrammer

Departementet foreslår å lovfeste en informasjonsplikt i tilknytning til utførelse av rituell omskjæring. Det fremgår av lovforslaget at rituell omskjæring bare kan utføres dersom det er gitt tilstrekkelig informasjon om selve inngrepet og om mulige risikoer eller komplikasjoner. I den forbindelse bør det vurderes om det vil være hensiktsmessig å utarbeide informasjonsmateriell eller en veileder som kan benyttes. Slik informasjonsmateriell/veileder bør i så fall utarbeides av Helsedirektoratet. I tillegg må det påregnes noe bistand fra direktoratet i forbindelse med utarbeidelse av eventuelle forskrifter med hjemmel i loven. Departementet er av den oppfatning at dette arbeidet også bør kunne tas innenfor gjeldende budsjetttrammer.

Statens helsetilsyn og Helsetilsynet i fylket skal etter lovforslaget føre tilsyn med de som har fått særskilt tillatelse, jf. lovforslagets § 12. Departementet antar at det vil dreie seg om et begrenset antall som søker om særskilt tillatelse, og derigjennom et begrenset antall det skal føres tilsyn med. Det legges derfor til grunn at slikt tilsyn kan dekkes innenfor gjeldende budsjetttrammer

Statens helsepersonellnemnd skal være klageinstans for avslag på søknad om særskilt tillatelse, jf. lovforslagets § 6 tredje ledd, og klageinstans for vedtak om tilbakekall av tidligere gitt tillatelse til å utføre rituell omskjæring, jf. lovforslagets § 13 andre ledd. Departementet antar at det vil dreie seg om et begrenset antall

klagesaker årlig og at disse vil kunne behandles innenfor gjeldende budsjetttrammer.

8.2 Modell B: Rituell omskjæring utført av leger

I motsetning til lovreguleringen etter modell A, åpner lovreguleringen etter modell B ikke for at andre enn leger kan utføre rituell omskjæring. Når det gjelder økonomiske og administrative konsekvenser av modell B viser departementet derfor til punkt 8.1.1 hvor det er redegjort for økonomiske og administrative konsekvenser av rituell omskjæring innenfor helsetjenesten etter modell A.

Departementet legger til grunn at denne redegjørelsen i all hovedsak også kan sies å være dekkende for økonomiske og administrative konsekvenser av lovreguleringen etter modell B. Departementet vil imidlertid påpeke enkelte forhold som kan få en viss betydning for omfanget av de økonomiske og administrative konsekvensene av forslaget etter modell B.

Sammenlignet med modell A, kan det tenkes at modell B vil ha noe *økte* økonomiske og administrative konsekvenser fordi det etter denne modellen ikke åpnes for at rituell omskjæring kan utføres utenfor helsetjenesten av personer som ikke er lege. Etter modell B vil dermed alle rituelle omskjæringer i Norge måtte utføres av lege. Som nevnt tidligere i høringsnotatet antar departementet at muslimer uansett vil ønske å utføre rituell omskjæring innenfor helsetjenesten fordi det ikke er etablert egne ordninger for rituell omskjæring innenfor de muslimske trossamfunnene. I og med at de aller fleste rituelle omskjæringer som utføres i Norge gjelder muslimske guttebarn, må det derfor antas at fraværet av et ”privat” alternativ ikke vil medføre nevneverdig økt belastning på helsetjenesten sammenlignet med ordningen etter modell A.

Sammenlignet med modell A, må det på den annen side antas at modell B vil ha noe *mindre* økonomiske eller administrative konsekvenser som følge av at det ikke vil medgå ressurser til behandling av søknader om godkjenning av personell, tilsyn med godkjent personell og eventuell klagesaksbehandling, jf. redegjørelsen i punkt 8.1.2. Som påpekt i punkt 8.1.2 legger imidlertid departementet til grunn at det her uansett vil være snakk om økonomiske og administrative konsekvenser av begrenset omfang.

9 Merknader til de enkelte bestemmelsene i lovforslagene

9.1 Modell A: Rituell omskjæring utført av leger og andre med særskilt godkjenning

Til § 1. Formål

Bestemmelsen angir begrunnelsen for å lovregulere rituell omskjæring av gutter.

Det foreslås at lovens formål skal være todelt; den skal sikre at rituell omskjæring utføres på en forsvarlig måte og den skal bidra til at et tilbud om rituell omskjæring er tilgjengelig for de som ønsker det.

Lovens øvrige bestemmelser utdyper hva som menes med at inngrepet skal utføres på en forsvarlig måte, jf. for eksempel § 10 om forsvarlighetskravet.

Til § 2. Definisjon av rituell omskjæring

Bestemmelsen avgrensner hvilke inngrep som omfattes av loven.

Det foreslås at omskjæring som utføres på medisinsk indikasjon, for eksempel en fimosis (forhudsforetrenging), skal falle utenfor loven. I disse tilfellene vil helsepersonelloven og helselovgivningen for øvrig komme direkte til anvendelse. Lovforslaget omfatter de omskjæringene som er religiøst eller kulturelt begrunnet.

Med rituell omskjæring menes i lovforslaget et kirurgisk inngrep som har til formål helt eller delvis å fjerne forhud rundt penis, og som ikke har medisinsk indikasjon. Å fjerne forhud betraktes som et kirurgisk inngrep, uansett hvilke metode som benyttes. Definisjonsbestemmelsens bruk av det generelle begrepet ”kirurgisk inngrep” åpner for at også andre eller nye omskjæringsteknikker/-metoder som blir tatt i bruk vil være omfattet av loven. Avgjørende i forhold til loven vil i stor grad være om hensikten er en permanent fjerning av forhuden og om begrunnelsen for dette er religiøst eller kulturelt betinget.

Til § 3. Virkeområde – forholdet til andre lover

Bestemmelsen regulerer lovforslagets virkeområde, herunder hvem som har plikter etter loven. Forholdet til andre lover omhandles også.

I *første ledd* foreslås det at loven skal gjelde for den som tilbyr eller utfører rituell omskjæring i riket. Når det gjelder Svalbard og Jan Mayen foreslås det i bestemmelsens fjerde ledd at det kan gis forskrifter om lovens anvendelse på Svalbard og Jan Mayen.

I lovens § 3 *andre ledd* foreslås det presisert at helsepersonelloven og pasientrettighetsloven skal komme til anvendelse så langt de passer når lege

utfører rituell omskjæring eller når lege eller sykepleier gir smertelindring etter loven.

Som påpekt i høringsnotatets punkt 3.4 – 3.6 kan rituell omskjæring vanskelig kan sies å være omfattet av helselovgivningens definisjon av ”helsehjelp”, noe som igjen har betydning for i hvilken utstrekning helsepersonellovens og pasientrettighetslovens ulike bestemmelser skal komme til anvendelse.

Når det gjelder rituelle omskjæringer som blir foretatt *innenfor den private og offentlige helsetjenesten* av helsepersonell, legger imidlertid departementet til grunn at personellet som hovedregel vil være underlagt helselovgivningen. Omskjæringene vil der bli utført etter hva som er ansett for å være forsvarlig praksis. De vilkår som foreslås satt i loven vil dermed i all hovedsak være krav som allerede blir oppfylt ved rituelle omskjæringer som utføres innenfor helsetjenesten. Dette innebærer blant annet at helsepersonellovens bestemmelser om forsvarlighet (både knyttet til selve inngrepet og når det gjelder smertelindring og smitteverntiltak), taushetsplikt og dokumentasjon, vil komme til anvendelse. Pasientrettighetslovens bestemmelser om informasjon, samtykke, klageadgang og rett til innsyn i journal vil også komme til anvendelse.

Dersom rituell omskjæring utføres av *lege utenfor helsetjenesten*, for eksempel der hvor lege utfører rituell omskjæring i regi av et trossamfunn, kan det være større tvil om helsepersonellovens og pasientrettighetslovens ulike bestemmelser skal komme til anvendelse.

I § 3 andre ledd foreslås det derfor presisert at helsepersonelloven og pasientrettighetsloven skal komme til anvendelse så langt de passer når en lege utfører rituell omskjæring, eller når lege eller sykepleier gir smertelindring etter loven. Dette er i hovedsak for å tydeliggjøre at helsepersonell som utenfor helsetjenesten utfører eller bistår ved omskjæring som utføres av ikke-helsepersonell, også skal være omfattet av de særbestemmelser som lovforslaget oppstiller, jf. for eksempel forslaget § 8 og § 9 om henholdsvis informasjon og samtykke, § 10 om forsvarlighet og § 11 om dokumentasjonsplikt. Det presiseres særskilt at pasientrettighetsloven kapittel 2 ikke skal komme til anvendelse.

I *tredje ledd* blir forholdet til pasientskadeloven presisert. Det foreslås at pasientskadeloven skal komme til anvendelse overfor den virksomhet lege eller sykepleier utfører når de gjennomfører eller bistår ved rituell omskjæring både i og utenfor helsetjenesten. I kraft av å være helsepersonell forventes det at de utfører sin virksomhet forsvarlig. Det foreslås imidlertid at pasientskadeloven ikke skal komme til anvendelse overfor personer som ikke er helsepersonell, men som har fått særskilt tillatelse til å utføre rituell omskjæring, jf. loven § 6.

Til § 4. Offentlig tilbud

Etter forslaget skal de regionale helseforetakene organisere spesialisthelsetjenesten slik at de som ønsker det innen helseregionen kan få utført rituell omskjæring av gutter på en forsvarlig måte.

Det foreslås ikke et krav om at de regionale helseforetakene må organisere tjenesten slik at inngrepet utføres på "egne" sykehus. De regionale helseforetakene kan i stedet velge å inngå særskilt avtale med private sykehus/klinikker om at disse skal utføre inngrepet på vegne av det regionale helseforetaket.

I henhold til *andre punktum* foreslås det presisert at i den grad det ikke hindrer et forsvarlig tilbud, skal det tas hensyn til helsepersonell som av samvittighetsgrunner ikke ønsker å utføre eller assistere/bistå ved slike inngrep. Det foreslås imidlertid ikke innført noen lovfestet rett for helsepersonell til å reservere seg mot å utføre eller assistere/bistå ved slik inngrep.

Til § 5. Adgang til å utføre rituell omskjæring

Bestemmelsen regulerer hvem som kan utføre rituelle omskjæringer.

I *første ledd* foreslås det at rituell omskjæring av gutter bare skal kunne utføres av lege eller av den som etter § 6 har fått særskilt tillatelse til å utføre slike inngrep.

Lovforslaget innebærer ingen endring når det gjelder helsetjenestens adgang til å utføre rituell omskjæring, men den kodifiserer gjeldende praksis ved at det i lovens § 3 og § 6 er fastsatt eller forutsatt at rituell omskjæring skal utføres av lege.

I tillegg åpner bestemmelsen for at andre enn lege kan utføre inngrepet, dersom vedkommende har fått slik særskilt tillatelse som nevnt i § 6. Hensikten med en slik ordning er å gjøre det mulig å utføre religiøst betingede omskjæringer under betryggende forhold utenfor helsetjenesten.

Andre ledd foreslår en begrensning for når den som har særskilt tillatelse etter § 6 kan utføre rituell omskjæring. Er gutten eldre enn 2 måneder kan inngrepet bare utføres av lege.

Til § 6. Særskilt tillatelse for den som ikke er lege til å utføre rituell omskjæring

I bestemmelsens *første ledd* foreslås det vilkår som alle må være oppfylt for at en som ikke er lege skal kunne få tillatelse til å utføre rituell omskjæring.

Begrunnelsen for å tillate rituelle omskjæringer utenfor helsetjenesten er hensynet til religionsfriheten. Et grunnleggende krav for at en person skal kunne få særskilt tillatelse til å utføre rituelle omskjæringer, foreslås derfor å være at vedkommende

er foreslått av et trossamfunn der omskjæring inngår som en del av den religiøse tradisjonen.

For å sikre at gutten ikke lider overlast eller blir skadet, er det viktig at det stilles krav til den som skal kunne utføre slikt inngrep. Det foreslås derfor at den som skal kunne få slik tillatelse, må kunne dokumentere tilstrekkelig erfaring og kompetanse til å kunne utføre rituell omskjæring på en forsvarlig måte. Det må foretas en konkret vurdering av personens kunnskap og erfaring. Dette kan for eksempel være erfaring eller faglig kompetanse innen anestesi (smertelindring), hygiene og smittevern. Andre forhold som kan være aktuelle er vedkommendes tidligere praksis og vedkommendes evne til å oppfylle de krav som loven setter til hvordan inngrepet skal utføres.

Det foreslås videre at personer som søker tillatelse skal måtte fremlegge politiattest som nevnt i helsepersonelloven § 20 a. I helsepersonelloven § 20 a stilles det krav om politiattest for helsepersonell som skal yte helsehjelp til barn eller personer med utviklingshemming. Politiattesten skal vise om vedkommende er sikret, tiltalt, ilagt forelegg eller er dømt for brudd på straffeloven §§ 192, 193, 194, 195, 196, 197, 199, 200 annet ledd, 201 bokstav c, 203 eller 204a. Attesten skal være uttømmende og ikke eldre enn tre måneder. De nevnte bestemmelsene i straffeloven omhandler seksualforbrytelser og barnepornografi. Dette innebærer at personer som er ilagt forelegg eller er dømt for overtredelser av nevnte bestemmelser om seksualforbrytelser og barnepornografi i straffeloven, skal være utelukket fra å få tillatelse til å utføre rituell omskjæring av gutter.

Det fremgår av *andre ledd* at tillatelse gis av Helsedirektoratet.

I *tredje ledd* foreslås det at en tillatelse etter første ledd skal være et enkeltvedtak etter forvaltningsloven. Dette innebærer at forvaltningslovens regler om saksbehandling ved enkeltvedtak gjelder. Av det følger at den det gjelder skal få uttale seg før vedtak fattes, vedtak skal som hovedregel være skriftlig, m v. Det er klageadgang på et avslag på søknad om tillatelse etter første ledd. Klageinstans er Statens helsepersonellnemnd, et klageorgan som har kompetanse til å avgjøre klagesaker om administrative reaksjoner fra helsepersonell. Nærmere bestemmelser om organiseringen og kompetansen til Statens helsepersonellnemnd fremgår av helsepersonelloven kapittel 12.

Etter *fjerde ledd* foreslås det å gi departementet en forskriftshjemmel til å gi nærmere regler om hvilke krav som må være oppfylt hos den som gis særskilt tillatelse etter første ledd.

Til § 7. Taushetsplikt

I bestemmelsen foreslås det at personer som i henhold til § 6 er gitt tillatelse til å utføre rituell omskjæring, skal pålegges tilsvarende taushetsplikt som helsepersonell etter helsepersonelloven §§ 21 til 25.

Av helsepersonelloven § 21 fremgår det at helsepersonell ”skal hindre at andre får adgang eller kjennskap til opplysninger om folks- legems- eller sykdomsforhold eller andre personlige forhold som de får vite om i egenskap av å være helsepersonell.”

Taushetsplikten vil både innebære en plikt til å bevare taushet og en plikt til å hindre andre i å få kjennskap til taushetsbelagte opplysninger.

Helsepersonellovens bestemmelser i §§ 21 til 25 om taushetsplikt skal gjelde tilsvarende så langt de passer. Dette innebærer blant annet at deler av §§ 21 til 25 som regulerer annet enn taushetsplikt ikke kommer til anvendelse.

Taushetsplikten kan ikke påberopes som grunnlag for å nekte å utlevere opplysninger til tilsynsmyndighetene, jf. lovforslagets § 12.

Til § 8. Informasjon

Forutsetningen for at det skal foreligge et gyldig samtykke, er at man vet hva man samtykker til. Dette omtales ofte som informert samtykke. For at en gyldig viljeserklæring om å motta eller nekte behandling skal kunne avgis, må den som har avgitt samtykke ha personlige forutsetninger for å forstå den informasjonen som blir gitt.

Lovforslagets bestemmelse om informasjon vil i hovedsak bare ha direkte betydning i forhold til rituell omskjæring som utføres av personer med særskilt tillatelse etter § 6. Dersom omskjæringen utføres innenfor helsetjenesten vil bestemmelser om medvirkning og informasjon allerede følge av pasientrettighetsloven kapittel 3 og bestemmelser om dokumentasjonsplikt vil følge av helsepersonellovens kapittel 6. Tilsvarende vil pasientrettighetsloven og helsepersonelloven komme til anvendelse når lege utfører rituell omskjæring utenfor helsetjenesten, eller når lege eller sykepleier gir smertelindring i forbindelse med rituell omskjæring utenfor helsetjenesten. Det vises i den forbindelse til § 3 tredje ledd hvor det presiseres at disse lovene skal komme til anvendelse så langt de passer.

I *første ledd, første punktum* foreslås det fastsatt en informasjonsplikt. Rituell omskjæring skal bare kunne utføres dersom det er gitt tilstrekkelig informasjon om selve inngrepet og om mulige risikoer eller komplikasjoner. Informasjon er en nødvendig forutsetning for både å kunne utøve retten til medvirkning og for å kunne gi gyldig samtykke til inngrepet. Et operativt inngrep er alltid forent med en viss smerte og risiko. For at gutten og de som har foreldreansvaret skal kunne gi et informert samtykke til inngrepet må de ha kunnskap om hvordan inngrepet skal utføres, de smerter inngrepet vil medføre, samt risikoen for komplikasjoner ved inngrepet.

I bestemmelsens *første ledd, andre punktum* foreslås det fastsatt at gutten selv også skal ha slik informasjon dersom han har nådd den alder og modenhet som

skal til for å forstå informasjonen. De fleste rituelle omskjæringer i Norge skjer mens gutten er liten, og da oftest i tilslutning til fødselen. Det må imidlertid antas at det i noen tilfeller vil skje omskjæring av også eldre gutter. Denne bestemmelsen må ses i sammenheng med forbudet mot å utføre inngrepet mot guttens vilje i § 9.

For at informasjonen skal danne grunnlag for et gyldig informert samtykke, er det viktig at informasjonen er tilpasset mottakerens individuelle forutsetninger og at den gis på en måte som gjør at mottakeren forstår innholdet av den. I *andre ledd* foreslås det å stille krav til den informasjonen som gis, både med hensyn til innholdet av informasjonen og måten informasjonen gis på. I de tilfeller hvor pasienten er minoritetsspråklig må det vurderes bruk av tolk. Det er den som skal utføre inngrepet som har ansvaret for at tilstrekkelig informasjon blir gitt før selve inngrepet. Siden det her er snakk om et inngrep som ikke har medisinsk indikasjon, er det spesielt viktig at alle sider ved inngrepet blir belyst gjennom den informasjon som gis.

For å understreke viktigheten av at tilstrekkelig informasjon blir gitt, foreslås det også innført et krav om å dokumentere at det har blitt gitt informasjon, jf. bestemmelsens *tredje ledd*. Dette vil kunne medføre en bevisstgjøring for de som er pålagt å gi informasjonen. Nedtegnning vil også være nyttig i eventuelle etterfølgende klagesaker eller pasientskadesaker hvor det vil kunne være nødvendig å ta stilling til om det ble gitt nødvendig informasjon. Kravet til å dokumentere at det er gitt informasjon innebærer ikke et krav om at det skal foretas en ordrett nedtegnning av hva slags informasjon som har blitt gitt.

Til § 9. Samtykke til rituell omskjæring

Det fremkommer i bestemmelsens *første ledd* at rituell omskjæring av gutter under 18 år bare kan utføres etter samtykke fra den eller de som har foreldreansvar for gutten. Gutter som er fylt 18 år er myndige og vil selv kunne avgjøre om de skal omskjæres. Forslaget om 18-årsgrense avviker fra det som gjelder innenfor helsetjenesten, jf. pasientrettighetsloven § 4-3 hvor det som hovedregel er fastsatt en helserettlig myndighetsalder på 16 år.

Det er den eller de som har foreldreansvaret for gutten som skal samtykke. Dersom begge foreldre har foreldreansvar, må begge foreldre samtykke til at det utføres rituell omskjæring.

Den eller de med foreldreansvaret skal i takt med guttens stigende alder og utvikling ta hensyn til hans synspunkter og ønsker. Denne plikten er presisert i bestemmelsens *andre ledd, første punktum*, hvor det fremgår at guttens innstilling til inngrepet så langt det lar seg gjøre skal klargjøres.

I *andre ledd, andre punktum* foreslås det inntatt et forbud mot at rituell omskjæring kan utføres dersom gutten motsetter seg inngrepet. Bestemmelsen antas særlig å ha betydning i de tilfellene hvor omskjæring skal gjennomføres etter at gutten har nådd en slik alder at han kan redegjøre for sin oppfatning for eller mot inngrepet. Dersom gutten motsetter seg inngrepet kan det ikke gjennomføres.

Til § 10. Krav til forsvarlighet

For å ivareta formålet med loven, å sikre at gutter som blir omskåret ikke skal lide overlast, foreslås det i § 10 å oppstille krav til hvordan inngrepet blir gjennomført.

I *første ledd* foreslås det et krav om at inngrepet skal utføres på en helsefaglig forsvarlig måte. Måten inngrepet utføres på skal være tilpasset guttens alder.

Når det gjelder de inngrep som utføres innenfor helsetjenesten, enten den offentlige eller den private, så vil deler av helsepersonellovens regler komme til anvendelse, jf. særlig helsepersonellovens § 4 som fastslår plikten til forsvarlighet i helsepersonells yrkesutøvelse. Forsvarlighetskravet etter lovforslagets første ledd vil slik sett bare ha praktisk betydning for personer som ikke er helsepersonell, men som har fått godkjenning etter forslaget § 6.

Forsvarlighetsplikten vil gjelde både i forhold til gjennomføringen av selve inngrepet, samt også i forhold til tiltak for å sikre smertelindring eller hindre smitteoverføring eller infeksjoner. Innholdet i forsvarlighetskravet utledes i all hovedsak av helsepersonells utdanning, praksis og forventet kompetanse. Ulikt kompetansenivå blant de forskjellige helsepersonellgruppene vil medføre at visse behandlingsformer eller inngrep er forbeholdt enkelte personellgrupper. Som nevnt utføres i praksis all omskjæring innenfor helsetjenesten av lege.

Inngrepet må utføres på en medisinsk forsvarlig måte som er tilpasset guttens alder. Med hensyn til hvilken omskjæringsmetode som skal benyttes i det enkelte tilfellet må det bero på en konkret vurdering, som blant annet må ta høyde for den medisinske utviklingen.

Etter bestemmelsens *andre ledd* foreslås det at inngrepet skal utføres med tilfredsstillende smertelindring. Når inngrepet foretas innenfor helsetjenesten gis smertelindring, både ved selve inngrepet og i etterkant av inngrepet. Smerten vil avhenge av hvor mye av guttens forhud som fjernes og guttens alder. Innenfor helsetjenesten vil det ved inngrep på de yngste guttene benyttes smertelindring i form av lokalbedøvelse, eventuelt i kombinasjon med smertestillende salve. Ved mer omfattende inngrep og på de eldre guttene, brukes mer omfattende bedøvelse, blant annet narkose. Hvilken smertelindring som er påkrevd i hvert enkelt tilfelle vil bero på en konkret medisinskfaglig vurdering.

Når det gjelder rituell omskjæring som foretas utenfor helsetjenesten, er som nevnt i punkt 2.3 og punkt 6.5.2 dagens praksis for rituell omskjæring innenfor jødiske

trossamfunn at gutten ikke gis smertelindring i form av smertestillende salve, lokalbedøvelse e.l. forut for selve inngrepet. At det ikke skal gis smertelindring forut for inngrepet er religiøst betinget. Departementet er usikker på om denne type inngrep, av hensyn til gutten, bør kunne utføres uten noen form for smertelindring innenfor det mosaiske trossamfunn. Under henvisning til ovenstående foreslås det imidlertid i bestemmelsens andre ledd lovfestet et krav om tilfredsstillende smertelindring i forbindelse med rituell omskjæring. Slik smertelindring skal gis av enten lege eller sykepleier. Hva slags smertelindring som skal gis må vurderes konkret og vil kunne variere noe i hvert enkelt tilfelle. I bestemmelsen er det derfor ikke lagt opp til noen detaljregulering av hva slags smertelindring som skal gis. Det bes særlig om høringsinstansenes syn på dette spørsmålet, herunder hvilke krav til smertelindring som eventuelt bør lovfestes.

Bestemmelsen stiller også krav om betryggende hygiene og ivaretagelse av nødvendig smittevern. Hvilke tiltak som mer detaljert skal iverksettes vil måtte avgjøres etter en konkret vurdering.

I *andre ledd siste setning* foreslås det å stille kompetansekrav til den som skal gi smertelindring. Det foreslås at smertelindring bare skal gis av lege eller sykepleier.

I bestemmelsens *tredje ledd* foreslås det en hjemmel for departementet til å gi forskrift med nærmere regler om hvordan selve inngrepet skal utføres og hvilke krav som skal stilles til smertelindring, hygienetiltak og smittevern.

Til § 11. Dokumentasjonsplikt

Dersom rituell omskjæring utføres innenfor helsetjenesten vil bestemmelser om dokumentasjonsplikt følge av helsepersonellovens kapittel 6. Tilsvarende vil det gjelde dokumentasjonsplikt når lege utfører rituell omskjæring utenfor helsetjenesten, eller når lege eller sykepleier gir smertelindring i forbindelse med rituell omskjæring utenfor helsetjenesten. Dokumentasjonsplikten som foreslås i § 11 *første ledd* vil slik sett bare ha praktisk betydning for personer som ikke er helsepersonell, men som har fått godkjenning etter forslaget § 6.

Når det gjelder spørsmålet om hvilken informasjon som skal nedtegnes, må det ses hen til begrunnelsen for dokumentasjonsplikten. Formålet med dokumentasjonsplikten er at den informasjon om gutten og inngrepet som anses å ha betydning for senere behandling og oppfølging av gutten, og eventuelt etterprøving av inngrepet, skal dokumenteres. Den som utfører inngrepet må foreta en konkret vurdering av hvilke opplysninger som bør dokumenteres. Eksempler på slik informasjon er nedtegnelser av på hvilken måte inngrepet ble foretatt på, resultatene av inngrepet, om det oppstod komplikasjoner, hvilke tiltak som i så fall ble iverksatt, avtale om oppfølging/etterkontroll, hvem som utførte inngrepet eller assisterte ved inngrepet mv.

Dokumentasjon vil også ha en funksjon dersom man i ettertid vil ha behov for å vurdere om inngrepet ble utført på en forsvarlig måte, for eksempel i forbindelse med tilsyn som er regulert i § 12. I forbindelse med påstand om feilbehandling vil dokumentasjonen kunne bidra til å ta stilling til om omskjæreren burde ha handlet annerledes. Formålet med dokumentasjonsplikten blir således både i å ivareta hensynet til at den rituelle omskjæringen skjer på en tilfredsstillende måte, og å kunne vurdere i ettertid hvordan omskjæringen ble utført.

I bestemmelsens *andre ledd* foreslås det at bestemmelsene om journalinnsyn etter pasientrettighetsloven kapittel 5 skal gjelde tilsvarende.

I *tredje ledd* foreslås det en hjemmel for departementet til å gi forskrift med nærmere regler om dokumentasjonsplikten.

Til § 12. Tilsyn

Det følger av lov om statlig tilsyn med helsetjenesten at tilsynsmyndighetene (Statens helsetilsyn og Helsetilsynet i fylkene) har veilednings- og tilsynsansvar overfor helsetjenesten og helsepersonell. Når rituell omskjæring av gutter foretas innenfor helsetjenesten vil tilsynsmyndighetene føre tilsyn med denne virksomheten. Tilsynsmyndigheten vil også kunne føre tilsyn med helsepersonell som utenfor helsetjenesten utfører eller bistår ved omskjæringen.

I forslaget til § 12 *første ledd* foreslås det presisert at tilsynsmyndighetene skal føre tilsyn med den som etter § 6 er gitt tillatelse til å utføre rituell omskjæring. Slikt tilsyn medfører at tilsynsmyndigheten skal undersøke om inngrepet blir foretatt i samsvar med de krav som følger av loven, for eksempel at omskjæringen utføres på en medisinsk forsvarlig måte og under betryggende hygieniske forhold. Den nedtegnede dokumentasjonen som skal gjøres i forbindelse med hvert inngrep, vil være utgangspunktet for tilsynet.

Tilsyn i henhold til bestemmelsen kan skje etter tilsynsmyndighetens eget initiativ eller på bakgrunn av konkrete saker som tilsynsmyndighetene blir kjent med, for eksempel gjennom klage etter utført omskjæring. Det kan også være at helsepersonell eller helsetjenesten blir kjent med forhold som gir grunn til å varsle tilsynsmyndighetene.

I bestemmelsens *andre ledd* foreslås det presisert at den som har fått en særskilt tillatelse til å utføre rituell omskjæring må legge forholdene til rette for at slikt tilsyn kan utføres.

Til § 13. Tilbakekall av særskilt tillatelse til å utføre rituell omskjæring av gutter

Etter *første ledd første punktum* foreslås det at en særskilt tillatelse til å utføre rituelle omskjæringer, skal kunne tilbakekalles dersom det viser seg at vedkommende som har fått tillatelsen ikke er skikket til å utføre inngrepet.

Når det gjelder vilkåret ”uforsvarlig” vil dette i hovedsak bli å vurdere i forhold til hvordan omskjæringen er utført. Dersom gutten påføres skade i forbindelse med inngrepet eller dersom inngrepet utføres på en slik måte eller under slike forhold at gutten utsettes for risiko for skade vil vilkåret etter en konkret vurdering kunne være oppfylt.

Når det gjelder vilkåret ”uskikket til å utføre” omskjæring, vil dette kunne være oppfylt dersom vedkommende ikke holder seg informert om hvilke retningslinjer som gjelder for inngrepet. Det kan også være spørsmål om sykdom, tegn på misbruk eller lignende omstendigheter som gjør at personen ikke bør ha en tillatelse til å utføre rituelle omskjæringer. Også det at et trossamfunn tilbakekaller sitt ønske om at personen skal gis tillatelse, vil kunne gi grunnlag for tilbakekall. Ved sin vurdering av om en tillatelse skal tilbakekalles må tilsynsmyndighetene også kunne vektlegge om vedkommende er straffet for overtredelse av loven.

I henhold til *første ledd andre punktum* kan tillatelsen tilbakekalles dersom de vilkår som følger av § 6 ikke lenger er oppfylt eller dersom lovens øvrige plikter ikke overholdes. For å kunne utføre rituelle omskjæringer på tilfredsstillende måte er det av avgjørende betydning at kunnskapen om inngrepet holdes ved like. Dette taler for at en tillatelse til å utføre rituelle omskjæringer bør kunne trekkes tilbake dersom den ikke lenger benyttes.

I *andre ledd* foreslås det at vedtak om tilbakekall av tillatelse til å utføre rituell omskjæring etter første ledd skal være enkeltvedtak etter forvaltningsloven. Dette innebærer at forvaltningslovens regler om saksbehandling ved enkeltvedtak gjelder. Av det følger at den det gjelder skal få uttale seg før vedtak fattes, vedtak skal som hovedregel være skriftlig mv. Det er klageadgang på et tilbakekall av særskilt tillatelse etter første ledd. Klageinstans er Statens helsepersonellnemnd, et klageorgan som har kompetanse til å avgjøre klagesaker om administrative reaksjoner fra helsepersonell, jf. helsepersonelloven kapittel 12.

Til § 14. Straff

I bestemmelsen foreslås det innført en generell straffehjemmel. Skyldkravet er forsett eller grov uaktsomhet.

Straffebestemmelsen tilsvarer den straffebestemmelse som allerede følger av helsepersonelloven. I praksis vil straffebestemmelsen derfor særlig være relevant

for personer som er gitt særskilt tillatelse til å utføre rituell omskjæring etter lovens § 6.

Ved at det av lovens § 5 følger hvem som har adgang til å utføre rituell omskjæring, vil straffebestemmelsen komme til anvendelse overfor personer som utfører rituell omskjæring uten verken å være lege eller ha tillatelse etter § 6.

9.2 Modell B: Rituell omskjæring utført av leger

Til § 1. Formål

Bestemmelsen angir begrunnelsen for å lovregulere rituell omskjæring av gutter.

Det foreslås at lovens formål skal være todelt; den skal sikre at rituell omskjæring utføres på en forsvarlig måte og den skal bidra til at et tilbud om rituell omskjæring er tilgjengelig for de som ønsker det.

Krav til forsvarlighet vil følge av helselovgivningen for øvrig, jf. særlig helsepersonelloven § 4.

Når det gjelder tilgjengelighet vil dette særlig bli ivaretatt gjennom lovforslagets § 4 om offentlig tilbud.

Til § 2. Definisjon av rituell omskjæring

Bestemmelsen avgrensar hvilke inngrep som omfattes av loven.

Det foreslås at omskjæring som utføres på medisinsk indikasjon, for eksempel en fimosis (forhudsforetrenging), skal falle utenfor loven. I disse tilfellene vil helsepersonelloven og helselovgivningen for øvrig komme direkte til anvendelse. Lovforslaget omfatter de omskjæringene som er religiøst eller kulturelt begrunnet.

Med rituell omskjæring menes i lovforslaget et kirurgisk inngrep som har til formål helt eller delvis å fjerne forhud rundt penis, og som ikke har medisinsk indikasjon. Å fjerne forhud betraktes som et kirurgisk inngrep, uansett hvilke metode som benyttes. Definisjonsbestemmelsens bruk av det generelle begrepet ”kirurgisk inngrep” åpner for at også andre eller nye omskjæringsteknikker/-metoder som blir tatt i bruk vil være omfattet av loven. Avgjørende i forhold til loven vil i stor grad være om hensikten er en permanent fjerning av forhuden og om begrunnelsen for dette er religiøst eller kulturelt betinget.

Til § 3. Virkeområde – forholdet til andre lover

Bestemmelsen regulerer lovforslagets virkeområde, herunder hvem som har plikter etter loven. Forholdet til andre lover omhandles også.

I *første ledd* foreslås det at loven skal gjelde for den som tilbyr eller utfører rituell omskjæring i riket. Når det gjelder Svalbard og Jan Mayen foreslås det i

bestemmelsens fjerde ledd at det kan gis forskrifter om lovens anvendelse på Svalbard og Jan Mayen.

Som påpekt i høringsnotatets punkt 3.4 – 3.6 kan rituell omskjæring vanskelig kan sies å være omfattet av helselovgivningens definisjon av ”helsehjelp”, noe som igjen har betydning for i hvilken utstrekning helsepersonellovens og pasientrettighetslovens ulike bestemmelser skal komme til anvendelse.

Når det gjelder rituelle omskjæringer som blir utført innenfor den private og offentlige helsetjenesten av helsepersonell, legger imidlertid departementet til grunn at personellet som hovedregel vil være underlagt helselovgivningen. Dette innebærer blant annet at helsepersonellovens bestemmelser om forsvarlighet (både knyttet til selve inngrepet og når det gjelder smertelindring og smitteverntiltak), taushetsplikt og dokumentasjon, vil komme til anvendelse. Pasientrettighetslovens bestemmelser om informasjon, samtykke, klageadgang og rett til innsyn i journal vil også komme til anvendelse.

For å avklare eventuell tvil foreslås det i lovens § 3 *andre ledd* presisert at helsepersonelloven og pasientrettighetsloven skal komme til anvendelse så langt de passer ved utførelse av rituell omskjæring. Det presiseres særskilt at pasientrettighetsloven kapittel 2 ikke skal komme til anvendelse.

I *tredje ledd* blir forholdet til pasientskadeloven presisert. Det foreslås at pasientskadeloven skal komme til anvendelse ved utførelse av rituell omskjæring.

Til § 4. Offentlig tilbud

Etter forslaget skal de regionale helseforetakene organisere spesialisthelsetjenesten slik at de som ønsker det innen helseregionen kan få utført rituell omskjæring av gutter på en forsvarlig måte.

Det foreslås ikke et krav om at de regionale helseforetakene må organisere tjenesten slik at inngrepet utføres på ”egne” sykehus. De regionale helseforetakene kan i stedet velge å inngå særskilt avtale med private sykehus/klinikker om at disse skal utføre inngrepet på vegne av det regionale helseforetaket. Lovforslaget vil heller ikke være til hinder for at det regionale helseforetaket inngår særskilt avtale med en kommune om at denne skal utføre inngrepet på vegne av det regionale helseforetaket.

I henhold til *andre punktum* foreslås det presisert at i den grad det ikke hindrer et forsvarlig tilbud, skal det tas hensyn til helsepersonell som av samvittighetsgrunner ikke ønsker å utføre eller assistere/bistå ved slike inngrep. Det foreslås imidlertid ikke innført noen lovfestet rett for helsepersonell til å reservere seg mot å utføre eller assistere/bistå ved slik inngrep.

Til § 5. Adgang til å utføre rituell omskjæring

Bestemmelsen medfører at rituell omskjæring ikke kan utføres av andre enn leger. Bestemmelsen må sees i sammenheng med lovforslagets straffebestemmelse i § 9.

Til § 6. Informasjon

Dersom omskjæringen utføres innenfor helsetjenesten vil bestemmelser om medvirkning og informasjon allerede følge av pasientrettighetsloven kapittel 3 og bestemmelser om dokumentasjonsplikt vil følge av helsepersonellovens kapittel 6. Lovforslagets bestemmelse om informasjon vil derfor i hovedsak være av pedagogisk betydning.

Bestemmelsens *første ledd, første punktum* viser til informasjonsbestemmelsen i helsepersonelloven § 10. Denne bestemmelsen viser igjen til informasjonsbestemmelsene i pasientrettighetsloven § 3-2 - § 3-4.

I bestemmelsens *første ledd, andre punktum* foreslås det fastsatt at gutten selv også skal ha slik informasjon dersom han har nådd den alder og modenhet som skal til for å forstå informasjonen. De fleste rituelle omskjæringer i Norge skjer mens gutten er liten, og da oftest i tilslutning til fødselen. Det må imidlertid antas at det i noen tilfeller vil skje omskjæring av også eldre gutter. Denne bestemmelsen må ses i sammenheng med forbudet mot å utføre inngrepet mot guttens vilje i § 7.

For å understreke viktigheten av at tilstrekkelig informasjon blir gitt, foreslås det også innført et krav om å dokumentere at det har blitt gitt informasjon, jf. bestemmelsens *andre ledd*. Dette vil kunne medføre en bevisstgjøring for de som er pålagt å gi informasjonen. Nedtegning vil også være nyttig i eventuelle etterfølgende klagesaker eller pasientskadesaker hvor det vil kunne være nødvendig å ta stilling til om det ble gitt nødvendig informasjon. Kravet til å dokumentere at det er gitt informasjon innebærer ikke et krav om at det skal foretas en ordrett nedtegning av hva slags informasjon som har blitt gitt.

Til § 7. Samtykke til rituell omskjæring

Det fremkommer i bestemmelsens *første ledd* at rituell omskjæring av gutter under 18 år bare kan utføres etter samtykke fra den eller de som har foreldreansvar for gutten. Gutter som er fylt 18 år er myndige og vil selv kunne avgjøre om de skal omskjæres.

Forslaget om 18-årsgrense avviker fra det som gjelder innenfor helsetjenesten, jf. pasientrettighetsloven § 4-3 hvor det som hovedregel er fastsatt en helserettlig myndighetsalder på 16 år.

Det er den eller de som har foreldreansvaret for gutten som skal samtykke. Dersom begge foreldre har foreldreansvar, må begge foreldre samtykke til at det utføres rituell omskjæring.

Samtykkebestemmelsen vil måtte suppleres med pasientrettighetslovens bestemmelser, jf. denne lovens kapittel 4.

Den eller de med foreldreansvaret skal i takt med guttens stigende alder og utvikling ta hensyn til hans synspunkter og ønsker. Denne plikten er presisert i bestemmelsens *andre ledd, første punktum*, hvor det fremgår at guttens innstilling til inngrepet så langt det lar seg gjøre skal klargjøres.

I *andre ledd, andre punktum* foreslås det inntatt et forbud mot at rituell omskjæring kan utføres dersom gutten motsetter seg inngrepet. Bestemmelsen antas særlig å ha betydning i de tilfellene hvor omskjæring skal gjennomføres etter at gutten har nådd en slik alder at han kan redegjøre for sin oppfatning for eller mot inngrepet. Dersom gutten motsetter seg inngrepet kan det ikke gjennomføres.

Til § 8. Straff

I bestemmelsen foreslås det innført en generell straffehjemmel. Skyldkravet er forsett eller grov uaktsomhet.

Straffebestemmelsen tilsvarende den straffebestemmelse som allerede følger av helsepersonelloven.

Ved at det av lovens § 5 følger hvem som har adgang til å utføre rituell omskjæring, vil straffebestemmelsen komme til anvendelse overfor personer som utfører rituell omskjæring uten å være lege.

10 Forslag til lovregulering av rituell omskjæring av gutter

10.1 Modell A: Rituell omskjæring utført av leger og andre med særskilt godkjenning

Lov om rituell omskjæring av gutter

§ 1. Formål

Lovens formål er å sikre at rituell omskjæring av gutter utføres på en forsvarlig måte, samt bidra til 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 eller kulturelt begrunnet.

§ 3. Virkeområdet - forholdet til andre lover

Loven gjelder den som tilbyr eller utfører rituell omskjæring i riket.

Når en lege utfører rituell omskjæring, eller når lege eller sykepleier gir smertelindring etter denne loven, kommer helsepersonelloven og pasientrettighetsloven til anvendelse så langt de passer. Pasientrettighetsloven kapittel 2 kommer ikke til anvendelse.

Pasientskadeloven gjelder når en lege utfører rituell omskjæring, eller når lege eller sykepleier gir smertelindring etter denne loven.

Kongen gir forskrifter om lovens anvendelse på Svalbard og Jan Mayen, og kan fastsette særlige regler under hensyn til de stedlige forhold.

§ 4. Offentlig tilbud

Regionale helseforetak i henhold til § 2 i lov 15. juni 2001 nr. 93 om helseforetak m.m., 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 kan bare utføres av lege eller av den som etter § 6 har tillatelse til å utføre slike inngrep.

Rituell omskjæring av gutter som er eldre enn 2 måneder kan bare utføres av lege.

§ 6. Tillatelse for den som ikke er lege til å utføre rituell omskjæring

For den som ikke er lege, kan tillatelse til å utføre rituell omskjæring av gutter gis til den som

- a) er foreslått av et trossamfunn hvor omskjæring inngår som en del av den religiøse tradisjonen,
- b) kan dokumentere tilstrekkelig erfaring og kompetanse til å utføre rituell omskjæring av gutter på en forsvarlig måte og
- c) kan fremlegge politiattest som nevnt i helsepersonelloven § 20 a.

Tillatelse etter første ledd gis av Helsedirektoratet.

Avslag på søknad om tillatelse etter første ledd er enkeltvedtak etter forvaltningsloven. Avslag på søknad om tillatelse kan påklages til Statens helsepersonellnemnd, jf. helsepersonelloven kapittel 12.

Departementet kan i forskrift gi nærmere bestemmelser om hvilke krav som må være oppfylt hos den som gis tillatelse etter første ledd.

§ 7. Taushetsplikt

Bestemmelsene om taushetsplikt i helsepersonelloven §§ 21 til 25 gjelder tilsvarende for den som utfører rituell omskjæring av gutter etter tillatelse i henhold til § 6.

§ 8. Informasjon

Før rituell omskjæring kan utføres, skal den eller de som har foreldreansvaret for gutten få tilstrekkelig informasjon om hva selve inngrepet innebærer og om mulige risikoer, komplikasjoner og bivirkninger ved inngrepet. Informasjonen skal også gis til gutten dersom han har oppnådd den alder og modenhet som kreves for å forstå informasjonen.

Informasjonen skal være tilpasset mottakerens individuelle forutsetninger, som alder, modenhet, erfaring og kultur- og språkbakgrunn. Den som skal utføre inngrepet skal så langt som mulig sikre seg at mottakeren har forstått innholdet og betydningen av informasjonen.

Opplysning om den informasjon som er gitt, skal nedtegnes i journal som nevnt i § 11.

§ 9. 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.

Guttens innstilling til inngrepet skal så langt det lar seg gjøre klargjøres. Tatt i betraktning guttens modenhet og alder, kan ikke rituell omskjæring utføres mot guttens vilje.

§ 10. Krav om forsvarlighet

Inngrepet skal utføres på en helsefaglig forsvarlig måte.

Rituell omskjæring av gutter skal utføres med tilfredsstillende smertelindring, under betryggende hygieniske forhold og med ivaretagelse av nødvendig smittevern. Smertelindring skal gis av lege eller sykepleier.

Departementet kan i forskrift gi nærmere bestemmelser om innholdet i første og andre ledd.

§ 11. Dokumentasjonsplikt

Den som utfører rituell omskjæring av gutter etter tillatelse i henhold til § 6 skal nedtegne eller registrere relevante og nødvendige opplysninger om den rituelle omskjæringen i en journal for den enkelte gutt, samt opplysninger som er nødvendige for å oppfylle plikter nevnt i § 12 andre ledd.

Når det gjelder rett til journalinnsyn gjelder bestemmelser i lov 2. juli 1999 nr. 63 om pasientrettigheter kapittel 5 tilsvarende.

Departementet kan i forskrift gi nærmere bestemmelser om journalens innhold og ansvar for journalen, herunder om oppbevaring, overdragelse, opphør og tilintetgjørelse av journal.

§ 12. Tilsyn

Statens helsetilsyn og Helsetilsynet i fylket skal føre tilsyn med den som i henhold til § 6 har fått tillatelse til å utføre rituell omskjæring av gutter.

Den som henhold til § 6 har fått tillatelse til å utføre rituell omskjæring av gutter skal legge forholdene til rette for at Statens helsetilsyn og Helsetilsynet i fylket kan utføre slikt tilsyn, herunder gi adgang til virksomhetens lokaler og utlevere alle de opplysninger som kreves for utøvelse av tilsyn med virksomheten, samt utlevere slik dokumentasjon som følger av § 11.

§ 13. Tilbakekall av tillatelse til å utføre rituell omskjæring av gutter

Statens helsetilsyn kan tilbakekalle tillatelse til å utføre rituell omskjæring fra en person som har utført rituell omskjæring på en uforsvarlig måte, eller som på annen måte er å anse som uskikket til å utføre rituelle omskjæringer av gutter. Likedan kan tillatelse tilbakekalles dersom plikter etter denne loven ikke overholdes eller tillatelsen ikke lenger benyttes.

Tilbakekall av tillatelse etter første ledd er enkeltvedtak etter forvaltningsloven og kan påklages til Statens helsepersonellnemnd, jf. helsepersonelloven kapittel 12.

§ 14. Straff

Den som forsettelig eller grovt uaktsomt overtrer eller medvirker til overtredelse av bestemmelser i loven eller i medhold av den, straffes med bøter eller fengsel i inntil tre måneder.

§ 15. Ikrafttredelse

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

§ 16. Endringer i andre lover

Fra den tid loven trer i kraft gjøres følgende endringer i lov 2. juli 1999 nr 64 om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven):

§ 68 andre ledd første punktum skal lyde:

Statens helsepersonellnemnd er klageorgan for vedtak etter §§ 53, 56-59, 62-65 og for vedtak etter lov om rituell omskjæring av gutter §§ 6 og 13.

10.2 Modell B: Rituell omskjæring utført av leger

Lov om rituell omskjæring av gutter

§ 1. Formål

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

§ 2. Definisjon av rituell omskjæring

Med rituell omskjæring menes i denne lov et kirurgisk inngrep hvor forhold rundt penis fjernes helt eller delvis, og hvor formålet er religiøst eller kulturelt 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 pasientrettighetsloven til anvendelse så langt de passer. Pasientrettighetsloven kapittel 2 kommer ikke til anvendelse.

Pasientskadeloven gjelder ved utførelse av rituell omskjæring.

Kongen gir forskrifter om lovens anvendelse på Svalbard og Jan Mayen, og kan fastsette særlige regler under hensyn til de stedlige forhold.

§ 4. Offentlig tilbud

Regionale helseforetak i henhold til § 2 i lov 15. juni 2001 nr. 93 om helseforetak m.m., 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 kan bare utføres av lege.

§ 6. Informasjon

Informasjon skal gis i samsvar med helsepersonelloven § 10.

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

§ 7. 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.

Guttens innstilling til inngrepet skal så langt det lar seg gjøre klargjøres. Tatt i betraktning guttens modenhet og alder, kan ikke rituell omskjæring utføres mot guttens vilje.

§ 8. Straff

Den som forsettelig eller grovt uaktsomt overtrer eller medvirker til overtredelse av bestemmelser i loven eller i medhold av den, straffes med bøter eller fengsel i inntil tre måneder.

§ 9. Ikrafttredelse

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