



DET KONGELIGE
HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENT

Prop. 70 L

(2013–2014)

Proposisjon til Stortinget (forslag til lovvedtak)

Lov om rituell omskjæring av gutter



DET KONGELIGE
HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENT

Prop. 70 L

(2013–2014)

Proposisjon til Stortinget (forslag til lovvedtak)

Lov om rituell omskjæring av gutter

Innhold

1	Proposisjonens hovedinnhold	5	4.8	Helsetilsynsloven	22
1.1	Innledning	5	4.9	Kjønnslemlestelsesloven	22
1.2	Oppsummering av proposisjonens forslag	6	4.10	Barneloven	23
			4.11	Alternativ behandlingsloven	23
2	Bakgrunn for proposisjonen ...	7	5	Forholdet til Grunnloven – internasjonalt regelverk og menneskerettighetskonvensjoner	24
2.1	Innledning	7	5.1	Grunnloven	24
2.2	Tidligere behandling av saken	7	5.2	Barnekonvensjonen, Den europeiske menneskerettskonvensjon og Konvensjonen om sivile og politiske rettigheter mv.	24
2.2.1	Innledning	7	5.2.1	Innledning	24
2.2.2	NOU 1987: 23 og NOU 1997: 18 – prioriteringer i helsetjenesten	7	5.2.2	Overordnet om konvensjonenes innhold	25
2.2.3	Dok. 8: 6 (1998–1999)	8	5.2.3	Departementets vurdering av om konvensjonene er til hinder for en praksis med rituell omskjæring av gutter	25
2.2.4	St.prp. nr. 1 (1999–2000)	8	5.3	Minoritetsvernet etter FNs konvensjon om sivile og politiske rettigheter	29
2.2.5	Nasjonalt råd for prioriteringer i helsevesenet	8	5.4	Europarådets parlamentarikerforsamling	30
2.2.6	Sosial- og helsedirektoratets vurdering av 2003	9	6	Rettslig regulering i andre land	31
2.2.7	Sosial- og helsedirektoratets vurdering av 2005	9	6.1	Sverige	31
2.3	Departementets høringsnotat om lovregulering av rituell omskjæring av gutter	9	6.2	Danmark	32
2.3.1	Nærmere om høringsforslaget	9	6.3	Finland	32
2.3.2	Nærmere om høringen	9	6.4	Island	33
2.4	NOU 2013: 1 Det livssynsåpne samfunn	11	6.5	Tyskland	33
3	Nærmere om rituell omskjæring	13	7	Nærmere om høringsforslaget og høringsinstansenes syn	34
3.1	Hva er rituell omskjæring og hvorfor omskjæres gutter?	13	7.1	Høringsforslaget	34
3.2	Hvor vanlig er inngrepet i Norge?	14	7.2	Generelt om høringen	35
3.3	Hvordan utføres rituell omskjæring?	14	7.3	Nærmere om høringsinstansenes syn	35
3.3.1	Ulike omskjæringsteknikker – komplikasjoner eller skader	14	8	Departementets vurdering av om rituell omskjæring av gutter bør lovreguleres	46
3.3.2	Nærmere om bedøvelse/ anestesi	16	8.1	Innledning	46
3.4	Hvor utføres rituell omskjæring?	17	8.2	Enkelte helsefaglige, etiske, økonomiske og prioriteringsmessige aspekter knyttet til rituell omskjæring	46
4	Gjeldende rett	20			
4.1	Innledning	20			
4.2	Straffeloven	20			
4.3	Helsepersonelloven	20			
4.4	Pasient- og brukerrettighetsloven	20			
4.5	Spesialisthelsetjenesteloven	21			
4.6	Helse- og omsorgstjenesteloven ..	21			
4.7	Pasientskadeloven	21			

8.3	Bør rituell omskjæring reguleres?	48	9.8	Informasjonsplikt	55
8.4	Departementets vurdering av lovreguleringsmodell	49	9.9	Dokumentasjonsplikt	56
9	Departementets forslag til lovregulering av rituell omskjæring av gutter	51	9.10	Krav om samtykke – aldersgrense	56
9.1	Innledning	51	9.11	Tilsyn	57
9.2	Lovreguleringens formål	51	9.12	Straffansvar ved overtredelse av loven	57
9.3	Definisjon av rituell omskjæring ..	51	10	Spørsmål om egenbetaling knyttet til rituell omskjæring utført i regi av den offentlige helse- og omsorgstjenesten	59
9.4	Lovforslagets virkeområde – forholdet til andre lover	51	11	Økonomiske og administrative konsekvenser	61
9.4.1	Hvem loven skal gjelde for	51	11.1	Økonomiske konsekvenser	61
9.4.2	Forholdet til andre lover	52	11.2	Administrative konsekvenser	62
9.5	Krav om offentlig tilbud	52	12	Merknader til forslag om lov om rituell omskjæring av gutter	63
9.6	Vilkår for å utføre rituell omskjæring – krav til utførelsen av inngrepet	53	Forslag til lov om rituell omskjæring av gutter	68	
9.6.1	Hvem kan utføre inngrepet?	53			
9.6.2	Krav til gjennomføring av inngrepet – forsvarlighet, smertelindring og hygiene	54			
9.6.3	Organisering av tilbudet	55			
9.7	Taushetsplikt	55			



DET KONGELIGE
HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENT

Prop. 70 L

(2013–2014)

Proposisjon til Stortinget (forslag til lovvedtak)

Lov om rituell omskjæring av gutter

*Tilråding fra Helse- og omsorgsdepartementet 11. april 2014,
godkjent i statsråd samme dag.
(Regjeringen Solberg)*

1 Proposisjonens hovedinnhold

1.1 Innledning

Helse- og omsorgsdepartementet foreslår i denne proposisjonen en ny lov om rituell omskjæring av gutter.

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.

Departementets utgangspunkt i denne proposisjonen er at rituell omskjæring av gutter har blitt praktisert i Norge i lang tid. Hensikten med lovforslaget er imidlertid å foreslå rettslige rammer som skal sikre at rituell omskjæring utføres på en forsvarlig måte. Den foreslåtte regulering vil skape klarhet i ansvarsforhold, samtykkeregler og kompetansekrav, samt sikre adekvat smertelindring og oppfølging etter inngrepet. Lovregulering vil også sikre at inngrepet blir utført av kompetent person og på 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 i dag skjer utenfor helse- og omsorgstjenesten.

Proposisjonen er en oppfølging av departementets høringsnotat av 26. april 2011 hvor høringsinstansene ble bedt om innspill i forhold til to alternative lovreguleringsmodeller.

Forslaget til ny lov om rituell omskjæring av gutter 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. Lovens hovedregel er at rituell omskjæring skal utføres av lege, men det åpnes for at rituell omskjæring også kan utføres av andre dersom lege er tilstede og står ansvarlig for inngrepet.

I tillegg til forslag til ny lov foreslås det også enkelte endringer i lov 2. juli 1999 nr. 61 om spesialisthelsetjenesten m.m. (spesialisthelsetjenesteloven), slik at det skal kreves egenbetaling for inngrepet, både når inngrepet skjer ved sykehusinnleggelse og poliklinisk.

1.2 Oppsummering av proposisjonens forslag

I proposisjonens *kapittel 2* har departementet redegjort nærmere for bakgrunnen for lovforslaget og tidligere behandling av saken. I kapitlet er det også tatt inn en generell gjennomgang av høringen.

I *kapittel 3* er det gitt en redegjørelse for hva rituell omskjæring er og hvordan inngrepet begrunnes. Det redegjøres også for omfanget av rituell omskjæring i Norge, samt hvor og hvordan inngrepet utføres.

Proposisjonens *kapittel 4* inneholder en redegjørelse for gjeldende nasjonal rett. *Kapittel 5* redegjør for forholdet til Grunnloven og inneholder prinsipielle drøftelser i forhold til de forpliktelse Norge har i henhold til internasjonale konvensjoner, og da særlig FNs barnekonvensjon og Den europeiske menneskerettskonvensjonen. Som det vil fremgå konkluderer departementet med at internasjonale konvensjoner ikke medfører at rituell omskjæring av gutter må forbys. Likedan konkluderer departementet med at internasjonale konvensjoner ikke er til hinder for at det ved lov vedtas begrensninger med hensyn til hvem som kan utføre rituell omskjæring av gutter. Departementet viser i den forbindelse til at lovforslaget medfører at rituell omskjæring som utføres i strid med loven, vil kunne straffes. *Kapittel 6* redegjør for rettslig regulering av rituell omskjæring av gutter blant annet i Sverige, Danmark og Finland.

I *kapittel 7* har departementet redegjort nærmere for høringsnotatets forslag, samt høringsinstansenes syn. Få høringsinstanser har uttalt seg konkret til de enkelte bestemmelser i høringsforslaget. Høringsuttalelsene har i stor grad vært knyttet til prinsipielle spørsmål slik som om rituell omskjæring skal være tillatt, om dette bør utføres

av helsepersonell i helse- og omsorgstjenesten og om det skal innføres egenbetaling eller ikke.

Kapittel 8 inneholder departementets prinsipielle vurderinger av hvorvidt rituell omskjæring av gutter bør lovreguleres eller ikke. I tillegg omhandler kapitlet en vurdering av ulike måter å organisere et tilbud om rituell omskjæring på. Som nevnt foreslår departementet en modell som innebærer 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. Modelens hovedregel er at rituell omskjæring av gutter skal utføres av lege, samtidig som også andre kan utføre inngrepet dersom lege er tilstede og står ansvarlig for inngrepet.

I *kapittel 9* er det redegjort for lovforslagets ulike elementer og enkeltbestemmelser. Kapitlet må sees i sammenheng med de prinsipielle vurderinger og drøftelser som fremgår av blant annet *kapittel 5*, *kapittel 7* og *kapittel 8*.

Hvorvidt det skal kreves egenbetaling for rituell omskjæring, og i så fall hvor stor andel slik egenbetaling skal utgjøre, diskuteres i *kapittel 10*. Departementet foreslår at det skal gjelde egenandel for inngrepet, men konkluderer ikke med hensyn til hvor stor slik egenandel skal være. Forutsatt at Stortinget slutter seg til forslaget om egenbetaling, er det i proposisjonen tatt inn forslag til nødvendige endringer i spesialisthelsetjenesteloven slik at det gis adgang til å kreve egenbetaling for inngrepet, både når inngrepet skjer ved innleggelse og poliklinisk.

Lovforslagets økonomiske og administrative konsekvenser, herunder hvilke konsekvenser det får at inngrepet skjer innenfor den offentlige helse- og omsorgstjenesten, er det redegjort for i *kapittel 11*.

Spesielle merknader til lovforslagets bestemmelser er tatt inn i *kapittel 12*.

2 Bakgrunn for proposisjonen

2.1 Innledning

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 argumenteres det fra ulikt hold med at rituell omskjæring kan være 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 i denne proposisjonen.

Rituell omskjæring av gutter utføres på flere «arenaer». Både av helsepersonell innenfor den offentlige og private helse- og omsorgstjenesten og innenfor religiøse samfunn av personer som ikke nødvendigvis er helsepersonell.

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 i seg selv til hinder for at helsepersonell og spesialisthelsetjenesten kan tilby rituell omskjæring.

Når helsepersonell, enten i offentlig eller privat helse- og omsorgstjeneste, 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 helse- og omsorgstjenesten vil imidlertid ikke være omfattet av helselovgivningen.

Spørsmålet om lovregulering av rituell omskjæring av gutter har de senere årene blitt aktualisert gjennom henvendelser til departementet som følge av at store deler av den offentlige helse- og omsorgstjenesten ikke lenger tilbyr dette inngrepet. Fravær av et offentlig tilbud medfører økt risiko for at omskjæringen blir utført av personer uten kompetanse til å utføre inngrepet på en forsvarlig måte.

2.2 Tidligere behandling av saken

2.2.1 Innledning

Spørsmålet om rituell omskjæring av gutter har ved ulike anledninger vært behandlet av Stortinget og andre offentlige myndigheter eller organer. I det videre redegjøres det for dette.

2.2.2 NOU 1987: 23 og NOU 1997: 18 – prioriteringer i helsetjenesten

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 helse- og omsorgstjenesten 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:

1. Grunnleggende helsetjenester (Skal prioriteres)
2. Utfyllende helsetjenester (Bør prioriteres)
3. Lavt prioriterte tjenester (Kan prioriteres)
4. Tilbud som ikke hører hjemme innenfor det offentlig finansierte helsetilbud (Ikke prioriteres)

Som eksempler til gruppe 4 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.

2.2.3 Dok. 8: 6 (1998–1999)

Stortinget behandlet 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 svar med komiteens tilråding å avvise forslaget. Når det gjaldt spørsmålet om inngrepet skulle utføres av den offentlige helse- og omsorgstjenesten, ville flertallet i komiteen vente med å ta standpunkt til statsråden kom tilbake til Stortinget med saken.

2.2.4 St.prp. nr. 1 (1999–2000)

På bakgrunn av anmodning fra Sosial- og helsedepartementet 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 medisinsk-faglige 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 foreldresansvaret 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.»

2.2.5 Nasjonalt råd for prioriteringer i helsevesenet

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

«Flertallet av rådets medlemmer mener at det ikke foreligger 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 omskjærte 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.

2.2.6 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 tilråding slik at saken kunne vurderes på nytt. Direktoratet ga sin tilråding i 2003 og 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 helse- og omsorgstjenesten. 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 helse- og omsorgstjenesten 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.

2.2.7 Sosial- og helsedirektoratets vurdering av 2005

Helse-Øst RHF vedtok i mars 2005 å ikke lenger prioritere rituell omskjæring av gutter på grunn av inngrepets manglende medisinske indikasjon. Etter dette endret situasjonen seg for de som ønsket å få utført rituell omskjæring innenfor den offentlige helse- og omsorgstjenesten. På oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet ble derfor 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 medisinskfaglige årsaker. I tillegg ønsket flere helsepersonell å reservere seg mot å bistå ved inngrepet.

2.3 Departementets høringsnotat om lovregulering av rituell omskjæring av gutter

2.3.1 Nærmere om høringsforslaget

I Helse- og omsorgsdepartementets høringsnotat av 26. april 2011 ble det foreslått to alternative modeller for lovregulering av rituell omskjæring av gutter. De to modellene innebar en lovfesting av at de regionale helseforetakene skal organisere spesialisthelsetjenesten slik at de som ønsker det innen regionen kan få utført rituell omskjæring på en forsvarlig måte og at omskjæringen skal utføres av lege. I tillegg åpnet den ene modellen for at også andre enn leger på visse vilkår kunne få godkjenning for å utføre rituell omskjæring. I punkt 7.1 er det redegjort nærmere for de to modellenes elementer og det vises til denne redegjørelsen.

2.3.2 Nærmere om høringen

Høringsnotatet ble sendt på høring til følgende instanser:

Akademikerne
Amnesty International Norge
Antirasistisk senter
Arbeidsgiverforeningen SPEKTER
Barne-, ungdoms-, og familiedirektoratet

Barneombudet	Nasjonalforeningen for folkehelsen
Bispedømmerådene	Nasjonalt folkehelseinstitutt
Buskerud innvandrerråd	Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten
Datatilsynet	Nasjonal kompetanseenhet om minoritetshelse
De regionale forskningsetiske komiteer	Nasjonalt råd for spesialistutdanning av leger og legefordeling
Den nasjonale forskningsetiske komité for medisin og helsefag	NGO – forum for menneskerettigheter
Den Norske Advokatforening	Norges Farmaceutiske Forening
Den norske Dommerforening	Norges Juristforbund
Den norske Jordmorforening	Norsk barne- og ungdomspsykiatrisk forening
Den norske Helsingforskomiteen	Norsk Barnevernsamband
Den norske kirkes presteforening	Norsk forening for barne- og ungdomspsykiatriske institusjoner
Den norske legeförening	Norsk helse- og velferdsforum
Den Tyrkisk Islamske Union	Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring
Det Mosaiske Trossamfund i Oslo	Norsk organisasjon for asylsøkere
Det Mosaiske Trossamfund i Trondheim	Norsk Pasientforening
Departementene	Norsk Pasientskadeerstatning
Fagforbundet	Norsk Presseforbund
Fellesorganisasjonen for barnevernspedagoger, sosionomer og vernepleiere	Norsk Psykiatrisk Forening
Handels- og Servicenæringens Hovedorganisasjon	Norsk Psykologforening
Helsedirektoratet	Norsk Redaktørförening
Helse- og sosialgruppe for innvandrere	Norsk senter for menneskerettigheter
Helsetilsynet i fylkene	Norsk Sykepleierforbund
Human-Etisk Forbund	Norsk Fysioterapeutforbund
Human Rights Service	Organisasjonen Mot Offentlig Diskriminering
Innvandrerne Landsorganisasjon	Organisasjonen Voksne for Barn
Islamic Cultural Center Norway	Oslo katolske bispedømme
Islamsk Kvinnegruppe Norge	Oslo Kristne Senter
Islamsk Råd Norge	Oslo Røde Kors Internasjonale Senter
Kirkens Bymisjon	Pakistansk studentforening
Kommunesektorens interesse- og arbeidsgiverorganisasjon (KS)	PARAT
Kontaktutvalget mellom innvandrere og myndighetene	Politidirektoratet
Kirkerådet	Redd Barna
Landets fylkesmenn / Sysselmannen på Svalbard	Regionsentrene for barn og unges psykiske helse – RBUP
Landets helseforetak	Regjeringsadvokaten
Landets høyskoler (med helsefaglige utdanninger)	Ressurssenter for pakistanske barn
Landets kommuner	Riksadvokaten
Landets pasientombud	Rådet for psykisk helse
Landets regionale helseforetak	Sametinget
Landets universiteter	Samarbeidsrådet for tros- og livssynssamfunn
Landsorganisasjonen i Norge	Selvhjelp for innvandrere og flyktninger
Legeföreningens forskningsinstitutt	Senter for medisinsk etikk
Likestillings- og diskrimineringsombudet	SINTEF Teknologi og samfunn
Likestillingssenteret	Somalisk Ressurs- og Rehabiliteringssenter
Medborgernes Menneskerettighetskomisjon	Somalisk Studentforening
Mental Helse Norge	Somalisk Utvikling og Kultursenter
Menneskerettighetshuset	SOS Rasisme
MiRA Ressurssenter for innvandrere- og flyktningkvinner	Statens autorisasjonskontor for helsepersonell
	Statens Helsepersonellnemnd
	Statens helsetilsyn
	Statens legemiddelverk
	Stortingets ombudsmann for forvaltningen

Yrkesorganisasjonenes Sentralforbund

Følgende høringsinstanser har hatt kommentarer til høringen:

Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet
 Statens helsetilsyn
 Helsedirektoratet
 Norsk Pasientskadeerstatning
 Riksadvokaten
 Politidirektoratet
 Datatilsynet
 Barneombudet
 Likestillings- og diskrimineringsombudet
 Fylkesmannen i Oslo og Akershus
 Fylkesmannen i Vest-Agder
 Fylkesmannen i Hordaland
 Helse Vest RHF
 Helse Sør-Øst RHF
 Helse Nord RHF
 Helse Bergen HF
 Oslo Universitetssykehus HF
 Universitetssykehuset Nord-Norge HF
 Sørlandet Sykehus HF
 Universitetet i Oslo
 Universitetet i Oslo (Senter for medisinsk etikk)
 Høgskolen i Sør-Trøndelag
 Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress
 Bergen kommune
 Bærum kommune
 Horten kommune
 Larvik kommune
 Modum kommune
 Oslo kommune
 Norsk Sykepleierforbund
 Den norske jordmorforening
 Den norske legeforening
 Norges Kristelige Legeforening
 Islamsk Råd Norge
 Det Mosaiske Trossamfund
 Samarbeidsrådet for tros- og livssynssamfunn
 Den Norske Kirke
 Den Norske Kirke (Mellomkirkelig råd for Den Norske Kirke)
 Oslo katolske bispedømme
 Human-Etisk Forbund
 Kontaktutvalget mellom innvandrerbefolkningen og myndighetene
 MiRA Ressursenter for innvandrere og flyktningkvinner
 Reform – ressursenter for menn
 Redd Barna
 Hedningsamfunnet

I tillegg til disse høringsuttalelsene har departementet mottatt uttalelse fra 21 privatpersoner i forbindelse med høringen. I tiden etter at høringen var avsluttet har departementet også mottatt om lag 30 uttalelser fra privatpersoner. Nær sagt alle disse uttalelsene fra privatpersoner har enten gitt uttrykk for at rituell omskjæring bør forbys eller at det ikke bør foreslås lovregulering i tråd med høringsforslaget.

Følgende høringsinstanser har uttalt at de ikke har merknader eller innvendinger til høringsnotatet eller at de ikke ønsker å avgi høringsuttalelse:

Samferdselsdepartementet
 Nærings- og handelsdepartementet
 Arbeidsdepartementet
 Kunnskapsdepartementet
 Kommunal- og regionaldepartementet
 Justis- og politidepartementet
 Landbruks- og matdepartementet
 Utenriksdepartementet
 Fornyings-, administrasjons- og kirkedepartementet
 Integrerings- og mangfoldsdirektoratet
 Statens legemiddelverk
 Drammen kommune
 Regionsenter for barn og unges psykiske helse,
 Helseregion øst og sør
 Landsorganisasjonen i Norge
 Fellesorganisasjonen
 Arbeidsgiverforeningen Spekter

2.4 NOU 2013: 1 Det livssyns åpne samfunn

Stålsettutvalget avga sin utredning (NOU 2013: 1 *Det livssyns åpne samfunn – En helhetlig tros- og livssyns politikk*) 7. januar 2013. Utvalgets oppgave har vært å legge fram forslag til en mer helhetlig tros- og livssyns politikk. Utvalget har i sin utredning formulert åtte grunnleggende prinsipper for tros- og livssyns politikken. Disse grunnprinsippene har deretter vært fundament for utredningen og de vurderinger og forslag som utvalget har kommet med. Spørsmål om rituell omskjæring av gutter er vurdert i NOUens punkt 19.5.2 og det tas her blant annet utgangspunkt i Helse- og omsorgsdepartementets høringsnotat av april 2011 og høringsinnspill i den forbindelse, se nærmere om dette i kapittel 7.

Utvalget har pekt på at tros- og livssyns friheten skal beskyttes for alle. Dette gjelder også for barn. Videre har utvalget trukket fram at den enkeltes tros- og livssyns praksis ikke må krenke

andres rettigheter og friheter. Dette vil kreve avveininger av ulike interesser og rettigheter. Utvalget har understreket viktigheten av å beskytte barn mot voksnes utøvelse av religionsfriheten som går på bekostning av barns egen tros- og livssynsfrihet og andre rettigheter og interesser.

Utvalgets flertall (14 av 15 medlemmer) finner det ikke tilstrekkelig sannsynliggjort at omskjæring av guttebarn skader barn slik at det bør innføres et forbud.

Flertallet mener det er viktig å vektlegge det ansvar og de rettigheter til å ivareta sine barns beste som er tillagt foreldrene. Barnelovens § 30 gir foreldrene en generell plikt og rett til å ta avgjørelser for barnet i personlige saker og foreldrene er tillagt et særlig ansvar knyttet til den tros- og livssynsmessige oppdragelsen av sine barn. I utgangspunktet vil det dermed være foreldrene som er ansvarlige for hvordan barns interesser blir ivaretatt, og det skal mye til for at offentlige myndigheter griper inn og fratrar foreldrene deres foreldreansvar.

Flertallet mener at foreldre ikke har overtrådt grensen for uakseptabel ivaretagelse av foreldreansvaret hvis foreldrene lar sine guttebarn omskjæres på en forsvarlig måte. Flertallet mener imidlertid det er avgjørende viktig at gutten som omskjæres, ikke blir påført unødig smerte, og at inngrepet er medisinsk forsvarlig. Det påpekes at departementets høringsnotat refererer til at det skal være enighet blant fagmiljøene om at en rituell omskjæring som blir utført på en forsvarlig måte medfører liten medisinsk fare for gutten. Flertallet viser imidlertid til at det i høringen har fremkommet uttalelser om at faren for komplikasjoner er høy og at dette kan ha betydning for om det i det hele tatt er forsvarlig å utføre inngrepet.

Flertallet viser til at de ikke har kompetanse til å vurdere de medisinske effektene og faren for komplikasjoner, men at dette bør klarlegges nærmere. Flertallet mener at før det eventuelt vedtas en lovregulering av omskjæring for guttebarn, bør det innhentes en mer oppdatert kunnskapsoversikt om effekter av og risiko ved omskjæring. Flertallet har videre understreket at en absolutt forutsetning for at det fortsatt skal tillates omskjæring av guttebarn, er at utøverne av inngrepet står under betryggende tilsyn, og at det sikres tilstrekkelig smertelindring og oppfølging i tilknytning til inngrepet.

Når det gjelder spørsmålet om eventuell egenbetaling for inngrepet, har utvalgets flertall (14 av 15 medlemmer) vist til at selv om det knytter seg betydelige motforestillinger til omskjæring av små

guttebarn, er det tale om en religiøs og kulturell tradisjon som det er liten grunn til å tro vil forsvinne ved et forbud. Hensynet til barna må da tilsi at man krever at denne praksisen finner sted i mest mulig betryggende former. Vernet av barnet mot skade og lidelse må her være en prioritert oppgave for helsevesenet, som bør tilby å utføre slike inngrep, eventuelt påse at de utføres i betryggende former og uten å påføre barnet vesentlig smerte.

Et annet flertall (12 av 15 medlemmer) mener at et krav om at foreldrene skal betale det et slikt inngrep koster, i praksis vil medføre at de barn som er mest utsatt for lite betryggende utføring av et slikt inngrep, ikke vil fanges opp av dette tilbudet. Flertallet mener derfor at egenbetalingen bør settes så lavt at den ikke avskrekker foreldrene fra å oppsøke helsevesenet.

Et mindretall (2 av 15 medlemmer) har vist til at det i høringsrunden var skepsis til å gjøre omskjæring av guttebarn til en prioritert tjeneste i helsevesenet. Lav eller ingen egenbetaling vil gi en slik prioritet til omskjæring av guttebarn og vil kunne oppfattes som en offentlig aksept av omskjæring av guttebarn. Mindretallet mener derfor at man bør holde fast på at inngrep som ikke er helsefaglig begrunnet, ikke bør være gratis i helsevesenet. Utgangspunktet bør være at omskjæring som ikke er medisinsk begrunnet, for eksempel med religiøs begrunnelse, bør finansieres i sin helhet av foreldrene.

Et annet mindretall (1 av 15 medlemmer) er uenig i disse konklusjonene. Mindretallet har vist til at omskjæring av gutter er en gammel tradisjon innenfor jødedom og blant muslimer. Det vises til at det ikke foreligger medisinske grunner for inngrepet og at inngrepet påfører barnet smerte både under selve inngrepet, og også i en periode i ettertid når huden gror.

Dette mindretallet mener at barn har rett til beskyttelse mot et ikke-medisinsk begrunnet kirurgisk inngrep som påfører barnet smerte. Barn har rett til å bli beskyttet mot å få fjernet en funksjonell kroppsdel når det verken foreligger medisinske eller helsemessige grunner til å fjerne den. Mindretallet mener at rituell omskjæring er et så omfattende og irreversibelt inngrep som truer barns beste, at det ligger utenfor det foreldre kan bestemme på vegne av barnet. Dersom denne praksisen skal fortsette, mener derfor mindretallet at det må settes en nedre aldersgrense som fastsettes slik at barnet har forutsetninger til å forstå konsekvensene av inngrepet og til på selvstendig grunnlag å samtykke.

3 Nærmere om rituell omskjæring

3.1 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 jødene del stammer den rituelle omskjæringen fra Abrahams tid, ca. 3700 år tilbake, og viderefører pakten 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. Omskjæring omtales som en av farens viktigste forpliktelser overfor sin sønn. Omskjæringen skjer fortrinnsvis åttende døgn etter fødsel og inngrepet skjer vanligvis i en religiøs setting og ikke i sykehus. Der som helsemessige grunner tilsier det kan inngrepet skje senere enn åttende døgn. Inngrepet utføres av en spesiell, sakkyndig person, Mohel, som er utdannet for å utføre jødiske omskjæring. I Norge tilkalles gjerne en Mohel fra menigheter utenfor Norge. I Norge fødes mellom 5–7 jødiske guttebarn årlig.

Også innen islam er omskjæring av gutter meget viktig. Muslimer er generelt oppfordret i Koranen til å følge eksempelet til profeten Abraham som ble omskåret i pakt med Guds befaling. Omskjæring er også eksplisitt begrunnet i den andre av religionens to primærkilder – profeten Mohammed sine handlinger og uttalelser.

Derfor er så godt som alle muslimske menn omskåret.

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 fremtredende eller avgjørende for inngrepet. Internasjonalt er inngrepet betydelig vanligere enn i Norge og i visse deler av verden er frekvensen av inngrepet høy. Verdens helseorganisasjon anslår at ca. 30 % av verdens menn i alderen 15 år og eldre er omskåret.¹ Omskjæring er for eksem-

¹ WHO «Male circumcision. Global trends and determinants of prevalence, safety and acceptability» 2007, Geneva, Switzerland.

pel en av de vanligste av alle operasjoner i USA, men det har skjedd en nedgang i omskjæringsfrekvensen i løpet av de siste 20 årene. I følge offisiell statistikk for 2007 var 75 % av alle menn i USA omskåret.² Dette tallet tar imidlertid ikke høyde for skillet mellom omskjæring med eller uten medisinsk indikasjon. Analyser av sykehusregister viser at omskjæring av nyfødte guttebarn på sykehus i perioden 1999–2010 var på 58,3 %, en nedgang fra 61,1 % i perioden 1997–2000.³

3.2 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 islamsk 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 forelder og den andre forelder er innvandret fra den førstes opprinnelsesland. Anslagsvis er dette tallet 250. Temaet er drøftet i Statistisk sentralbyrås «Samfunnsspeilet» nr. 3/2004 og 4/2006.

Noen av disse foreldrene er antagelig ikke muslimske, men samtidig vil det være andregenerasjons 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 2012 har dette tallet steget til 60 255. Med utgangspunkt i muslimske fødsler, samt et mindre antall fra andre kulturer og religioner, legger departementet til grunn at det kan være aktu-

elt med rituell omskjæring av anslagsvis 2000 nyfødte gutter per år.

3.3 Hvordan utføres rituell omskjæring?

3.3.1 Ulike omskjæringsteknikker – komplikasjoner eller skader

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

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 støttes 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, infeksjon, og komplikasjon med selve Plastibell-ringen.⁴ 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 tillegg til komplikasjoner forbundet med selve omskjæringen av gutter kan det også oppstå flere potensielle problemer i tiden etter gjennomført omskjæring. De hyppigste problemene er infeksjoner, at det tas for lite av forhuden slik at barnet må igjennom et nytt inngrep, og at det tas for mye av forhuden.⁵ Hvis man fjerner for mye

² WHO 2007.

³ «Trends in in-hospital newborn male circumcision – United States, 1999–2010» Morbidity and Mortality Weekly Report (MMWR) 2011, 60(34).

⁴ Weiss HA et al. «Complications of circumcision in male neonates, infants and children: a systematic review» BMC Urology 2010, 10(2).

⁵ Weiss HA et al. 2010.

hud, kan dette føre til feilstillinger og arrdannelse på penis. Det er beskrevet enkelte tilfeller med ischæmi (opphevet blodgjennomstrømming) av penis, innsnevring av urinrøret, urinretensjon og hudcyster.⁶

I systematiske oversikter og nyere internasjonale, prospektive studier konkluderes det med at omskjæring av gutter er et trygt inngrep med få alvorlige komplikasjoner.⁷ I en systematisk oversikt med 16 prospektive studier og 26 645 deltakere fra 16 land (inkludert Canada, Storbritannia, USA), fant forskerne at komplikasjonsraten var 1.5 %. Komplikasjoner forekom noe hyppigere hos barn enn hos nyfødte og spebarn. Det var også noe større risiko forbundet med omskjæring som en overgangsrite sammenlignet med medisinsk omskjæring og tradisjonell omskjæring blant nyfødte.⁸ En retrospektiv registerstudie fra Danmark ble utgitt etter denne systematiske oversikten ble utarbeidet, og er ikke inkludert i resultatene. Den danske undersøkelsen gikk gjennom alle journalene til gutter i alderen 0–16 år ved ett sykehus for årene 1996–2003. Forskerne identifiserte 315 gutter, med en medianalder på 5 år, som gjennomgikk kirurgisk omskjæring med generell anestesi. Komplikasjonsraten var 5.08 % (16/315 gutter). Alderen på de som hadde komplikasjoner var ikke oppgitt i artikkelen. Ingen av komplikasjonene, hverken på kort- eller lang sikt, var beskrevet som alvorlige, men inkluderte blødninger hos fem gutter, at det var fjernet for lite av forhuden hos tre gutter, og hver av de følgende komplikasjonene oppsto hos to gutter: trang forhud (fibrøs fimose), forsnævring av urinrørsåpningen (stenose), sårinfeksjon, og anestesirelaterte komplikasjoner. De tre forskerne konkluderte med at «our complication rate seems acceptable. No major complications were seen. But there is no doubt that in a paediatric population as ours, the possible health benefits of childhood circumcision do not outweigh the reported complication rate.»⁹ Etter hva departementet har fått opplyst henvises

omlag 5 – 10 gutter årlig til OUS for behandling av komplikasjoner etter gjennomført rituell omskjæring.

Jødiske guttebarn omskjæres som nevnt åttende 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 skalpell 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.

På tross av nedgang i omskjæring siden 2000 er inngrepet vanlig i USA, med omskjæring (på sykehus) av tilnærmet 60 % av alle nyfødte guttebarn.¹⁰ Verken det amerikanske barnelegeakademiet (American Academy of Pediatrics) eller det kanadiske barnelegeforbundet (Canadian Pediatric Society) anbefaler omskjæring av alle nyfødte guttebarn (det kanadiske barnelegeforbundet er i ferd med å revidere sin policy statement fra 1996). Men det amerikanske barnelegeakademiet uttaler i sin 2012 policy statement om omskjæring «Although health benefits are not great enough to recommend routine circumcision for all male newborns, the benefits of circumcision are sufficient to justify access to this procedure for families choosing it and to warrant third-party payment for circumcision of male newborns.»¹¹ Helsefordelene det amerikanske barnelegeakademiet henviser til kommer fra forskningsfunn i en rekke systematiske oversikter som viser at omskjæring av gutter gir nedsatt risiko for urinveisinfeksjoner, peniskreft, humant papillomavirus og enkelte seksuelt overførbare infeksjoner.¹² I en kommentar til det amerikanske barnelegeakademiets policy statement uttrykker 38 leger fra 15 europeiske

⁶ Artikler MK et al. «Complications of circumcision performed within and outside the hospital» *International Urology and Nephrology* 2005, 37(1); Ceylan K et al. «Severe complications of circumcision: an analysis of 48 cases» *Journal of Pediatric Urology* 2007, 3(1).

⁷ Weiss HA et al., 2010; Ford N et al. «Safety of task-shifting for male medical circumcision: a systematic review and meta-analysis» *AIDS* 2010, 26(5); Young MR et al. «Safety of over twelve hundred infant male circumcisions using the Mogen clamp in Kenya» *PLoS ONE* 2012, 7(10); Mousavi SA et al. «Circumcision complication associated with the plastibell devise and conventional dissection surgery: a trial of 586 infants of ages up to 12 months» *Advances in Urology* 2008.

⁸ Weiss HA et al., 2010.

⁹ Thorup J et al. «Complication rate after circumcision in a paediatric surgical setting should not be neglected» *Danish Medical Journal* 2013, 60(8), A4681.

¹⁰ «Trends in in-hospital newborn male circumcision – United States, 1999–2010» *Morbidity and Mortality Weekly Report (MMWR)* 2011, 60(34).

¹¹ Blank S et al. «Circumcision policy statement» *Pediatrics* 2012, 130(3).

land og Canada sterk kritikk til rapporten. De påpeker spesielt at barnelegeakademiets rapport ser ut til å være preget av at ikke-rituell omskjæring er normen i USA og kaller både policy statement og rapporten for «culturally biased». De 38 legene skriver videre at rapporten mangler en bred diskusjon om det sentrale etiske dilemmaet i forhold til, på den ene siden, foreldrenes rett til å ta den beste avgjørelsen for barna sine på bakgrunn av kulturelle, religiøse og helserelaterte meninger og ønsker, og på den andre siden, barns rettigheter til fysisk integritet når det mangler tungtveiende grunner for et medisinsk inngrep. Ifølge disse legene oppveier ikke de medisinske fordelene ulempene. De vektlegger også at fysisk integritet er en av de mest fundamentale og umistelige rettigheter et barn har, og som legestanden har en profesjonell plikt til å beskytte. Avslutningsvis skriver forfatterne at andre leger bør fraråde foreldre fra å omskjære (uten medisinsk indikasjon) sine gutter, med argumentene at omskjæring av gutter i vestlige samfunn har få helsemessige fordeler, er smertefullt for barnet, kan ha alvorlige langsiktige komplikasjoner og bryter med den hippokratiske ed.¹³ I sitt svar påpeker blant annet det amerikanske barnelegeforbundet at også påstandene fra de europeiske legene kan være preget av at omskjæring ikke er normen i Europa, og at legenes påstander ikke er basert på en omfattende og systematisk gjennomgang av medisinsk litteratur, i motsetning til deres rapport.¹⁴

WHO har på bakgrunn av flere forskningsrapporter konkludert med at mannlig omskjæring anbefales som et viktig virkemiddel for å forebygge HIV-infeksjon hos menn i land der HIV er utbredt.¹⁵ En Cochrane Collaboration systematisk oversikt som bygger på randomiserte kontrollerte

studier fra Kenya, Uganda og Sør-Afrika, viser at mannlig omskjæring reduserer risikoen for heteroseksuell overførbart HIV-infeksjon hos menn i høy-insidens land med ca 60 %.¹⁶

3.3.2 Nærmere om bedøvelse/anestesi

Medikamentell lokalanestesi eller generell anestesi (narkose) brukes ved de fleste medisinske inngrep for å hindre smerte og ubehag. Ved bruk på barn forutsetter anestesi at barnet ikke har spesielle sykdommer eller alvorlige misdannelser. Generell anestesi 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 en Cochrane Collaboration systematisk oversikt har forskere gått igjennom og sammenlignet flere anestesimetoder som benyttes ved omskjæring av nyfødte. Forskerne konkluderte med at penisblokkade (Dorsal Penile Nerve Block) er den metoden som gir best bedøvelse. Sammenlignet med placebo er også en lokalt påført anestesikrem (Eutectic Mixture of Analgesics – EMLA) effektiv, men ikke like effektiv som penisblokkade. Begge tiltakene synes å være trygge for bruk på nyfødte. Ingen av disse tiltakene eliminerer smerteresponset fullt ut ved omskjæring.¹⁷ 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.

Penisblokkade 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. Sprøytestikket kan være litt smertefullt, slik at man eventuelt kan bedøve hudområdet med EMLA-krem, Xylocain e.l. noen minutter før stikket. Som ved andre typer injeksjoner er det viktig

¹² Albergo G et al. «Male circumcision and genital human papillomavirus: A systematic review and meta-analysis» *Sexually Transmitted Diseases* 2012, 39(2); Larke N et al. «Male circumcision and human papillomavirus infection in men: a systematic review and meta-analysis» *Journal of Infectious Diseases* 2011, 204(1); Larke NL et al. «Male circumcision and penile cancer: a systematic review and meta-analysis» *Cancer Causes & Control* 2011, 22(8); Morris BJ et al. «Circumcision and lifetime risk of urinary tract infection: a systematic review and meta-analysis» *Journal of Urology* 2013, 189(6); Weiss HA et al. «Male circumcision and risk of syphilis, chancroid, and genital herpes: a systematic review and meta-analysis» *Sexually Transmitted Infections* 2006, 82(2).

¹³ Frisch M et al. «Cultural bias in the AAP's 2012 Technical Report and Policy Statement on male circumcision» *Pediatrics* 2013, 131.

¹⁴ Task Force on Circumcision. «Cultural bias and circumcision: The AAP Task Force on Circumcision responds» *Pediatrics* 2013, 131.

¹⁵ WHO's anbefaling kom i 2007. Mer informasjon om anbefalingen finnes på <http://www.who.int/hiv/mediacentre/news68/en/index.html> og i WHO publikasjonen «Neonatal and child male circumcision: a global review» 2010, Geneva, Switzerland.

¹⁶ Siegfried N et al. «Male circumcision for prevention of heterosexual acquisition of HIV in men» *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2009, Issue 2, Art.No.: CD003362.

¹⁷ Brady-Fryer B et al. «Pain relief for neonatal circumcision» *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2004, Issue 3, Art.No.: CD004217.

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.

Oppsummeringsvis legger departementet til grunn at i land hvor det utføres et betydelig antall omskjæringer (for eksempel USA og Australia) er anbefalingen å bruke lokalbedøvelse ved omskjæring i nyfødtp perioden. Den metoden som angis å ha beste effekt er penisblokkade, dvs. injeksjon av bedøvelsesmiddel som påvirker smertefibrene til penis. Lokalbedøvelse er trygt og har god effekt, men gir ikke 100 % smertefrihet. Derfor anbefaler en del fagfolk internasjonalt at omskjæring skal utføres i narkose. På grunn av risikoen ved narkose i nyfødtp perioden anbefaler de fleste da å vente med inngrepet til barnet er noe eldre.

Som tidligere presisert mener departementet at et tilbud om rituell omskjæring i Norge skal gis på en måte som sikrer at de som utfører inngrepet har tilstrekkelig erfaring og kompetanse både i å utføre inngrepet og gi adekvat smertelindring. Dette kan bety at tilbudet ikke nødvendigvis kan gis ved alle fødeavdelinger. Når det særlig gjelder bruk av narkose hos nyfødte forutsetter det en kompetanse som ofte bare finnes ved sykehus med særlig stor erfaring med anestesi til nyfødte.

3.4 Hvor utføres rituell omskjæring?

For noen år tilbake utførte de fleste offentlige sykehus rituell omskjæring, eller de hadde avtale med private klinikker som utførte inngrepet på oppdrag fra sykehuset. I disse tilfellene kostet ikke inngrepet noe for guttens foreldre.

Inngrepet utføres fortsatt i noen grad av helsepersonell i den offentlige eller private helse- og omsorgstjenesten, men utviklingen de senere årene har medført at de fleste offentlige sykehus ikke prioriterer å utføre inngrepet 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 utførte 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 helse- og omsorgstjenesten eller ved private klinikker. Etter hva departementet erfarer er det ingen helseforetak i Helse Nord RHF som utfører rituell omskjæring.

Departementet viser i den forbindelse også til Ståsettutvalget som har tatt utgangspunkt i data for offentlig finansiert omskjæring innenfor systemet for sykehusfinansiering. Tallene viser en stor nedgang i antallet omskjæringer, fra om lag 1700 i 2003 til knapt 900 i 2005 og under 100 i 2010. Utvalget antar at de aller fleste av disse omskjæringene har vært religiøst begrunnet.

Samtlige helseforetak i landet henviser foreldrene til ulike private kirurgiske klinikker, blant annet Volvat, Drammen Private sykehus, Aleris sykehus og medisinsk senter 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 tidligere nevnt 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. I muslimske land utføres omskjæringen av en per-

son 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 helse- og omsorgstjenesten for å få utført rituell omskjæring, enten ved offentlige eller private institusjoner. I møte med Islamsk Råd Norge har departementet fått opplyst at en rekke muslimer reiser utenlands og får inngrepet utført der, enten i de nordiske landene, andre europeiske land eller til sine tidligere hjemland. I disse tilfellene vil inngrepet både bli utført av helsepersonell og av personer uten helsefaglig bakgrunn.

Departementet er også kjent med at det kan finnes legekontorer i enkelte byer i Norge hvor det også utføres rituelle omskjæringer. Blant annet i Oslo har et legekantor på Grønland tilbudt omskjæringer ca 1 – 2 dager i uken, og da anslagsvis totalt 200 omskjæringer årlig. Slik departementet oppfatter det har inngrepene i stor grad blitt utført av lege med spesialistkompetanse eller med slik lege til stede.

Statens helsetilsyn har nylig behandlet to tilsynssaker mot tre leger i forbindelse med komplikasjoner etter omskjæring foretatt ved et allmennlegekantor i Oslo. I april 2012 døde en gutt av komplikasjoner forbundet med inngrepet. Ved en ny hendelse i juli 2013 fikk en gutt akutt alvorlig komplikasjon i forbindelse med omskjæringen.

Statens helsetilsyn har vedtatt å gi advarsel til legen som utføre omskjæringen der en gutt døde av komplikasjonene i april 2012. Tilsynet har vist til at legen skulle sørget for bedre preoperativ utredning av pasienten ved å utforme et bedre informasjonsskriv, stilt flere relevante spørsmål og utført en grundigere undersøkelse av barnet. Når det gjaldt den postoperative behandlingen, er det vist til at legen burde sørget for at utstyret ved legekantoret var tilpasset bruk på spedbarn. Videre kritiseres legens informasjon til de pårørende. Informasjonen som ble gitt om blødning og andre symptomer, er vurdert som mangelfull og legen skulle også ført en mer utfyllende journal og ikke fjernet denne fra behandlingsstedet. Legen skulle også ha sørget for at barnet raskt ble henvist legevakt da legen ble kontaktet av mor dagen etter inngrepet.

Videre har Statens helsetilsyn i to andre avgjørelser vedtatt å begrense autorisasjonene til to andre leger tilknyttet legekantoret, som begge var involvert i de to hendelsene. Den ene legen kan etter vedtaket ikke utøve selvstendig virksomhet som lege, og må arbeide i underordnet stilling under kontinuerlig supervisjon og veiledning i

offentlig stilling. Videre er det vedtatt at de to legene ikke kan utføre eller bistå ved elektive kirurgiske inngrep på barn i allmennpraksis.

Statens helsetilsyns vedtak er for den ene av disse legens del begrunnet med at legen skulle sørget for nødvendig personellmessig kompetanse for å håndtere eventuelle komplikasjoner og at akuttmedisinsk utstyr burde vært tilgjengelig. Videre skulle legen straks gitt all relevant informasjon om inngrepet til AMK og ambulanspersonell som kom til stede. Tilsynet har også konkludert med at informasjonen til pårørende om mulige komplikasjoner og symptomer skulle vært tydeligere forklart. Informasjonen burde også hatt en utforming som sikret at pasientene ved behov søkte den offentlige helsehjelp som er nærmest pasienten og i samsvar med god praksis, så som fastlege, lokal legevakt eller lokalt sykehusmottak. Tilsynet har også påpekt at legen skulle avstått fra å gi pasientene det inntrykk at legen var mer kyndig på området enn andre leger, og at legen alene derfor burde varsles ved postoperative komplikasjoner. Tilsynet konkluderer med at legen gjentatte ganger har sviktet i håndteringen av komplikasjoner etter kirurgiske inngrep på små barn. Det er også vist til at til tross for at det hadde vært en alvorlig situasjon der et barn fikk dødelige komplikasjoner, førte ikke dette til endring av de utstyrmessige og personellmessige manglene ved legekantoret.

Statens helsetilsyns vedtak er for den andre av disse legens del begrunnet med at de beskrevne hendelsene viste at legen gjentatte ganger hadde sviktet i håndteringen av komplikasjoner etter kirurgiske inngrep på små barn. Til tross for at legen hadde vært involvert i en alvorlig situasjon der et barn fikk dødelige komplikasjoner, har tilsynet konkludert med at legen ikke synes å forstå hvilken risiko som er forbundet med slike kirurgiske inngrep på barn. Det påpekes også at legen ved håndteringen av de akutte tilstandene som oppsto hos pasient 1 og 2 har utvist en så sviktende vurderingsevne og forståelse for de tiltak som må iverksettes i slike akutte situasjoner, der marginene er små, at det etter tilsynsmyndighetens vurdering derfor ikke ville være tilstrekkelig med å gi legen en advarsel.

Departementet er ikke kjent med om de tre involverte legene har påklaget tilsynsmyndighetenes vedtak, jf. helsepersonelloven § 68 andre ledd.

Siden de jødiske miljøene har egne ordninger for rituell omskjæring, vil det i hovedsak være de muslimske miljøene som rammes av at den offentlige helse- og omsorgstjenesten 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 velge å hen-

vende seg til personer som ikke har kompetanse til å utføre inngrepet på en forsvarlig måte.

4 Gjeldende rett

4.1 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.

4.2 Straffeloven

I lov 22. mai. 1902 nr. 10 Almindelig borgerlig Straffelov reguleres hvilke handlinger som er 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. straffeloven § 229. Den vanligste straffriende omstendighet i slike tilfeller vil være at pasienten/pasientens foreldre har samtykket til handlingen, jf. straffeloven § 235. Departementet viser i den forbindelse til Nordmøre tingretts dom av 27. oktober 2009 (09–109262MED-NOMO) hvor tiltalte under henvisning til straffeloven § 235 ble frifunnet for å ha omskjært to gutter.

4.3 Helsepersonelloven

Lov 2. juli 1999 nr. 64 om helsepersonell m.v. 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, rehabiliterende eller pleie- og omsorgsformål, 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. 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 yter 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 eller praksis, herunder at det blant annet må sikres tilstrekkelig smertelindring og at krav til hygiene ivaretas for å motvirke infeksjon eller smitte.

4.4 Pasient- og brukerrettighetsloven

Lov 2. juli 1999 nr. 63 om pasient- og brukerrettigheter regulerer pasienter og brukeres rettigheter overfor helse- og omsorgstjenesten. 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 pasient- og brukerrettighetslovens definisjon av helsehjelp, jf. lovens § 1-3 bokstav c, fordi rituell omskjæring verken har forebyggende, diagnostisk, behandlende, helsebevarende, rehabiliterende eller pleie- og omsorgsformål. Inngrepet er ikke medisinsk, men religiøst begrunnet. Rettigheter etter pasient- og brukerrettighetsloven er knyttet til begrepet «helsehjelp». Dette innebærer at pasient- og brukerrettighetsloven ikke kommer direkte til anvendelse på rituell omskjæring.

I praksis har imidlertid departementet inntrykk av at spesialisthelsetjenesten legger til grunn pasient- og brukerrettighetsloven så langt den passer. Dette må ses i sammenheng med det som er sagt i punkt 4.3 om helsepersonelloven. Her fremgår det at dersom helsepersonell faktisk utfører rituell omskjæring, så kommer helsepersonelloven til anvendelse. Plikter for helse- og omsorgstjenesten og helsepersonell i helsepersonelloven speilvendes av rettigheter for pasienter i pasient- og brukerrettighetsloven. Dette betyr at dersom rituell omskjæring blir utført i helse- og omsorgstjenesten, blir det praktisert tilsvarende speilvendende rettigheter etter pasient- og brukerrettighetsloven.

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 integritetskrenkninger og/eller straffbare handlinger, jf. ovenfor under punkt 4.2.

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 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 4.10 nedenfor.

Pasient- og brukerrettighetsloven § 4-4 første ledd fastslår at foreldre eller andre med foreldreansvaret har rett til å samtykke til helsehjelp for pasienter under 16 år. I bestemmelsens andre ledd er det presisert at det for visse typer helsehjelp vil være tilstrekkelig at kun én av foreldrene eller andre med foreldreansvar samtykker. Departementet legger til grunn at rituell omskjæring ikke er en slik type inngrep at det vil være tilstrekkelig med samtykke fra kun én av foreldrene, jf. også proposisjonens punkt 9.10 hvor spørsmål om samtykke også diskuteres.

4.5 Spesialisthelsetjenesteloven

Lov 2. juli. 1999 nr. 61 om spesialisthelsetjenesten m.m. gjelder for spesialisthelsetjenester som tilbys eller ytes i Norge av staten og private, jf. § 1-2 om lovens virkeområde. De regionale helseforeta-

kene 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 4.3 og punkt 4.4 legger departementet til grunn at rituell omskjæring i utgangspunktet ikke er å anse for «helsehjelp» som noen har rett til etter pasient- og brukerrettighetsloven 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.

4.6 Helse- og omsorgstjenesteloven

Lov 24. juni 2011 nr. 30 om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. regulerer hvilke helse- og omsorgstjenester den enkelte kommune skal sørge for overfor pasienter som bor eller oppholder seg i kommunen, jf. lovens § 3-1 og § 3-2 m.fl.

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 den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

4.7 Pasientskadeloven

Lov 15. juni 2001 nr. 53 om erstatning ved pasientskader mv. gir regler for når det skal ytes erstatning ved pasientskader. Vilårene for når en skade skal anses som pasientskade fremkommer av lovens § 1. I bestemmelsens første ledd heter det:

- «Denne loven 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 opptre på vegne av disse, personer som har rett til å utøve yrke som helsepersonell midlertidig i Norge uten norsk autorisasjon, lisens eller spesialistgodkjenning 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 4.3 og punkt 4.4 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 forholdsvist 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.

4.8 Helsetilsynsloven

Lov 30. mars 1984 nr. 15 om statlig tilsyn med helse- og omsorgstjenesten m.m. fastslår at Statens helsetilsyn og Fylkesmannen skal føre tilsyn med landets helse- og omsorgstjeneste og helsepersonell, jf. lovens §§ 1 og 2.

Ved utøvelsen av sin tilsynsmyndighet vil Statens helsetilsyn og Fylkesmennene føre tilsyn med at helse- og omsorgstjenesten drives i samsvar med krav fastsatt i lov og forskrifter, herunder i tråd med det generelle forsvarlighetsprinsipp som gjelder for helse- og omsorgstjenesten. I tillegg vil tilsynsmyndighetene føre tilsyn med det enkelte helsepersonell, både gjennom behandling av enkeltklager rettet mot helsepersonells yrkes-

utøvelse 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.

4.9 Kjønnsslemlestelsesloven

I Norge er kjønnsslemlestelse av kvinner forbudt ved egen lov, jf. lov 15. desember 1995 nr. 74 om forbud mot kjønnsslemlestelse.

Den som forsettlig utfører et inngrep i en kvinnes kjønnsorgan som skader kjønnsorganet eller påfører det varige forandringer, straffes for kjønnsslemlestelse, jf. lovens § 1. Strafferammen er fastsatt til fengsel inntil 4 år, men inntil 8 år dersom inngrepet har som følge sykdom eller arbeidsudyktighet som varer over to uker, eller en uheldelig lyte, feil eller skade er voldt, og inntil 10 år dersom inngrepet har som følge død eller betydelig skade på legeme eller helbred. Rekonstruksjon av kjønnsslemlestelse straffes på samme måte.

Av lovens forarbeider, Ot.prp. nr. 50 (1994–95), fremgår at kjønnsslemlestelse av kvinner er vesensforskjellig fra rituell omskjæring av gutter. Blant annet er det i proposisjonens kapittel 3 uttalt:

«Verdens helseorganisasjon bruker betegnelsen «genital mutilation of woman» om omskjæring av kvinner. «Genital mutilation» betyr kjønnsslemlestelse. Mange foretrekker betegnelsen kjønnsslemlestelse snarere enn omskjæring av kvinner for å understreke den fundamentale forskjellen mellom inngrepene som foretas på menn og kvinner og for bedre å illustrere inngrepets virkelige karakter. Begrepet viser til at det er et ødeleggende inngrep på de ytre kjønnsorganer hos kvinner, og at det således skiller seg fra den mer utbredte omskjæring av menn, som er en religiøs og kulturell handling uten kjente alvorlige helsemessige konsekvenser.»

Av lovens § 2 fremgår at også den som forsettlig unnlater å forsøke å avverge en kjønnsslemlestelse, for eksempel ved anmeldelse eller på annen måte, vil kunne straffes. Det samme gjelder for forstandere og religiøse ledere i trossamfunn.

4.10 Barneloven

Lov 8. april 1981 nr. 7 om barn og foreldre 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. Barn som er i stand til å danne seg egne synspunkter, skal dessuten få informasjon og ha anledning til å si sin mening før det blir tatt avgjørelse om personlige forhold. Departementet legger til grunn at en avgjørelse om rituell omskjæring vil være å forstå som «personlige forhold».

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.

Som nevnt i punkt 4.4 fastslår pasient- og brukerrettighetsloven § 4-4 andre ledd at det for visse typer helsehjelp vil være tilstrekkelig at kun én av foreldrene eller andre med foreldreansvar samtykker. Departementet legger til grunn at rituell omskjæring ikke er en slik type inngrep at det vil være tilstrekkelig med samtykke fra kun én av foreldrene.

4.11 Alternativ behandlingsloven

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 «helsere-latert behandling som utøves utenfor helse- og omsorgstjenesten, og som ikke utøves av autorisert helsepersonell». Rituell omskjæring av gutter vil i utgangspunktet falle utenfor lovens virkeområde. Inngrepet kan ikke sies å være «helsere-latert 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».

5 Forholdet til Grunnloven – internasjonalt regelverk og menneskerettighetskonvensjoner

5.1 Grunnloven

Retten til fri religionsutøvelse er vernet gjennom Grunnloven § 2 hvor det i første ledd heter:

«Alle Indvaanere af Riget have fri Religionsøvelse.»

Grunnloven § 2 innebærer ikke et absolutt forbud mot at det ved lov fastsettes begrensninger i utøvelsen av religiøse ritualer. Bestemmelsen må tolkes i lys av Den europeiske menneskerettskonvensjon artikkel 9 og FN's konvensjon om sivile og politiske rettigheter artikkel 18, som begge åpner for at det i lovgivningen kan fastsettes innskrenkninger i retten til religionsutøvelse. I tillegg til å ha hjemmel i lov, må begrensninger i religionsfriheten være begrunnet i hensynet til andres rettigheter eller nærmere bestemte samfunnsmessige hensyn. Inngrepet må også være forholdsmessig, der nødvendigheten av inngrepet for å oppnå et nærmere angitt formål må veies opp mot hvor inngripende tiltaket vil være.

I herværende proposisjon foreslår departementet 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. Hensikten med lovforslaget er å foreslå rettslige rammer som skal sikre at rituell omskjæring utføres på en forsvarlig måte. Reguleringen foreslås av hensyn til guttene og skal skape klarhet i ansvarsforhold, samtykke-regler og kompetansekrav, samt sikre adekvat smertelindring og oppfølging etter inngrepet. Den foreslåtte regulering innebærer at det skal finnes et forsvarlig tilbud om rituell omskjæring tilgjengelig i offentlig regi, og at rituell omskjæring som hovedregel skal utføres av lege. Omskjæring i strid med lovforslaget vil være straffbart. For trossamfunn som selv ønsker å utføre rituell omskjæring innenfor trossamfunnets egne rammer, vil forslaget innebære en viss innskrenkning sammenlignet med i dag fordi forslaget medfører at

inngrepet må utføres av en lege eller med lege til stede som står ansvarlig for inngrepet.

Departementet legger imidlertid til grunn at de begrensninger som dette 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 departementet foreslår.

5.2 Barnekonvensjonen, Den europeiske menneskerettskonvensjon og Konvensjonen om sivile og politiske rettigheter mv.

5.2.1 Innledning

Flere høringsinstanser har i sine uttalelser påpekt som en mangel ved høringsnotatet at det ikke inneholdt en samlet gjennomgang og vurdering av relevante internasjonale konvensjoner som Norge er bundet av, og da spesielt også en prinsipiell vurdering av om slikt regelverk kan være til hinder for en praksis med rituell omskjæring av gutter. I høringsnotatet ble det kun lagt til grunn at rituell omskjæring av gutter ikke i seg selv ville være i strid med FNs barnekonvensjon og Den europeiske menneskerettskonvensjon. Enkelte høringsinstanser har av den grunn også bedt om at det avholdes ny høring knyttet til en slik samlet gjennomgang og vurdering av relevant internasjonalt regelverk. I høringen har enkelte instanser også vist til at heller ikke FNs konvensjon om sivile og politiske rettigheter er diskutert.

Som nevnt i punkt 2.4 har Ståsettutvalget i sin utredning, NOU 2013: 1 Det livssyns åpne samfunn, vurdert spørsmålet om rituell omskjæring av gutter. Når det gjelder forholdet til internasjonale konvensjoner, og da spesielt Barnekonvensjonen og Den europeiske menneskerettskonvensjon, har utvalget inntatt en generell redegjørelse for dette i NOUens kapittel 19.

Når det konkret gjelder spørsmålet om rituell omskjæring av gutter har Ståsettutvalget tatt til etterretning departementets konklusjon i høringsnotatet om at rituell omskjæring av gutter ikke i seg selv vil være i strid med Barnekonvensjonen og Den europeiske menneskerettskonvensjon. Utvalget har ikke utover dette foretatt noen selvstendig vurdering av om internasjonale konvensjoner er til hinder for praksisen med rituell omskjæring av gutter.

5.2.2 Overordnet om konvensjonenes innhold

De forente nasjoners konvensjon om barns rettigheter av 20. november 1989 (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. I det videre omtales Barnekonvensjonen også med forkortelsen BK.

Tidligere hadde konvensjonen vært ratifisert av Norge siden 8. januar 1991. Norge er folkerettslig forpliktet til å oppfylle bestemmelsene i konvensjonen.

Konvensjonen bygger på fire grunnprinsipper:

- Ikke-diskriminering
- Barnets beste
- Barnets rett til liv og utvikling
- 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). Artikkel 12 garanterer for at ethvert barn som er i stand til å danne seg egne synspunkter, skal ha rett til fritt å gi uttrykk for disse synspunktene i alle forhold som vedrører barnet, og pålegger partene å tillegge barnets synspunkter behørig vekt, i samsvar med dets alder og modenhet. 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 behand-

ling, 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.

Den europeiske menneskerettskonvensjon 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. I det videre omtales Den europeiske menneskerettskonvensjonen også med forkortelsen EMK.

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 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 utdanning behandles i artikkel 2 i tilleggsprotokoll nr. 1.

De forente nasjoners internasjonale konvensjon om sivile og politiske rettigheter av 16. desember 1966 med tilleggsprotokoller, ble inkorporert gjennom menneskerettsloven § 2 nr. 3. I det videre omtales Konvensjonen om sivile og politiske rettigheter også med forkortelsen SP.

Norge er folkerettslig forpliktet til å oppfylle bestemmelsene i konvensjonen.

Departementet viser for ordens skyld til at minoritetsvernet som følger av SP omtales i proposisjonen punkt 5.3.

5.2.3 Departementets vurdering av om konvensjonene er til hinder for en praksis med rituell omskjæring av gutter

5.2.3.1 Redegjørelse for relevante bestemmelser

Statens oppgaver er generelt å beskytte sine innbyggere og å sørge for at innbyggerne får dekket sine behov. Overfor voksne er utgangspunktet at den enkelte i hovedsak kan beskytte seg selv og sørge for seg selv. Spesielle forhold kan likevel tilsi et offentlig ansvar knyttet til for eksempel å sørge for et nødvendig tilbud av helse- og

omsorgstjenester mv. I forhold til barn er utgangspunktet annerledes. Noen må beskytte og sørge for barna. I både lovverk og tradisjon er dette tillagt barnas foreldre, men over tid har statens oppgaver overfor barn vokst.

Tros- og livssynsfriheten beskyttes for alle, også når det gjelder barn. Den enkeltes tros- og livssynspraksis må imidlertid ikke krenke andres rettigheter og friheter. Dette vil kreve avveininger av ulike interesser og rettigheter. Det er viktig å beskytte barn mot voksnes utøvelse av religionsfriheten som går på bekostning av barns egen tros- og livssynsfrihet, og andre rettigheter og interesser.

I det videre skal det redegjøres nærmere for statens forpliktelser knyttet til de ulike menneskerettsbestemmelsene som angår barn, og nærmere om de ulike hensyn som da kan komme i konflikt. Når det gjelder spørsmålet om rituell omskjæring av gutter må staten som beskytter av barns interesser avveie hvor langt foreldreretten bør strekke seg.

Norge er som nevnt forpliktet av kravene i BK. Med bakgrunn i barns fysiske og psykisk umodenhet, sikrer konvensjonen spesielle beskyttelsestiltak og særlig omsorg. I tillegg presiseres alle de generelle menneskerettighetene som også gjelder for barn, for eksempel yringsfrihet, rett til privatliv, forsamlingsfrihet og tros- og livssynsfrihet.

Etter konvensjonen skal barnets beste være et grunnleggende hensyn ved alle tiltak og handlinger som gjelder barn, jf. BK artikkel 3 nr. 1 som lyder:

«Ved alle handlinger som berører barn, enten de foretas av offentlige eller private velferdsorganisasjoner, domstoler, administrative myndigheter eller lovgivende organer, skal barnets beste være et grunnleggende hensyn.»

Videre vektlegges prinsippene om ikke-diskriminering, rett til liv og utvikling og rett til å bli hørt, samt et prinsipp om barnets gradvise utvikling.

Staten skal sørge for at barnet får nødvendig beskyttelse og omsorg, i første rekke ved å pålegge foreldrene å sikre barnet oppdragelse, omsorg og utvikling, jf. BK artikkel 18 hvor det fremgår at omsorgsplikten og -retten først og fremst er lagt til foreldrene.

Konvensjonen sikrer også barnet mer spesifikke ytelser gjennom blant annet rett til helsetjenester, jf. BK artikkel 24 nr. 1 som lyder:

«Partene anerkjenner barnets rett til å nyte godt av den høyest oppnåelige helsestandard og til behandlingstilbud for sykdom og rehabilitering. Partene skal bestrebe seg på å sikre at ingen barn fratras sin rett til adgang til slike helsetjenester.»

Når foreldrene ikke kan eller vil gi nødvendig beskyttelse og omsorg, må staten ha tiltak som kan beskytte barna mot alle former for fysisk eller psykisk vold, skade eller misbruk, vanskjøtsel eller forsømmelig behandling, mishandling eller utnyttning, jf. BK artikkel 19 nr. 1 som lyder:

«Partene 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, herunder seksuelt misbruk, mens en eller begge foreldre, verge(r) eller eventuell annen person har omsorgen for barnet.»

I den forbindelse skal staten også beskytte barnet mot skadelig religiøs praksis og treffe alle effektive og egnede tiltak for å avskaffe tradisjonsbunden praksis som er skadelig for barns helse, jf. BK artikkel 24 nr. 3 som lyder:

«Partene skal treffe alle effektive og egnede tiltak for å avskaffe tradisjonsbunden praksis som er skadelig for barns helse.»

Barnets tros- og livssynsfrihet kan begrenses av foreldreretten etter blant annet EMK første tilleggsprotokoll artikkel 2, som lyder:

«Ingen skal bli nektet retten til utdanning. Funksjoner staten påtar seg i utdanning og undervisning, skal den utøve med respekt for foreldres rett til å sikre slik utdanning og undervisning i samsvar med deres egen religiøse og filosofiske overbevisning.»

Av SP artikkel 18 nr. 4 understrekes foreldrenes rettigheter enda tydeligere, idet det her heter:

«Konvensjonspartene forplikter seg til å respektere foreldres, og i tilfelle vergers, frihet til å sørge for sine barns religiøse og moralske oppdragelse i samsvar med deres egen overbevisning.»

Videre kan foreldrenes rett og plikt til omsorg for barnet begrense barnets adgang til å delta i religiøs praksis og rett til inn- og utmelding av tros- og livssynssamfunn. Staten kan gripe inn når foreldrene ikke oppfyller sin omsorgsplikt, eller når det på annen måte er fare for at barnet lider overlast.

Det kan være uklart hvor grensene går mellom foreldreretten og barnas selvstendige tros- og livssynsfrihet, og i mange tilfeller vil det være nødvendig å avveie (til dels motstridende) interesser. Et bærende synspunkt i BK er imidlertid at barna skal utvikles til selvstendige mennesker og derfor må gis innflytelse på eget liv forholdsvis tidlig. Foreldreretten må tilpasses denne utviklingen. Det er heller ikke alltid like klart hvor langt staten kan gå i å vektlegge hensynet til barnets beste til fortrenghet for tros- og livssynsfriheten og foreldreretten. Et inngrep som er begrunnet i beskyttelse av barn, vil imidlertid være et legitimt formål etter EMK artikkel 9 nr. 2 og SP artikkel 18 nr. 3. Hvis inngrepet følger av lov og står i forhold til formålet, vil det også være lovlig.

En gjennomføring av BKs krav er avgjørende for barns velferd under oppveksten og barns utvikling til fullverdige deltakere i samfunnet. I denne sammenheng er det avgjørende at barn får nødvendig innflytelse i både materielle og livssynsmessige spørsmål, samtidig som de beskyttes mot skadelige forhold.

Som utgangspunkt bør derfor foreldreretten bare gjelde så lenge barnet ikke selv anses å være i stand til å ta begrunnet standpunkt om annen religiøs tilhørighet enn foreldrenes. Ut over dette bør det utvises forsiktighet med å begrunne inngrep i barnas egen tros- og livssynsfrihet med foreldreretten. Ytterligere begrensninger må i tilfelle begrunnes i foreldrenes omsorgsplikt.

Foreldreretten må også begrenses av hensynet til barnets beste og gjennomføringen av barnets særlige rettigheter etter BK. Barna må således sikres den grunnleggende retten til utdanning, helse, omsorg og beskyttelse mv., selv om de aktuelle tiltakene kan stride mot foreldrenes overbevisning.

5.2.3.2 Departementets vurdering

Som nevnt er det særlig to hovedhensyn som gjør seg gjeldende i forbindelse med rituell omskjæring av gutter. Guttens rett til selvbestemmelse over sin egen kropp og religiøse identitet må her avveies mot foreldrenes interesse i å sikre guttens religiøse og kulturelle tilhørighet og oppvekst.

Barnets adgang til å ta selvbestemte valg, for eksempel å samtykke til et inngrep, er avhengig av en oppfattelse av barnet som er rasjonelt handlende og tenkende individ, herunder evnen til å forutse konsekvenser av mulige valg og evnen til å veie ulike hensyn mot hverandre. Veiledningsperspektivet til det beste for barnet under utøvelse av foreldreansvaret er sentralt i rettslige vurderinger, selv om vektlegging av foreldrenes interesse i mange tilfeller også kan forstås som et utslag av en forståelse om at barn «tilhører» foreldrene. I internasjonale menneskerettighetskonvensjoner synes barnets rett til tros- og livssynsfrihet først og fremst å fremstå som en rett til å tilhøre samme gruppe som foreldrene.

BK artikkel 5 og artikkel 18 omhandler som nevnt foreldrenes ansvar ovenfor barnet. Konvensjonens artikkel 5 krever at staten skal respektere foreldrenes rett og plikt til å veilede og støtte barnet i utøvelsen av sine rettigheter. Slik veiledning og støtte skal foreldrene gi i samsvar med barnets gradvise utvikling av evner og anlegg. Av BK artikkel 18 nr. 1 fremgår det at for foreldrene som har ansvar for barnets oppdragelse og utvikling, skal barnets beste komme i første rekke. «Barnets beste» vil endre seg som følge av at barnet etter hvert blir eldre og mer modent.

BK artikkel 5 og artikkel 18 gir, sammen med barnets rett til deltagelse i alle avgjørelser som angår barnet slik det følger av BK artikkel 12, føringer for utøvelsen av foreldreansvaret. Foreldrene må ta hensyn til og i tilbørlig grad vektlegge barnets meninger og tanker når foreldrene skal treffe en avgjørelse på vegne av barnet. Retten til å ta avgjørelser på vegne av barnet innebærer således en plikt til å innlemme barnet og dets oppfatninger i prosessen frem til en avgjørelse som berører barnets liv.

Rettslig hjemmel for foreldrenes kompetanse til å samtykke til rituell omskjæring av gutter, kan sies å følge av BK artikkel 5 og artikkel 18. Et samtykke fra foreldrene til rituell omskjæring kan også hjemles i foreldrenes rett til å gi uttrykk for sin religiøse tro, herunder retten til å sikre at barnets oppfostring er i samsvar med foreldrenes religiøse eller livssynsbaserte overbevisning, slik det er nedfelt i SP artikkel 18 nr. 4. Staten er etter denne bestemmelsen forpliktet til å respektere foreldrenes frihet til å sørge for sine barns religiøse og moralske oppdragelse i samsvar med deres egen overbevisning.

Når BK artikkel 18 nr. 1 krever at foreldreansvaret utøves i samsvar med barnets interesser og behov, og med barnets beste for øye, er spørsmålet om rituell omskjæring er til barnets beste. For

å avklare dette må ulike hensyn veies mot hverandre.

Risikoen som ligger i inngrepet, må holdes opp mot kulturelle, sosiale og religiøse fordeler som måtte følge av inngrepet for gutten. Departementet mener en anerkjent begrunnelse i så måte er at barns tilhørighet til en gruppe, sikres gjennom inngrepet og at dette er til barnets beste. Rituell omskjæring utgjør for mange en viktig del av familielivet og familiens identitet. Samfunnets innsats for at barn er inkludert i en gruppe, illustrerer at tilhørighet har stor betydning for opplevelsen av en god oppvekst. Relevante risikovurderinger går ut på inngrepets art og omfang, mulige skadevirkninger som følge av inngrepet, om disse er kortsiktige eller langsiktige, om de er enkle å behandle og om inngrepet oppfattes som irreversibelt.

Ved vurderingen av hvorvidt foreldrene skal kunne samtykke til slikt inngrep på vegne av barn som ikke selv kan samtykke, er det ofte uenighet knyttet til hvor risikofyllt et slikt inngrep er, og motsatt hvilke mulige fordeler et slikt inngrep kan medføre for gutten og senere mannen.

På den ene side vises det ofte til liten risiko forbundet med inngrepet og til helsemessige, sosiale og kulturelle fordeler, samt også foreldrenes tros- og livssynsfrihet og retten til å dyrke sin kultur. I tillegg trekkes det ofte frem at gruppen som praktiserer rituell omskjæring opprettholder sin egenart og markerer sitt samhold. I Norge, hvor det flerreligiøse og flerkulturelle samliv skal være ivaretatt, er dette hensynet relevant for den rettslige avveining om foreldrekompetansen.

De som ønsker å forby rituell omskjæring argumenterer imidlertid for at inngrepet innebærer helsemessige risikoer som ikke veies opp av fordelene og som heller ikke kan forsvares ved å vise til foreldrenes tros- og livssynsfrihet og den lange religiøse tradisjonen. I forlengelse av dette argumenteres det som en mellomløsning også for at inngrepet bør utstå til gutten er gammel nok til selv å bestemme om inngrepet skal utføres eller ikke.

BK artikkel 19 forbyr all form for vold mot barnet. Med støtte i denne bestemmelsen kan det argumenteres for at visse former for inngrep i et barns kropp kan være omfattet av det sivilrettslige forbudet mot bruk av vold mot barn. BK artikkel 19 gir imidlertid ingen entydige svar eller veiledning på spørsmålet om visse inngrep strider mot barnets beste og dermed ikke er omfattet av de avgjørelser foreldre kan ta i kraft av å være foreldre til barnet.

Ulike momenter og hensyn kan imidlertid også tale for at foreldre ikke bør kunne samtykke til rituell omskjæring av gutter, enten fordi den helsemessige faren anses som for stor eller fordi man mener at det er grunnlag for å karakterisere inngrepet som vold mot barnet. Det følger av BK artikkel 24 nr. 3 at staten skal treffe alle effektive og egnede tiltak for å avskaffe slik tradisjonsbundet praksis som er skadelig for barns helse. I tråd med dette skal da foreldrene ikke kunne samtykke til rituell omskjæring dersom det legges til grunn at slikt inngrep er i strid med barnets beste eller direkte er å anse for omfattet av voldsbegrepet i BK.

Etter departementets vurdering trekker imidlertid flere rettskilder i retning av at retten til å samtykke til rituell omskjæring er innenfor foreldreansvaret. Rituell omskjæring av gutter er ikke direkte regulert i internasjonale menneskerettskonvensjoner som BK, SP og EMK. Så langt vi kjenner til har heller ikke disse konvensjonenes overvåkingsorganer uttalt seg direkte om rituell omskjæring av gutter.

FNs barnekomité, som overvåker barnekonvensjonen, vedtok i 2011 en generell kommentar nr. 13. om barns rett til beskyttelse mot integritetskrenkelser i BK artikkel 19. I denne kommentaren gir komiteen en ikke-uttømmende beskrivelse av handlinger som anses som integritetskrenkelser mot barn. Barnekomiteen slår uttrykkelig fast at omskjæring av kvinner er i strid med konvensjonen, mens omskjæring av menn ikke er nevnt.

Departementet viser også til at det ikke finnes praksis fra Den europeiske menneskerettsdomstol som berører spørsmålet om rituell omskjæring av gutter.

De bestemmelser som særlig kan anføres til støtte for at en beslutning om omskjæring av nyfødte eller helt små gutter må kunne tas av foreldrene, er etter departementets syns religionsfriheten i EMK artikkel 9, SP artikkel 18 og BK artikkel 14 nr. 2. Sistnevnte bestemmelse inneholder på samme måte som SP artikkel 18 nr. 4 en klarere anerkjennelse av foreldrenes rett til å oppdra barn i samsvar med egen tro, enn EMK artikkel 9, men en tilsvarende rettighet vil til en viss grad også kunne innfortolkes i EMK artikkel 8. EMK's tilleggsprotokoll 1 artikkel 2 er slik departementet ser det mindre relevant i denne sammenheng, idet denne etter sin ordlyd kun omfatter foreldrenes rett til å sikre barna utdanning og undervisning i samsvar med egen overbevisning.

På den annen side kan det som nevnt argumenteres med at barnets rett til fysisk integritet

også må medføre en rett for barnet til å nekte enhver form for religiøst motivert inngrep på sin kropp. Siden det er en viss risiko knyttet til inngrepet, taler dette for at denne type inngrep ikke bør utføres før barnet selv er gammel nok til å kunne samtykke.

De bestemmelser som særlig kan anføres mot den oppfatning at foreldre skal kunne beslutte at nyfødte eller helt små gutter skal omskjæres, er først og fremst BK artikkel 24 om rett til helse, herunder artikkel 24 nr. 3 som pålegger partene «å treffe alle effektive og egnede tiltak for å avskaffe tradisjonsbunden praksis som er skadelig for barns helse». Likedan kan anføres barns selvstendige rett til religionsfrihet etter BK artikkel 14. For barn som har nådd en slik alder og modenhet at de er i stand til å ha en mening om spørsmålet, er også retten til å bli hørt etter BK artikkel 12 aktuell. Slik departementet ser det bør det legges mindre vekt på BK artikkel 19 om rett til frihet fra vold mv.

Etter en helhetsvurdering legger departementet til grunn at en adgang til å samtykke til rituell omskjæring av gutter ligger innenfor foreldreaansvaret. Departementet legger til grunn at BK ikke kan sies å innebære et krav om forbud mot rituell omskjæring av gutter. Spørsmålet er ikke eksplisitt nevnt eller diskutert i konvensjonen og departementet vil også vise til at så vidt departementet vet så er det heller ingen land som har innført forbud mot rituell omskjæring av gutter.

Dette innebærer at foreldrene skal kunne samtykke til rituell omskjæring av guttebarn. Selv om inngrepet medfører en viss risiko for komplikasjoner, må denne risikoen sies å være lav dersom inngrepet utføres på forsvarlig måte av kompetent personell. De mest vanlige komplikasjoner som kan oppstå er også mindre alvorlige og av en slik art at de som oftest er enkle å behandle. Departementet vil imidlertid understreke at det i tilknytning til inngrepet også kan forekomme komplikasjoner av mer alvorlig art. Barn som er i stand til å danne seg egne synspunkter skal gis mulighet til å si sin mening før avgjørelsen blir tatt.

Som nevnt mener departementet at BK ikke kan sies å innebære et krav om forbud mot rituell omskjæring av gutter. Departementet mener imidlertid konvensjonen er et sterkt argument for å kreve at rituell omskjæring i så fall må gjøres på en forsvarlig måte. Departementet viser i den forbindelse til at det i lovforslaget er oppstilt en rekke krav som skal sikre at inngrepet gjøres på en forsvarlig måte slik at barn ikke utsettes for unødig risiko for skade eller smerte. Som det fremgår skal inngrepet bare gjøres av lege eller

der hvor lege er tilstede og står ansvarlig, det skal gis nødvendig smertelindring i tilknytning til inngrepet, det skal gis informasjon og det vil være nødvendig med samtykke fra begge foreldre. Departementet viser videre til at overtredelse av loven vil være straffbart.

5.3 Minoritetsvernet etter FNs konvensjon om sivile og politiske rettigheter

De forente nasjoners internasjonale konvensjon av 16. desember 1966 om sivile og politiske rettigheter med tilleggsprotokoller, ble som nevnt inkorporert gjennom menneskerettsloven § 2 nr. 3.

Jødene regnes som nasjonal minoritet i Norge og har krav på særskilt vern i henhold til konvensjonens artikkel 27 hvor det heter:

«I de stater hvor det finnes etniske, religiøse eller språklige minoriteter, skal de som tilhører slike minoriteter ikke nektes retten til, sammen med andre medlemmer av sin gruppe, å dyrke sin egen kultur, bekjenne seg til og utøve sin egen religion, eller bruke sitt eget språk.»

I herværende proposisjon foreslår departementet 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. Den foreslåtte regulering innebærer at det skal finnes et forsvarlig tilbud om rituell omskjæring tilgjengelig i offentlig regi, og at rituell omskjæring som hovedregel skal utføres av lege. Omskjæring i strid med dette vil være straffbart. For trossamfunn som selv ønsker å utføre rituell omskjæring innenfor trossamfunnets egne rammer, kan forslaget innebære en innskrenkning sammenlignet med i dag fordi forslaget medfører at inngrepet må utføres av en lege eller med lege til stede som står ansvarlig for inngrepet.

Departementet legger imidlertid til grunn at de begrensninger som dette kan sies å innebære for den enkeltes religionsutøvelse, må anses for å være mindre inngripende eller tyngende. Departementet viser også til at det i arbeidet med proposisjonen har vært avholdt møte med Det Mosaiske Trossamfund hvor det har blitt redegjort for hovedlinjene i lovforslaget. Det Mosaiske Trossamfund har her uttrykt støtte til forslaget og også opplyst at man ved rituelle omskjæringer allerede

har fast praksis for å ha lege tilstede. Departementet legger derfor til grunn at den lovregulering av rituell omskjæring av gutter som departementet foreslår ikke står i motstrid til det særskilte minoritetsvernet som følger av konvensjonens artikkel 27.

5.4 Europarådets parlamentarikerforsamling

Europarådets parlamentarikerforsamling (PACE) fattet 1. oktober 2013 en resolusjon og en rekommandasjon som omhandler både kvinnelig kjønnslemlestelse, omskjæring av gutter, kjønnskorrigerende operasjoner, tatovering, piercing og plastisk kirurgi.

Til grunn for vedtaket lå en rapport utarbeidet av Parlamentarikerforsamlingens komité for sosiale saker, helse og bærekraftig utvikling. Resolusjonen med anbefalinger rettet mot medlemslandene (Resolusjon 1952 (2013)) inneholdt en oppfordring til medlemslandene om å innføre bevisstgjørende kampanjer for å øke kunnskapen om fysiske og psykiske konsekvenser av denne typen inngrep, samt se på muligheten for å innføre lov-

reguleringer på området. Rekommandasjonen som inneholder anbefalinger til Europarådets ministerkomité (Rekommandasjon 2023 (2013)) anbefalte komiteen å inkludere spesifikke referanser til barns rett til fysisk integritet og medbestemmelse i Europarådets standarder.

Parlamentarikerforsamlingens vedtak vedrørende rituell omskjæring av gutter har skapt sterke reaksjoner i enkelte land, blant annet Israel og Tyrkia, og blant jødiske og muslimske organisasjoner i Europa. Resolusjonen/rekommandasjonen oppfattes som et overgrep mot religionsfrihet og kultur, og det oppfattes som en provokasjon å likestille omskjæring av gutter med kvinnelig kjønnslemlestelse. Israels utenriksdepartement gikk like etter vedtakelsen ut med en uttalelse som oppfordret Europarådet til å revurdere resolusjonen/rekommandasjonen, tett fulgt av et brev fra president Shimon Peres til generalsekretær Jagland. Resolusjonen har fra israelsk hold blitt kalt både anti-religiøs og rasistisk. Jagland har i sitt svar uttalt at omskjæring av gutter ikke er i strid med Den europeiske menneskerettighetskonvensjonen.

Det er foreløpig ikke avklart når ministerkomiteen skal ta stilling til anbefalingen.

6 Rettslig regulering i andre land

6.1 Sverige

Siden 2001 har Sverige hatt en egen lov som regulerer rituell omskjæring (lagen (2001:499) om omskærelse av pojkar). 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 «Inspektionen för vård och omsorg» 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.

Inspektionen för vård och omsorg kan kalle tilbake tillatelsen dersom vedkommende har utført omskjæring på en uforsvarlig måte eller av andre grunner er uegnet til å utføre omskjæring. Inspektionen för vård och omsorg 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 eller 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 helse- og omsorgstjenesten. Prinsipielt uttalte regjeringen at rituell omskjæring ikke inngår i det som helse- og omsorgstjenesten skal prioritere.

Loven ble evaluert i 2005. I en rapport utgitt av Sosialstyrelsen, «Omskærelse av pojkar. Effekter av lagen (2001:499)», fremkommer det at rituell omskjæring utføres i begrenset grad i den offentlige helse- og omsorgstjenesten. 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 helse- og omsorgstjenesten 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 helse- og omsorgstjenesten. 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 Socialstyrelsen forelå i april 2007, «Omskærelse av pojkar. Rapport av ett regeringsoppdrag (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 helse- og omsorgstjenesten.

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.

I en debattartikkel publisert på regeringskansliet.se 18. november 2011 har den svenske integrasjonsministeren uttalt at han ikke mener rituell omskjæring er i strid med menneskerettighetene og at han derfor ikke vil ta initiativ for å endre lovgivningen som åpner for fortsatt rituell omskjæring av gutter.

6.2 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 medhjelpere. I det jødiske miljøet er det en

mohel som foretar inngrepet. Lege er alltid 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.

Det danske helsedepartementet ba 1. november 2012 Sundhedsstyrelsen om å vurdere helsefaglige aspekter knyttet til rituell omskjæring av gutter. I sin utredning av juni 2013 konkluderte Sundhedsstyrelsen med at det ikke foreslå avgjørende helsefaglige grunner for å innføre et forbud mot omskjæring generelt, og dermed heller ingen helsefaglige grunner til å forby rituell omskjæring spesielt.

6.3 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 menneskerettskonvensjonen, FNs 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 helse- og omsorgstjenesten på samme måte som medisinsk indiserte omskjæring. På dette punktet var imidlertid arbeidsgruppen ikke enstemmig. Arbeidsgruppens rapport ble ikke fulgt opp med lovreguleringsforslag fra departementets side.

«Högsta domstolen» har i et «förhandsbeslut» fra 2008 konstatert at ikke-medisinsk omskjæ-

relse 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 uttalte Social- og helsevårdsministeriet i oktober 2010 at det ikke var behov for særskilt lovregulering av rituell omskjæring av gutter.

Som følge av initiativ fra enkelte private organisasjoner høsten 2012 med ønske om lovregulering av rituell omskjæring, har Social- og helsevårdsministeriet bedt det finske helsedirektoratet om å utarbeide en oppdatert rapport om feltet som vil inngå i ministeriets beslutningsgrunnlag.

6.4 Island

Island har ingen særskilt lov- eller forskriftsregulering knyttet til rituell omskjæring av gutter. Departementet har fått opplyst at dette inngrepet bare unntaksvis utføres og at det slik sett ikke er tradisjon for rituell omskjæring av gutter på Island.

Det har vært lite offentlig debatt knyttet til dette temaet på Island og hovedregelen er at sykehusene kun utfører denne type inngrep dersom det foreligger medisinsk indikasjon for å utføre inngrepet.

6.5 Tyskland

Rituell omskjæring av gutter har vært praktisert i Tyskland i lang tid. En regional domstol kom imidlertid 7. mai 2012 til at omskjæring av en fire-

årig gutt, uten at det forelå medisinsk indikasjon, var å anse for en legemsbeskadigelse i strid med lovverket. Selv om foreldrene hadde samtykket til inngrepet ble det lagt til grunn at dette var underordnet barnelovgivningens krav om at barn ikke kan utsettes for inngrep som ikke er i barnets interesse.

Som følge av den debatt som oppstod i kjølvannet av domsavsigelsen, ble det tatt initiativ for å klargjøre rettstilstanden. Fra 28. november 2012 ble det uttrykkelig slått fast ved lov at rituell omskjæring av gutter vil være tillatt dersom nærmere bestemte vilkår er oppfylt. Det er nå fastslått at guttens foreldre innenfor sitt foreldreansvar har rett til å samtykke til rituell omskjæring. For at slikt samtykke skal være gyldig må blant annet følgende vilkår være oppfylt:

- Omskjæringen må utføres på forsvarlig måte og slik at det påfører gutten minst ubehag og med mest mulig effektiv smertelindring
- Før inngrepet må særlige risikomomenter eller mulige komplikasjoner knyttet til inngrepet undersøkes grundig
- Foreldrene må ta i betraktning guttens ønske, i den grad gutten har nådd slik alder at det er mulig å avklare denne

Inngrepet skal som hovedregel utføres av lege. Før gutten har fylt seks måneder kan imidlertid inngrepet også utføres av personer som er oppnevnt av et trossamfunn hvor religiøs omskjæring inngår. Inngrepet skal uansett utføres i tråd med vilkår som nevnt ovenfor og den som utfører inngrepet må være kvalifisert til å utføre det på samme måte som en lege.

7 Nærmere om høringsforslaget og høringsinstansenes syn

7.1 Høringsforslaget

Som nevnt i punkt 2.3.1 ble det i høringsnotatet av 26. april 2011 vurdert ulike måter å regulere og organisere et forsvarlig tilbud om rituell omskjæring. De modellene som ble vurdert var om inngrepet kunne utføres ved offentlige sykehus, av private sykehus/spesialister, i tilknytning til helsestasjoner eller av andre enn helsepersonell.

Departementet understreket at det ville være i alles interesse at rituell omskjæring blir utført på en forsvarlig måte, og at det derfor ville være nødvendig å gjøre noe med dagens situasjon for å hindre at guttene blir utsatt for risiko for skade. Det ble vist til at man gjennom lovregulering av rituell omskjæring kunne legge til rette for at inngrepet utføres på en forsvarlig måte. Lovregulering ville skape klarhet i ansvarsforhold, samtykkekrav og kompetansekrav, samt sikre tilstrekkelig smertelindring og oppfølging i tilknytning til inngrepet. Etter departementets vurdering burde aktuell løsningsmodell ivareta tre grunnleggende hensyn:

1. Løsningen 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. Den løsning som velges må ha en finansieringsordning som gjør at tilbudet er stabilt og forutsigbart

Etter en helhetlig vurdering av ulike måter å regulere og organisere et forsvarlig tilbud, skisserte derfor departementet to ulike lovmodeller som høringsinstansenes ble bedt om å vurdere:

Lovreguleringsmodell A

- Lovfesting av at de regionale helseforetakene skal organisere spesialisthelsetjenesten slik at de som ønsker det innen regionen kan få utført rituell omskjæring på en forsvarlig måte
- Omskjæringen skal utføres av lege

- Omskjæringen skal fortrinnsvis utføres i tilknytning til fødsel
- Det skal ikke kreves egenbetaling for inngrepet
- Lovfesting av en godkjenningsordning slik at også den som ikke er lege kan få tillatelse til å utføre rituell omskjæring av gutter under to måneder

I henhold til modell A skulle altså rituell omskjæring kunne utføres både av lege eller av person med særskilt tillatelse. I henhold til høringsforslaget skulle slik tillatelse kunne gis personer som har en tilknytning til et trossamfunn hvor rituell omskjæring inngår som en del av en religiøs tradisjon. Forslaget innebar også detaljert regulering av hvordan omskjæring skulle utføres, herunder krav til samtykke, informasjon, krav til forsvarlig gjennomføring av selve inngrepet og krav om tilfredsstillende smertelindring og smittevern. Lovforslaget innebar at den som utfører rituell omskjæring uten å være lege eller å ha særskilt tillatelse, kunne straffes.

Lovreguleringsmodell B

- Lovfesting av at de regionale helseforetakene skal organisere spesialisthelsetjenesten slik at de som ønsker det innen regionen kan få utført rituell omskjæring av gutter på en forsvarlig måte
- Omskjæringen skal utføres av lege
- Omskjæringen skal fortrinnsvis utføres i tilknytning til fødsel
- Det skal ikke kreves egenbetaling for inngrepet

I motsetning til modell A innebar altså modell B at kun lege skulle kunne utføre rituell omskjæring av gutter, og at andre som utfører inngrepet kunne straffes. Som følge av at inngrepet kun skulle utføres av lege ble det vurdert som mindre nødvendig å foreslå detaljert lovregulering av hvordan omskjæring skulle utføres.

7.2 Generelt om høringen

Ekstern høring knyttet til lovforslaget ble avsluttet 3. oktober 2011. Departementet har mottatt 82 høringsuttalelser og høringen kjennetegnes av at instansene har vært delte når det gjelder henholdsvis støtte eller motstand til forslagene.

Mange høringsinstanser har støttet enten modell A eller modell B. Flere av disse har vist til at inngrepet bør tillates, og at man da må sikre at det kan gjennomføres på en forsvarlig måte. Flere har imidlertid hatt ulike forbehold for sin støtte, og da typisk at inngrepet bare bør gjøres av lege på sykehus og mot full egenbetaling. I og med at begge høringsforslagene la opp til at det ikke skulle kreves egenbetaling, må derfor støtten fra enkelte instanser til enten modell A eller modell B tas med visse forbehold.

Med den forutsetning at flere som nevnt har tatt ulike forbehold for sin støtte, har 20 instanser støttet modell A, mens 20 instanser har støttet modell B. Departementet vil imidlertid bemerke at det for enkelte høringsinstanser kan være noe uklart om de støtter enten modell A eller modell B, eventuelt om de skal kunne sies å støtte begge modellene.

Hovedbegrunnelsen for de som har støttet enten modell A eller modell B har vært at lovregulering er et nødvendig tiltak for å sikre et forsvarlig tilbud slik at barn ikke utsettes for skade eller risiko for skade ved å bli omskjært av ikke-kompetente personer. En annen viktig begrunnelse er at lovregulering vil kunne sikre nødvendig smertelindring og oppfølging i etterkant av inngrepet, samt sikre lik tilgang i hele landet.

Departementet vil også påpeke at de fleste høringsinstansene som har avgitt uttalelse, i hovedsak har uttalt seg i forhold til prinsipielle spørsmål knyttet til rituell omskjæring, herunder spørsmålet om valg av lovreguleringsmodell. Høringsinstansene har bare i mindre grad hatt konkrete merknader eller innspill knyttet til de enkelte lovbestemmelsene i de alternative lovforslagene.

Totalt 16 høringsinstanser har uttalt at de ikke har merknader eller at de ikke ønsker å avgi høringsuttalelse.

Totalt 31 høringsinstanser har uttalt at de ikke støtter lovregulering av rituell omskjæring av gutter. Av disse er 18 uttalelser sendt inn fra privatpersoner. Flere av de 31 instansene som ikke støtter lovregulering har imidlertid uttalt at de kan godta rituell omskjæring dersom det utføres på gutter over 18 år og mot full egenbetaling. I tiden etter at høringen var avsluttet har departementet

også mottatt uttalelser fra om lag 30 privatpersoner som i all hovedsak enten har gitt uttrykk for at rituell omskjæring bør forbys eller at det ikke bør foreslås lovregulering i tråd med høringsforslaget.

Hovedbegrunnelsen for de som ikke ønsker lovregulering av rituell omskjæring synes å være at dette er et irreversibelt inngrep uten medisinsk indikasjon, og at det derfor ikke bør utføres i helse- og omsorgstjenesten eller av helsepersonell. I forlengelsen av dette er det blant annet vist til at helsetjeneste og helsepersonell ikke bør prioritere tid og ressurser på denne type ikke-indiserte inngrep eller at denne type inngrep representerer overgrep mot barn som derfor uansett bør forbys eller knyttes til ulike aldersgrenser.

7.3 Nærmere om høringsinstansenes syn

Det Mosaiske Trossamfund i Trondheim og Oslo er glad for at det nå kommer reguleringsforslag for å få rituell omskjæring inn i ordnede former, samtidig som de også har enkelte merknader og forslag til presiseringer. Når det gjelder forholdet til menneskerettighetene uttales det blant annet:

«I notatet (...) konkluderes det med at omskjæring ikke er i strid med menneskerettighetene slik de er nedfelt, bl.a. i EMK. Det er en svakhet ved notatet at det ikke drøfter hvorvidt forbud mot omskjæring kan være i strid med internasjonale konvensjoner, især EMK. Vi vil særlig fremheve art. 8 som slår fast retten til respekt for privatliv og familieliv, art. 9 som slår fast retten til religionsfrihet, herunder retten til tilbedelse, praksis og etterlevelse, samt art. 14 som forbyr diskriminering pga religion. Et forbud mot omskjæring eller å tvinge det inn under modell B vil være i strid med nevnte bestemmelser i EMK. Imidlertid er det på sin plass å gjøre de tiltak som er nødvendige for at omskjæring skal skje i betryggende former, uten fare for skade på barnet.»

Videre uttales det:

Motstanden i enkelte norske medisinske kretser mot mannlig omskjæring synes å ha sin bakgrunn i helsepersonell som er vel bevandret i almindelig kirurgi, men har liten eller ingen kunnskap i den metode en mohel bruker for inngrepet. Dersom inngrepet gjøres med vanlig norsk kirurgi, blir det adskillig vanskeligere, mer omfattende og mer utsatt for kompli-

kasjoner enn ved den metode en mohel bruker. (...)

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

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

Når det gjelder krav om at inngrepet skal utføres på sykehus uttaler Det Mosaiske Trossamfund blant annet:

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

Når det gjelder valg av lovmodell uttales det:

«Modell A er klart å foretrekke. Vi har likevel noen bemerkninger til modellen, slik den er foreslått: Forutsetningen om at inngrepet i hovedsak skal gjøres i forbindelse med fødselen kan være umulig å etterkomme i jødisk

sammenheng, avhengig av hva man mener med «i forbindelse med». Normalt blir mor og barn sendt hjem kort tid etter fødselen. Dersom man «i forbindelse med» mener mens mor og barn fremdeles er på sykehuset (...) vil det bety at inngrepet skal gjøres i løpet av et par dager etter fødselen. Dette er ikke mulig i jødisk sammenheng da omskjæringen, hvis mulig, skal skje på den 8. dag.»

(...)

Modell B vil ikke tilfredsstille kravet til rituell omskjæring da inngrepet må utføres av en religiøs jødisk person, i praksis en mohel. Å satse på modell B vil derfor tvinge den jødiske befolkningen til å få inngrepet utført i utlandet. Avhengig av hvordan regelverket utformes, kan det også bety at jødisk liv i Norge vil bli umuliggjort og i praksis innebære et forbud mot fortsatt normalt jødisk liv i Norge.»

Islamsk Råd Norge støtter lovmodell A og mener denne modellen innebærer større fleksibilitet og muliggjør mer effektiv utnyttelse av helseressursene. Samtidig understrekes det at også lovmodell B vil være akseptabel.

Islamsk Råd Norge viser til at inngrepet er marginalt og ukomplisert hvis det utføres av kvalifisert personale. Vedkommende trenger imidlertid ikke være kirurg, og også leger uten kirurgisk kompetanse og annet helsepersonell bør kunne utføre inngrepet, eventuelt også andre personer med spesialkompetanse.

I forhold til høringsnotatet påpekes det at det bør være større fleksibilitet med hensyn til hvor inngrepet utføres, og da slik at inngrepet også kan tenkes utført poliklinisk eller ved egnede godkjente helsefasiliteter utenfor sykehusene.

Støtter som hovedregel at det skal skje i forbindelse med fødsel, men anbefaler også her fleksibilitet og da i samråd med foreldrene. Helsepersonell bør i forbindelse med fødsel opplyse om adgangen til å få utført omskjæring, og foreldrene bør samtidig få tilbud om å få utført inngrepet innen rimelig tid.

Islamsk Råd Norge anser det for svært viktig at inngrepet utføres på en mest mulig skånsom måte og dersom medisinsk sakkyndige mener bedøvelse er nødvendig eller ønskelig for å redusere eventuelle smerter, tilrådes dette.

Oslo katolske bispedømme støtter lovmodell A, forutsatt at forskriften til gjennomføring av loven blir utformet på et vis som ikke legger alvorlige hindringer i veien for minoritetenes religionsutøvelse. *Den norske kirke v / Mellomkirkelig råd* mener ut fra et trosfrihetsanliggende at rituell

omskjæring bør reguleres på en forsvarlig måte i Norge. Det vises til at foreldreretten og retten til å oppdra barn i samsvar med egen religiøse tro, må veie tyngre enn de rettigheter som særskilt er lagt til barnet. Støtter lovmodell A, idet det vises til at denne (i motsetning til lovmodell B), vil gjøre det mulig for jødene å praktisere rituell omskjæring i tråd med sin religiøse tro. Et flertall av *Samarbeidsrådet for tros- og livssynssamfunn* (med unntak for Human-etisk forbund) mener rituell omskjæring bør være tillatt på en forsvarlig måte. Rådet støtter lovmodell A om at inngrepet også skal kunne gjøres av andre, men da gjerne med lege tilstede.

Den norske kirke (Oslo biskop og Oslo bispedømmeråd) støtter lovmodell A og viser til at denne modellen best ivaretar religionsfriheten og uttaler blant annet:

«Det er viktig med gode og tjenelige rettslige rammer rundt rituell omskjæring av gutter. Vi vil derfor berømme departementet for å ville «skape sikkerhet rundt inngrepet og beskytte barna» (...). Dette må imidlertid ikke gjøres på en slik måte at det stigmatiserer visse religiøse minoritetsgrupper. Det skal svært gode grunner til for å sette religionsfriheten til side og i lovs form gripe inn i etablert religiøs praksis – så sant denne ikke beviselig er i strid med nasjonale og internasjonale lover og konvensjoner.»

I sin høringsuttalelse har *MIRA – ressursenter for kvinner med minoritetsbakgrunn* støttet forslaget om å regulere rituell omskjæring i tråd med lovmodell B. Det argumenteres for at rituell omskjæring bør defineres som et helseanliggende og at dette burde være et offentlig ansvar og ikke overlates til mer eller mindre kompetente personer innenfor de ulike religiøse trossamfunn. Dette vil sikre forsvarlighet og lik tilgjengelighet til tilbudet for alle i landet.

Det vises videre til at prioriteringshensyn ikke bør tillegges vesentlig vekt. Det påpekes at inngrepet vil kreve begrenset ressursbruk sett i sammenheng med de samlede helsebudsjetter og at dette spørsmålet må veies opp mot den økonomiske byrde det vil representere for den enkelte familie dersom de skal betale selv. Dette vil igjen gi risiko for at inngrepet utføres av ikke-kompetente personer.

Norges Kristelige Legeforening mener det kan diskuteres prinsipielt om rituell omskjæring bør tillates eller ikke. Det påpekes at ønsket om å hindre at guttebarn blir utsatt for risiko og skade ved

at rituell omskjæring utføres av ikke-kompetente, betones for sterkt i høringsnotatet. Det vises til at det ikke er statens ansvar å bruke alle tilgjengelige midler for å hindre borgere i å gjøre potensielt skadelige handlinger. I lys av dette er det derfor urimelig at det ikke kreves egenbetaling for rituell omskjæring ved sykehus. Selv om det er snakk om et lite beløp totalt sett, er prinsippet det viktigste. Det påpekes at rituell omskjæring er kroneksemplet på behandlingstiltak som ikke bør prioriteres i helsetjenesten. Staten bør derfor ikke bryte med anerkjente prioriteringsprinsipper for å oppnå en ønsket atferd fra borgerne. Foreningen støtter lovmodell A, men mener det samtidig er svært viktig at det innføres full egenbetaling.

Kontaktutvalget mellom innvandrerbefolkningen og myndighetene mener at en regulering vil styrke hensynet til barnets beste. Det vises til at begge de foreslåtte lovmodeller vil innebære at de regionale helseforetakene må sørge for et tilbud. Kontaktutvalget mener imidlertid at lovmodell B er den beste.

Høringsuttalelsen fra *Human-Etisk Forbund* lyder:

«Omskjæring av gutter og jenter reiser de samme prinsipielle spørsmål med hensyn til barnets livssynsfrihet. For å sikre livssynsfriheten for alle – også barn – må foreldre hindres i å gjennomføre irreversible forrankringer av en spesiell livssynstilhørighet hos sitt barn.

Hovedstyret ønsker et lovforbud mot omskjæring av gutter, og ber administrasjonen ferdigstille høringssvar i tråd med dette.

Dersom det ikke er politisk flertall for et lovforbud umiddelbart anbefaler HEF at det lages en bred menneskerettslig utredning der barns rettigheter vurderes i forhold til foreldres religionsfrihet.

Inntil forbud foreligger bør et minstekrav være en lovregulering som sikrer at omskjæring skjer i helseinstitusjoner.»

I sin høringsuttalelse har *Hedningsamfunnet* gitt uttrykk for at rituell omskjæring av gutter under 18 bør være forbudt:

«Omskjæring er irreversibel. Sønner av jødiske og muslimske foreldre tvinges til å bære en religiøs markør for livet. Det må karakteriseres som et religiøst overgrep. Dette strider mot barnets (og den senere voksnes) integritet og livssynsfrihet. De voksnes krav til tradisjon og tro kan ikke være overordnet barnets rett til sin egen kropp, jamfør også

omskjæring av jenter. Barnekonvensjonen art. 24.3 sier: «Partene skal treffe alle effektive og egnede tiltak for å avskaffe tradisjonsbunden praksis som er skadelig for barns helse».

Barneombudet ser at det kan være hensiktsmessig med en lov som sikrer ivaretagelsen av guttebarn når de skal omskjæres, men påpeker at en lovregulering i så fall forutsetter at man aksepterer at små gutter utsettes for dette inngrepet. I forlengelsen av dette uttaler ombudet:

«Barneombudets holdning er derfor at guttebarn ikke skal kunne omskjæres før de selv har mulighet til å gi et reelt samtykke til inngrepet. I stedet for å lovregulere noe som Barneombudet mener er en krenkelse av barnets rett til å bestemme over egen kropp, bør helse- og omsorgsdepartementet sette en nedre aldersgrense knyttet til barnets rettigheter, jf barnekonvensjonen, når det i stedet for å diskutere aldersgrense eller et eventuelt forbud, presenterer et lovforslag som regulerer denne praksisen.

Barneombudet mener at hvis myndighetene virkelig har til hensikt å beskytte guttebarna, vil en nedre aldersgrense være veien å gå. Barneombudet kan derfor bare støtte en lovregulering av rituell omskjæring hvis myndighetene ikke klarer å etablere en slik aldersgrense.»

I sin høringsuttalelse har Barneombudet diskutert rituell omskjæring i forhold til flere artikler i Barnekonvensjonen. I motsetning til hva departementet la til grunn i høringsnotatet, mener Barneombudet at rituell omskjæring kan være problematisk i forhold til Barnekonvensjonen.

Ombudet viser til at barn etter Barnekonvensjonen artikkel 24 nr. 3 har rett til å bli beskyttet mot tradisjonsbunden praksis som er skadelig for barnets helse. I forlengelsen av dette mener ombudet at barn har rett til å bli beskyttet mot et ikke-medisinsk begrunnet kirurgisk inngrep som påfører det smerte. Barn har også rett til å bli beskyttet mot å få fjernet en funksjonell kroppsdelt når det ikke foreligger verken en åpenbar medisinsk eller helsemessig begrunnelse for dette. Det vises til at inngrepet heller ikke er ufarlig og at det i seg selv kan føre til alvorlige komplikasjoner.

Barneombudet viser til forskning som underbygger at omskjæringen, i tillegg til smerten barna opplever i forbindelse med selve inngrepet, også kan medføre fysiske, seksuelle og psykiske

konsekvenser. Ombudet mener at dette underbygger argumentet om at guttebarn bør beskyttes mot en tradisjonsbunden praksis som omskjæring, inntil de har blitt så store at de kan forstå konsekvensene av inngrepet, og være i stand til å ta denne beslutningen selv.

Barneombudet viser videre til at departementet har lagt til grunn at en avgjørelse om rituell omskjæring er innenfor hva den eller de med foreldreansvaret kan samtykke til på vegne av barnet. Barneombudet mener imidlertid at når det kommer til omskjæring, er det berettiget å stille spørsmål ved hva man kan bestemme i kraft av å være foreldre. Det vises til at artikkel 12 i Barnekonvensjonen slår fast at barn har rett til å si sin mening i alle spørsmål som vedrører det, og at barnets synspunkter skal vektlegges i samsvar med alder og modenhet. I forlengelse av dette uttaler ombudet:

«Små barn har ikke samtykkekompetanse. Mange guttebarn omskjæres når de bare er noen dager gamle. Så små barn kan ikke gi uttrykk for sin mening ut over det å protestere med skriking i forbindelse med selve inngrepet, og smerter mens såret gror.

(...)

Barneombudet stiller spørsmål ved om det er riktig å foreta et slikt inngrep på noen som verken kan gi uttrykk for sine meninger, eller eventuelt samtykke, på en verbal måte som voksne i barnets omgivelser har forutsetninger for å forstå.»

Når det gjelder barnekonvensjonens artikkel 14 om tanke-, samvittighets- og religionsfrihet, uttaler Barneombudet blant annet:

«I følge barnekonvensjonen har barn religionsfrihet. Dette er en klar og tydelig rettighet i barnekonvensjonens artikkel 14. Denne selvstendige retten til religion er viktig. Det å være omskåret kan derfor bety mye for barnet. Det kan vise tilhørighet til en religion og til en kultur. På en annen side kan barnets religionsfrihet tale for at det *ikke* skal påføres et manifestert religiøst uttrykk, som omskjæring kan sies å være, uten at det selv har samtykket til dette.

Barns rett til religionsfrihet følges opp av foreldrenes plikt og rett til å veilede sine barn i tråd med sin kulturelle eller religiøse overbevisning. Dette er en del av foreldreansvaret. Foreldrenes plikt og rett til veiledning står derfor sterkt, og det skal mye til for at staten kan gripe inn og begrense denne. (...).

Det å omskjære sitt guttebarn på grunnlag av sin religiøse tro, kan ses på som en del av denne plikten og rettigheten. I tillegg har det vært en tradisjonsbundet praksis, primært i jødiske og muslimske trossamfunn, gjennom flere tusen år. Barneombudet kan derfor forstå at det har vært naturlig for foreldre i disse trossamfunn å videreføre denne praksisen. Dette er likevel ikke et tilstrekkelig argument for at praksisen bør opprettholdes, slik Ombudet ser det.

I tillegg til retten til religionsfrihet har barn også rettigheter som rett til beskyttelse mot vold, rett til utdanning og rett til å si sin mening og bli hørt. Staten har et ansvar for å sørge for at barns grunnleggende rettigheter blir oppfylt. Det er en del av foreldreansvaret å ha mulighet til å opplære og veilede sine barn i sin tro. Men foreldrenes veiledning må ikke gå på bekostning av barns grunnleggende rettigheter.»

Barneombudet drøfter også mulig medisinske gevinstene ved omskjæring:

«Selv om kvinner som er sammen med omskårne menn har lavere forekomst av livmorhalskreft, og omskårne menn er bedre beskyttet mot HIV, er dette sykdommer som er knyttet til voksnes seksuelle atferd, og har følgelig ingenting med omskjæring av små guttebarn å gjøre. Hvis man bruker forebygging av disse sykdommene som et argument for omskjæring, mener Barneombudet at dette bør vente til gutten har nådd en alder hvor han selv kan ta denne avgjørelsen.»

Oppsummeringsvis uttaler ombudet:

«Barneombudet har i dette høringssvaret vurdert foreldreansvaret opp mot barns rett til beskyttelse og til å bestemme over egen kropp. Vi mener at artikkel 24 nr. 3 om barns rett til å bli beskyttet mot en tradisjonsbundet praksis, understøtter at guttebarn bør beskyttes mot omskjæring til de har blitt så store at de kan ta denne avgjørelsen på et selvstendig grunnlag. Vi har også problematisert artikkel 3 om barnets beste, og stilt spørsmål ved om det er til barnets beste at det blir omskåret. Under diskusjonen av artikkel 12 stilte vi spørsmål ved om det er riktig å foreta et slikt inngrep på noen som verken kan gi uttrykk for sine meninger eller gi et informert samtykke.

Å forstå omskjæring av guttebarn som en del av foreldrenes plikt og rett innenfor religionsveiledning, jf. artikkel 14 om barns tanke-, samvittighets- og religionsfrihet, kan være å trekke rettighetene til foreldrene lengre enn barnets rettigheter. Barneombudet stiller derfor spørsmål ved om foreldres avgjørelse om omskjæring kan være i uoverensstemmelse med barnets øvrige rettigheter, slik disse er nedfelt i barnekonvensjonen.»

Barneombudet konkluderer derfor med at det bør innføres en nedre aldersgrense for omskjæring, og foreslår at denne settes til enten 15 år eller 16 år.

Likestillings- og diskrimineringsombudet støtter i utgangspunktet lovmodell A, men savner mer dokumentasjon. Ombudets støtte forutsetter med andre ord at mer dokumentasjon bekrefter departementets fremstilling av problem og omfang. Slike faktaopplysninger påpekes å være nødvendig for å vurdere hvor legitimt en nærmere regulering av omskjæringspraksisen er, særlig når departementet selv har angitt risiko for skade som hovedbegrunnelse for lovforslaget. Ombudet diskuterer også hvorvidt lovregulering av tilbud kan sies å være diskriminerende og påpeker at lovforslaget ikke er vurdert i forhold til diskrimineringsloven eller likestillingsloven.

Statens helsetilsyn stiller seg positiv til at departementet ønsker å sørge for at den offentlige helsetjenesten tilbyr omskjæring av gutter, og slik hindre at guttebarn utsettes for unødig smerte og risiko. I forlengelsen av dette uttaler tilsynet blant annet:

«Statens helsetilsyn oppfatter imidlertid problemdefinisjonen i høringsbrevet som uklar og ufullstendig. Det er problematisk at det legges opp til et regelverk som etter vår mening ikke gjenspeiler den eksisterende virkeligheten, og som følgelig neppe kan løse dagens problemer. Vi mener derfor at å innføre lovgivning på det nåværende tidspunkt ikke vil avhjelpe de problemene man står overfor når det gjelder rituell omskjæring av gutter.»

Senere uttales det om dette blant annet:

«Høringsnotatet tar utgangspunkt i at de aller fleste ønsker at gutter skal omskjæres like etter fødselen. Dette er ikke i samsvar med erfaringen, som tilsier at tyrkiske foreldre gjerne ønsker at omskjæring skal utføres i småbarnsalder, og marokkanske foreldre har

et ganske stort spenn for når de ønsker inngrepet utført. Blant somaliere er det vanlig at gutter omskjæres før de er fem år. I tillegg til at det kan være rituelle regler for ved hvilken alder gutter skal omskjæres, tas det ofte hensyn til at familien har mulighet til å forstå og finansiere feiring i forbindelse med omskjæringen. Pakistanske foreldre vil imidlertid gjerne at guttene deres skal omskjæres like etter fødsel, og det kan da ofte gjøres på fødeavdelingen.

Tilsynet støtter ikke at de skal ha tilsyn med rituelle omskjærere som ikke er helsepersonell (dersom lovmodell A velges) og heller ikke at de skal ha mulighet til å tilbakekalle tillatelse gitt til slikt personell.

Helsedirektoratet har i sin høringsuttalelse vist til at det gjenstår flere uavklarte rettslige og etiske problemstillinger i denne saken. Direktoratet viser til at dersom dette skal lovreguleres på det nåværende tidspunkt, må det også sees nærmere på hvordan gutter kan gis samme beskyttelse mot rituelle inngrep som jenter, og hvordan norske myndigheter skal forholde seg til denne type inngrep. Videre uttales det:

«Ved en lovregulering av rituell omskjæring mener Helsedirektoratet at forsvarlighetskravet innebærer at inngrepet bare bør utføres i spesialisthelsetjenesten.

I tråd med det tidligere prioriteringsrådets forslag mener direktoratet at omskjæring av gutter ikke skal tilbys i den offentlige helsetjenesten, men overlates til den private spesialisthelsetjenesten mot full egenbetaling.

Det er helt vesentlig at adekvat smertelindring sikres ikke bare under utførelsen av inngrepet, men så lenge smertene vedvarer. Spedbarnet må ikke stilles dårligere enn andre pasienter med smerter etter et operativt inngrep. Helsedirektoratet mener problemstillingen tydeliggjør de etiske dilemmaene i denne saken. Det er ikke ønskelig å måtte smertelindre et barn over tid med medisinske preparater, når inngrepet i seg selv ikke var medisinsk indisert. Men smertelindring vil i denne sammenheng være påkrevet.

På ovennevnte bakgrunn er det etter Helsedirektoratets vurdering modell B som kan være et alternativ.»

Fylkesmannen i Vest-Agder mener høringsnotatet redegjør for problematikk og avveininger på en god måte. Det understrekes at det nå er nødvendig at vi får et lovforslag som kan vedtas og som er

i tråd med internasjonal praksis, spesielt i Sverige, og som heller ikke forbyr rituell omskjæring. Det vises til at et forbud ville føre til fortsatt lidelser for barn.

Fylkesmannen viser videre til at flere i de muslimske miljøene har vanskelig økonomiske kår slik at de derfor vanskelig vil kunne bekoste inngrepet selv, samtidig som de ønsker at dette skal skje på en god og forsvarlig måte. Fylkesmannen støtter derfor at det bør være det offentlige som foretar disse inngrepene. Praksis i Det Mosaiske Trossamfunn, med en utvalgt person som utfører inngrepet med en lege tilstede, bør kunne sikre en medisinsk forsvarlig praksis. Fylkesmannen støtter derfor lovmodell A.

Fylkesmannen i Hordaland mener i utgangspunktet at rituell omskjæring er mishandling av barn dersom det ikke gjøres av medisinske grunner. Fylkesmannen mener praksisen derfor må være så restriktiv som mulig og støtter derfor lovmodell B som innebærer at bare leger kan utføre inngrepet.

Fylkesmannen i Oslo og Akershus ser det som positivt at det nå foreslås regulering for å avklare ansvarsforhold og sikre at rituell omskjæring foregår på en forsvarlig måte, og uttaler blant annet:

«Rituell omskjæring av gutter mangler medisinsk indikasjon og mange fagfolk i Norge mener at helsepersonell ikke bør utføre inngrepet. I store deler av verden er imidlertid omskjæring et vanlig kirurgisk inngrep og det foreligger en omfattende medisinsk faglitteratur om emnet. Alvorlige komplikasjoner og helsekonsekvenser er sjeldne og de senere årene har enkelte fagmiljøer pekt på mulige positive helseeffekter av omskjæring av gutter.

Etter Fylkesmannen i Oslo og Akershus' vurdering er det ikke grunnlag for å si at inngrepet påfører barn skade når det utføres på en kyndig måte. Vi legger også til grunn at omskjæring av gutter er en dypt rotfestet skikk som vil bli praktisert også dersom det ikke legges til rette for det. Fylkesmannens vurdering er derfor at helsemyndighetene har et ansvar for å sikre at inngrepet utføres forsvarlig. Det har vist seg at det ikke har vært mulig å etablere et forsvarlig tilbud uten spesielle tiltak, og det fremstår derfor som hensiktsmessig å lovregulere området slik Helsedirektoratet anbefalte i 2003.»

Fylkesmannen viser til at det neppe finnes andre løsningsmodeller enn at RHF skal sørge for dette, men tror ikke det bør lovfestes at dette skal gjøres

i forbindelse med fødsel. Kort liggetid vil gjøre det vanskeligere rent praktisk å få rituell omskjæring utført under barselopphold. Det frarådes at det åpnes for mulighet til å pålegge helsepersonell å utføre eller assistere ved rituell omskjæring.

Fylkesmannen mener at finansiering ikke bør knyttes til at inngrepet skjer i forbindelse med innleggelse og det bør åpnes for at inngrepet kan gjøres poliklinisk eller av private som RHF har avtale med.

Fylkesmannen støtter lovmodell A. Det vises også til at når det lovfestes et krav om smertelindring, så vil det av det følge at lege eller sykepleier må være til stede når andre enn lege utfører rituell omskjæring.

Helse Sør-Øst RHF viser til innvendinger og etiske og rettslige dilemmaer, men av hensyn til barna mener de at kun leger bør kunne utføre rituell omskjæring (lovmodell B). Det understrekes at tilfredsstillende smertelindring under og etter inngrepet må være et absolutt krav og det reises tvil ved om smertelindring under prosedyren vil bli ivaretatt i tilstrekkelig grad dersom andre tillates å utføre inngrepet.

Sørlandet sykehus HF ønsker ikke at det skal etableres et tilbud om rituell omskjæring etter nyfødtp perioden. Det vises til at dette tilbudet eventuelt kan håndteres av private institusjoner som godkjennes for dette. Sykehuset uttaler at det kan innarbeide et slikt tilbud i barselperioden, men ser at det vil være hindringer for å få et slikt tilbud hele døgnet. På grunn av kortvarige barselopphold ser sykehuset organisatoriske problemer med å få til et slikt tilbud for alle. Sykehuset er også skeptisk til at disse inngrepene skal belegges poliklinisk aktivitet i en tid hvor sykehuset har problemer med lange ventelister og fristbrudd.

*Helse-Vest RHF*s høringsuttalelse lyder:

«Rituell omskjæring av gutebarn er tiltak/inngrep utan medisinske indikasjonar, og mykje talar for at slik omskjæring ikke er ei helseteneste som bør utførast i offentleg regi og for offentlege midlar.

Helse Vest vil likevel, ut frå ei heilskapleg vurdering – og med stor vekt på at slike inngrep som blir utførte utan forsvarlege rammer kan gi skader for barnet, kunne rå til at den offentlege helsetenesta kan utføre slike inngrep.

Helse Vest rår til at modell B i hovudsak blir lagt til grunn for det vidare arbeidet med lovregulering.»

Oslo universitetssykehus, de barnemedisinske miljøene, støtter lovmodell B om at rituell omskjæring skal utføres av leger. I forlengelsen av dette uttales det blant annet:

«Det er overveiende sannsynlig slik at inngrepet er såpass lite komplisert at det kan utføres både av leger og av andre med særskilt godkjenning.

Imidlertid er det all mulig grunn til å anta at inngrepet er mer enn «litt» smertefullt. Det er derfor behov for god smertelindring under inngrepet. Det finnes mange måter å oppnå god smertelindring på, men vi mener at behovet for god smertelindring vil best kunne ivaretas ved at inngrepet kun utføres av leger.

Videre er det velkjent at det en sjelden gang kan oppstå komplikasjoner, (...). Derfor er inngrepet etter vår vurdering et medisinsk inngrep og komplikasjoner må følges opp av helsevesenet, av og til også av sykehus. Dette er også en grunn til at modell B er å anbefale.»

Høringsuttalelsen fra *Helse Bergen HF* redegjør for synspunktene til henholdsvis det urologiske og barnekirurgiske fagmiljøet og Klinisk etikkkomité i Helse Bergen. Det urologiske og barnekirurgiske fagmiljøet legger til grunn at rituell omskjæring er en irreversibel, smertefull, stumpe og unødvendig operasjon uten medisinsk indikasjon. De ønsker derfor prinsipielt at inngrepet bare skal være tillatt dersom gutten selv samtykker. Dersom det konkluderes med at inngrepet skal skje innen offentlig helsetjeneste, uttales det subsidiært at dersom inngrepet skal gjøres i forbindelse med fødsel, vil det på grunn av kort liggetid medføre at rituell omskjæring vil måtte prioriteres foran andre typer helsehjelp. I så fall vil det være sentralt at det innføres en ordning som påser at disse pasientene ikke blir prioritert foran andre pasienter.

Klinisk etikkkomité i Helse Bergen støtter lovregulering og viser til at dette er nødvendig for å sikre en forsvarlig praksis og likt tilgjengelige tjenester. Komiteen tar ikke standpunkt til om man bør velge lovmodell A eller B

Helse Nord RHF viser til at Norge har blitt et internasjonalt og multietnisk samfunn og det er da riktig å bidra til at guttebarn ikke utsettes for smerter og alvorlige komplikasjoner. Dersom rituell omskjæring skal være et offentlig tilbud vil det være riktig at foreldrene bekoster dette selv. Helse Nord RHF støtter lovmodell B som sikrer at bare lege kan utføre inngrepet. Modellen vil også sikre adekvat smertelindring og gjøre det enkelt å

sikre både informasjonssikkerhet og dokumentasjonskrav.

Fra *Universitetssykehuset Nord-Norge HF* har departementet mottatt følgende høringssvar fra Barne- og ungdomsklinikken:

«Barne- og ungdomsklinikken har forståelse for at Helse- og omsorgsdepartementet prøver å ivareta barn ved å organisere rituell omskjæring av gutter i det offentlige helsevesen, men mener dette ikke er veien å gå. Vi er i mot forslaget av følgende grunner:

- Det foreligger ikke medisinsk eller helsemessig indikasjon for å gjennomføre inngrepet
- Inngrepet er ikke ufarlig, og kan i verste fall påføre barnet komplikasjoner
- Prosedyrene rundt inngrepet påfører barnet smerte selv om det gjennomføres med bedøvelse
- Inngrepet er uten medisinsk nytteverdi
- Inngrepet bør ikke bekostes av det offentlige»

Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress anbefaler i sin høringsuttalelse at det etableres et bredere kunnskapsgrunnlag om rituell omskjæring før tradisjonen lovreguleres. Utredning av forskjeller og likheter mellom kjønnslemlestelse av jenter/kvinner og rituell omskjæring av gutter/menn bør da inngå.

Videre anbefales det at en lovregulering må sette en nedre aldersgrense for rituell omskjæring av gutter og gutten må selv få mulighet til å samtykke. Det vises til at det i Norge ikke er relevant å argumentere for omskjæring i et medisinsk forebyggende perspektiv og lege eller helsepersonell bør bistå eller utføre inngrepet.

Den norske legeforening mener at høringsnotatet burde lagt opp til en prinsipiell diskusjon om forbud eller ikke. Legeforeningen viser videre til at det i høringsnotatet ikke er noen inngående drøftelse av innvendingene mot å gjøre et inngrep på friske guttebarn hvor det ikke finnes medisinsk dokumentasjon av nytten. Det understrekes at det er argumenter som kunne tale for at rituell omskjæring burde forbys, blant annet at det foretas irreversible inngrep på friske barn uten medisinsk begrunnelse, at den det gjelder ikke selv kan samtykke, at inngrepet medfører smerte, at det kan medføre medisinske komplikasjoner og at man ved inngrepet påfører gutter en religiøs markør/identitet.

Legeforeningen støtter ikke at rituell omskjæring skal være en del av spesialisthelsetjenestens sørge-for-ansvar og at inngrepet skal være gratis.

Når det gjelder spørsmålet om hvor og når inngrepet bør utføres, uttaler Legeforeningen:

«Inngrepet trenger ikke nødvendigvis å bli utført på føde/barselavdeling, slik departementet foreslår. Dette kan være hensiktsmessig på avdelinger der det er stor etterspørsel etter å få inngrepet utført. Ved de fleste fødeavdelinger i landet dreier det seg imidlertid om et lite antall gutter hvert år og liggetiden på barsel er svær kort. På denne bakgrunn er det lite sannsynlig at det vil være tilstrekkelig antall leger med adekvat erfaring til å utføre inngrepet på en forsvarlig måte.

Legeforeningen anser det som en god løsning om virksomheten organiseres slik at den utføres planlagt av et fåtall leger som får mye erfaring og god kompetanse. Dette kan skje som planlagt poliklinisk virksomhet i en offentlig eller privat klinikk og gjerne kort tid etter fødsel.»

Legeforeningen mener at inngrepet bare bør utføres av leger. Det vises til at den kunnskap man har om barns opplevelse av smerte tilsier at det må kreves mer smertelindring enn lokalbedøvende krem. Smerteopplevelse og krav til forsvarlig anestesi er det samme uansett alder. Rituell omskjæring er mer komplisert og omfattende enn det som har vært tradisjonen internasjonalt, og krever at kompetent lege utfører inngrepet.

Når det gjelder spørsmålet om legers rett til reservasjon, uttales det:

«Legeforeningen er av den oppfatning at leger, og annet helsepersonell som bistår, ikke bør kunne pålegges å utføre rituell omskjæring. Det vises til at rituell omskjæring er en religiøst betinget handling uten en medisinsk begrunnelse. Legens rolle endres fra å utføre inngrepet på medisinsk indikasjon til å utføre et religiøst ritual. Legeforeningen mener på denne bakgrunn at det bør være frivillig for leger å utføre rituell omskjæring, uten at det nødvendigvis nedfelles ved en lovfestet reservasjonsadgang.»

Under henvisning til at det som nevnt kan anføres argumenter mot rituell omskjæring, støtter Legeforeningen likevel lovmodell B. I den forbindelse uttales det:

«Legeforeningen har imidlertid konkludert med at tiden ikke er moden for at det vedtas et lovforbud mot rituell omskjæring av gutter. Avgjørende ved vurderingen er at omskjæring av gutter er et sterkt påbud i jødisk og islamsk kultur og at et forbud vil bety at virksomheten går «under jorden» med potensielt alvorlige konsekvenser for guttene og deres familier. Legeforeningen ser imidlertid behov for at dette spørsmålet tas opp med sikte på å få til en endring i denne praksisen på sikt.»

Som prinsipielt utgangspunkt mener *Norsk sykepleierforbund* at verken gutter eller jenter burde utsettes for omskjæring. Sykepleierforbundet mener at høringsnotatet er mangelfullt i forhold til å belyse barnets rettigheter, spesielt i lys av Barnekonvensjonen. Prinsipielt ønsker Sykepleierforbundet en aldersgrense som tilsier at inngrepet bare kan gjøres når barnet er samtykkekompetent, og ønsker derfor at den helserettslige myndighetsalder på 16 år skal gjelde. Subsidiært vises det til at det ikke er realistisk med forbud på kort sikt, og forbundet mener derfor at barn må sikres at inngrepet kan skje på forsvarlig vis og at det alltid må stilles krav om smertelindring. Forbundet mener lovmodell A er den beste, men stiller spørsmål ved mulighetene for å føre tilsyn med de som ikke er helsepersonell.

Den norske jordmorforening påpeker at det er delte meninger innad i organisasjonen, men etter en samlet vurdering har sentralstyret valgt å konkludere med at de støtter lovmodell A

Jordmorforeningen er enig i at rituell omskjæring ikke er i strid med norsk lov, Barnekonvensjonen eller Den europeiske Menneskerettskonvensjon. Det understrekes at inngrepet bør skje med tilstrekkelig smertelindring og det vises til at barn trenger smertelindring ved kirurgiske inngrep på lik linje med voksne.

Foreningen går derfor inn for et offentlig tilbud om rituell omskjæring. Tilbudet bør gis i forbindelse med fødsel, fordi barnet da er på sykehus og det er lettere og billigere å organisere inngrepet enn om det organiseres poliklinisk.

Når det gjelder spørsmål om reservasjonsrett uttaler *Jordmorforeningen*:

«(...) at det enkelte sykehus kan organisere tilbudet slik at personell som ikke ønsker å delta i dette inngrepet kan slippe da det normalt vil dreie seg om relativt få inngrep i året. Vi tror ikke det vil bli noe problem å få utført denne tjenesten forsvarlig selv om helsepersonell har muligheten til å reservere seg.»

Universitetet i Oslo, Senter for medisinsk etikk etterlyser i sin høringsuttalelse en diskusjon av Den europeiske menneskerettskonvensjon og Barnekonvensjonen, ikke bare en konstatering av at rituell omskjæring og lovforslaget ikke er i strid med disse. Det vises også til UNESCOs Deklarasjon om bioetikk og menneskerettigheter, og konkluderes med at rituell omskjæring av gutter uten evne til selv å samtykke kommer i konflikt med flere av artiklene i denne deklarasjonen.

I høringsuttalelsen vises det videre til at rituell omskjæring er et inngrep som etter gjeldende prioriteringskriterier verken skal, kan eller bør prioriteres. Inngrepet vil slik sett bruke ressurser som skulle vært brukt på prioriterte tjenester.

Under henvisning til høringsnotatets manglende refleksjon over hva som kan være barnets beste, uttales det:

«Av disse grunner støtter vi Barneombudets forslag om at forholdene legges til rette for at rituell omskjæring av gutter kan finne sted innenfor den offentlige helsetjenesten under forutsetning av at det foreligger et eksplisitt samtykke fra den angjeldende gutt og at familien selv betaler for inngrepet.»

Norsk senter for menneskerettigheter uttaler blant annet:

«Rituell omskjæring av gutter er ikke direkte regulert i internasjonale menneskerettighetskonvensjoner som FNs barnekonvensjon (BK), FNs konvensjon for sivile og politiske rettigheter (SP) og Den europeiske menneskerettighetskonvensjon (EMK), som alle er inntatt i menneskerettsloven og gitt forrang foran annen norsk lov. Så langt vi kjenner til har heller ikke disse konvensjonenes overvåkingsorganer uttalt seg direkte om rituell omskjæring av gutter.

FNs barnekomité, som overvåker barnekonvensjonen, vedtok i 2011 en generell kommentar nr. 13. om barns rett til beskyttelse mot integritetskrenkelser i BK artikkel 19. I denne kommentaren gir komiteen en ikke-uttømmende beskrivelse av handlinger som anses som integritetskrenkelser mot barn. Barnekomiteen slår uttrykkelig fast at omskjæring av kvinner er i strid med konvensjonen, mens omskjæring av menn ikke er nevnt.

Helse- og omsorgsdepartementets konklusjon om at rituell omskjæring av gutter ikke kan sies å være i strid med verken FNs barnekonvensjon eller Den europeiske menneske-

rettighetskonvensjon, anses å være riktig. (...).»

Senteret mener imidlertid at departementet burde redegjort for forslagens menneskerettslige problemstillinger.

Når det gjelder valg av lovmodell, mener senteret at begge lovmodeller kan godtas, men at valget mellom dem avhenger av hvilke hensyn man ønsker å tillegge mest vekt. Dersom ønske om å sikre forsvarlighet skal tillegges mest vekt tilsier dette lovmodell B, mens dersom ønske om mest mulig respekt av religionsfrihet skal tillegges mest vekt tilsier dette lovmodell A.

Bergen kommune forslår som et kompromiss at barn fortrinnsvis omskjæres når de er i stand til å velge dette selv, og da av helsepersonell, alternativt at de omskjæres ved fødsel der hvor det er medisinsk og religiøst mulig. For de få jøder dette gjelder, foreslås det at andre enn helsepersonell også kan gjennomføre inngrepet dersom det er slik at jøder ikke kan akseptere omskjæring rett etter fødsel.

Oslo kommune støtter forslaget om at rituell omskjæring av gutter reguleres i egen lov og at inngrepet skal skje i den offentlige spesialisthelsetjenesten eller hos andre utenfor den offentlige helsetjenesten som har fått spesiell tillatelse. Kommunen forutsetter at tilbudet fullfinansieres fra statens side og at inngrepet ikke skal omfattes av ordningen med kommunal medfinansiering.

Modum kommune mener prinsipielt at kirurgiske inngrep bør utføres av leger. Kommunen finner imidlertid at det i denne konkrete problemstillingen vil være akseptabelt at også en mohel gjør det, men at en lege er medisinsk ansvarlig og tilstede. Inngrepet bør utføres under strenge hygieniske forhold og i et rom beregnet for kirurgiske inngrep.

Det vises til at rituell omskjæring ikke er et helseproblem og at inngrepet derfor ikke bør dekkes av folketrygden. Kommunen støtter at gutter bør være 18 år for å kunne samtykke til inngrepet, men at man må ha ordninger som gjør at gutter under 18 kan nekte omskjæring selv om foreldrene ønsker det. Dersom det er uenighet mellom foreldrene, bør ikke inngrepet gjennomføres.

Larvik kommune støtter lovmodell B, men viser til risiko for at dette kan få konsekvenser for behandlingsskapiteten på sykehusene, noe som kan medføre lengre ventetid for noen grupper.

Horten kommune støtter ikke forslaget og stiller seg bak Barneombudets høringsuttalelse. Dette innebærer at inngrepet bare bør tillates på gutter når de kan samtykke selv. Det påpekes at

Norge bør fremstå som et foregangsland hva gjelder barns rettigheter og medbestemmelse. Hvis man ikke innfører aldersgrense, forutsettes det at man velger en modell som ivaretar krav til smertelindring, hygiene og oppfølging av barnet, samt kompetanse hos den som utfører inngrepet.

Norsk pasientskadeerstatning har i sin høringsuttalelse problematisert forholdet til pasientskadeloven ved valg av henholdsvis modell A og modell B. Det stilles blant annet spørsmål ved om det vil være mulig for andre enn helsepersonell å tegne forsikring mot eventuelle skader i forbindelse med rituell omskjæring. Dersom det ikke er tilfellet må det vurderes om også disse skal være omfattet av pasientskadeloven.

I sin høringsuttalelse savner *Redd Barna* en mer utførlig drøftelse av forholdet til barnekonvensjonen og et mer helhetlig barnerettighetsperspektiv. *Redd Barna* ønsker en bredere debatt omkring barns rettigheter, men støtter at det innvil videre innføres lovregulering som skal sikre barn en forsvarlig gjennomføring av inngrepet ved kompetent person.

Høgskolen i Sør-Trøndelag støtter ikke forslaget og viser til at spørsmålet om rituell omskjæring må vurderes i lys av sentrale etiske og juridiske argumenter. Det uttales blant annet:

- «Inngrepet det her er tale om medfører etter vårt skjønn (uopprettelig) legemsskade
- på en frisk barnekropp
 - uten medisinsk begrunnelse
 - med potensiell risiko for tilleggs-skade
 - med til dels betydelige smerter og ubehag før, under og etter inngrepet
 - med livsvarige konsekvenser (fysisk, psykisk og kulturelt/religiøst)
 - uten barnets samtykke»

Høgskolen slutter seg til Barneombudets høringsuttalelse og tilrår at departementet trekker tilbake høringsnotatet i påvente av en grundig gjennomgang av sakens mer prinsipielle sider, og utarbeider et revidert høringsnotat på basis av en slik gjennomgang.

Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet viser i sin høringsuttalelse til relevante artikler i Barnekonvensjonen og savner på bakgrunn av disse en bredere diskusjon om hvorvidt rituell omskjæring av gutter kan være i strid med barnekonvensjonen eller ikke.

Departementet viser til at lovmodell B kan gjøre det umulig for jødene å praktisere rituell omskjæring. Dersom formålet med forslaget er å regulere rituell omskjæring som skjer i en kultu-

rell og religiøs kontekst, er departementet av den oppfatning at lovforslaget må gjelde for begge minoritetsgrupper, og de støtter derfor lovmodell A.

Departementet støtter lovfesting av krav om tilfredsstillende smertelindring i forbindelse med inngrepet, og at slik smertelindring skal gis av enten lege eller sykepleier.

Reform – ressurscenter for menn finner det problematisk at regjeringen ønsker å institusjonalisere mannlig rituell omskjæring og at dette sender et sterkt signal om at Norge går god for dette inngrepet. Det vises til at rituell omskjæring har stor innvirkning på en manns liv og at den enkelte derfor selv bør få beslutte om man ønsker inngrepet eller ikke. Reform stiller spørsmål ved bruken av gutters kropp som ufrivillig bærer av religiøs, kulturell eller foreldrebestemt praksis.

Reform viser imidlertid til at rituell omskjæring trolig vil bli gjennomført uavhengig av et eventuelt forbud, og med tanke på best mulig ivaretagelse av de aktuelle guttenes helsesituasjon, anbefaler de at inngrepet defineres som et operativt inngrep og reguleres på lik linje med annen

type kirurgi. Parallelt med slik regulering bør departementet arbeide for å redusere og avskaffe rituell omskjæring av gutter på sikt.

I sin høringsuttalelse viser *Riksadvokaten* til at den foreslåtte straffebestemmelse gir adgang til å straffe forsettlig eller grovt uaktsomme overtredelser med bøter eller fengsel i inntil 3 måneder, og stiller spørsmål ved om ikke denne strafferammen er for lav. I forlengelsen av dette uttaler Riksadvokaten:

«Vår erfaring er at det er komplisert å etterforske mulige straffbare handlinger som begås i lojalitet til religiøse og/eller kulturelle tradisjoner. Det er generelt vanskelig å få kunnskap fra miljøer der slik lojalitet er sterk. En effektiv etterforskning av de aktuelle lovovertrедelser vil formentlig forutsette normal bruk av tvangsmidler og andre etterforskningsmetoder. Strafferammen bør derfor som et minimum være høyere enn 6 måneders fengsel slik at politiet i det minste har anledning til å foreta pågripelse i medhold av straffeprosessloven § 171.»

8 Departementets vurdering av om rituell omskjæring av gutter bør lovreguleres

8.1 Innledning

Som nevnt har omskjæring av gutter internasjonalt blitt praktisert i religiøs sammenheng i flere tusen år og er en tradisjon med dype religiøse motiv for den jødiske og muslimske befolkningen. Denne proposisjonen 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.

8.2 Enkelte helsefaglige, etiske, økonomiske og prioriteringsmessige aspekter knyttet til rituell omskjæring

Debatten rundt temaet rituell omskjæring av gutter har vært, og er, preget av dilemmaer og vanskelige avveininger. 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. Enkelte hevder at rituell omskjæring av gutter er uforenlig med internasjonale konvensjoner, herunder Barnekonvensjonen, mens andre viser til at et forbud mot eller regulering av rituell omskjæring vil være uforenlig med retten til fri religionsutøvelse. 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 helse- og omsorgstjenesten. 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.

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 gut-

tene 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 helse- og omsorgstjenestens ressurser på slike inngrep, og mer prinsipielt om helsepersonell og helse- og omsorgstjeneste 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 helse- og omsorgstjenesten fordi det er et inngrep uten medisinsk indikasjon, vil det imidlertid til en viss grad kunne hevdes at helse- og omsorgstjeneste og helsepersonell også i andre sammenhenger yter helsehjelp som ikke nødvendigvis har noen klar medisinsk indikasjon. Både kosmetisk kirurgi og frivillig sterilisering 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 rituell omskjæring 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 ha betydning om inngrepet er forbundet med liten risiko eller få og mindre alvorlige komplikasjoner.

Det er ulike oppfatninger blant medisinske fagfolk om den medisinske nytteverdien ved omskjæring av gutter, og departementet viser her særlig til redegjørelsen i kapittel 3. Når det gjelder medisinske argumenter for omskjæring av friske gutter, har det blant annet blitt påpekt at man ved inngrepet vil kunne forebygge infeksjoner under huden og eventuell forsnevring av denne (fimose). Slike tilstander opptrer bare hos et mindretall uomskjærte gutter/menn og de er som regel 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 uomskjærte. Som nevnt i kapittel 3 har det også 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.

Som redegjort for i kapittel 3 har også de amerikanske barnelegene og de europeiske barnelegene konkludert ulikt i spørsmålet om fordeler ved rituell omskjæring kan oppveie ulempene. Departementet legger etter dette til grunn at spørsmålet er omdiskutert, men vil understreke at herværende lovforslag ikke er begrunnet i at inngrepet har medisinske fordeler.

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 eller 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 inn-

grepet eller 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 forsvarlig måte.

Det er i stor grad enighet blant fagmiljøene om at en rituell omskjæring som blir utført på en forsvarlig måte medfører liten medisinsk fare for gutten, jf. kapittel 3 hvor dette er diskutert nærmere. Selv om komplikasjoner er sjeldne dersom inngrepet gjøres av kyndig operatør, kan de imidlertid ikke utelukkkes. Ukyndig utførelse vil medføre fare for komplikasjoner ved ethvert operativt inngrep. Dette er således et relevant argument i diskusjonen om rituell omskjæring skal tillates eller ikke.

Rituell omskjæring har tidligere blitt utført ved flere av sykehusene eller ved at disse har hatt avtale med private om å gjøre det for sykehusets regning. I de siste årene har det offentlige tilbudet blitt sterkt redusert blant annet under 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 dette under punkt 2.2.3. Fra flere hold har det også blitt hevdet at pasienten (eller foreldrene) ikke bør kunne forvente at den offentlige helse- og omsorgstjenesten skal utføre omskjæring på rituell 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 helse- og omsorgstjenesten er forpliktet til å tilby.

Mot dette er det påpekt at dersom rituell omskjæring ikke er en del av den offentlige helse- og omsorgstjenesten, er det en fare for at foreldrene tyr til ukyndige operatører og dermed utsetter guttene for økt risiko for feilbehandling. 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 lenger 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 helse- og omsorgstjenesten senere må behandle

eventuelle skader, kan resultatet bli at nedprioritering av omskjæringstilbudet ikke gir noen innsparingsgevinst.

8.3 Bør rituell omskjæring reguleres?

Som det fremgår av drøftelsen i kapittel 5, legger departementet til grunn at rituell omskjæring av gutter ikke er i strid med internasjonale konvensjoner eller Grunnloven. Departementet mener imidlertid at dette regelverket har betydning for hvordan inngrepet kan utføres. Dette vil igjen ha betydning for hvordan feltet kan lovreguleres. I den forbindelse er det adgang til, og kanskje også nødvendig, å fastsette regler som i størst mulig grad sørger for å ivareta barnas interesser, for eksempel gjennom krav om forsvarlighet, hygienetiltak, nødvendig smittevern, smertelindring osv.

Som redegjort for i punkt 8.2 reiser rituell omskjæring av gutter mange vanskelige problemstillinger. I lys av dette må det vurderes hvorvidt rituell omskjæring skal reguleres og eventuelt på hvilken måte.

I prinsippet er det flere mulige alternativer. 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 uforsvarlig utført 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 eller å knytte dette opp til bestemte aldersgrenser ut fra betraktninger om at dette er en avgjørelse som gutten selv bør ta når han har nådd nødvendig alder og modenhet. Departementet viser her til de nordiske barneombudenes initiativ om å innføre aldersgrense for inngrepet, og da slik at guttene selv kan samtykke til inngrepet når de er gamle nok til å kunne vurdere dette spørsmålet.

For en forholdsvis stor befolkningsgruppe i Norge betyr rituell omskjæring mye, både religiøst og kulturelt. Rituell omskjæring er en flere tusenårs gammel tradisjon med dype religiøse motiv for den jødiske og muslimske befolkningen. Som tidligere nevnt antar departementet at det kan være etterspørsel for ca 2000 rituelle omskjæringer i Norge per år. Det er ikke naturlig å tro at et eventuelt forbud mot rituell omskjæring vil medføre at muslimske og jødiske foreldre slutter å omskjære guttene sine. Et eventuelt forbud mot

rituell omskjæring vil derimot kunne medføre at de som etterspør inngrepet velger 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.

Departementet ser argumenter for at denne type irreversible ikke-indiserte inngrep bare bør gjennomføres etter samtykke fra den det direkte gjelder. Slikt samtykke vil i så fall også avhjelpe en del av de etiske dilemmaer man står ovenfor når det er snakk om å utføre inngrepet på nyfødte som på grunn av sin alder naturlig nok ikke selv kan samtykke til slikt inngrep. Slik departementet vurderer det er det imidlertid ikke naturlig å tro at innføring av slik aldersgrense i praksis ville medføre av muslimske og jødiske foreldre vil vente med å omskjære guttene sine til disse har nådd en slik alder og modenhet at de selv kan samtykke til inngrepet. En slik ordning ville derfor ytterligere bidratt til at rituell omskjæring blir utført utenfor helse- og omsorgstjenesten og dels av ikke-kompetente personer. I tillegg vil en slik aldersgrense for jødernes del langt på vei oppfattes på samme måte som et forbud. Det følger av jødisk tro at rituell omskjæring skal gjennomføres på den åttende dagen, med mindre helsefaglige grunner gjøre det uforsvarlig å gjennomføre inngrepet på den åttende dagen. Departementet mener derfor at innføring av en aldersgrense slik Barneombudet har tatt til orde for, ikke er en realistisk tilnærming i denne saken.

Rituell omskjæring er som nevnt ikke å anse for «helsehjelp» etter helselovgivningen. Flere høringsinstanser har påpekt at helsepersonell eller helsetjeneste derfor ikke bør pålegges å utføre rituell omskjæring eller at det ikke ved særskilt lovregulering bør legges til rette for at slikt inngrep kan utføres innenfor helse- og omsorgstjenesten. Departementet ser at dette er argumenter som kan tale mot en regulering som pålegger helse- og omsorgstjenesten å tilby rituell omskjæring av gutter.

Spørsmålet om lovregulering av rituell omskjæring har som nevnt også en prioriteringsmessig side. 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 avviklet det tilbudet de tidligere har hatt om rituell omskjæring.

Som nevnt er kjønnslemlestelse av jenter eksplisitt forbudt ved egen lov, mens rituell omskjæring av gutter ikke er særskilt regulert. Rituell omskjæring av gutter vil dermed være tillatt med mindre inngrepet skjer i strid med straffelovgivningen. Flere høringsinstanser har gått langt i å ville likestille kjønnslemlestelse av jenter med rituell omskjæring av gutter, og har i den forbindelse blant annet påpekt at dagens regulering er diskriminerende fordi gutter gis et dårligere strafferettslig vern enn jenter. Høringsinstansene har derfor argumentert for at rituell omskjæring av gutter også bør være forbudt og at det ikke bør fastsettes lovregulering som vil bidra til å videreføre denne tradisjonen.

Det kan muligens diskuteres om det finnes former for kjønnslemlestelse av jenter som innebærer et tilsvarende eller mindre fysisk inngrep enn omskjæring av gutter. I likhet med Stålsettutvalgets flertall mener departementet likevel at disse to inngrepene ikke kan eller bør likestilles. Kjønnslemlestelse av jenter har ingen tilsvarende religiøs begrunnelse og representerer som tradisjon et alvorlig overgrep mot jenter. Kjønnslemlestelse av jenter er undertrykkende og fysisk ødeleggende. Det medfører i betydelig grad komplikasjoner blant annet i form av smerter (kortvarige og langvarige), infeksjoner og fødselskomplikasjoner. Verdens helseorganisasjon omtaler inngrepet som en krenkelse av menneskerettighetene, og nasjonalt og internasjonalt arbeides det mot denne tradisjonen. Det bør derfor fortsatt være et absolutt forbud mot kjønnslemlestelse av jenter.

Når det gjelder rituell omskjæring av gutter har dette som nevnt blitt praktisert i religiøs sammenheng i flere tusen år og er en tradisjon med dype religiøse motiv for den jødiske og muslimske befolkningen i store deler av verden. Det er i stor grad enighet blant fagmiljøene om at en rituell omskjæring som blir utført på en forsvarlig måte medfører liten medisinsk fare for gutten. Som nevnt tidligere er det heller ikke naturlig å tro at et eventuelt forbud mot rituell omskjæring skulle medføre at muslimske og jødiske foreldre vil slutte å omskjære guttene sine. Så vidt departementet er kjent med er det da heller ingen land som har et forbud mot rituell omskjæring av gutter.

Etter en helhetsvurdering har derfor departementet kommet til at det er nødvendig å gjøre noe med dagens situasjon for å hindre at guttene blir utsatt for risiko for skade. Som nevnt ble inngrepet tidligere foretatt på offentlige sykehus, og da gjerne i forbindelse med fødselen. I og med at sykehusene mer eller mindre har sluttet å utføre

inngrepet er situasjonen i dag at 2000 gutter omskjæres årlig uten at vi vet hvor eller hvordan dette gjøres. Det er i alles interesse at rituell omskjæring blir utført på en forsvarlig måte. Dette gjelder både barna, foreldrene, de berørte trossamfunn, helse- og omsorgstjenesten og samfunnet for øvrig. Foreldre og gutter som samtykker til rituell omskjæring må kunne være sikre på at inngrepet skjer på en forsvarlig måte.

Gjennom lovregulering vil man kunne legge til rette for at inngrepet blir utført på en forsvarlig måte. Lovregulering vil kunne skape klarhet i ansvarsforhold, fastsette kompetansekrav, gi regler om informasjon og samtykke, samt sikre tilstrekkelig smertelindring og oppfølging etter inngrepet. Lovregulering vil også gjøre det enklere å sanksjonere overfor omskjæring som skjer i strid med regelverket.

8.4 Departementets vurdering av lovreguleringsmodell

Som nevnt foreslo departementet i høringsnotatet to alternative modeller for lovregulering, jf. proposisjonens punkt 7.1 hvor modellene er beskrevet.

Slik departementet vurderer det vil begge modellene legge til rette for at rituell omskjæring kan utføres på en forsvarlig måte, samtidig som begge modellene vil sikre tilnærmet likt tilbud i hele landet.

De økonomiske konsekvensene av de to modellene er så vidt like at dette i seg selv ikke kan tale sterkt for den ene eller andre modellen. Når det gjelder de administrative konsekvensene viser imidlertid departementet til at modell A kan bli oppfattet som byråkratisk, idet det her foreslås opprettet en godkjenningsordning som sannsynligvis bare vil være aktuell for et lite antall fødsler årlig. Det kan da synes «overdrevent» med en modell som vil innebære opprettelse av en egen godkjenningsordning og krav om offentlig tilsyn. Det at godkjenningsordningen sannsynligvis bare vil være aktuell for et lite antall fødsler årlig, kan i seg selv være et argument mot en detaljert lov- og forskriftsregulering.

Etter en samlet vurdering har derfor departementet kommet til at lovreguleringsmodell B er best egnet til å sikre at det finnes et forsvarlig tilbud, samtidig som denne modellen vil ha mindre administrative konsekvenser enn lovmodell A. Modell B vil også skape større sikkerhet i forhold til at den som utfører inngrepet har nødvendig kompetanse til å utføre inngrepet på en forsvarlig måte. Etter departementets vurdering bør imidler-

tid modellen justeres noe i forhold til høringsfor-
slaget, og da nærmere bestemt ved at det åpnes
for at andre enn lege også skal kunne utføre rituell
omskjæring. En forutsetning for dette skal i så fall

være at lege er til stede og står ansvarlig for inn-
grepet. Dette vil åpne for at jødene kan videreføre
sin praksis med at rituell omskjæring skal utføres
av en Mohel.

9 Departementets forslag til lovregulering av rituell omskjæring av gutter

9.1 Innledning

Departementet drøfter i dette kapittelet sentrale problemstillinger knyttet til forslag til lovregulering av rituell omskjæring av gutter. Forslaget må sees i sammenheng med de generelle drøftelser som er gjort i proposisjonens kapittel 3, kapittel 5 og kapittel 8.

I kapittel 10 drøftes spørsmål knyttet til egenbetaling, mens administrative og økonomiske konsekvenser av forslaget er drøftet i kapittel 11.

9.2 Lovreguleringens formål

Som redegjort for blant annet i proposisjonens kapittel 3 og kapittel 8 har rituell omskjæring av gutter vært praktisert i deler av verden i flere tusen år. Slik omskjæring har vært religiøst begrunnet, og fortsatt omskjæres nær sagt alle guttebarn innenfor enkelte trosretninger i Norge.

Det er 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 blir utført 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 unødig smerte eller skade. Slik departementet ser det bør derfor et forsvarlig tilbud om rituell omskjæring være likt tilgjengelig i hele landet.

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 sikre at et tilbud om rituell omskjæring blir tilgjengelig. Som tidligere 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.

9.3 Definisjon av rituell omskjæring

Departementet foreslår kun å lovregulere omskjæring av gutter som gjøres av religiøse 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 proposisjonens punkt 3.1.

9.4 Lovforslagets virkeområde – forholdet til andre lover

9.4.1 Hvem loven skal gjelde for

Som redegjort for i kapittel 8 foreslår departementet 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.

Som det vil fremgå av punkt 9.6.1 foreslår departementet at rituell omskjæring i utgangspunktet skal utføres av lege, samtidig som det åpnes for at også andre kan utføre inngrepet dersom lege er tilstede og står ansvarlig for inngrepet, jf. lovforslaget § 2.

Departementet foreslår derfor at loven skal gjelde for den som tilbyr eller utfører rituell

omskjæring i riket, jf. lovforslaget § 3 første ledd. Rituell omskjæring som utføres av andre personer enn det som følger av loven vil være forbudt og vil også kunne straffes, jf. lovforslaget § 9.

Det foreslås videre at det kan gis forskrift om lovens anvendelse på Svalbard og Jan Mayen, jf. lovforslaget § 3 fjerde ledd.

9.4.2 Forholdet til andre lover

Som påpekt i proposisjonens punkt 4.3 til 4.5 kan rituell omskjæring vanskelig sies å være omfattet av helselovgivningens definisjon av «helsehjelp», noe som igjen har betydning for i hvilken utstrekning helsepersonellovens og pasient- og brukerrettighetslovens ulike bestemmelser skal komme til anvendelse.

Dersom rituelle omskjæringer utføres av helsepersonell innenfor den private og offentlige helse- og omsorgstjenesten, vil helsepersonellens yrkesutøvelse 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. Tilsvarende legger departementet til grunn at pasient- og brukerrettighetsloven som hovedregel også vil komme til anvendelse, men da med unntak for lovens kapittel 2.

Fordi det kan være noe tvil knyttet til helselovgivningens anvendelse ved denne type inngrep som ikke er å anse for «helsehjelp» i henhold til helsepersonelloven og pasient- og brukerrettighetslovens definisjon, foreslår departementet å presisere i lovforslaget § 3 andre ledd at helsepersonelloven og pasient- og brukerrettighetsloven skal komme til anvendelse så langt de passer 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 helse- og omsorgstjenesten skal eller kan tilby. Som det fremgår av kapittel 3 utføres ikke rituell omskjæring ut fra en medisinsk begrunnelse, men på grunn av religiøs overbevisning og 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 helse- og omsorgstjenesten av helsepersonell, er omfattet av pasientskadeloven, jf. proposisjonens punkt 4.7. Siden deler av helselovgivningen må sies å gjelde

for helsepersonell også når de utfører denne type inngrep som ikke er medisinsk begrunnet, bør slike inngrep i en erstatningsrettslig sammenheng være likestilt med andre inngrep som foretas av helsepersonell innenfor helse- og omsorgstjenesten. Dette gjelder selv om sistnevnte type inngrep som hovedregel vil ha en medisinsk indikasjon i motsetning til rituell omskjæring.

9.5 Krav om offentlig tilbud

Som redegjort for i proposisjonens kapittel 8 er departementet av den oppfatning at den offentlige helse- og omsorgstjenesten bør ha et tilbud om rituell omskjæring, jf. særlig punkt 8.3. Departementet viser i den forbindelse også til lovforslagets 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 eller privatpraktiserende spesialister om at disse skal utføre inngrepet på vegne av det regionale helseforetaket.

Departementet viser imidlertid til at det etter lovforslaget § 5 er et krav om at rituell omskjæring som hovedregel bare kan utføres av lege. Dette vil ha betydning for hva slags avtaler det regionale helseforetaket kan inngå med eksterne om at de 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 helse- og omsorgstjenesten selv å avklare. Departementet vil imidlertid understreke at særreguleringen av rituell omskjæring i lovforslaget § 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 eller plikter påvirkes. Departementet viser i den forbindelse til lovforslaget § 3 andre ledd hvor det presiseres at pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 2 ikke kommer til anvendelse ved denne type inngrep.

Når helse- og omsorgstjenesten mottar en anmodning om rituell omskjæring vil det måtte bero på en konkret vurdering hvordan og når slik omskjæring skal finne sted. Departementet antar at det mest praktiske og minst ressurskrevende i noen tilfeller kan være at inngrepet utføres i forbindelse med fødsel, se nærmere om dette i kapittel 11 om økonomiske og administrative konsekvenser. I en slik vurdering må det imidlertid blant annet legges vekt på sykehusets eller 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 kan få konsekvenser for oppfyllelse av andre pasienters krav på helsehjelp. I høringen har departementet mottatt flere innspill knyttet til at dagens korte liggetider på føde-/barselavdeling vil gjøre det praktisk vanskelig å utføre inngrepet før utskriving. Departementet har også mottatt innspill om at det for helt nyfødte ofte vil være nødvendig å legge barnet i narkose for å utføre inngrepet, og at den tilleggsrisiko dette innebærer taler mot å utføre inngrepet de første dagene etter fødsel. Dersom det av slike grunner ikke er ønskelig eller ikke lar seg gjøre å utføre inngrepet mens barnet er innlagt ved sykehuset i forbindelse med fødsel, må ønsket om rituell omskjæring avslås. Sykehuset må da kunne tilby å utføre inngrepet poliklinisk etter utskriving eller at inngrepet utføres ved private sykehus/klinikker eller privatpraktiserende spesialister som etter avtale skal tilby inngrepet på vegne av det regionale helseforetaket. I slik avtale vil det også være naturlig å innta bestemmelser om hvor mye det regionale helseforetaket skal betale private sykehus/klinikker eller privatpraktiserende spesialister for hvert utført inngrep og også bestemmelser om hvem som skal motta pasientens egenbetaling.

Departementet foreslår ikke at det skal være nødvendig med henvisning fra fastlege for å få utført rituell omskjæring. I de tilfellene hvor omskjæringen utføres i forbindelse med fødsel ville dette uansett vært mindre aktuelt. I de tilfellene hvor rituell omskjæring etter fødsel gjøres poliklinisk eller hos privatpraktiserende spesialist som har avtale med det regionale helseforetaket om å utføre inngrepet på deres vegne, kunne man kanskje se for seg at pasienten og foreldrene først burde henvende seg til fastlegen. Som nevnt er imidlertid ikke rituell omskjæring å anse for helsehjelp og det er ikke lagt opp til at fastlegene skal foreta noen helsefaglig undersøkelse eller vurde-

ring for å avklare om gutten bør få utført rituell omskjæring. Fastlegen skal med andre ord ikke inneha noen portvokterfunksjon opp mot spesialisthelsetjenesten når det gjelder dette inngrepet. Sett i lys av at det ved lov kun foreslås å pålegge spesialisthelsetjenesten å ha et tilbud om rituell omskjæring, og ingen tilsvarende plikt for primærhelsetjenesten, mener departementet at det vil bli byråkratiserende og unødvendig å kreve at foreldrene og pasienten må innom fastlegen for der å bli viderehenvist til spesialisthelsetjenesten. Departementet legger derfor til grunn at foreldrene kan henvende seg direkte til spesialisthelsetjenesten med spørsmål om å få utført rituell omskjæring.

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

9.6.1 Hvem kan utføre inngrepet?

Som nevnt foretas det fortsatt rituell omskjæring av et visst omfang ved offentlige og private sykehus/klinikker. I praksis utføres all omskjæring som skjer innenfor helse- og omsorgstjenesten av en lege (kirurg). Dagens helselovgivning stiller ikke noe eksplisitt krav om at denne type inngrep skal utføres av lege/kirurg, men dette vil indirekte følge av forsvarlighetskravet etter helsepersonelloven § 4. Departementets lovforslag om at rituell omskjæring som hovedregel skal utføres av lege, jf. lovforslaget § 5 første ledd, innebærer i praksis slik sett ingen endring når det gjelder helse- og omsorgstjenestens adgang til å utføre rituell omskjæring.

Departementet foreslår videre at det på visse vilkår bør åpnes for at også andre enn lege kan utføre inngrepet. Som redegjort for i proposisjonsens kapittel 3 gjennomføres jødiske omskjæringer av en Mohel (person med spesialutdannelse i å omskjære) som ikke nødvendigvis er lege. For å sikre at inngrepet i slike situasjoner gjennomføres på en forsvarlig måte foreslår departementet at inngrepet i så fall bare skal kunne gjennomføres når lege er tilstede og står ansvarlig for inngrepet, jf. lovforslaget § 5 andre ledd. Departementet foreslår også å presisere at legen i så fall skal påse at inngrepet skjer i samsvar med de krav som følger av loven. Dette innebærer blant annet at inngrepet skal gjennomføres på en forsvarlig måte, herunder at det blant annet skal gis nødvendig smertelindring og at hygienekrav og smitteverntiltak ivaretas på en forsvarlig måte. Kravet vil også innebære at legen må påse at det gis nødvendig

og tilstrekkelig informasjon forut for inngrepet og at foreldrene samtykker til inngrepet, jf. nærmere om slike krav nedenfor.

Lovforslagets presisering i § 5 av at rituell omskjæring skal utføres av lege eller med lege tilstede, vil innebære et forbud mot at andre helsepersonellgrupper eller ikke-helsepersonell utfører rituell omskjæring. Rituell omskjæring som utføres av andre personer enn lege eller utføres av andre personer uten at lege er tilstede, vil være forbudt i henhold til loven og vil også kunne straffes, jf. lovforslaget § 9.

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

9.6.2.1 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 helse- og omsorgstjenesten, enten den offentlige eller den private, så vil som nevnt 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 derfor all omskjæring innenfor helse- og omsorgstjenesten av lege.

Inngrepet må utføres på en helsefaglig forsvarlig måte tilpasset guttens alder. Som redegjort for i punkt 3.3 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 det enkelte helsepersonells kompetanse og barnets alder.

Som følge av at plikt til forsvarlighet allerede følger av helsepersonelloven § 4, vil det etter

departementets oppfatning ikke være nødvendig å innta en eksplisitt presisering i lovforslaget om at den som utfører inngrepet skal gjøre dette på en helsefaglig forsvarlig måte. Departementet viser i så måte til lovforslagets § 3 hvor det fremgår at helsepersonelloven skal komme til anvendelse så langt den passer. Departementet viser videre til at lovens formål er å sikre at rituell omskjæring utføres på en forsvarlig måte og at regionale helseforetak skal organisere spesialisthelsetjenesten slik at de som ønsker det innen helseregionen kan få utført rituell omskjæring av gutter på en forsvarlig måte.

9.6.2.2 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 helse- og omsorgstjenesten 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 helse- og omsorgstjenesten vil det ved inngrep på de yngste guttene benyttes smertelindring i form av smertestillende salve i kombinasjon med lokalbedøvelse og/eller narkose. På de eldre guttene, brukes mer omfattende bedøvelse, og da som hovedregel også narkose. Hvilken smertelindring som er påkrevd vil måtte bero på en konkret helsefaglig vurdering i hvert enkelt tilfelle. Det er dermed ikke hensiktsmessig eller mulig å detaljregulere dette i loven.

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 kan det derfor diskuteres om det er nødvendig å innta en presisering i lovforslaget om at inngrepet skal utføres med tilfredsstillende smertelindring. Departementet mener imidlertid at det av pedagogiske grunner kan være hensiktsmessig med en tydelig presisering av at inngrepet kun skal utføres med tilfredsstillende smertelindring og foreslår dette inntatt som en egen bestemmelse, jf. lovforslagets § 5. Et eksplisitt lovkrav om smertelindring vil også gjøre det tydelig at det gjelder et krav om smertelindring i de tilfellene hvor inngrepet utføres av en person som ikke er lege, men hvor lege er tilstede og står ansvarlig for inngrepet.

9.6.2.3 Krav til hygiene – smittevern

Ved en rekke inngrep eller undersøkelser- og behandlingsformer som foretas innenfor helse- og omsorgstjenesten 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.

9.6.3 Organisering av tilbudet

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.

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, samt at inngrepet utsetter barnet for en viss risiko og påfører barnet ubehag eller smerte.

Departementet ser at enkelte helsepersonell vil kunne finne det faglig og etisk problematisk å utføre eller bistå ved rituell omskjæring. Det vises imidlertid til at det ikke er vanlig å fastsette regler om reservasjonsrett for helsepersonell med hensyn til ulike typer helsehjelp. Departementet antar også at man ved de fleste sykehus vil kunne finne praktiske løsninger på dette slik at man klarer å skjerme helsepersonell som ut fra en faglig eller etisk overbevisning ikke ønsker å utføre eller bistå ved rituell omskjæring.

Departementet vil også vise til at norsk helse- og omsorgstjeneste i hovedsak skal være nøytral og upåvirket av det enkelte helsepersonells religiøse og politiske overbevisning. Dette er et argument i seg selv mot å innvilge reservasjonsrett.

Etter en helhetsvurdering har derfor 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 ikke 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.

9.7 Taushetsplikt

Dersom rituell omskjæring utføres av helsepersonell innenfor helse- og omsorgstjenesten, vil helsepersonellovens regler om taushetsplikt gjelde. Helsepersonellovens regler om taushetsplikt vil også komme til anvendelse overfor lege som står ansvarlig for rituell omskjæring som utføres av en annen person som ikke er lege. Etter departementets oppfatning er det derfor ikke behov for å innta særlige regler om taushetsplikt i lovforslaget.

9.8 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 forbundet med en viss smerte og risiko. For at de som har foreldresansvaret 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 helse- og omsorgstjenesten vil bestemmelser om informasjon allerede følge av helsepersonelloven § 10 som viser til informasjonsbestemmelsene i pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 3. Helsepersonellovens regler om informasjon vil også komme til anvendelse overfor lege som står ansvarlig for rituell omskjæring som utføres av en annen person som ikke er lege. For å tydeliggjøre informasjonsplikten fore-

slår imidlertid departementet at det i lovforslagets § 7 første ledd første punktum, inntas en henvisning til 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 foreldre konverterer til islam eller jødedommen og deretter ønsker å omskjære guttebarna. 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 § 7 første ledd, andre punktum.

For å understreke viktigheten av at tilstrekkelig informasjon blir gitt, mener departementet at det også bør innføres et eksplisitt krav om å dokumentere at det har blitt gitt informasjon, jf. lovforslaget § 7 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.

9.9 Dokumentasjonsplikt

Dersom rituell omskjæring utføres av helsepersonell innenfor helse- og omsorgstjenesten, vil bestemmelser om dokumentasjonsplikt følge av helsepersonellovens kapittel 8. Det fremgår her at helsepersonell i en journal for den enkelte pasient skal dokumentere opplysninger i samsvar med god yrkesskikk og at journalen skal inneholde relevante og nødvendige opplysninger om pasienten og helsehjelpen, jf. helsepersonelloven §§ 39 og 40. Helsepersonellovens regler om dokumentasjon vil også komme til anvendelse overfor lege som står ansvarlig for rituell omskjæring som utføres av en annen person som ikke er lege. Departementet viser her til lovforslaget § 3 andre ledd hvor det også foreslås presisert at helsepersonelloven og pasient- og brukerrettighetsloven skal komme til anvendelse så langt de passer ved utførelse av rituell omskjæring.

Med unntak for at det i lovforslaget § 7 andre ledd foreslås inntatt en bestemmelse om krav til å journalføre opplysning om den informasjon som er gitt, jf. ovenfor i punkt 9.8, foreslås det derfor

ingen ytterligere bestemmelser om dokumentasjonsplikt i lovforslaget.

9.10 Krav om samtykke – aldersgrense

Når det gjelder krav til samtykke viser departementet også til proposisjonens punkt 4.4 hvor det er gitt en generell redegjørelse for pasient- og brukerrettighetslovens bestemmelser.

Bestemmelser om samtykke til helsehjelp følger av pasient- og brukerrettighetsloven 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. Slik regulering vil ha betydning for når det er foreldrene som kan samtykke til rituell omskjæring og når denne avgjørelsen overlates til barnet selv.

Den helserettslige myndighetsalder på 16 år kan fravikes i visse tilfeller, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 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 det derimot innføres en 18-årsgrense, vil dette innebære at foreldrene gis myndighet til å bestemme om gutter mellom 16 og 18 år skal omskjæres eller ikke. Det vil 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 betinget, og det kan ikke utelukkes at gutter i denne aldersgruppen har en annen oppfatning av dette spørsmålet enn foreldrene.

Som det fremgår av punkt 9.2 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 pasient- og brukerrettighetsloven 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 § 8 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 § 8 andre ledd.

For å ivareta de situasjoner hvor foreldrene ønsker rituell omskjæring, men hvor gutten ikke ønsker dette, viser departementet til lovforslaget § 8 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 § 8 vil gjelde uavhengig av om omskjæringen utføres av helsepersonell innenfor helse- og omsorgstjenesten eller av person som utfører inngrepet mens lege er tilstede og står ansvarlig for inngrepet.

For ordens skyld viser departementet også til pasient- og brukerrettighetsloven § 4-4 første ledd som fastslår at foreldre eller andre med foreldreansvaret har rett til å samtykke til helsehjelp for pasienter under 16 år. I bestemmelsens andre ledd er det presisert at det for visse typer helsehjelp vil være tilstrekkelig at kun én av foreldrene eller andre med foreldreansvar samtykker. Departementet legger til grunn at rituell omskjæring ikke er en slik type inngrep at det vil være tilstrekkelig med samtykke fra kun én av foreldrene.

9.11 Tilsyn

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

9.12 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 § 9 slik at den som forsettelig eller grovt uaktsomt overtrer bestemmelser i loven, kan straffes. Når det gjelder strafferammen viser departementet til at strafferammen etter helsepersonelloven § 67 er bøter eller fengsel i inntil 3 måneder. I høringsnotatet foreslo derfor departementet at denne strafferammen også burde gjelde for den som overtrer loven.

I høringen har det kommet innspill på at den foreslåtte strafferamme er for lav og at strafferammen bør sees i sammenheng med den strafferamme som gjelder etter kjønnslemlestelsesloven. Som nevnt i punkt 4.9 er strafferammen for denne loven fastsatt til fengsel inntil 4 år, men inntil 8 år dersom inngrepet har som følge sykdom eller arbeidsudyktighet som varer over to uker, eller en uheldelig lyte, feil eller skade er voldt, og inntil 10 år dersom inngrepet har som følge død eller betydelig skade på legeme eller helbred.

Lovforslaget vil innebære at rituell omskjæring bare kan utføres av lege eller av annen person dersom lege er tilstede og står ansvarlig for inngrepet. Hvordan legen skal utføre inngrepet vil i stor grad følge av annen helselovgivning og særlig den alminnelige plikten til forsvarlighet som følger av helsepersonelloven § 4. Overtredelse av loven vil for legens del i all hovedsak dermed også innebære en overtredelse av plikter som allerede er

pålagt etter helsepersonelloven. Departementet har derfor kommet til at strafferammen for legers overtredelse av lov om rituell omskjæring av gutter bør være tilsvarende strafferammen etter helsepersonelloven, jf. lovforslagets § 9 første ledd.

Departementet vil imidlertid vise til at forslaget til lov om rituell omskjæring av gutter også skal bidra til å hindre at omskjæring utføres av andre personer enn de som etter loven har adgang til å utføre slikt inngrep. Som redegjort flere steder i proposisjonen er det av hensyn til barna nødvendig å kreve at inngrepet skal gjennomføres av lege eller med lege som ansvarlig for å forsikre seg om at inngrepet blir utført på en forsvarlig måte. I tråd med dette mener derfor departementet at det i loven bør inntas en særskilt strafferegulering for de tilfellene hvor rituell omskjæring utføres av andre enn lege, og at det av preventive grunner da er nødvendig å operere med en høyere strafferamme sammenlignet med strafferammen for leger. Som Riksadvokaten har påpekt i sin høringsuttalelse vil en effektiv etterforskning av mulige lovovertridelser sannsynligvis forutsette normal bruk av tvangsmidler og andre etterforskningsmetoder. Strafferammen bør derfor som et minimum være høyere enn 6 måneder slik at politiet vil ha anledning til å foreta pågrep i henhold til straffeprosessloven § 171. Departementet foreslår derfor at det i § 9 andre ledd inntas en forhøyet strafferamme sammenlignet med bestemmelsens første ledd, og da nærmere bestemt bøter eller fengsel i inntil 2 år.

10 Spørsmål om egenbetaling knyttet til rituell omskjæring utført i regi av den offentlige helse- og omsorgstjenesten

I departementets høringsnotat ble det vist til at full eller høy egenbetaling ville innebære en tung økonomisk belastning for foreldrene, noe som igjen ville medføre økt risiko for at enkelte ville se seg nødt til å få omskjæringen gjennomført av ikke-kompetent personell. Departementet foreslo derfor at det ikke skulle kreves egenbetaling for å få utført rituell omskjæring innenfor den offentlige helse- og omsorgstjenesten.

I høringen mottok departementet en rekke innspill knyttet til egenbetaling. Flere høringsinstanser som støttet forslaget om lovregulering var imidlertid uenig i at inngrepet skulle gjøres uten noen form for egenbetaling. Enkelte av disse mente at det burde være et krav om full egenbetaling, mens andre mente inngrepet kunne gjøres av det offentlige mot lavere egenbetaling.

Av de høringsinstanser som ikke støttet forslaget om lovregulering, enten fordi de mente at rituell omskjæring prinsipielt sett ikke burde utføres eller fordi de mente at helsepersonell og helsepersonell ikke burde utføre denne type inngrep, uttalte flere seg mot at inngrepet skulle kunne gjøres uten noen form for egenbetaling. Enkelte høringsinstanser uttalte at de bare kunne støtte forslaget dersom det ble innført full egenbetaling.

Som redegjort for i punkt 2.4 viste et klart flertall i Ståsettutvalget til at et krav om at foreldrene skal betale det et slikt inngrep koster, i praksis ville medføre at de barn som er mest utsatt for lite betryggende utføring av et slikt inngrep, ikke ville fanges opp av dette tilbudet. Et flertall mente derfor at egenbetalingen burde settes så lavt at den ikke ville avskrekke foreldrene fra å oppsøke helse- og omsorgstjenesten. Et mindretall mente imidlertid at man burde holde fast ved prinsippet om at inngrep som ikke er helsefaglig begrunnet, ikke bør være gratis i helsevesenet. Utgangspunktet burde da være at omskjæring som ikke er medisinsk begrunnet, skal finansieres i sin helhet av foreldrene.

Slik departementet ser det er det særlig det faktum at rituell omskjæring ikke er å anse for helsehjelp, som kan tale for at det innføres egenbeta-

ling dersom inngrepet skal gjøres innenfor den offentlige helse- og omsorgstjenesten. Det kan argumenteres for at tjenester hvor egenbetalingen ikke fullt ut dekker den reelle kostnaden ved tjenesten (at staten delbetaler tjenesten) er høyere prioritert enn tjenester der egenbetaling er kostnadsdekkende. På den annen side kan det for rituell omskjæring argumenteres for at staten nettopp bør delbetale, fordi et for høyt nivå på egenbetalingen kan medføre økt risiko for at barna påføres smerte og skade fordi foreldrene velger å avstå fra tilbudet i offentlig regi, og heller få inngrepet utført i ufaglærte lukkede miljøer hvor betalingen for inngrepet er lavere. Som det vil fremgå av redegjørelsen i kapittel 11 tilsvarer kostnadsdekkende egenbetaling om lag 8 400 kroner basert på ISF-ordningen.

Etter en helhetsvurdering har departementet kommet til at det bør innføres en egenbetaling for å få dette inngrepet utført i offentlig regi. Departementet vil her særlig vise til at et krav om egenbetaling vil markere at inngrepet ikke er å likestille med medisinsk begrunnede inngrep på barn. I tråd med dette mener departementet også at slik egenbetaling ikke skal kunne inngå i frikortordningen, og da nærmere bestemt foreldrenes frikortordning. Egenbetaling vil også være i tråd med innspill fra en rekke høringsinstanser og Ståsettutvalget. Krav om egenbetaling vil også gi bedre sikkerhet for at innføring av denne ordningen ikke skal fortrenge annen aktivitet innenfor sykehusenes økonomiske rammer. Departementet ser imidlertid at en svært høy egenbetaling vil kunne innebære en risiko for at foreldre velger å få inngrepet utført av ikke-kompetent personell.

Når det gjelder størrelsen på slik egenbetaling vil departementet vise til at spørsmålet om egenbetaling eller ikke har vært svært sentralt for mange høringsinstanser, og at det kan anføres gode argumenter for enten å innføre en symbolsk egenandel, en mellomløsning eller en kostnadsdekkende egenbetaling. Utover å foreslå at det som nevnt bør gjelde egenbetaling for å få inngrepet utført i offentlig regi, mener imidlertid departe-

mentet at størrelsen på slik egenbetaling bør avgjøres på bakgrunn av Stortingets behandling av denne proposisjonen. I etterkant av slik behandling vil fastsettelse av egenbetaling, og dermed de budsjettmessige konsekvenser av ikraftsetting av loven, inngå i det ordinære budsjettarbeidet.

Dersom Stortinget slutter seg til at det skal innføres egenbetaling, må det foretas endringer i spesialisthelsetjenesteloven. I henhold til denne lovens § 5-5 er det ikke anledning til å innføre egenbetaling for tjenester som utføres når pasienten er innlagt på sykehus, men bestemmelsen åpner for at det ved forskrift kan gis bestemmelser om egenbetaling ved poliklinisk behandling. I tillegg følger det av 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, at barn under 16 år er fritatt fra egenbetaling for helsetjenester. Det vil slik sett heller ikke være adgang til å kreve egenbetaling hvis inngrepet skjer poliklinisk/dagkirurgisk.

Dersom det skal innføres egenbetaling må det derfor foretas endringer i spesialisthelsetjenesteloven § 5-5 slik at det inntas en eksplisitt lovhjemmel for å kreve egenandel ved rituell omskjæring, uavhengig av om inngrepet gjøres i forbindelse med innleggelse, poliklinisk behandling og eventuelt også dersom inngrepet gjøres av spesialist med avtale med regionalt helseforetak/helseforetak. Slik lovbestemmelse bør også gi hjemmel til å gi nærmere bestemmelser ved forskrift, herunder at egenbetalingens størrelse kan fastsettes ved forskrift. Slik bestemmelse er tatt inn i lovforslaget § 13 hvor det foreslås nytt andre og tredje ledd i spesialisthelsetjenesteloven § 5-5. I henhold til

denne løsningen er det lagt opp til at departementet i forskrift fastsetter størrelsen på egenbetalingen. Som nevnt ovenfor bør størrelsen på slik egenbetaling avgjøres på bakgrunn av Stortingets diskusjon av dette temaet. I etterkant av slik lovendring vil det strengt tatt ikke være nødvendig å endre eksisterende forskrift som nevnt, for å kunne kreve egenbetaling for behandling av barn som er innlagt i sykehus for rituell omskjæring eller egenbetaling dersom rituell omskjæring på barn utføres poliklinisk.

Departementet vil imidlertid vise til at størrelsen på egenbetalingen også kan fastsettes av Stortinget i budsjettsammenheng. I lov om rituell omskjæring av gutter kan det da istedenfor å innta forskriftshjemmel til å fastsette størrelsen på egenbetalingen, tas inn en formulering om at rituell omskjæring kan utføres «mot nærmere fastsatt godtgjørelse», se helsepersonelloven § 53 første ledd hvor tilsvarende løsning er valgt for Statens autorisasjonskontors utstedelse av autorisasjon, lisens eller spesialistgodkjenning til helsepersonell

Avslutningsvis vil departementet presisere at egenbetaling ikke foreslås innført for de tilfellene hvor rituell omskjæring utføres utenfor den offentlige helse- og omsorgstjenesten, for eksempel dersom inngrepet utføres av lege som ikke er ansatt i spesialisthelsetjenesten og som ikke har avtale med spesialisthelsetjenesten om å gjøre inngrepet på vegne av spesialisthelsetjenesten. Tilsvarende foreslås det ikke innført egenbetaling i de tilfellene hvor rituell omskjæring utføres av en annen person, men hvor lege er tilstede og står ansvarlig for inngrepet. I slike tilfeller må det være opp til foreldrene og legen å avklare eventuell betaling for å få inngrepet utført.

11 Økonomiske og administrative konsekvenser

11.1 Økonomiske konsekvenser

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 50 % av gjennomsnittskostnadene for pasientgrupper som er inkludert i ordningen. De resterende 50 % 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 eller private leverandører. Finansieringsordningens viktigste formål er å understøtte de regionale helseforetakenes ansvar for å sørge for nødvendige helsetjenester.

Lovforslaget 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.

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 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 helse- og omsorgstjenesten, og det i den forbindelse oppstår skade eller infeksjoner som følge av inngrep utført av ikke-kompetent personell og som spesialisthelsetjenesten senere må behandle.

Når det gjelder totalkostnadene ved å åpne for inngrepet innenfor den offentlige helse- og omsorgstjenesten, samt betydningen av å innføre en egenbetaling, har departementet foretatt en beregning basert på ISF-ordningen. Basert på ISF-ordningen og et volum på 2000 nye inngrep, kan det anslås at kostnadene ved å gjøre disse inngrepene vil være 16,8 mill. 2014-kroner eller 8 400 kroner per inngrep. Det at inngrepet både kan gjøres i forbindelse med selve fødselen (innleggelse) og dagkirurgisk i etterkant av selve fødselen, påvirker sannsynligvis ikke kostnadene nevneverdig. Dersom egenbetalingen settes lik kostnaden vil det offentlige få dekket sine kostnader av egenbetalingen, altså 16,8 millioner kroner. Egenbetaling her vil utgjøre 8 400 kroner for hvert barn som omskjæres.

Dersom egenbetalingen settes lavere enn totalkostnadene vil dette medføre økte kostnader for det offentlige. Grovt sett kan det sies at for hver 500 kroner som tas i egenandel, så vil de totale utgiftene for det offentlige (både i form av basisbevilgning og aktivitetsbasert bevilgning (ISF)) synke med en million kroner.

Dersom egenbetaling settes til 2 000 kroner vil dette totalt utgjøre 4 millioner kroner for 2000 omskjæringer i året. De offentlige kostnadene knyttet til å utføre inngrepet vil da totalt utgjøre 12,8 millioner kroner.

Dersom egenbetalingen settes til halvparten av hva det koster å utføre inngrepet, altså 4 200 i egenbetaling, vil de offentlige kostnadene knyttet til å utføre inngrepet totalt utgjøre 8,4 millioner kroner.

Økonomiske konsekvenser av lovforslaget vil med andre ord avhenge av hvilken egenbetalingsordning Stortinget senere vedtar, se nærmere om dette i kapittel 10. Dersom Stortinget vedtar full

egenbetaling vil lovforslaget kun ha begrensede økonomiske konsekvenser.

Dersom Stortinget vedtar egenbetaling som er lavere enn full egenbetaling, vil forslaget ha økonomiske konsekvenser. Nøyaktig hvor store konsekvenser dette vil få vil avhenge direkte av hva egenbetalingen vedtas å skulle være. Som presisert tidligere i proposisjonen skal rituell omskjæring ikke fortrenge annen behandling ved sykehusene. Dersom egenbetalingen ikke settes lik kostnadene, vil dette innebære økte kostnader for sykehusene tilsvarende differansen mellom full egenbetaling og fastsatt egenbetaling. Fastsettelse av egenbetaling og budsjettmessige konsekvenser vil inngå i det ordinære budsjettarbeidet i lys av Stortingets behandling av denne proposisjonen.

Utover å foreslå at det som nevnt bør gjelde egenbetaling for å få dette inngrepet utført i offentlig regi, mener imidlertid departementet at størrelsen på slik egenbetaling bør avgjøres på bakgrunn av Stortingets behandling av denne proposisjonen. I etterkant av slik behandling vil fastsettelse av egenbetaling, og dermed de budsjettmessige konsekvenser av ikraftsetting av loven, inngå i det ordinære budsjettarbeidet.

11.2 Administrative konsekvenser

Finansiering av sykehusenes virksomhet, enten finansiering i form av basisbevilgning eller finansiering i form av aktivitetsbasert bevilgning (ISF), skal dekke både såkalte behandlingsrelaterede kostnader og administrative kostnader.

Administrative kostnader knyttet til selve inngrepet, for eksempel i form av registrering av inn- og utskrivning, planlegging av tidspunkt for operasjon, internlogistikk, dokumentasjon av inngrepet i pasientadministrative systemer m.v., vil således bli dekket av de budsjettmidler sykehusene tildeles for å utføre denne type inngrep.

Slik sett vil en ordning med at sykehusene skal tilby rituell omskjæring kun innebære at det må etableres nye systemer for en egenbetalingsordning. Departementet legger til grunn at sykehusene i stor grad vil kunne benytte allerede eksisterende pasientadministrative systemer for denne oppgaven, men utelukker ikke at det her kan bli behov for mindre endringer i datatekniske løsninger for innkreving av egenbetaling. Det vil også måtte etableres rutiner for å påse at egenbetaling kreves og innbetales. Departementet legger derfor til grunn at forslaget vil ha visse administrative konsekvenser, men at disse sannsynligvis vil være små for det enkelte sykehus og at de kan dekkes innenfor gjeldende budsjettammer.

12 Merknader til forslag om lov om rituell omskjæring av gutter

Til § 1. Formål

Bestemmelsen er diskutert i de generelle merkna-
dene i kapittel 3 og kapittel 8, samt punkt 9.2.

Bestemmelsen angir begrunnelsen for å lov-
gulere rituell omskjæring av gutter.

Lovens formål er todelt. For det første skal
loven sikre at rituell omskjæring av gutter utføres
på en forsvarlig måte. For det andre skal loven
sikre at et tilbud om rituell omskjæring er tilgjen-
gelig for de som ønsker det i regionen.

Krav til forsvarlighet vil følge av helselovgiv-
ningen for øvrig, jf. særlig helsepersonelloven § 4
som blant annet presiserer at helsepersonell skal
utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig
forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan for-
ventes ut fra helsepersonellets kvalifikasjoner,
arbeidets karakter og situasjonen for øvrig.
Videre fremgår det av spesialisthelsetjenesteloven
§ 2-2 at helsetjenester som tilbys eller ytes i hen-
hold til denne loven skal være forsvarlige.

Når det gjelder lovens formål om å sikre at et
tilbud om rituell omskjæring er tilgjengelig for de
som ønsker det, vil dette særlig bli ivarettatt gjen-
nom lovforslaget § 4 hvor det fremgår at de regio-
nale helseforetakene skal organisere spesialisthel-
setjenesten slik at de som ønsker det kan få utført
rituell omskjæring av gutter på en forsvarlig.

Til § 2. Definisjon av rituell omskjæring

Bestemmelsen er diskutert i de generelle merkna-
dene i punkt 3.1 og punkt 9.3.

Bestemmelsen avgrensner hvilke inngrep som
omfattes av loven.

Med rituell omskjæring menes i lovforslaget et
kirurgisk inngrep som har til formål helt eller del-
vis å fjerne forhud rundt penis, og som ikke har
medisinsk indikasjon. Omskjæring som utføres på
medisinsk indikasjon, for eksempel en fimosis
(forhudsforetrenging), skal falle utenfor loven. I
disse tilfellene vil helsepersonelloven og helselov-
givingen for øvrig komme direkte til anvendelse.
Lovforslaget omfatter kun de omskjæringene som
er religiøst begrunnet.

I henhold til bestemmelsen betraktes det å
fjerne forhud som et «kirurgisk inngrep», uansett
hvilke metode som benyttes. Definisjonsbestem-
melsens bruk av det generelle begrepet «kirur-
gisk inngrep» åpner for at også andre eller nye
omskjæringsteknikker- eller metoder som blir tatt
i bruk vil være omfattet av loven. Avgjørende i for-
hold til loven vil i stor grad være om hensikten er
en permanent fjerning av forhuden og om begrun-
nelsen for dette er religiøst betinget.

Til § 3. Virkeområde – forholdet til andre lover

Bestemmelsen er diskutert i de generelle merkna-
dene i 9.4. Bestemmelsen må til en viss grad også
sees i sammenheng med relevant gjeldende lov-
givning, jf. redegjørelsen i kapittel 4.

Bestemmelsen regulerer lovforslagets virke-
område, 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 fore-
slås det i bestemmelsens *fjerde ledd* at det kan gis
forskrifter om lovens anvendelse på Svalbard og
Jan Mayen.

Som påpekt i punkt 4.3 og punkt 4.4 kan rituell
omskjæring vanskelig sies å være omfattet av hel-
selovgivningens definisjon av «helsehjelp», noe
som igjen har betydning for i hvilken utstrekning
helsepersonellovens og pasient- og brukerrettig-
hetslovens ulike bestemmelser skal komme til
anvendelse.

Når det gjelder rituelle omskjæringer som blir
utført innenfor den private og offentlige helse- og
omsorgstjenesten av helsepersonell, legger imid-
lertid departementet til grunn at personellet som
hovedregel vil være underlagt helselovgivingen.
Dette innebærer blant annet at helsepersonello-
vens bestemmelser om forsvarlighet (både knyt-
tet til selve inngrepet og når det gjelder smerte-
lindring og smitteverntiltak), taushetsplikt og
dokumentasjon, vil komme til anvendelse. En
rekke av pasient- og brukerrettighetslovens
bestemmelser vil også komme til anvendelse, for
eksempel bestemmelser om informasjon, sam-

tykke, klageadgang og rett til innsyn i journal, se imidlertid lovforslaget § 8.

For å avklare eventuell tvil foreslås det i lovens § 3 *andre ledd* presisert at helsepersonelloven og pasient- og brukerrettighetsloven skal komme til anvendelse så langt de passer ved utførelse av rituell omskjæring.

Det presiseres særskilt at pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 2 ikke skal komme til anvendelse. Hvordan et tilbud om rituell omskjæring skal organiseres overlates i stor grad til helse- og omsorgstjenesten selv å avklare. En særregulering av rituell omskjæring som loven innebærer, skal imidlertid ikke 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 eller plikter påvirkes.

Også helsehjelp som ikke er prioritert («nødvendig helsehjelp»), kan etter en konkret vurdering måtte prioriteres foran rituell omskjæring, for eksempel i situasjoner hvor ytelse av slik helsehjelp etter en helsefaglig vurdering haster mer eller hvor det av ressursmessige grunner er nødvendig å prioritere slik helsehjelp fremfor et tilbud om rituell omskjæring.

I *tredje ledd* presiseres at pasientskadeloven skal komme til anvendelse ved utførelse av rituell omskjæring. Dette vil gjelde uavhengig av om rituell omskjæring utføres av lege i regi av det regionale helseforetaket, av privatpraktiserende lege eller av annen person hvor lege er tilstede og står ansvarlig for inngrepet, jf. lovforslaget § 5

Til § 4. Offentlig tilbud

Bestemmelsen er diskutert i de generelle merkna-
dene i kapittel 8, punkt 9.5 og punkt 9.6.3.

Etter bestemmelsens *første punktum* 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.

Hvordan et tilbud om rituell omskjæring skal organiseres overlates i stor grad til helse- og omsorgstjenesten selv å avklare. En særregulering av rituell omskjæring som loven innebærer, skal som nevnt ikke 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 eller plikter påvirkes.

Når helse- og omsorgstjenesten mottar en anmodning om rituell omskjæring vil det måtte bero på en konkret vurdering hvordan og når slik

omskjæring skal finne sted. I noen tilfeller vil det mest praktiske og minst ressurskrevende være at inngrepet utføres i forbindelse med fødsel. I en slik vurdering må det imidlertid blant annet legges vekt på sykehusets eller 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 kan få konsekvenser for oppfyllelse av andre pasienters krav på helsehjelp. Dersom det av slike grunner ikke er ønskelig eller ikke lar seg gjøre å utføre inngrepet mens barnet er innlagt ved sykehuset i forbindelse med fødsel, kan ønsket om rituell omskjæring avslås. Sykehuset må da kunne tilby å utføre inngrepet poliklinisk etter utskrivning eller at inngrepet utføres ved private sykehus/klinikker eller privatpraktiserende spesialister som etter avtale skal tilby inngrepet på vegne av det regionale helseforetaket.

Det er ikke et krav om at de regionale helseforetakene må organisere tjenesten slik at inngrepet kun 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 bestemmelsens *andre punktum* presiseres det 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 ved slike inngrep. Det foreslås imidlertid ikke innført noen lovfestet rett for helsepersonell til å reservere seg mot å utføre eller assistere ved slik inngrep.

Det regionale helseforetaket må organisere spesialisthelsetjenesten på en slik måte at rituell omskjæring kan bli utført innen rimelig tid og det vil ikke være adgang til å avslå et ønske om rituell omskjæring utelukkende under henvisning til at helsepersonell ved sykehuset ikke ønsker å utføre inngrepet eller assistere ved inngrepet.

Til § 5. Adgang til å utføre rituell omskjæring

Bestemmelsen er diskutert i de generelle merkna-
dene i kapittel 8 og punkt 9.6.1.

Bestemmelsen presiserer hvem som kan utføre rituell omskjæring og må sees i sammenheng med straffebestemmelsen i § 9.

Lovens hovedregel er inntatt i *første ledd* hvor det fremgår at rituell omskjæring skal utføres av lege. Som nevnt i tilknytning til § 3 kan rituell omskjæring blant annet utføres av lege i regi av

det regionale helseforetaket og av privatpraktiserende leger.

Bestemmelsen stiller ikke krav om hva slags helsepersonell som kan assistere legen i forbindelse med inngrepet. Hvem som kan assistere vil bero på en konkret forsvarlighetsvurdering, jf. helsepersonelloven § 4 og spesialisthelsetjenesteloven § 2-2.

Bestemmelsen i *andre ledd* vil trolig i praksis fremstå som en unntaksbestemmelse i forhold til første ledd, idet det her fremgår at rituell omskjæring også kan utføres av andre personer. En forutsetning for dette er i så fall at lege er tilstede og står ansvarlig for inngrepet. Den lege som skal stå ansvarlig må selv være tilstede ved inngrepet. Det vil ikke være tilstrekkelig at legen har gitt instruksjoner på forhånd og at han ellers kan kontaktes ved behov.

Legen er den som står ansvarlig for inngrepet. Legen må derfor være tilstede ved inngrepet slik at han eller hun kan gripe inn dersom det etter en helsefaglig vurdering er grunn til dette og han eller hun må også kunne gi råd eller veiledning i forhold til situasjoner som oppstår der og da. Dersom legen ser at omskjæringen ikke kan bli utført på en forsvarlig måte, må legen si fra om dette og erklære at han ikke kan stå ansvarlig for inngrepet. I henhold til bestemmelsen vil den andre personen da ikke lenger ha adgang til å utføre inngrepet.

Legen skal påse at inngrepet skjer i samsvar med det som følger av loven. Dette innebærer blant annet at legen etter en konkret helsefaglig vurdering blant annet må ta stilling til om det er forsvarlig å utføre rituell omskjæring på denne gutten, om det gis nødvendig smertelindring og om smittevern og hygiene ivaretas på en tilstrekkelig måte.

Til § 6. Smertelindring

Bestemmelsen er diskutert i de generelle merkningene i kapittel 3, kapittel 8 og punkt 9.6.2.

Av bestemmelsens *første punktum* fremgår at rituell omskjæring av gutter bare kan utføres dersom det gis nødvendig smertelindring. Det følger allerede av den alminnelige forsvarlighetsplikten etter helsepersonelloven § 4 at helsepersonell må gi den smertelindring som det etter en konkret helsefaglig vurdering er nødvendig og mulig å gi. Lovforslagets bestemmelse om smertelindring vil derfor i hovedsak være av pedagogisk betydning. Det eksplisitte kravet om smertelindring vil imidlertid også gjøre det tydelig at det gjelder et krav om smertelindring i de tilfellene hvor inngrepet

utføres av en person som ikke er lege, men hvor lege er tilstede og står ansvarlig for inngrepet.

Hva slags smertelindring som skal gis i de ulike stadier av inngrepet vil bero på en konkret helsefaglig vurdering hvor også guttens alder vil være et viktig element. I likhet med hva som ellers er vanlig innenfor helselovgivningen, foreslås det ikke å spesifikt lovregulere hva slags smertelindring som skal gis.

I *andre punktum* er det presisert at nødvendig smertelindring skal gis forut for, under og etter inngrepet. Som redegjort for i kapittel 3 kan det forekomme smerte også forut for selve inngrepet, og da typisk i forbindelse med at forhuden skal løsnes fra glans. Etter at inngrepet er gjennomført vil såret kunne verke noen dager. Den lege som gjennomfører inngrepet eller som står ansvarlig for inngrepet, må påse at det gis tilstrekkelig smertelindring i tråd med en konkret helsefaglig vurdering. I likhet med hva som gjelder for utførelsen av selve inngrepet, skal også smertelindringen være forsvarlig.

Til § 7. Informasjon

Bestemmelsen er diskutert i de generelle merkningene i punkt 9.8 og punkt 9.9.

Dersom omskjæringen utføres innenfor helse- og omsorgstjenesten vil bestemmelser om medvirkning og informasjon allerede følge av pasient- og brukerrettighetsloven 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 pasient- og brukerrettighetsloven § 3-2 – § 3-4.

Bestemmelsens første ledd, andre punktum fastslår 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 kort tid etter 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 § 8 andre ledd.

Når det gjelder guttens rett til informasjon og medvirkning, i tråd med FNs barnekonvensjon artikkel 12 om barns medvirkning og barneloven § 31 og § 33 om barns rett til å bli hørt og delta i avgjørelser om personlige forhold for barnet,

vises det til merknader i tilknytning til lovforslaget § 8 andre ledd.

For å understreke viktigheten av at tilstrekkelig informasjon blir gitt, er det innført et krav om å dokumentere at det har blitt gitt informasjon, jf. bestemmelsens *andre ledd*. Dette vil medføre en bevisstgjøring for de som er pålagt å gi informasjonen. Nedtegnning vil også være nyttig i eventuelle etterfølgende klagesaker eller pasientskadesaker hvor det kan være relevant 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 § 8. Samtykke til rituell omskjæring

Bestemmelsen er diskutert i de generelle merkna-
dene i punkt 9.10.

Av bestemmelsens *første ledd* fremgår 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 helse- og omsorgstjenesten, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 4-3 hvor det som hovedregel er fastsatt en helserettslig 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. Rituell omskjæring er ikke en slik type inngrep at det vil være tilstrekkelig med samtykke fra kun én av foreldrene, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 4-4 andre ledd som åpner for at det for visse typer inngrep vil være tilstrekkelig at kun én av foreldrene eller andre med foreldreansvar samtykker.

Samtykkebestemmelsen vil måtte suppleres med pasient- og brukerrettighetslovens bestemmelser, jf. denne lovens kapittel 4.

Andre ledd omfatter guttens rett til informasjon og medvirkning, i tråd med FN's barnekonvensjon artikkel 12 om barns medvirkning og barne-
loven § 31 og § 33 om barns rett til å bli hørt og delta i avgjørelser om personlige forhold for barnet.

FN's barnekomité har gitt følgende kommentar nr. 12 om barns rett til å bli hørt innenfor helsetjenesten:

«Barn, også små barn, skal involveres i beslutningsprosessene, på en måte som er i samsvar med deres gradvise utvikling. De skal informeres om foreslåtte behandlinger og hvordan disse behandlingene virker, og denne informasjonen skal også gis i et format som er hensiktsmessig og tilgjengelig (...).»¹

Avhengig av guttens alder og modenhet skal gutten få informasjon om inngrepet og gis anledning til å si sin mening. Det er foreldre med foreldreansvar som skal ivareta guttens rett til deltakelse når det gjelder rituell omskjæring i takt med guttens alder og utvikling. Det bør være helsepersonellet som gir gutten informasjon om inngrepet. Helsepersonellet må sørge for at barnets innstilling til inngrepet er opplyst.

I andre ledd, tredje punktum er 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 i disse tilfellene motsetter seg inngrepet kan det ikke gjennomføres.

Til § 9. Straff

Bestemmelsen er diskutert i de generelle merkna-
dene i punkt 9.12.

Ved at det av lovens § 5 følger hvem som har adgang til å utføre rituell omskjæring, vil straffebestemmelsen kunne komme til anvendelse overfor flere personellgrupper. For det første overfor leger som utfører inngrepet på en uforsvarlig måte. For det andre kan straffebestemmelsen komme til anvendelse overfor person som uten å være lege utfører inngrepet, men da med lege tilstede som skal stå som ansvarlig for inngrepet. For det tredje kan bestemmelsen komme til anvendelse overfor andre personer enn de nevnte som utfører rituell omskjæring.

Bestemmelsens *første ledd* retter seg kun mot leger og tilsvarende den straffebestemmelse som allerede følger av helsepersonelloven § 67. Skyldkravet er forsett eller grov uaktsomhet og strafferammen er bøter eller fengsel inntil tre måneder.

Bestemmelsens *andre ledd* retter seg mot andre enn leger. Også her er skyldkravet forsett eller grov uaktsomhet, men av allmennpreventive grunner er det foreslått høyere strafferamme

¹ Konvensjonen om barnets rettigheter. Generell kommentar nr. 12 (2009) CRC/C/GC/12 para 100

sammenlignet med de situasjoner som omfattes av bestemmelsens første ledd.

Til § 11. Nytt andre og tredje ledd i spesialisthelsetjenesteloven § 5-5

Bestemmelsen er diskutert i de generelle merkningene i kapittel 10 og kapittel 11.

I bestemmelsen foreslås det nytt andre og tredje ledd i spesialisthelsetjenesteloven § 5-5.

Forslaget til nytt *andre ledd* første punktum i spesialisthelsetjenesteloven § 5-5, innebærer at det skal kreves egenbetaling for inngrep som utføres innenfor det regionale helseforetakets ansvar. Størrelsen på slik egenbetaling avklares på bakgrunn av Stortingets behandling av denne proposisjonen. I etterkant av slik behandling vil Regjeringen komme tilbake med en tilråding om nivået på egenbetalingen i forbindelse med budsjettbehandlingen ved iverksettelse av loven.

Av bestemmelsens andre ledd andre og tredje punktum fremgår at det skal kreves egenandel ved rituell omskjæring uavhengig av om inngrepet gjøres i forbindelse med innleggelse i sykehus, poliklinisk behandling og eventuelt også dersom inngrepet gjøres av privat sykehus/klinikk eller privatpraktiserende spesialist som etter

avtale utfører inngrepet på vegne av helseforetaket.

Krav om egenbetaling vil ikke gjelde i de tilfellene hvor rituell omskjæring utføres utenfor den offentlige helse- og omsorgstjenestens regi, for eksempel dersom inngrepet utføres av lege som ikke er ansatt i spesialisthelsetjenesten og som ikke har avtale med spesialisthelsetjenesten om å gjøre inngrepet på vegne av spesialisthelsetjenesten. Tilsvarende vil krav om egenbetaling ikke gjelde i de tilfellene hvor rituell omskjæring utføres av en annen person, men hvor lege er tilstede og står ansvarlig for inngrepet.

Forslaget til nytt *tredje ledd* i spesialisthelsetjenesteloven § 5-5 innebærer at departementet i forskrift kan fastsette størrelsen på egenbetalingen. I slik forskrift kan det også gis nærmere bestemmelser om innholdet etter andre ledd.

Helse- og omsorgsdepartementet

tilrår:

At Deres Majestet godkjenner og skriver under et framlagt forslag til proposisjon til Stortinget om lov om rituell omskjæring av gutter.

Vi HARALD, Norges Konge,

s t a d f e s t e r :

Stortinget blir bedt om å gjøre vedtak til lov om rituell omskjæring av gutter i samsvar med et vedlagt forslag.

Forslag

til lov om rituell omskjæring av gutter

§ 1 *Formål*

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

§ 2 *Definisjon av rituell omskjæring*

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

§ 3 *Virkeområdet – forholdet til andre lover*

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

Ved utførelse av rituell omskjæring kommer helsepersonelloven og pasient- og brukerrettighetsloven til anvendelse så langt de passer. Pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 2 kommer ikke til anvendelse.

Pasientskadeloven gjelder ved utførelse av rituell omskjæring.

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

§ 4 *Offentlig tilbud*

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

§ 5 *Adgang til å utføre rituell omskjæring*

Rituell omskjæring av gutter skal utføres av lege.

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

§ 6 *Smertelindring*

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

§ 7 *Informasjon*

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

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

§ 8 *Samtykke til rituell omskjæring*

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

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

§ 9 *Straff*

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

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

§ 10 *Ikrafttredelse*

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

§ 11 *Endringer i andre lover*

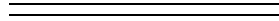
Fra det tidspunkt loven trer i kraft, skal lov 2. juli 1999 nr. 61 om spesialisthelsetjenesten m.m.

§ 5-5 nytt andre og tredje ledd lyde:

For inngrep omfattet av lov om rituell omskjæring av gutter skal det kreves egenbetaling. Egenbetaling skal kreves uavhengig av om inngrepet skjer i forbindelse med innleggelse i sykehus eller ved poliklinisk behandling ved

institusjon. Egenbetaling skal kreves uavhengig av om inngrepet foretas av helseforetaket eller av spesialist med avtale med det regionale helseforetaket om å utføre inngrepet på vegne av helseforetaket.

Departementet kan ved forskrift gi nærmere bestemmelser om innholdet etter annet ledd, herunder fastsette størrelsen på egenbetalingen.



Offentlige institusjoner kan bestille flere
eksemplarer fra:
Departementenes sikkerhets- og serviceorganisasjon
Internett: www.publikasjoner.dep.no
E-post: publikasjonsbestilling@dss.dep.no
Telefon: 22 24 20 00

Opplysninger om abonnement, løssalg og
pris får man hos:
Fagbokforlaget
Postboks 6050, Postterminalen
5892 Bergen
E-post: offpub@fagbokforlaget.no
Telefon: 55 38 66 00
Faks: 55 38 66 01
www.fagbokforlaget.no/offpub

Publikasjonen er også tilgjengelig på
www.regjeringen.no

Trykk: 07 Aurskog AS – 04/2014

