

Förslaget till omskärelse av pojkar – vart tog barnens rätt vägen?

I en rapport från Socialstyrelsen föreslås en rätt att få omskärelse av pojkar utförd inom den offentliga vården och att landstingen blir skyldiga att låta utföra ingreppet. I stället borde vi verka för att skydda barnens rätt i Barnkonventionens anda.

Socialstyrelsen (SoS) har på uppdrag av regeringen utkommit med en rapport om omskärelse av pojkar (S2005/7490/SK). I uppdraget har inte ingått att ifrågasätta ingreppet utan endast att föreslå åtgärder för att berörda pojkar inte ska fara illa.

SoS har intervjuat landstingen, ett antal BVC, vissa religiösa organisationer och några enskilda muslimer samt tagit reda på några europeiska länders hantering av frågan. Däremot har man inte intervjuat landstingens barnläkare, deras barnkirurger eller representanter för Rädda Barnen eller Barnombudsmannen.

SoS borde som övergripande ansvarig för hälso- och sjukvården ha uttalat sig om ingreppet ur perspektivet »övergrepp mot barn, dess etik och dess risker«.

Utgångspunkten har varit att omkring 3 000 omskärelser görs årligen, att i princip »alla« judiska och muslimska pojkar omskärs och att detta skulle vara ett religiöst obligatorium.

I den judiska kretsen omskärs emellertid bara ett 40-tal pojkar per år [1], vilket motsvarar omkring 40 procent av hela gruppen [2]. Inget försök har gjorts att ta reda

på motsvarande siffror inom den muslimska (och afrikanska) sektorn.

Den muslimska befolkningen i Sverige uppgår troligen till över 300 000 personer. Andelen ingiften med personer med annorlunda värderingar kring omskärelse torde inte vara ringa, liksom andelen indifferent. Detta analyseras inte i rapporten.

I 20 av 21 landsting gjordes totalt ett 60-tal omskärelser år 2006 (av landstingsanställda läkare), medan Stockholms läns landsting har ett avtal med en läkare som gör omkring 700 per år. Patienterna betalar ingreppen själva (1 000–7 139 kr). I Stockholm kostar en omskärelse 1 000 kr, medan omkring 2 500 kr betalas av landstinget.

Kvar står att över 2 000 omskärelser görs av andra – var och av vem? Rapporten utgår ifrån att flertalet av dessa görs av icke auktoriserade – av charlataner och i form av »köksbordskirurgi«.

Detta borde ha avspeglats i antalet anmälda komplikationer. Under tiden 2000–2006 har till SoS anmälts 16 fall, varav 1 dödsfall och 1 där pojken löpte stor risk att avlida. Båda ingreppen hade utförts av läkare. I 13 fall rörde det sig om infektioner, blödningar, gapande sår, smärtpåverkan. I 10 fall hade ingreppet utförts av icke behöriga eller av personer med annan nordisk läkarlegitimation. Enkäten till BVC antyder dock



En pojke omskärs vid en klinik i Alger, Algeriet – bilden är tagen i oktober 2007.

Foto: Mohamed Messara/Scanpix

att det förekommer fler komplikationer efter omskärelse.

På basen av ovanstående »bedömer SoS att det utförs 1 000–2 000 omskärelser av den här typen varje år«, dvs ingrepp utförda av personer som saknat auktorisation. Detta är orimligt – det skulle innebära 25–50 i veckan (beräknat på 40 arbetsveckor) och skulle säkerligen avspeglas tydligt i medier och i komplikationsstatistiken. Återstår slutsatsen att ingreppen görs i respektive pojkes forna hemland som »semesteromskärelse«. Detta är inte utrett.

Regeringen skriver i proposition 2000/01:1, sidan 19, om kvinnlig omskärelse: »... det är här inte bara en fråga om individens rätt till kroppslig integritet. Det är lika mycket en fråga om kvinnan rätt att bestämma över sig själv, att leva ett liv efter egna förutsättningar och behov.« Det är dock alldeles uppenbart att precis samma sak kan sägas om manlig omskärelse.

SoS påpekar att »pojken har vetorätt«. Detta är en helt meningslös tes, då nästan alla som ska omskäras är småbarn och som därmed knappast kan inlägga sitt veto, än mindre veta om att de har »vetorätt«!

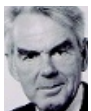
SoS diskuterar kort huruvi-

da omskärelse är ett så skadligt ingrepp att det motiverar inskränkning av religionsfriheten, som ju skyddas av grundlag och Europakonventionen. Här återgår SoS till tesen om att det gäller en »mångtusenårig tradition med djupa religiösa motiv« och att ett förbud skulle innebära en otillåten inskränkning i religionsfriheten.

Det finns gott om exempel på att »djupa religiösa motiv« har förbjudits eller trängts tillbaka för att skydda barn (och kvinnor) – exempelvis månggifte, bortgifte av minderåriga flickor, omskärelse av flickor och uppsugande med munnen av penisblod efter omskärelse [3].

SoS diskuterar vidare om konsekvensen för barnen av sitt förslag och säger bl a: »Barnets rätt att göra sig hört och få sina åsikter respekterade (Art 12 Barnkonventionen) kan anses åsidosatt, men det är en värdering och kan diskuteras.«

Och ännu värre: »Det kan finnas en intressekonflikt mellan barnets självbestämmande och föräldrarnas övertygelse. Det är dock en värderingsfråga. Den här konflikten är beskriven utifrån västeuropeisk eller kristen diskurs.« Ett sådant cyniskt och



YNGVE HOFVANDER
professor, Akademiska sjukhuset, Uppsala
yngve.hofvander@kbh.uu.se

barnfientligt uttalande borde inte få förekomma i en offentlig SoS-rapport.

Antingen har barnet rätt att göra sig hört – eller så förnekas barnet denna rätt.

Det kan vara av intresse att se på hur frågan behandlas i andra europeiska länder [4]. I Finland pågår lagdiskussioner, men »Etiska delegationen« påpekar att även om man stiftar en lag ska man inte avstå från »det långsiktiga målet ... att avskaffa omskärelse av pojkar«.

I Norge finns ingen nationell reglering, och patienten betalar själv.

I Storbritannien har läkarförbundet BMA utfärdat mycket väl genomarbetade riktlinjer år 2003 [5], i vilka man ingående diskuterar balansen mellan föräldrar och barn, deras roller och rättigheter: »this surgical procedure has medical and psychological risks« och »parental preferences alone is not sufficient justification for performing a surgical procedure on a child«. Tveklöst borde dessa riktlinjer ha stått som modell för Socialstyrelsens nuvarande tämligen ensidiga ställningstagande.

I korthet – på några få rader – föreslår nu SoS att »det införs en rätt att få ingreppet utfört inom den offentliga hälso- och sjukvården«, och att det införs »en motsvarande skyldighet för sjukvårdshuvudmännen att låta utföra ingreppet«.

Det torde vara underförstått att det allmänna därmed ska betala för ingreppet.

Det är tragiskt att SoS inte har förmått sig att diskutera om och inte bara hur, och att i grunden analysera »barnets bästa« i relation till föräldrarnas föregivna rätt – nämligen att genitalt mutilera ett barn. Man böjer sig troskyldigt för att det skulle vara ett religiöst obligatorium utan att närmare ifrågasätta detta.

Den föreliggande rapporten – som ska bilda underlag för en lagrevison – är i många

stycken defekt och ensidig. Man får intrycket att konklusion och förslag var klara redan innan utredningen kom till stånd. Att så gott som helt förbigå läkarkårens synpunkter är allvarligt när det gäller en fråga som i hög grad kan komma att engagera kollegerna. Men det allvarligaste är att man så ensidigt ställt sig på den vuxnes sida, medan barnets rätt och möjlighet att göra sin röst hörd är »next to nil«.

Riksdagen uttalade, när lagen om omskärelse av pojkar antogs 2001, en förhoppning att »debatten hålls livlig ... så att en attitydförändring sker hos berörda grupper. Och att omskärelse på sikt försvinner« [6].

Det vilar ett tungt ansvar på Läkarförbundet och berörda delföreningar, på Socialdepartementet och på riksdagen att principiellt ta avstånd från omskärelse. Om omskärelse ska göras bör denna anstå tills barnet fyllt 18 år och självt kan bestämma. Det vore sorgligt om Sverige internationellt skulle framstå som en bakåtsträvande nation i stället för att aktivt verka för att skydda barns rätt i Barnkonventionens anda.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*

REFERENSER

1. Abramowicz L, Carlberg A, Posner-Körösi L. Blir manlig omskärelse förbjuden om fyra år? Läkartidningen. 2001;98:3835-6.
2. Hofvander Y. Lagen om omskärelse av pojkar – hur implementeras den? Läkartidningen. 2002;99:4198.
3. Glick LB. Marked in your flesh. Circumcision from ancient Judea to modern America. New York: Oxford University Press; 2005.
4. Hofvander Y. Male circumcision in 10 European countries. In: Denniston G, et al. Circumcision, genital integrity and human rights. International symposium, Washington, USA. New York: Kluwer Academic/Plenum (in preparation).
5. The law & ethics of male circumcision – guidance for doctors. London: BMA; 2003. <http://www.cirp.org/library/statements/bma2003>. Revised 2006.
6. Från Riksdag och Departement. 19/2001.

Läs Lessing om biståndet

■ I västvärlden förs sedan decennier en debatt om hur stort biståndet från den rika världen till den fattiga bör vara. Så sent som 2007 har de rika länderna på nytt uppreat att de bör kunna skänka 0,7 procent av BNP till sina fattiga kusiner. Nu, lika litet som tidigare, fullföljer man emellertid detta åtagande.

Vad man mera sällan diskuterar är hur dessa medel används, och det är en återkommande företeelse i de flesta västliga länder att man inte är beredd att följa upp resultatet av det bistånd som ges. I synnerhet hur biståndet fördelas mellan mottagarlandet och givarlandet, mellan administration av den egna organisationen eller av lokala enheter, eller mellan byråkratin över huvud taget och dem som biståndet ska hjälpa.

Något som många mottagare förordar, och som även givare kan tycka vara bekvämt, är att låta biståndet till ett visst land gå in i dess vanliga budget. Biståndet kommer då att helt och hållet förvaltas av den lokala regeringen – med de faror och frestelser som detta kan medföra. En annan fallgrop är att bygga upp en egen organisation på lokal nivå, men med tjänstemän hemifrån som skall garantera att biståndet verkligen kommer de behövande till godo. Då finns risken att dessa tjänstemän kommer att kosta så mycket att det reella biståndet naggas i kanterna – det är fråga om resa och uppehälle, familjens omhändertagande, skolor för barnen m m.

Dessa fällor har uppmärksamats på flera sätt. 2007 års Nobelpristagare i litteratur, Doris Lessing, med egen erfarenhet från Afrika, har i sin memoarliknande, halvdokumentära bok »Ljuvaste dröm« beskrivit hur biståndets medel kan vanvårdas av professionella konferensdeltagare/biståndsarbetare i ett afrikanskt land, Zimliba, som

antagligen ska föreställa Zimbabwe:

»Nu talade alla om en kommande årlig konferens. Tvåhundra deltagare från hela världen skulle konferera en vecka kring temat 'Fattigdomens perspektiv och följder'.

Och var skulle den hållas? Den indiska delegaten, en vacker kvinna i röd sari, föreslog Sri Lanka. Visserligen skulle man behöva se upp med terroristerna, men någon vackrare plats fanns inte på jorden. Geoffrey Bone sa att han hade varit på en tredagarskonferens i Rio om världens hotade ekostruktur, och där finns ett hotell ...

Men, sa en japansk herre, förra årskonferensen hade ägt rum i Latinamerika, men på Bali fanns ett litet fint hotell och den delen av världen borde få värdskapet. Samtalet om hotell och deras attraktioner fortgick under hela middagen, och det var den allmänna meningen att det var dags för Europa den här gången.«

»Till slut kom konferensen att äga rum i Kapstaden eftersom Sydafrikas apartheid höll på att upphävas, och alla ville visa sina sympatier för Mandela.«

En annan kvinnlig skribent som studerat förhållandena rörande stödet för AIDsbekämpning under flera år, Helen Epstein, skriver: »Folk brukade skämta med att det fanns två slags AIDs i Uganda: slanka AIDs och tjocka eller fetma AIDs. De förra blev smalare och smalare tills de slutligen försvann, medan fetmavarianten av AIDs drabbade biståndsbyråkrater, konsulter från främmande länder och medicinska experter som alla deltog i påkostade konferenser och arbetsmöten på exotiska platser, hade höga löner och blev allt fetare.«

Något att tänka på för departementet och Sida!

Lars Werkö
professor, Stockholm