

Omskärelse av pojkar – barnets rättigheter står mot föräldrarnas

Det finns få ämnen inom det medicinska området som medfört så mycket kontroverser och som upprört så många känslor som den rituella omskärelsen av pojkar [1, 2]. Det är också få ämnen som under de senaste decennierna så frekvent behandlats i den medicinska litteraturen. En Medline-sökning för 1998 gav 155 artiklar och »letters», och en sökning på Alta Vista gav omkring 45 000 träffar. Det finns ett stort antal böcker i ämnet och vissa tidskrifter ägnar sig enbart åt detta ämne, till exempel den i USA utgivna »The foreskin quarterly» och den på Internet publicerade tidskriften »Circumcision».

Också i Sverige har under senare år omskärelse av pojkar varit föremål för en intensiv debatt av delvis upphetsat slag, med oförsonliga förtecken och speglande vitt skilda kulturella och religiösa värderingar [3-10].

Denna debatt utgick från en dom i Högsta Domstolen (HD) 1996 [11]. Upprinnelsen var att föräldrarna till sex bosniska barn i åldern 1,5-7 år hade anlitat en palestinsk läkare (utan svensk legitimation) för att utföra omskärelse. En sjuksköterska vid flyktingförläggningen som sedermera anmälde fallet blev vittne till att fyra nyss omskurna pojkar skrek i högan sky och hade genomblödda bandage om sina penisar, en väntande gosse »darrade och skakade av rädsla». Fyra av de omskurna fick i efterförloppet variga infektioner i penis och fick antibiotikabehandlas. En enda engångsskalpell hade använts och inga sterila kompresser.

Tingsrätten (TR) [12] och senare Hovrätten (HR) [13] ansåg att »hela händelsen måste ha inneburit en

Författare

YNGVE HOFVANDER

professor, tidigare chef för enheten för internationell barnhälsovård, institutionen för kvinnors och barns hälsa

LEIF OLSEN

docent, överläkare, klinikchef, barnkirurgiska kliniken, Barnsjukhuset; båda Akademiska sjukhuset, Uppsala.

Sammanfattat

- Den religiösa, rituella indikationen för omskärelse går, inom judendomen och islam, tillbaka till Abraham, som genom ingreppet etablerade ett förbund med Gud. I Koranen finns dock inget påbud. Ingreppet finns beskrivet långt dessförinnan i Egypten.
- Omskärelsen praktiseras traditionellt i Afrika som initiering till vuxenlivet. I USA gjordes den ursprungligen som onaniprofylax, men har senare, via märkliga indikationstillägg som epilepsi, astma och gikt, hamnat i dagens diskussion om förebyggande av urinvägsinfektioner, peniscancer, cervixcancer och sexuellt överförda sjukdomar.
- I den internationella litteraturen råder oenighet om den medicinska nyttan. Enligt en del studier finns en sådan, men enligt andra i så fall så marginell att den uppvägs av de komplikationer som kan ses efter ingreppet (i storleksordningen upp till 10 procent). Denna uppfattning stöds av American Academy of Pediatrics.
- Förhuden anses ha en unik innervation och möjligen även en immunologisk funktion. Det inre bladet är under de första levnadsåren som regel sammanvuxet med ollonet, med funktion att skydda detta.
- Senare tids forskning visar övertygande att nyfödda upplever smärta och även har ett minne av detta.
- Totalt torde många miljoner pojkar omskäras årligen. I Sverige rör det sig troligen om cirka 100 judiska och cirka 3 000 muslimska pojkar. Mörkertalet är emellertid stort och det är inte klarlagt var, av vem och under vilka förhållanden omskärelserna utförs och vilka komplikationer som uppstår.
- Konklusionen blir att, i fråga om rituell omskärelse, två starka och delvis motsatta intressen står emot varandra: föräldrarnas, relaterade till religiös tradition, och barnets, så som det uttrycks i FNs konvention om barnets rättigheter. Kärnfrågan och det svåra är att kunna värdera vilken av de båda konkurrerande rättigheterna som skall tillmätas det största värdet.

skräckupplevelse för barnen. Gärningarna, som således inte alls var medicinskt betingade, är därför att anse som misshandel. Med hänsyn till den fysiska smärtan och den ångestskapande situation som förelegat samt till barnens låga ålder kan misshandeln inte betecknas som ringa». Domen löd på villkorligt fängelse, 100 dagsböter samt 76 000 kronor i skadestånd.

HD undanröjde emellertid dessa domar och anförde att »omskärelse i och för sig uppfyller kriteriet social adekvans och därför, om samtycke förelig-

ger, bör kunna medföra frihet från ansvar trots att handlandet annars skulle vara att bedöma som misshandel».

Vidare menade HD:

»Om den principen skulle ställas upp att endast omskärelse under bedövning är tillåten, torde det i praktiken medföra att ingreppen bara kan utföras av personal inom hälso- och sjukvården. Detta synes i sin tur innebära ett brott mot hittillsvarande traditioner bland såväl judar som muslimer.»

»Hänsynen till dessa traditioner måste få vika om barn utsätts för alltför

stor smärta. Huruvida detta generellt bör anses vara fallet kan HD inte uttala sig om på grundval av den utredning som förebringats i målet.»

Vid vår diskussion (YH) med representant för HD [14] framhölls dock att man inte borde dra alltför långtgående slutsatser av rättsfallet när det gäller under vilka omständigheter som omskärelse kan anses straffri samt vidare att man inte gått in på frågan om vilken betydelse Barnkonventionen [15] kunde ha för ansvarsfrågan. Med andra ord var fallets prejudicerande betydelse inte särskilt stark.

Reaktionen på denna frikännande dom blev emellertid kraftig. Bland annat protesterade fyra tunga barnspecialistföreningar i en debattartikel i DN [3] och ett tiotal insändare publicerades i Läkartidningen [4-10, 16-18]. Rädda Barnen tillskrev justitie-minister Laila Freivalds och hänvisade till FN:s Barnkonvention. Motioner har framlagts vid Rädda Barnens årsmöten 1997 och 1999, motioner har framlagts inom Riksdagens Socialutskott och frågan har diskuterats inom Socialdepartementets etiska nämnd.

Som resultat av detta fick vi i uppdrag av Socialstyrelsen att göra en litteraturgenomgång och åstadkomma en »state of the art»-rapport för att få underlag för vidare agerande i frågan. Denna inlämnades till Socialstyrelsen i april 1999.

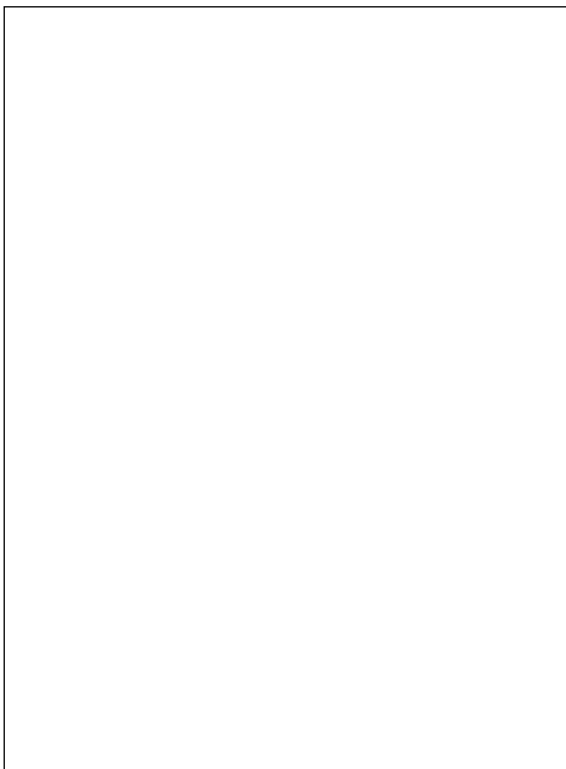
Nedanstående utgör en sammanfattning av denna utredning.

I princip görs omskärelse enligt följande:

1. rituell (religiös) omskärelse (judar och muslimer),
2. annan traditionell omskärelse (mest afrikanska samhällen),
3. rutinmässig neonatal omskärelse (mest i USA),
4. på medicinsk indikation (mest fimosis).

Historisk bakgrund inom judendomen

Ursprunget till omskärelse går säkerligen tillbaka till förhistorisk tid. Tillsammans med trepanation torde det vara en av de äldsta operationerna som utförts [19-21]. Man har funnit målningar i gamla egyptiska gravar, från 3 000 år f Kr, som visar män i färd med att omskära och omskäras. När den sedermera berömda Pytagoras besökte Egypten för att studera astronomi och geometri skall han ha varit tvungen att genomgå omskärelse för att få studera där [22]. Seden spred sig norrut och till områden runt Medel-



Omskärelse av Jesus i templet, ett vanligt motiv i konsten. Grafiskt blad av Hendrick Goltzius.

havet. Det är osäkert om omskärelse gjordes för renlighets skull [23], om det var en rent rituell företeelse eller om det hade fertilitetsanknytning [24]. Omskärelsen gjordes någon gång före vuxenåldern och praktiserades i grupp [23].

Omskärelse var sålunda väl känd och praktiserades långt innan Abraham lät omskära sig själv, 99 år gammal, och hela sitt manliga hus inklusive sin 13-åriga son Ismael. Detta sedan han fått en uppenbarelse från Gud att göra så för att etablera ett förbund med Gud, allt beskrivet mycket livfullt i första Mosebok 17 kapitlet. Han utlovades också att hans 90-åriga hustru Sara skulle bli havande och föda en son. Så skedde och Isak föddes. Sara tvivlade dock på sin förmåga och skämdes över att »giva mig till lusta, nu då också min herre är gammal. Gud har berett mig ett löje, var och en som får höra detta skall le mot mig».

Släkte efter släkte skulle varje gossebarn omskäras när det var åtta dagar gammalt, men en icke omskuren skulle utrotas ur sitt släkte då han brutit förbundet. Omskärelsen medförde en stark etnisk identitet.

Varken greker eller romare praktiserade omskärelse, vilken under vissa romerska kejsare förbjöds och bestraffades [23-24]. Jesus omskars ju på åttonde dagen i templet, men aposteln Paulus ansåg att envar skulle förbli som Gud hade skapat honom. Människan var ju

Guds avbild och därmed rimligen redan perfekt.

Inom islam

Omskärelse av pojkar (eller flickor) finns inte omnämnd i Koranen och en rättrogen behöver därför inte vara omskuren.

Emellertid har en mycket starkt uppehållen tradition utbildats för att ingreppet skall utföras, en tradition som går tillbaka till tiden för Abraham och hans son Ismael, vilken senare anses vara stamfader för den släkt ur vilken Mohammed härstammade [25]. Omskärelse av pojkar sker någon gång mellan åttonde dagen och 15 års ålder. Den tar sig ofta formen av en initiering in i vuxen-världen. Inom såväl islam som judendomen understryks den identitet med den egna etniska gruppen eller religiösa sfären som omskärelsen medför. Till största delen genomförs ingreppet inom den islamska världen av traditionella omskärare, bybarberare eller paramedicinsk personal utan kirurgisk eller sanitär utbildning. I rikare länder och inom välbärgade kretsar görs dock ingreppet i stor utsträckning av läkare.

Traditionellt i Afrika

Stora delar av Afrika domineras av islam. I de traditionella samhällen i Afrika, framför allt söder om Sahara, som ännu inte islamiserats har omskärelse praktiserats sedan mycket lång tid [26] och utgör en initiering in i vuxen-världen – pojken har blivit man. Återigen är bakgrunden hölj i dunkel, men anses ha fertilitetsbetydelse [26]. Ingreppet, som inte sällan äger rum i grupp, omges av mycket festligheter. Pojkarna kläs i fina kläder, förs i procession genom byn, under mycket musicerande och trummande, och omskärs en efter en, vanligen i skolåldern. Komplikationer i form av blödningar, lokala infektioner och allmän sepsis har även här angetts som mycket vanliga [27].

I USA, Kanada, Australien, Nya Zeeland, England

I USA började omskärelse praktiseras i liten skala för omkring 100 år sedan som föregiven profylaktisk eller terapeutisk åtgärd mot ett hundratal åkommor, till exempel alkoholism, epilepsi, astma, rektal prolaps och reumatism, men framför allt som ett botemedel mot eller som förebyggande av onani [28-31]. Under perioden 1875–1950 var det föga opposition mot rutin-omskärelse i neonatalperioden, snarare förekom det mängder med medicinska artiklar som påvisade positiva hälso-

effekter av ingreppet [31]. Frekvensen omskärelse steg till omkring 90 procent under denna period [32], men har från 1960-talet gått ned till nuvarande omkring 60 procent [33] sedan man börjat ifrågasätta det medicinska värdet och väga detta mot de komplikationer som ingreppet även i erfarna händer medför [34].

För USA liksom för många andra länder gäller dock att statistiken över antalet omskärelser är osäker. Det föreligger dessutom betydande regionala skillnader och skillnader beroende på ekonomisk bakgrund. Omskärelse i USA är således vanligast i välutbildad, vit medelklass och hos sjukförsäkrade.

Även i andra länder än USA utförs omskärelser i nyföddhetsperioden, om än i betydligt lägre och stadigt sjunkande omfattning. I Kanada anges till exempel att omskärelser utförs i cirka 20 procent [35], i Australien och Nya Zeeland i cirka 25 procent [36] och i England i cirka 5 procent av fallen [37].

Rutinmässig neonatal omskärelse – medicinsk nytta?

Litteraturen rörande neonatal omskärelse och dess eventuella medicinska nytta, så som den praktiseras huvudsakligen i USA, men även i vissa andra engelskspråkiga länder samt inom de judiska samfundet, är mycket omfattande och motsägelsefull, många gånger med starka emotionella inslag.

Som nämnts ovan ansåg man i slutet av 1800-talet att den relativa förhuds-förträngningen, som ju i grunden är fysiologisk, var orsak till ett mycket stort antal åkommor och beteenden, allt ifrån astma och epilepsi till onani och impotens.

Under 1900-talet tillkom ett antal andra medicinska indikationer, som att förebygga urinvägsinfektion hos spädbarn. Enligt Wiswell och medarbetare var, i en retrospektiv studie, frekvensen UVI (bakteriuri) under det första levnadsåret 0,1 procent hos omskurna jämfört med 1 procent hos icke omskurna [38, 39]. Även i förskoleåldern fann man en ökad risk för UVI hos icke omskurna pojkar [40] liksom hos 30-åriga män [41]. I American Academy of Pediatrics' (AAP) policydokument [42] konkluderas att även om den relativa risken för den icke omskurna att drabbas av UVI under spädbarnsåret är 4–10 gånger högre än för den omskurna, så är den absoluta risken mycket låg, som högst 1 procent.

Wiswells och medarbetares resultat innebär således att det skulle krävas att ungefär 100 pojkar måste bli omskurna för att minska risken för att ett barn ska drabbas av UVI (bakteriuri) [43]. I en populationsbaserad kohortstudie i Toronto, Kanada, beräknade man att det

skulle krävas att 195 pojkar skulle behöva omskäras för att förhindra en enda inläggning på sjukhus för UVI under spädbarnsåret [44]. När man vägde samman potentiella fördelar med omskärelse med potentiella skador fann man att de senare övervägde. Man konkluderade att rutinmässig omskärelse inte bör göras. Rakt motsatt uppfattning redovisar Niku och medarbetare som menar att omskärelse vanligen är en enkel och säker åtgärd där de medicinska fördelarna överväger riskerna [45]. Några författare har tvärtom noterat en signifikant ökad risk för UVI under de första veckorna efter rituellt, judisk omskärelse och menar att det kan finnas ett orsakssamband [46, 47].

I en studie där hänsyn togs till såväl den ökade risken för UVI, med dess komplikationer, för icke omskurna som morbiditeten vid själva ingreppet, kom man fram till att det bästa rådet till föräldrar var att icke låta omskära sonen [48].

Ett annat argument har varit att omskärelse skulle minska risken för peniscancer i vuxen ålder. På 1930-talet gjordes en mycket omfattande genomgång av Wolbarst, som kunde visa att peniscancer praktiskt taget inte förekom hos omskurna män [49]. Nyare undersökningar synes dock visa att omskärelse inte skyddar mot denna form av cancer [50]. Andra har även pekat på att den allmänna hygien, rökning eller humant papillomvirus spelar en väl så stor roll [51]. Frekvensen av peniscancer i Sverige, där sannolikt under 1 procent av pojkar är omskurna, är 0,8 per 100 000 [52], det vill säga ungefär densamma som i USA, där ju som tidigare nämnts omskärelse för närvarande utförs i omkring 60 procent. I Danmark, där omskärelse görs på endast 1,6 procent av pojkarna, har man en stadigt minskande incidens av peniscancer, som för övrigt är lägre än den i USA [53]. Peniscancer är som nämnts mycket ovanlig. Även om den, som det sägs, är cirka tre gånger vanligare hos icke omskurna så är antalet fall i till exempel USA inte fler än ungefär tio per en miljon män. Man har räknat ut att det skulle krävas att 140 omskärelser utförs varje vecka i 25 år för att förebygga ett enda fall av peniscancer [54]. Nyckeln till minskning av incidensen av denna cancer är en livslång god penishygien [55].

Det har anförts att cervixcancer är ovanlig hos judiska kvinnor, något som då skulle bero på att deras män är omskurna [56]. Även inom detta område har under åren publicerats ett stort antal av delvis motsägelsefulla studier. Senare års forskning menar dock att det inte finns något säkert samband mellan omskärelse och låg frekvens av cervixcancer. De starkast predisponerande

faktorerna är i stället samlag från tidig ålder och många olika sexuella partner [57–59].

Ett annat vanligt argument för omskärelse är att man skulle minska förekomsten av sexuellt överförda sjukdomar. van Howe som gått igenom 31 studier, som uppfyllde vissa kriterier, fann dock i dessa inget stöd för att omskärelse skulle förhindra sexuellt överförda sjukdomar [60]. I en annan stor genomgång som utnyttjade National Health and Social Life Survey's statistik fann man inte heller något stöd för detta, snarare sågs en motsatt tendens, om än inte signifikant [32]. I en konsekutiv australisk undersökning av 300 heterosexuella män kunde man visa att bibehållen förhud inte var någon riskfaktor för att utveckla sexuellt överförda sjukdomar, snarare var det mer sannolikt att omskurna män drabbades av gonorré och syfilis [61]. Mot detta står till exempel uppfattningen att omskurna män löper lägre risk att drabbas av syfilis än icke omskurna [62].

Även när det gäller risken att smittas av HIV finns motsägelsefulla data. En majoritet av undersökningar tycks dock inte finna någon signifikant skillnad mellan omskurna och icke omskurna [63]. Andra studier pekar dock på ökad risk för HIV-smitta hos icke omskurna samtidigt som sexuellt överförda sjukdomar synes öka känsligheten för smittan hos både omskurna och icke omskurna [42]. Enligt en färsk sammanställning tycks det också finnas en viss skyddseffekt av omskärelse mot HIV [64]. I en studie från Afrika fann man däremot att det snarare var mer sannolikt för omskurna män att drabbas av HIV än för icke omskurna [65]. I AAPs genomgång [42] konkluderas emellertid att »behavioral factors appear to be far more important risk factors in the acquisition of HIV infection than circumcision status».

Sådana »confounding factors», som många olika sexuella partner och bristfällig penishygien, torde dock göra studier i detta ämne fortsatt svårare att bedöma.

Ett antal nationella pediatrika, kirurgiska, barnkirurgiska och obstetriska sammanslutningar i USA, Kanada, England och Australien har alla uttalat sig mot rutinmässig neonatal omskärelse. AAP, som är en mycket stark organisation med stort inflytande i frågor som gäller barn, sammanfattar således i sitt senaste uttalande från mars 1999 [42]: »Existing scientific evidence demonstrates potential medical benefits of newborn male circumcision; however, these data are not sufficient to recommend routine neonatal circumcision.»

AAP säger även: »In circumstances ►

ANNONS

in which there are potential benefits and risks, yet the procedure is not essential to the child's well-being, parents should determine what is in the best interest of the child.»

Därmed kan kulturella, religiösa och etniska traditioner förutom de rent medicinska aspekterna bilda ett viktigt underlag för beslutet.

Omskärelse på rent medicinsk indikation

Den vanligaste indikationen för medicinsk omskärelse hos pojkar är fimosis. Emellertid kan man förmoda att det inte i alla fall rör sig om en »äkta» fimosis utan om en fullt normal fysiologisk förhudsförträngning. Förhuden på en nyfödd gosse är i de flesta fall omöjlig att föra bakåt eftersom det inre bladets epitel och ollonets epitel är gemensamma utan något fritt plan däremellan. En naturlig separation sker emellertid under senare delen av fosterlivet och åren efter födelsen, olika snabbt för olika individer. Enligt Gairdner [34] kan man således i endast 4 procent av fallen retrahera förhuden vid födelsen. Vid tre års ålder har siffran stigit till cirka 90 procent.

Den naturliga förhudsförträngningen, som inte kräver någon operation, måste alltså noggrant skiljas från den »äkta» som innebär en ärrig, behandlingskrävande förträngning av preputieöppningen. Då de två vanligaste absoluta indikationerna för omskärelse, balanitits xerotica obliterans och ärrig fimosis, tillsammans drabbar högst 2,5 procent av alla pojkar borde omskärelsefrekvensen utförd på medicinsk indikation inte ligga högre än så [43].

Förhudens betydelse

Den manliga förhuden har funnits hos primater i minst 65 miljoner år och är en integrerad, normal del av yttre genitalia. Dess funktion är att skydda ollonet och urinvägsmynningen från yttre påverkan. Med tanke på dess unika innervation måste man även tillmäta den en funktion som erogen vävnad [66]. I en studie av förhudar borttagna vid omskärelse visade man förekomst av specialiserade nervändar och av fina neuroreceptorer i frenulum och förhud [67]. Aktuell forskning har diskuterat om preputiet dessutom har en immunologisk funktion [68].

Omskärelse i praktiken

En av oss (YH) har haft tillfälle att närvara vid ett antal omskärelser utförda av barnkirurg på vårdcentral, med årligen mer än 700 omskärelser [69], och av en så kallad mohel, en judisk omskärelse, kantor i judiska församlingen i Stockholm [70]; den förra givande lokal anestesi, den senare utan att använda sådan. Samma teknik tillämpades i båda

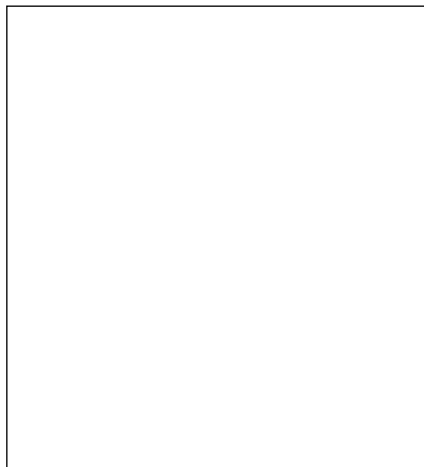


FOTO: SUPERSTOCK/CREATISHOTS

Michelangelos berömda staty i Florens av den store judiske ledaren David. Michelangelo måste rimligen ha känt till att David var omskuren, men valde att framställa honom som icke omskuren – som Gud hade skapat honom.

fallen. En peang appliceras på förhudens spets, en knappsond förs in mellan preputiet och ollonet, och förs runt det senare för att lösa synekierna. Peangen förs därefter in en bit upp på det inre bladet där man fattar tag och sedan drar ut. En speciell klämman appliceras på den nu utdragna förhuden, och den del därav som befinner sig perifert om klämman skärs av (en ungefär en cm lång hudbit). Klämman får sitta kvar ett par minuter som blödningsprofylax.

De obedövade barnen skrek under hela ingreppet som varade kanske 3–5 minuter. Skrek gjorde också de bedövade barnen vid bedövningsinjektionen och av fasthållandet.

Smärta i samband med rituell omskärelse

Det har fram till helt nyligen varit mycket vanligt att de minsta barnen har fått undermålig smärtlindring i samband med olika medicinska ingrepp. Som grund för detta har funnits en rädsla för risk med och komplikationer av själva smärtlindringen. Men väl så starka skäl har varit uppfattningen att nyfödda inte skulle uppleva smärta som ett lidande, och i den händelse de skulle göra detta skulle de i vilket fall som helst inte minnas denna smärta [71]. I själva verket har senare tids forskning övertygande visat att nyfödda upplever smärta och att de har ett minne av denna smärtupplevelse [72]. Benini och medarbetare mätte reaktion med gråt, hjärtfrekvens, transkutan syremättnad och ansiktsreaktion i samband med omskärelse. De fann att de pojkar som fått lokalbedövning med EMLA hade markant lägre stressvar [73].

Taddio och medarbetare kunde i en undersökning av pojkars smärtreaktion vid vaccinationer visa att de som var omskurna uppvisade starkare smärt-

reaktioner än de icke omskurna [74]. I en uppföljande prospektiv studie jämfördes på liknande sätt smärtreaktionerna vid vaccinationer hos tre olika grupper av pojkar – icke omskurna, omskurna som lokalbedövats med EMLA-salva och omskurna som fått placebosalva. Signifikant lägst »smärtpoäng» hade de icke omskurna, följt av dem som bedövats med EMLA-salva. En tidig omgivningsbetingad programmering av de hormonella och beteendemässiga svaren på stress kan bestå även senare i barndomen [75]. Detta skulle med andra ord tyda på att de nyfödda verkligen kan minnas tidigare smärtfyllda upplevelser, något som alltså synes kunna förstärka kommande smärtfyllda upplevelser [76].

I Anand och Hickey's omfattande genomgång av den nyföddes smärtupplevelser konstateras att denne har alla anatomiska och funktionella förutsättningar för att kunna uppfatta smärtsamma stimuli. [72]. Nyfödda som genomgick omskärelse utan bedövning fick markant pulsökning och blodtryckshöjning liksom sänkning av det transkutan partialtrycket för syrgas. Alla dessa förändringar uteblev om bedövning användes. Man fann även förhöjda plasmakortisolvärden liksom en ökad utsöndring av katekolaminer, tillväxthormon, glukagon, aldosteron etc. Även barnets beteende påverkas. Bland annat fann man ökad vakenhet och irritabilitet under den närmaste timmen efter omskärelsen, liksom en förändrad väckbarhet. En majoritet av de omskurna uppvisade förändrat beteende under mer än 22 timmar efter operationen. Dessa förändringar uteblev i de fall där bedövning hade givits.

Slutsatsen blev att smärtvägar och kortikala och subkortikala smärtcentrum är utvecklade tidigt, redan i fosterstadiet, och att de neurokemiska systemen för smärtöverföring är intakta och fungerande redan hos den nyfödde.

Ett särskilt problem utgör de prematura nyfödda, som sannolikt har en ökad känslighet för smärtstimuli, vilket i en akut situation kan leda till förlängda perioder av smärtöverkänslighet. Detta kan i sin tur hota att etablera sig som ett kroniskt smärttillstånd. Smärtsamma och stressande stimuli kan också vara viktiga faktorer i det som kan leda till bland annat intraventrikulära blödningar och periventrikulär leukomalaci. Denna risk har visat sig vara lägre efter adekvat analgesi [75].

Enligt en författare är den klart höjda hjärtfrekvensen och de förhöjda plasmakortisolvärden som uppmäts i samband med omskärelse utan bedövning snarast förenliga med dem man ser vid tortyr [77]!

Det synes alltså troligt att smärta hos

nyfödda kan ge länge bestående effekter med förändringar i nervsystemets sätt att reagera på somatosensoriskt inflyde. Det borde alltså vara ett viktigt mål att i alla avseenden undvika att utsetta nyfödda för smärta och stress [43, 78-80].

Den rituella omskärelsen i nyföddhetsperioden utförs alltså som regel utan bedövning. På föräldrarnas önskan kan emellertid en lokalbedövning användas.

Inom läkarkåren finns i dag en dominerande uppfattning att all form av omskärelse måste ske i någon form av smärtlindring. Fullnarkos kan med fördel ges till äldre pojkar, men inte så gärna till nyfödda. Här kan i stället användas en sockerlösning, som barnet får suga på under ingreppet [81, 82] eller sockerlösning i kombination med en lokalbedövande salva [83]. Enligt andra ger inte en sådan salva tillräcklig smärtlindring vid omskärelse [84]. En mer kraftfull smärtlindring får man med hjälp av en dorsal penil nervblockad, med eller utan samtidig sockerlösning [84]. Ännu mer effektiv anses dock så kallad subkutan ringblockad vara [85, 86].

Komplikationer

Det är svårt att bilda sig en uppfattning om den reella komplikationsfrekvensen vid omskärelse i nyföddhetsperioden och senare under barnåren. Kriterier varierar liksom teknik, erfarenhet, hygien, eftervård m m. AAP säger i policydokumentet »the true incidence of complications after newborn circumcision is unknown» [42].

Omskärelse brukar dock anses som en liten operation när den utförs i nyföddhetsperioden, särskilt när den utförs av en judisk mohel som fått träning i ingreppet och i de hygieniska krav som ställs. Då skulle även komplikationsfrekvensen vara låg, under 1 procent [87]. Även i AAPs policydokument redovisas låga komplikationssiffror, 0,2–0,6 procent [42]. Många menar dock att komplikationsfrekvensen ofta underskattas och underrapporteras. Det gäller till exempel meatusstenos, i synnerhet som symtomen kan uppträda mycket sent efter operationen [88]. I en svensk undersökning efter omskärelse för fimosis fann man meatusstenos i 11 procent av fallen [89]. Mackenzie [90] fann 20 procent meatusulceration efter 140 konsekutiva omskärelser i nyföddhetsperioden.

I den omfattande översiktsartikeln av Williams och Kapila [27], som behandlar såväl rituell som rutinmässig neonatal omskärelse, sägs att ingreppet som sådant är förenat med en klart fastställd morbiditet och till och med dödsfall. Intra- och postoperativ blödning är

den vanligaste komplikationen, dock med stor variation i olika publikationer, från under 1 procent till 35 procent. Infektion uppträder i upp till 10 procent av fallen, den är dock oftast lokal och relativt mild, men i enstaka fall blir följden sepsis som leder till mortalitet. Williams och Kapila menar att den totala komplikationsfrekvensen vid omskärelse i nyföddhetsperioden torde ligga på 2–10 procent. Här redovisas dessutom bland annat diatermiskador med hudnekros och gangrän, meatusulceration och stenosis, urinrörsskador – bland annat med fistlar, partiell eller total penisamputation, kosmetiskt otillfredsställande resultat med för mycket eller för litet hud borttagen, uppkomst av hudbryggor eller kurering av penis.

En liknande hög komplikationsfrekvens på 6,8 procent, varav blödningar i 3,4 procent av fallen, redovisas i en annan retrospektiv, amerikansk undersökning av 442 omskärelser [91]. I en rapport från Afrika, med 45 konsekutiva fall av sepsis bland rituellt omskurna pojkar, avled 4 medan andra drabbades av septiska embolier och polyartrit [92]. Komplikationsfrekvensen beror icke oväntat på vem som utför ingreppet. I en studie från Turkiet, där etnisk omskärelse är så gott som 100-procentig, jämfördes komplikationsfrekvensen efter omskärelse utförd av medicinsk skolade respektive oskolade, traditionella omskärare. De senare svarade för 85 procent av alla registrerade komplikationer, dessutom för de allra flesta av de mycket allvarliga [93].

Vissa forskare hävdar att den religiösa omskärelsen när den utförs utan bedövning kan leda till störning i mor-barnrelationen och bland annat medföra ätstörningar [94]. En sådan störd relation kan få konsekvenser för barnets utveckling och är möjligen en av de mest allvarliga negativa konsekvenserna av omskärelse [95].

I Sverige har flera fall under senare år anmälts till domstol eller Ansvarsnämnden i samband med oskickligt och ohygieniskt utförda etniska omskärelser. Ett uppmärksammat dödsfall inträffade i augusti 1999 efter omskärelse av en treårig pojke. Utredning av omständigheterna pågår.

Omskärelesens omfattning internationellt och i Sverige

Det torde finnas omkring 13 miljoner judar i världen [70] och födas uppskattningsvis 130 000 judiska gossar årligen [96]. Om omskärelsefrekvensen är 80 procent skulle det innebära att 100 000 judiska gossar omskärs årligen.

Antalet muslimer i världen torde vara omkring 1–1,2 miljarder och med ett uppskattat födelsetal om 30/1 000

[96] och omskärelsefrekvensen 80 procent skulle det innebära att 12 miljoner muslimska gossar omskärs årligen.

Afrika söder om Sahara har närmare 600 miljoner innevånare. Med ett födelsetal på omkring 40/1 000 [96] och omskärelsefrekvensen 80 procent skulle det innebära 9 miljoner omskärelser årligen.

I USA torde med en aktuell omskärelsefrekvens på 60 procent, 1,1 miljoner omskärs årligen [96], medan i övriga länder (Kanada, Australien, Nya Zeeland och England) knappt 100 000 omskärelser görs årligen [36, 96].

Totalt torde således kanske 25 miljoner omskärelser göras årligen i världen, varav som nämnts ovan en mycket stor andel utförs under föga betryggande medicinska förhållanden.

I Sverige med en judisk befolkning på omkring 17 000 [70] torde 100 gossar födas. Antalet personer av muslimsk tillhörighet i Sverige torde vara omkring 250 000–300 000. Denna grupp torde ha högre födelsetal och det torde födas omkring 3 000 pojkar [94].

Sammantaget torde det alltså i Sverige röra sig om omkring 3 100 pojkar som årligen vore »i behov» av omskärelse. Det finns dock inga uppgifter om hur stor omskärelsefrekvensen är, men den torde ligga nära 100 procent [70, 98].

En utredning som den ene av oss (YH) gjort kan dock bara spåra omkring 800 ingrepp årligen utförda av kvalificerad medicinsk personal eller av speciellt utbildad omskärare inom judisk församling. Ytterst få ingrepp görs numera på sjukhusens kirurgmottagningar. En rundringning visar att motivationen att göra ingreppet är mycket ringa då man anser att ingreppet inte är medicinskt indicerat och man prioriterar annan verksamhet.

Resterande ingrepp torde göras som så kallad köksbordskirurgi eller vid besök i barnens hemländer. Mörkertalet är här sålunda mycket stort.

Lagen och omskärelse

Rituell omskärelse av pojkar är inte i sig olaglig i Sverige. Det är däremot kvinnlig omskärelse. Oss veterligt har dock inte lagligheten av FN:s Barnkonvention prövats i domstol. Denna har Sverige medverkat mycket aktivt i att formulera. Samtliga länder har antagit den utom USA och Somalia.

Samtycke till medicinsk vård och behandling har nyligen analyserats i en avhandling vid Uppsala Universitet [99]. Där sägs bland annat att:

»I den mån ingreppet får anses utgöra endast ringa misshandel eller om det ändå anses socialt adekvat kan förekomsten av giltigt samtycke medföra att åtgärden blir att betrakta som rättsenlig.

Huruvida rituell omskärelse av en pojke verkligen är förenlig med barnets bästa är en mångfacetterad och svårbesvarad fråga med både kulturella, etiska och medicinska aspekter. I varje fall låter den sig inte besvaras enbart genom ett konstaterande att pojkens familjemedlemmar säkert tillhör samma kulturkrets och är positiva till att omskärelsen kommer till stånd. Denna formulering skulle lika gärna kunna gälla omskärelse av flickor. --- den kulturella traditionen --- kan inte utan vidare accepteras som avgörande för barnets bästa när det gäller manlig omskärelse.»

Samtycke från båda föräldrarna är av stor vikt. I ett uppmärksammat rättsfall rörande en autistisk pojke, där föräldrarna var skilda, passade (den muslimske) pappan på att låta omskära pojken under den period då han hade vårdnaden. Mamman, som inte önskade att pojken skulle omskäras, anmälde fallet till Ansvarsnämnden, som dock lämnade anmälan utan åtgärd då man accepterade (den muslimske) läkarens försäkran att han trots på pappans utsago, nämligen att även mamman gett sitt tillstånd. Den åtta år gamla pojken var sålunda autistisk, ingen bedövning gavs, såret infekterades och något återbesök ingick inte.

I ett annat uppmärksammat fall i Malmö blev en läkare med svensk legitimation, bördig från ett muslimskt land, fråntagen sin legitimation, fick en månads fängelse och dömdes till skadestånd då han omskurit tre pojkar utan bedövning och under ohygieniska förhållanden, och där han lämnat vilseledande information om vilken grad av smärta som ingreppet skulle medföra. Om korrekt information hade givits hade föräldrarna inte samtyckt till ingreppet.

De relaterade fallen understryker att:

- vårdnadshavare inte utan vidare kan få agera på barnens vägnar eller vara kapabla att ge tillstånd,
- båda vårdnadshavarna måste ge tillstånd,
- information om ingreppet måste vara sanningsenlig och balanserad,
- att det åligger den omskärande personen att noga kontrollera ovanstående.

Konkurrerande rättigheter

En förklaring till att den rituella omskärelsen av pojkar förorsakar en så intensiv och ibland hätsk debatt, är sannolikt att man här ställer två olika rättigheter mot varandra. Dels hävdar föräldrarna sin rätt att i enlighet med familjens religion och kulturella traditioner låta omskära sina söner, dels hävdar andra barnets rätt, som den uttrycks i FNs Barnkonvention [15], som Sverige bland många andra länder skrivit under.

Där sägs till exempel i artikel 19 att barnet skall »skyddas mot alla former av fysiskt eller psykiskt våld, skada eller övergrepp» och i artikel 24.3 att »konventionsstaterna skall vidta alla effektiva och lämpliga åtgärder i syfte att avskaffa traditionella sedvänjor som är skadliga för barns hälsa». Båda dessa satsar tolkas av många som ett stöd för förbud mot omskärelse på etnisk eller religiös grund.

I Sverige råder emellertid som bekant lagstadgad religionsfrihet och en annan passus i Barnkonventionens dokument, nämligen artikel 3, lyder »vid alla åtgärder som rör barn --- skall barnets bästa komma i första rummet». Den kan av andra tolkas som att en etnisk omskärelse i själva verket är för barnets bästa. Detta genom att det manifesterar barnets rätt till samhörighet, med såväl föräldrar och släktingar som med dessas religion och kultur. För den rätttroge juden är frågan om omskärelse mycket självklar och överhuvudtaget inte förhandlingsbar [100]. Enligt Freeman gäller: »Att förneka ett judiskt eller muslimskt barn omskärelse är att undergräva det barnets rätt till kultur och identitet» och »det rituella borttagandet av ett barns förhud förstärker det barnets kroppsliga integritet» [101].

Mot detta kan å andra sidan ställas uppfattningen hos Van Howes och medarbetare att »det är ett misstag att förstå någons rätt till religionsfrihet som att innefatta en rättighet att fatta beslut rörande en annan persons medicinska behandling» [102].

Här står med andra ord två starka och delvis motsatta intressen mot varandra, föräldrarnas och barnets. Kärnfrågan när man tar ställning till den religiösa omskärelsen av pojkar är enligt vår mening att kunna värdera vilken av de båda konkurrerande rättigheterna som skall tillmätas det största värdet.

Referenser

1. Whitfield HN, Frank JD, Williams G, Vale JA. Editorial. British Journal of Urology International 1999; 83 suppl 1: V.
2. Dunsmuir WD, Gordon EM. The history of circumcision. British Journal of Urology International 1999; 83 suppl 1: 1-12.
15. The Convention of the rights of the child. Konventionen om Barnets rättigheter. Antagen av FN i september 1989. Stockholm: Rädda Barnen, 1990. Rädda Barnens Rapportserie 1990:4.
16. Gustavson KH. Omskärelse utan bedövning måste förhindras. Läkartidningen 1997; 94: 4442.
27. Williams N, Kapila L. Complications of circumcision. Br J Surg 1993; 80: 1231-6.
32. Laumann EO, Masi CM, Zuckerman EW. Circumcision in the United States. Prevalence, prophylactic effects, and sexual practice. JAMA 1997; 277: 1052-7.
34. Gairdner D. The fate of the foreskin. A study of circumcision. BMJ 1949; 2: 1433-7.
38. Wiswell TE, Enzenauer RW, Holton ME, Cornish JD, Hankins CT. Declining fre-

- quency of circumcision: Implications for changes in the absolute incidence of male to female sex ratio of urinary infection in early infancy. Pediatrics 1987; 79: 338-42.
42. Circumcision policy statement. Pediatrics 1999; 103: 686-91.
44. To T, Agha M, Dick PT, Feldman W. Cohort study on circumcision of newborn boys and subsequent risk of urinary-tract infection. Lancet 1998; 352: 1813-6.
45. Niku SD, Stock JA, Kaplan GW. Neonatal circumcision. Urol Clin North Am 1995; 22: 57-65.
50. Fleiss PM, Hodges F. Neonatal circumcision does not protect against penile cancer. BMJ 1996; 312: 779-80.
60. Van Howe RS. Does circumcision influence sexually transmitted diseases?: a literature review. British Journal of Urology International 1999; 83 suppl 1: 52-62.
67. Taylor JR, Lockwood AP, Taylor AJ. The prepuce: specialized mucosa of the penis and its loss to circumcision. Br J Urol 1996; 77: 291-5.
68. Fleiss PM, Hodges F, Van Howe RS. Immunological functions of the human prepuce: a review. Sex Transm Inf 1998; 74: 364-7.
73. Benini F, Johnson CC, Faucher D, Aranda JV. Topical anesthesia during circumcision in newborn infants. JAMA 1993; 270: 850-3.
76. Taddio A, Katz J, Ilersich AL, Koren G. Effect of neonatal circumcision on pain response during subsequent vaccination in boys. Lancet 1997; 349: 599-603.
87. Glass JM. Religious circumcision: a Jewish view. British Journal of Urology International 1999; 83 suppl 1: 17-21.
96. UNICEF. The state of the world's children. Oxford: Oxford University Press, 1999.
99. Rynning E. Samtycke till medicinsk vård och behandling. En rättsvetenskaplig studie [dissertation]. Uppsala: Justus förlag, Juridiska föreningen, 1994.

Den fullständiga referenslistan finns på <http://www.lakartidningen.se/LT/html/referenslista.htm>

Summary

Circumcision of boys – a child's rights vs those of his parents

Yngve Hofvander, Leif Olsen

Läkartidningen 2000; 97: 2598-2604.

Male circumcision was practiced long before Abraham established a covenant with God to the effect that he should circumcise himself and all male members of his house. Thereafter it has become a potent religio-ethnic commandment also in the Islamic world, although it is not mentioned in the Koran. Several million boys are circumcised yearly in for instance traditional Africa and the USA (in the USA originally as prophylaxis against masturbation). In Sweden the yearly figure is some 3000 boys. A comprehensive review of the literature reveals that there are no or only marginal medical benefits of the operation, particularly in view of the fact that up to 10 % suffer complications, and also that newborns both experience pain and will respond more strongly to new pain stimuli for years to come. There are two opposing interests - those related to the religious tradition and those related to the welfare of the child as expressed in the United Nations Convention on the Rights of the Child.

Correspondence: Yngve Hofvander, Akademiska sjukhuset, SE-751 85 Uppsala, Sweden