

# Omskärelse av pojkar – tänk om!

Allt för litet har ännu hänt i Sverige när det gäller omskärelse av pojkar, trots den lag om omskärelse som antogs år 2001. Till exempel har Socialstyrelsen konstaterat att lagen inte har fungerat som det var tänkt för att skydda barnen mot övergrepp.

Den sydafrikanska nyhetsbyrån South African Press Association (SAPA) skrev följande den 1:a maj 2006:

»The circumcision season in the Eastern Cape province in South Africa ended with 22 boys dead, 5 boys had penis amputated, 239 admitted to hospital for severe infections and 536 boys rescued from the bush where they were left to die. 16 circumcisers were arrested.«

Många kanske rycker på axlarna och tycker att Sydafrika är långt från Sverige och att följderna är resultatet av »bushkirurgi« som inte berör oss. I så fall är detta ett uttryck för en ignorans och en brist på empati som länge har karaktäriserat inställningen till omskärelse av pojkar.

Efter det att omskärelselagen hade antagits av riksdagen år 2001 uttrycktes förhoppningen att »debatten hålls livlig under de kommande 4 åren så att en attitydförändring sker hos berörda grupper. Och att omskärelse på sikt försvinner« [1]. Har så skett?

**Nu skall utfallet av lagen** utvärderas. Socialstyrelsen har i en nyligen utgiven rapport konstaterat att lagen inte har fungerat. Ingreppet skulle ske med anestesi och med kirurgisk hygien samt med båda föräldrarnas medgivande och även med barnets!

Vid ett par tillfällen har man gjort inspektioner av den judiska omskärelseverksamheten (som då hade omfattat ett 20-tal ingrepp) som utfördes av en lekman



**YNGVE HOFVANDER**

professor, tidigare chef för Internationell barnhälsovård, Uppsala universitet  
yngve.hofvander@kbh.uu.se

(Mohel) under överinseende (numera) av en läkare som skall ge bedövning. Totalt omskärs omkring 40 judiska pojkar årligen [2].

Inga inspektioner har gjorts av den mångdubbelt större muslimska omskärelseverksamheten.

**Undertecknad gjorde på uppdrag** av Uppsala läns landsting (ULL) en kartläggning av omskärelsen inom den offentliga hälso- och sjukvården i Sverige [3]. Knappt 850 omskärelser kunde spåras till den reguljära sjuk-/hälsovården, varav 750 till Stockholms läns landsting som har ett specialavtal med en läkare. Knappt ett hundratal gjordes inom de övriga 20 landstingen. Resterande omkring 2 000 fall kunde undertecknad inte spåra – var, hur, av vem och komplikationsfrekvens?

Motståndet bland landstingens läkare visade sig vara stort – mycket få ville ägna tid och resurser åt detta ingrepp som inte har någon medicinsk indikation.

Troligen görs en stor del av omskärelserna i vederbörande familjs forna hemland (»semesteromskärelser«). I vilken utsträckning det förekommer s k köksbordskirurgi är svårt att avgöra. Enstaka fall har bringats till kännedom genom att komplikationer har inträffat. Men troligen görs många ingrepp av privatpraktiserande läkare. Bland dessa omskärelser har ett icke ringa antal komplikationer inträffat under senare år, nyligen ett tiotal i Skåne.

**Socialdepartementet skrev en rapport** som regering och riksdag skulle ha som underlag när man antog lagen år 2001 [4]. Detta sändes ut på remiss till ett 50-tal instanser. Underlaget var i många avseende undermåligt och till dels naivt, vilket senare avspeglade sig i remissvaren.

Med få undantag (bl a Barnombudsmannen) betraktade man ingreppet som ett oskyldigt litet klipp. Ingen diskussion fördes om huruvida detta legalt kunde betraktas som våld mot barn, ingen analys fanns om vad som var »barnets bästa« i relation till »föräldrarnas bästa« eller om det omöjliga i att spädbarn måste ge sitt »informerade samtycke«.

Från judiskt och muslimskt håll framhölls i remissvaren att detta var en hävdvunnen religiös rättighet som ingen fick ifrågasätta. Men sitter det verkligen så djupt?

Endast omkring 40 procent av judiska pojkar omskärs [5], och gissningsvis torde frekvensen bland assimilerade muslimer vara långt ifrån hundraprocentig. Med andra ord torde det vara uppenbart att det borde finnas utrymme för en mera sansad debatt och öppningar för ett omtänkande.

**Jag deltog i augusti 2006** i ett symposium i Seattle med bred professionell representation: »Circumcision, genital integrity and human rights«, arrangerat av föreningen »Doctors opposing circumcision«.

Jag presenterade vid mötet ett »paper« om omskärelse i 10 europeiska länder (Danmark, Finland, Norge, Sverige, Tyskland, Italien, Holland, Frankrike, Spanien samt England) med en population på 345 miljoner. Däri ingår en judisk population på 1,2 miljoner och en muslimsk population på omkring 11–15 miljoner).

Uppskattningsvis skulle omkring 6 000 judiska och 120 000 muslimska pojkar födas årligen i dessa länder och utgöra en potentiell målgrupp för omskärelse. (Rapporten kan erhållas från undertecknad.)

Tanken svindlar när man betänker hur mycket dessa barn utsätts för i religionens namn – och utan att kunna ge sitt »informed consent«. Men siffrorna måste multipliceras med över 100 för att ge en föreställning om hur många som omskärs årligen globalt sett.

**I skenet av detta är det** synnerligen märkligt att fenomenet inte ens omnämnas i FNs nyligen publicerade rapport »Violence against children«. Där finns dock förvisso många andra gräsligheter som barn utsätts för [6].

Vid den nyligen hållna aidskongressen i Toronto diskuterades möjligheten av en »quick fix« i Afrika utgående ifrån den omdebatterade möjligheten av lägre smittrisk hos omskurna [7]. Det vore dock stor tragik om man lockades in på det spåret, vilket skulle kräva stora resurser som därmed skulle undandras

från behandling av de betydligt vanligare sjukdomarna diarré, malaria och tuberkulos.

**När nu riksdagen** (efter Socialstyrelsens förnyade utredning) i mars 2007 skall ta ställning till hur omskärelselagen skall te sig är det viktigt

- att inte i förstone eller enbart inriktas sig på att göra omskärelsen medicinskt säker (det går inte!)
- att inse att Barnkonventionen är till för »barnets bästa« och inte till föräldrarnas (religiösa) fromma
- att riksdagen mycket tydligt uttalar att såväl kvinnlig som manlig omskärelse utgör en kränkning av barnets (genitala) integritet som inte kan accepteras och att omskärelse må ske först efter 18 års ålder då barnet själv kan bestämma
- att Sverige enligt Barnkonventionen åtagit sig att utrota traditionella sedvänjor som kan skada barn
- att detta innebär en internationell förpliktelse – Sverige bör vara förebild
- att riksdagen uttalat att »... debatten hålls livlig så att omskärelse på sikt försvinner ...«.

Må så ske!

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*

REFERENSER

1. Från Riksdag och Departement, 19/2001.
2. Abramowicz L, Carlberg A, Posner-Körösi L. Blir manlig omskärelse förbjuden om fyra år? *Läkartidningen*. 2001;98:3835-6.
3. Hofvander Y. Rapport angående »religiös« omskärelse av pojkar i Sverige. Uppsala: Uppsala läns landsting; 040920.
4. Omskärelse av pojkar. Stockholm: Socialdepartementet; 2000. Promemoria Ds 2000:5.
5. Hofvander Y. Circumcision in boys: time for doctors to reconsider. *World Hosp Health Serv*. 2002;38:15-7.
6. Violence against children. Report by Pinheiro PS to the UN General Assembly August 29, 2006.
7. Pehrson P O. Efter Toronto: Dags ifrågasätta mål och metoder för »aidsindustrin«. *Läkartidningen*. 2006;103:2529-30.

## Klargörande angående NuvaRing

■ Med anledning av artikeln om vårt preventivmedel NuvaRing (*Läkartidningen* 1–2/2007, sidan 32–4) vill Organon AB göra följande klargörande.

Vi har inte funnit några faktafel i artikeln, men uppfattar att pressmeddelandet, tidningens omslag, artikelns rubrik samt sammanfattningen ger en bild av att risken för blodpropp varit okänd och att Organon försökt att ge vilseledande information eller dragit förhastade slutsatser.

Organon har sedan introduktionen informerat om att NuvaRing frisätter 15 µg etinylestradiol och 120 µg etonogestrel dagligen som tas upp i blodbanan av slidans slemhinnor, att produkten har samma verkningsmekanism som kombinerade p-piller och att den därmed har samma kontraindikationer och varningstexter.

Vidare har Organon till både forskrivare och användare varit tydliga med att det finns en risk att drabbas av blodpropp med NuvaRing, att risken är jämförbar med övriga preventivmedel som innehåller både gulkroppshormon och

östrofen samt att det inte går att dra några slutsatser av att dosen är lägre än hos kombinerade p-piller.

**Aktuella data** från biverkningsrapportering i Sverige och utomlands, vilka motsvarar över två miljoner årsbehandlingar, visar att risken att drabbas av blodpropp är densamma som för kombinerade p-piller. Vi är medvetna om att det behövs ytterligare studier för att vi ska kunna uttrycka oss mer exakt om riskerna för just NuvaRing. Vi vill samtidigt betona vikten av en god biverkningsrapportering.

Vi tackar för det arbete som Eva Samuelsson och hennes medförfattare har gjort för att belysa riskerna för blodpropp. Samtidigt tror vi att *Läkartidningens* egna journalistiska ambitioner istället bara skapat oro och förvirring för forskrivare och användare.

Mats Jonsson  
informationschef,  
Organon AB, Göteborg  
Mats.Jonsson@organon.se

## Varför slå upp välkänd biverkan som en nyhet?

■ I *Läkartidningen* beskriver Eva Samuelsson och medarbetare ett fall av armventrombos under samtidig behandling med Nuvaring [1]. Man konkluderar att armventrombos är en ovanlig biverkan till bruk av kombinerad hormonell antikonception och att förekomst av multipla riskfaktorer är vanlig. Trots att risken för trombos är välkänd vid kombinerad hormonell antikonception anser vi att denna fallbeskrivning är viktig och att vi givetvis även fortsättningsvis skall rapportera biverkningar av läkemedel, speciellt när dessa är nya på marknaden.

Det är dessutom viktigt att påpeka att Nuvaring, liksom p-plåstret Evra, i likhet med traditionella kombinerade p-piller är kombinerade hormonella metoder och skall hanteras som dessa vid rådgivning och bedömning.

**Det som gör oss förundrade** är det sätt *Läkartidningen* valt att presentera artikelinnehållet som en nyhet på det aktuella numrets omslag när man i själva verket beskriver en känd biverkan. Omslaget ägnas normalt artiklar som rap-

porterar medicinska nyheter. Här »säljs« denna nyanserade fallbeskrivning på ett närmast kvällstidningsliknande sätt. Det ger intryck av att något nytt och farligt framkommit, vilket inte alls stämmer överens med fallbeskrivningens nyanserade innehåll.

**Preventivmedelsrådgivning** är en verksamhet som är mycket känslig för larm och mediala strömningar. Andelen användare av kombinerade hormonella metoder (framför allt kombinerade p-piller) samvarierar starkt med mediala larm [2]. Kvällspressen har i många fall slagit upp nya studier med braskande rubriker om farlighet, risker och biverkningar när innehållet i studierna i



Läkartidningen 1–2/2007.

många fall endast bekräftat redan känd kunskap. Den enskilda kvinnan har i dessa fall mycket svårt att själv värdera innehållet, och inte sällan slutar hon med sitt preventivmedel av rädsla.

Rädsla för biverkningar är en av de vanligaste orsakerna till att kvinnor slutar med sitt preventivmedel [3, 4]. För medicinsk personal som arbetar med preventivmedelsrådgivning och abortförebyggande arbete är detta ett vardagligt och stort bekymmer. Mycket kraft går åt till att informera oroliga kvinnor. Allt-för ofta möter vi kvinnor som söker för abort som en följd av att de slutat med sitt preventivmedel på grund av obefogad rädsla.

**Läkartidningen** har nu i våra ögon valt att haka på denna trend med braskande rubriksättning där rubrik och bild enligt vårt förmenande inte återspeglar innehållet. I det aktuella fallet finns inga direkta felaktigheter men som läsare förleds man lätt att tro att det är något nytt, dramatiskt som framkommit då detta slås upp som numrets absoluta huvudnyhet.

Läkartidningen, såsom en fakttidsskrift, bör ha höga krav på sin rubriksättning och layout.

Andra medier är snabba att fånga upp dessa rubriker, och vi har redan fått samtal med förfrågningar om detta »nya, farliga« som inträffat.

Vi menar inte att på något sätt för-ringa riskerna, och vi uppmanar andra att beskriva, rapportera och publicera biverkningar, men faktum kvarstår att än så länge finns ingen påvisad ökad risk för venös tromboembolism med Nuvaring jämfört med kombinerade p-piller.

**Jan Brynhildsen**

universitetslektor, överläkare, kvinnokliniken, Universitetssjukhuset i Linköping; ordförande i Svensk förening för obstetrik och gynekologis Arbets- och Referensgrupp för familjeplanering (FARG)

**Kristina Gemzell Danielsson**

professor, överläkare, kvinnokliniken, Karolinska Universitetssjukhuset Solna; sekreterare i FARG  
Kristina.Gemzell@ki.se

**REFERENSER**

1. Samuelsson E, Hultdin J, Groth K, Hedenmalm K. Ung kvinna med p-ring drabbad av armtrombos. *Läkartidningen*. 2007;104:32-4.
2. Od lind V, Milsom M, Bygdeman M. Modern familjeplanering: en bok om preventivmetoder, abort och rådgivning. Stockholm: Origo AB; 2003.
3. Larsson G, Blohm F, Sundell G, Andersch B, Milsom I. A longitudinal study of birth control and pregnancy outcome among women in a Swedish population. *Contraception*. 1997;56:9-16.
4. Tydén T, Binge fors K, Od lind V. Oral contraceptives and compliance: reaction to cardiovascular alarm among users. *Adv Contracept*. 1999;15:133-9.

**Replik:**

**Svår avvägning**

■ Att rubriksätta och illustrera en tidning som ska vara saklig och samtidigt läslockande kan vara en svår avvägning. Med våra omslag vill vi fästa uppmärksamheten på artiklar som vi anser särskilt läsvärda – det betyder inte nödvändigtvis att de alltid är »nyheter«. Vi har exempelvis haft konstverk på omslaget som illustration till kulturartiklar.

**Artikelförfattarna** är bekymrade över de följdverkningar en artikel i *Läkartidningen* kan få. Men vår målgrupp är läkare, det är deras uppmärksamhet vi vill fånga. Vi skriver inte för allmänheten, och det är svårt för oss att ta ansvar för hur andra medier reagerar på våra artiklar.

Jan Brynhildsen och Kristina Gemzell Danielsson månar om *Läkartidningen*, det är sympatiskt. Jag kan försäkra att det gör vi på redaktionen också.

**Jonas Hultkvist**

chefredaktör och ansvarig utgivare  
jonas.hultkvist@lakartidningen.se

**Angeläget med långtidsuppföljning efter barncancer**

■ Under vinjetten Nya Rön i *Läkartidningen* 50–52/ 2006 (sidan 4019) beskriver Johan Arvidson vid Barnonkologen i Uppsala behovet av uppföljning av vuxna vilka haft cancer under barndomen. I en intressant studie från Uppsala och Stockholm av en grupp vuxna, som avslutat sin behandling där för mer än 5 år sedan, framgår att 37 procent av dessa var missnöjda med den uppföljning som erbjudits.

Det är tydligt att det finns ett otillfredsställt vårdbehov för en stor del av dessa f d barncancerpatienter. Arvidson avslutar med att konstatera att ett erbjudande om fortsatt uppföljning för dessa personer borde vara en väl förberedd och planerad process.

**Vi delar helt Arvidsons** uppfattning om behovet av uppföljning och tillåter oss att påpeka att en seneffekt-mottagning (SEM), som uppfyller dessa krav, finns vid Universitetssjukhuset i Lund sedan

1987. Mottagningen startades på initiativ av barnonkolog Stanislaw Garwicz och vuxenonkolog Eva Ståhl.

På SEM i Lund undersöks tidigare barncancerpatienter från Södra sjukvårdsregionen med intervall som varierar mellan ett och fem år. På denna mottagning sker ingen egen utredning eller behandling utan dess uppgift är i första hand att identifiera potentiella sena komplikationer och att se till att patienterna tas om hand av specialister inom respektive områden.

De specialister som oftast behöver anlitas är endokrinolog, kardiolog, gynekolog och androlog.

**Även om de specialister** som senare tar hand om patienten tillhör vuxenvården så är det viktigt att barnläkarna fortsätter att engagera sig för dessa patienter, som man ofta haft personlig kontakt med under flera år.

Man har beräknat att frekvensen

långtidsöverlevande efter barncancer bland unga vuxna nu är ca 1/700. Konsekvensen av detta borde vara att man på regionsjukhusen överväger att satsa mera på omhändertagandet av dessa patienter, som dessutom kontinuerligt ökar i antal.

Ämnet kommer att behandlas vid ett internationellt symposium i Lund våren 2007 <www.eslccc2007.com>.

**Christian Moëll**

överläkare, seneffekt-mottagningen  
christer.moell@skande.se

**Lars Hjorth**

överläkare;  
ordförande i Svenska arbetsgruppen för långtidsuppföljning efter barncancer

**Thomas Wiebe**

överläkare, sektionschef, barnonkologi; samtliga vid Barn- och Ungdomssjukhuset i Lund