

Rituell omskjæring – religiøse, etiske og medisinske aspekter

Prosjektoppgave medisin Universitetet i Oslo



Av:

Tobias Græsdal og Olav Limoseth

Kull H10

11. semester høst-15

Veileder:

Professor Jan Helge Solbakk

Seksjon for medisinsk etikk

Universitetet i Oslo

Abstract

Background:

The ethical challenges concerning female and male circumcision have been the subject of heated debates for decades. This student thesis analyses the similarities and differences between male and female circumcision, focusing on the historical, cultural, medical and ethical aspects. We wanted to assess whether or not there is a clear distinction between male and female circumcision, as is commonly presumed in contemporary medical discourse.

Method:

This is a literature review mainly based on a search done in PubMed. In addition, we used Embase, Journal of the Norwegian Medical Association (Tidsskriftet for legeforeningen), several religious texts and various other sources.

Results:

Proponents of ritual circumcision in both females and males support circumcision by making use of a variety of arguments spanning from medical benefit to religious requirement. There is generally consensus that female circumcision is harmful and without beneficial consequences, whereas male circumcision is considered by a large part of the medical community to have benefits that outweigh possible medical complications. In recent years this view has been challenged by several in the medical community.

Conclusion:

The ethical problems that arise are numerous and pose great challenges to the healthcare service. In our view, when comparing historical, cultural, medical and ethical aspects concerning male and female circumcision a clear distinction between the two cannot be said to exist. Our opinion is that circumcision should not be performed on anyone without informed consent, including young children. Hence, we propose a ban on all forms of circumcision on minors for non-medical reasons.

Innhold

Abstract	2
Innledning	4
Metode	5
Rituell omskjæring av jenter	6
Definisjon og undergrupper	6
Forekomst av kvinnelig omskjæring	7
Hvorfor kvinnelig omskjæring?	9
Historie, kultur og religion	
Religion og kvinnelig omskjæring	9
Tradisjoner og kulturelle normer er også sentrale	11
Kvinnelig omskjæring i Vesten	11
Rituell omskjæring av gutter	12
Forekomst av mannlig omskjæring	12
Hvorfor mannlig omskjæring?	13
Historisk, kulturell og religiøs bakgrunn	
Mannlig omskjæring og religion	13
Mannlig omskjæring i moderne tid	15
Medisinske aspekter ved kvinnelig omskjæring	16
Medisinske aspekter ved mannlig omskjæring	18
Diskusjon	20
Etiske betraktninger	22
Konklusjon	25
Referanser	27
Referanser fotnoter	30

Vi vil takke professor Jan Helge Solbakk for god veiledning i arbeidet med denne oppgaven.

Innledning

Den 1. januar 2015 trådte *lov om rituell omskjæring av gutter* (1) i kraft, etter at Stortinget vedtok loven 20. Juni 2014. Denne loven representerer et veiskille ved at det er den første loven som direkte regulerer omskjæring av gutter i Norge (2). Loven pålegger de regionale helseforetakene å tilby rituell omskjæring av guttebarn dersom dette er foreldrenes ønske (1)§2, og ble blant annet basert på innstillingene til Stålsettutvalget (3) (punkt 19.5.2). Loven ble vedtatt etter mange års politisk debatt rundt den manglende lovreguleringen av rituell omskjæring av gutter (3)(s. 247). Rituell omskjæring av gutter er en praksis som har eksistert i mange tusen år, og som i dag praktiseres av de aller fleste muslimer, jøder og en rekke andre religioner og kulturer (4)(s.7). I lang tid har omskjæring av guttebarn også blitt støttet av medisinske fagmiljøer i flere land, hvor særlig USA har markert seg som et land med høy forekomst av omskjæring (4)(s.11).

Den nye loven er ikke ukontroversiell. I Norge har loven møtt stor motstand fra en rekke medisinske fagmiljøer, kommentatorer, politikere og andre (3)(punkt 19.5.2). Blant annet Barneombudet, Norsk sykepleierforbund, Human-Etisk Forbund og Senter for medisinsk etikk ved Universitetet i Oslo uttrykte allerede i høringsrunden til Stålsettutvalget motstand mot rituell omskjæring av gutter (3)(s.248-251). At 14 av 15 medlemmer av Stålsettutvalget ”...ikke fant det tilstrekkelig sannsynliggjort at omskjæring av guttebarn skader barnet slik at det bør innføres forbud”(2)(s.12) reflekterer at det er svært delte synspunkter på rituell omskjæring av gutter, og hvorvidt dette bør være en oppgave for det offentlige helsevesenet.

Rituell omskjæring utføres også på jenter. I flere land i verden i dag utsettes jenter for omskjæring, ofte referert til som kjønnslemlestelse. I den offentlige debatt i Vesten skiller det som regel klart mellom omskjæring av jenter og omskjæring av gutter, og i Norge har vi siden 1995 hatt lov om forbud mot kjønnslemlestelse (5)§1, som forbyr ethvert ”*inngrep i en kvinnes kjønnsorgan som skader kjønnsorganet eller påfører det varige forandringer*”.

Det er altså svært ulik behandling av henholdsvis kvinnelig og mannlig omskjæring i det norske lovverket. Dette gjenspeiler at vi også ellers i samfunnsdebatten omtaler de to som totalt forskjellige inngrep, som om de har lite til felles. Eksisterer det egentlig et solid vitenskapelig grunnlag som rettferdiggjør det klare skillet mellom kjønnene med hensyn til omskjæring?

I denne oppgaven ønsker vi å ta for oss mannlig og kvinnelig omskjæring, og sette dette inn i en historisk, kulturell, religiøs og medisinsk kontekst. Med utgangspunkt i dette, ønsker vi å sammenligne omskjæring av kvinner/jenter med menn/gutter, for så å ta opp noen etiske problemstillinger som er knyttet til rituell omskjæring. Vårt mål er å vurdere litteratur på området for å avdekke likheter og forskjeller mellom mannlig og kvinnelig omskjæring, og ut i fra dette gjøre oss opp en mening om vi synes det er rett å skille mellom de to, slik det blant annet nå gjøres i det norske lovverket.

Vår problemstilling er altså: Hva er forskjellene og likhetene mellom mannlig og kvinnelig omskjæring, og er det riktig å skille tydelig mellom omskjæring hos de to kjønnene? Vi valgte denne oppgaven da vi synes dette er et svært interessant tema. Rituell omskjæring er internasjonalt kontroversielt, og omtalen av det preges av enkeltpersoner og ulike typer fagmiljøer med svært sterke og ofte motstridende meninger. Det er dessuten et tema som befinner seg i skjæringspunktet mellom medisin, religion og kultur, hvilket skaper en rekke ulike etiske utfordringer for leger og annet helsepersonell. Rituell omskjæring er et fenomen som direkte påvirker en svært stor andel av verdens befolkning og er derfor et viktig tema. I

det følgende vil vi presentere mannlig og kvinnelig omskjæring, og ta for oss historien til omskjæring, og hvordan det har vært en del av ulike religioner og kultur. Vi vil også gå inn på de medisinske konsekvensene av omskjæring, før vi forsøker å sammenligne kvinnelig og mannlig omskjæring. Til slutt vil vi diskutere etiske og moralske problemstillinger knyttet til temaet.

Metode

Dette er en litteraturstudie basert på et søk hovedsakelig i databasen PubMed. Søketermene vi brukte i PubMed for å finne informasjon om kvinnelig omskjæring var fgm, female, genital, mutilation, cutting, circumcision, fgm/c. Vi satte opp søket på følgende måte: fgm OR (female AND genital AND mutilation) OR (female AND genital AND cutting) OR (fgm/c). Før vi valgte de endelige søketermene og hvordan vi skulle formulere disse i ett søk, forsøkte vi oss frem med flere ulike søk med diverse ulike søketermer. På bakgrunn av dette kom vi frem til at de ovenfor nevnte søketermene som vi, ved kvalitativ vurdering av titler og abstrakt, mente ga best resultater. Vi valgte å begrense søket til artikler hvor abstrakt, forfattere og fullstendig tekst var tilgjengelig. I tillegg begrenset vi søket til artikler publisert de siste ti årene, og vi begrenset slik at vi kun fikk treff på kvinner og mennesker. Vi valgte også kun engelskspråklige og norske artikler. Dette søket resulterte i 261 artikler.

For å finne relevante artikler om mannlig omskjæring søkte vi i PubMed med følgende søketermer: male, circumcision, epidemiology, complications, consequences, religion, ethics, procedure, experiences og attitudes. Dette formulerte vi som: "male AND circumcision AND (epidemiology OR complications OR consequences OR religion OR ethics OR procedure OR experiences OR attitudes)." Vi brukte de samme søkebegrensningene som da vi søkte opp artikler om kvinnelig omskjæring, bortsett fra at vi benyttet menn i stedet for kvinner som begrensning. Vi valgte å begrense til review artikler da dette er et tema det finnes mye forskning om. Dette søket resulterte i 165 artikler.

Vi gjorde altså to søk i PubMed, ett for omskjæring av menn og ett for omskjæring av kvinner. Ved de endelige søkene vurderte vi separat fra hverandre de ulike artiklene som vi anså som relevante på bakgrunn av tittel og abstrakt. I noen tilfeller klarte vi ikke å få tak i fullstendig artikkeltekst via PubMed. For artikler som virket interessante på bakgrunn av abstrakt eller tittel, men hvor det ikke forelå artikkeltekst, forsøkte vi så søk i google, hvilket ga oss fulltekst til noen flere artikler. Etter at vi individuelt hadde vurdert de enkelte artiklene og valgt ut de vi synes var relevante for oppgaven og problemstillingen, gikk vi sammen for å gjøre en felles vurdering av hvilke artikler vi skulle bruke.

Vi la hovedvekt på å søke i PubMed, men utførte også usystematiske søk i Embase med de samme søketermene for å få tak i relevante artikler som ikke ble fanget opp ved søk i PubMed. I en del tilfeller fant vi ytterligere informasjon ved å benytte oss av referansene til artiklene vi fant i PubMed og Embase. Disse referansene ga oss særlig informasjon vi har benyttet i omtalen av den historiske, kulturelle og religiøse bakgrunnen til kvinnelig og mannlig omskjæring.

Søk i PubMed og Embase resulterte i mange gode artikler, men for ytterligere å fremskaffe relevant informasjon om blant annet religiøse og historiske aspekter ved omskjæring benyttet vi oss av en rekke tilleggskilder. Vi utførte søk i nettsidene til Bibelen.no og Tidsskriftet for den norske legeföreningen for informasjon om særlig religiøse, historiske og etiske aspekter

ved omskjæring. For å fremskaffe data om prevalens, lovverk og ulike organisasjoners syn og arbeid med hensyn til omskjæring, søkte vi på nettstedene til WHO, lovdata.no, UNICEF, Tidsskriftet til den norske legeforening, Legeforeningen, Helsedirektoratet, Folkehelseinstituttet, Helse- og omsorgsdepartementet, American Academy of Pediatrics og UpToDate. Vi har benyttet oss av diverse oppslagsverk både på nett og i bokform, som Bibelen, Norsk etymologisk ordbok, Bibel-Håndboken og andre. Det henvises til kildelisten for ytterligere detaljer.

Rituell omskjæring av jenter

I forskningslitteraturen har det i de senere år vært vanlig å benytte begrepet ”female genital mutilation” (FGM) eller ”female genital cutting” (FGC) om kvinnelig omskjæring. Begrepet ”omskjæring”, eller det tilsvarende engelske ”circumcision”, benyttes i dag mindre i faglitteratur da det anses å trivialisere fenomenet (6). Dette fordi det er blitt hevdet at det er et klart skille mellom de ulike inngrepene som utføres på jenters genitalier og omskjæring av gutter og menn. Begrepet ”female genital cutting” foretrekkes av enkelte forfattere da det kan hevdes at ”mutilation” har en fordømmende konnotasjon, og derfor er uhensiktsmessig i arbeidet mot kvinnelig omskjæring (6)(s.6-7)(7). I de senere år har forkortelsen FGM/C, som inkluderer både ”mutilation” og ”cutting”, blitt vanlig i litteraturen. Det er denne som benyttes av blant annet FN, WHO og UNICEF (6)(s.7). På norsk kan alternativt begrepet kjønnslemlestelse benyttes. I det følgende velger vi å benytte det norske begrepet kvinnelig omskjæring.

Definisjon og undergrupper

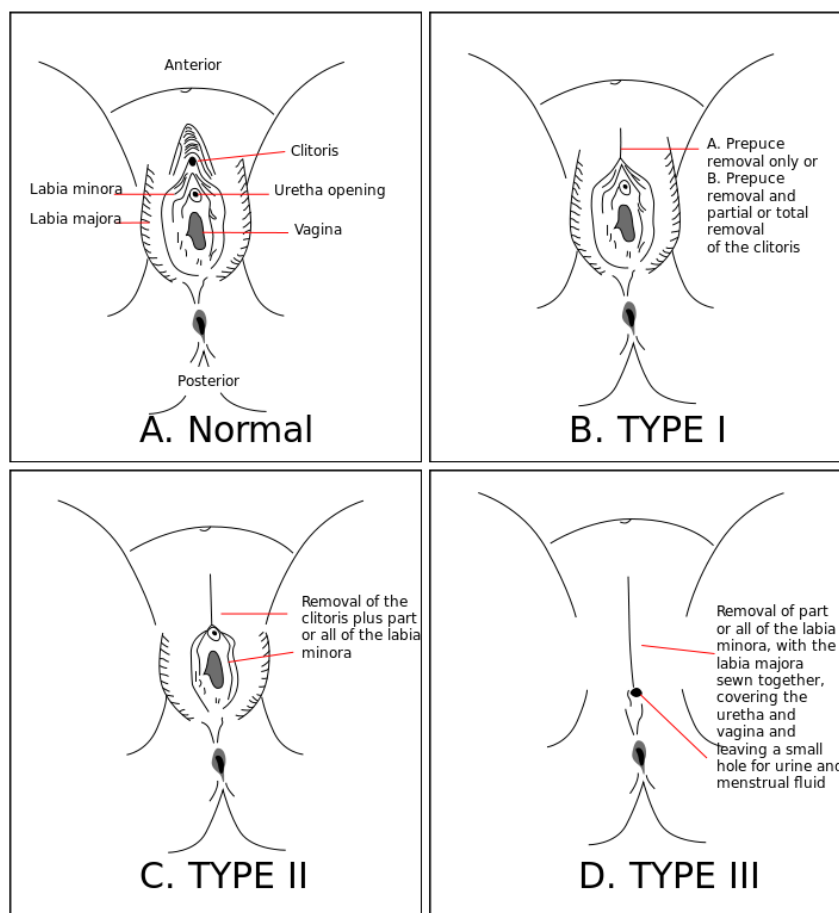
WHO definerer kvinnelig omskjæring som: ”*all procedures that involve partial or total removal of the external female genitalia, or other injuries to the female genital organs for non-medical reasons*”(6). I senere år er det også blitt vanlig å benytte WHO inndeling av kvinnelig omskjæring i 4 hovedgrupper i litteraturen. Disse gruppene baserer seg på hvor omfattende inngrepet er (8)(s.24). Gruppe I betegnes ofte *klitoridektomi*, og innebærer total eller delvis fjerning av preputium clitoridis (eng. clitoral prepuce) og/eller klitoris. Denne kan deles inn i to undergrupper; type Ia som innebærer fjerning av preputium og type Ib som innebærer fjerning av preputium og klitoris. Gruppe II kalles ofte for *eksisjon*, og kan deles inn i 3 undergrupper. Type IIa innebærer fjerning av labia minora, IIb innebærer total eller partiell fjerning av labia minora og klitoris, mens type IIc innebærer total eller partiell fjerning av labia minora, labia majora og klitoris. Gruppe III betegnes ofte for *infibulasjon*,¹ og innebærer delvis eller fullstendig fjerning av ytre genitalier, med sammensynging av vulva slik at vaginalåpningen forsnevres. Kun en liten åpning, hvor menstruasjonsblod og urin kan passere, blir igjen. Type III kan deles inn i to undergrupper; type IIIa som innebærer kun fjerning av klitoris, labia minora og sammensynging, og type IIIb som innebærer fjerning av labia majora i tillegg til klitoris og labia minora med påfølgende sammensynging. Den siste undergruppen, type IV, brukes som en samlegruppe for andre skadelige prosedyrer på de

¹ Infibulasjon kalles i Sudan faraonisk omskjæring og i Somalia frewoni. Dette fordi infibulasjon opprinnelig trolig ble oppfattet som en skikk fra faraoene i Egypt. I Egypt, derimot, kalles infibulasjon interessant nok sudanesisk omskjæring (11,12,15).

kvinnelige genitalier av ikke-medisinske årsaker, for eksempel stikking, piercing, incisering, skraping eller kauterisering (6, 8, 9).

Forekomst av kvinnelig omskjæring

I henhold til UNICEFs rapport om forekomsten av kvinnelig omskjæring (*Female genital mutilation/cutting: a statistical overview and exploration of the dynamics of change*) fra 2013 utføres kvinnelig omskjæring i totalt 29 land i Nord-Afrika og Midtøsten (6)(s.2). Det er betydelig variasjon internt i, og mellom, de ulike landene når det kommer til prosentandelen av den kvinnelige befolkningen som har gjennomgått omskjæring, og hvilke undergruppe av inngrepet de er blitt utsatt for (6)(s.2-3). I enkelte land er det estimert at mer enn 90 % av jenter/kvinner utsettes for omskjæring (6). Dette gjelder for eksempel Somalia, Guinea, Djibouti og Egypt (6). I flere land er den samlede prevalensen lav fordi praksisen i hovedsak opptrer kun hos enkelte grupper i befolkningen. Et eksempel på dette er Irak, hvor omskjæring nesten utelukkende finner sted i enkelte nordlige regioner; deriblant Erbil, Sulaymaniyah og Kirkuk (6, 10).

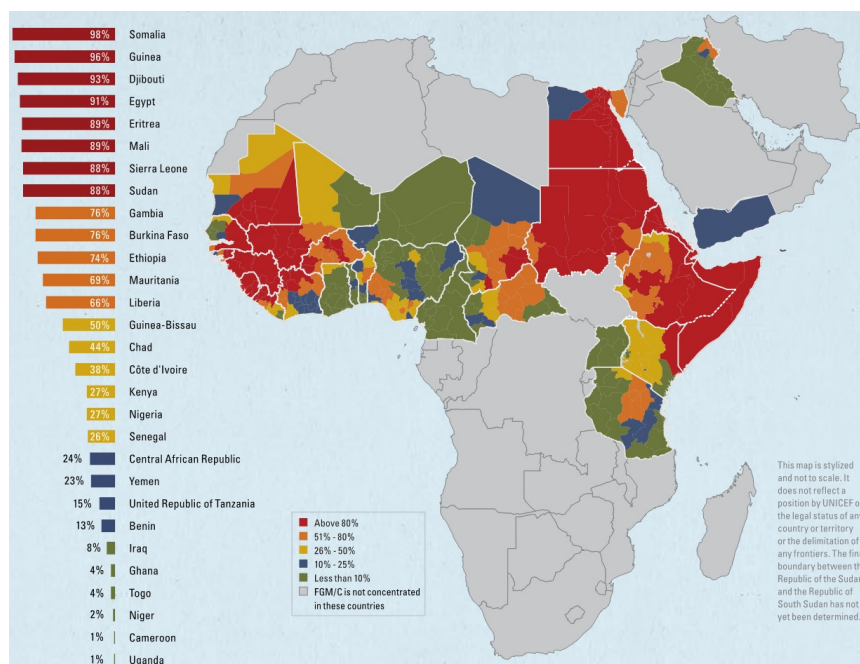


Referanse: https://en.wikipedia.org/wiki/Female_genital_mutilation

Det er viktig å påpeke at det er store variasjoner i hva slags inngrep som dominerer i de ulike landene, og betydelige skillelinjer mellom ulike regioner, og religiøse og etniske grupper. Samlet sett hevder UNICEFs rapport at omkring 125 millioner jenter og kvinner har blitt omskåret på verdensbasis i dag (6)(s.22). Videre er det estimert at om lag 3 millioner risikerer å bli utsatt for omskjæring årlig. Betydelig migrasjon fra landene hvor omskjæring av kvinner finner sted til særlig vestlige land har ført til økt bevissthet rundt problemstillingen. En anseelig andel av den kvinnelige innvandrerbefolkningen i både Europa, Nord-Amerika, Australia og New Zealand har gjennomgått inngrepet, og det er kjent at også barn av immigrantforeldre utsettes for omskjæring (6)(s.23). Vi er langt fra å ha fullstendig kjennskap til omfanget av dette, men det antas at særlig jenter risikerer å bli utsatt for omskjæring i forbindelse med reiser til opprinnelseslandet. Det eksisterer lite statistikk på hvor mange kvinner og jenter som er omskåret i europeiske og andre vestlige land med en betydelig innvandrerbefolkning. De fleste estimater baserer seg på forekomsten av omskjæring i opprinnelseslandet, noe som medfører betydelig usikkerhet (6, 11). Abdi et al. fant (12) i en studie hvor de intervjuet 214 somaliske immigranter i Oslo at 30% støttet fortsatt kvinnelig omskjæring. Dette gjaldt særlig personer som hadde vært få år i Norge, og viser at dette er en problemstilling også etter migrasjon til vestlige land.

Land hvor FGM utføres med prevalens i parentes: Referanse: UNICEF (6, s. 2-3)				
Somalia (98%)	Sierra Leone (88%)	Liberia (66%)	Senegal (27%)	Ghana (4%)
Guinea (96%)	Sudan (88%)	Guinea-Bissau (50%)	Den sentralafrikanske republikk (24%)	Togo (4%)
Djibouti (93%)	Gambia (76%)	Tsjad (44%)	Yemen (23%)	Niger (2%)
Egypt (91%)	Burkina Faso (76%)	Elfenbenskysten (38%)	Tanzania (15%)	Kamerun (1%)
Eritrea (89%)	Etiopia (74%)	Kenya (27%)	Benin (13%)	Uganda (1%)
Mali (89%)	Mauritania (69%)	Nigeria (27%)	Irak (8%)	

I henhold til UNICEFs rapport (6)(s.23) og Farage et al. (13) er det rapportert at kvinnelig omskjæring i noen grad også finner sted i Colombia, Saudi-Arabia, Jordan, Oman, hos beduiener i Israel, i enkelte deler av Pakistan og deler av Indonesia og Malaysia. Likevel vet vi lite om dette, og det finnes ikke gode tall som kan fortelle oss om utbredelse eller hvilke typer inngrep som dominerer, men det betyr at det reelle antallet land hvor omskjæring av kvinner og jenter foregår er noe høyere enn 29 (6)(s.23)(13)



Figur: Utbredelse av kvinnelig omskjæring.

Referanse: http://www.unicef.org/publications/index_69875.html

Hvorfor kvinnelig omskjæring?

– Historie, kultur og religion

Det er uklart hvor og hvorfor man i flere samfunn begynte med kvinnelig omskjæring. Vi har skriftlige kilder som beskriver praksisen i det gamle Egypt, Romerriket, Den arabiske halvøy før fremveksten av islam og i tsartidens Russland (14). Mackie hevder praksisen, nærmere bestemt infibulasjon, kan ha oppstått i antikkens Meroë-sivilisasjon i dagens Sudan for nærmere 4000 år siden, og spredt seg videre herfra til omkringliggende samfunn (6, 15). En gresk papyrus datert til 163 f.Kr., diskuterer omskjæring av en jente ved navn Tathemis, og er den første sikre skriftlige omtale av kvinnelig omskjæring (16). Den greske geografen Strabon besøkte omkring 25 f.Kr. Egypt, og skrev deretter ned en omtale av omskjæring i bok 17 i sin serie *Geographica* (17). Strabo sier (her gjengitt av M.Knight): ”This is one of the customs most zealously pursued by them [the Egyptians]: to raise every child that is born and to circumcise the males and excise the females” (16, 17). En av de viktigste tidlige referansene til omskjæring av jenter/kvinner kommer fra legen Soranus, som skrev et kapittel i boken *Gynekologi* (*Gynaikeia*) om kirurgisk behandling av en unormalt stor klitoris hos egypterne (16). Selv om Soranus’ greske originaltekst er gått tapt, finnes det fremdeles flere latinske oversettelser av originalteksten (16).

Også Caelius Aurelius, en lege som levde på 400-tallet, har nedskrevet en beskrivelse av Soranus’ originaltekst, og den første bevarte omtalen av kvinnelig omskjæring på arabisk, nedskrevet av legen al-Zahrawi en gang på 1000-tallet, er trolig også basert på Soranus’ verk (16). Felles for alle tekstene man mener er basert på Soranus’ originaltekst er at alle beskriver omskjæring som en prosedyre som utføres for å kirurgisk behandle en unormalt stor klitoris og motvirke overdreven kvinnelig seksuallyst (16). Det lå altså en delvis medisinsk årsak til grunn for inngrepet (unormalt stor klitoris). Andre som tidlig beskrev kvinnelig omskjæring var den greske legen Galen og livlegen til keiser Justinian I (regjerte 527-565 e.Kr.), Aetios (16). Særlig sistnevntes tekst er omfattende, og er interessant da den beskriver hvordan egypterne hadde for vane å fjerne klitoris (”nymphê”) hos jenter før ekteskapsinngåelse. Det finnes i tillegg til de ovenfor nevnte kildene, flere andre beskrivelser av omskjæring i Egypt fra det første årtusenet e.Kr, som bekrefter at kvinnelig omskjæring var utbredt i befolkningen (16). Som nevnt peker mange av de eldste kildene mot at inngrepet ble benyttet som medisinsk behandling av en unormalt stor klitoris, men også andre begrunnelser kan finnes i kildene som f.eks. at det var et viktig overgangsritual eller et ledd i en slags renselsesprosess.

Religion og kvinnelig omskjæring

Mannlig omskjæring er et sentralt ritual i flere religioner. Er også teologiske argumenter for kvinnelig omskjæring viktige for å forklare opprinnelsen og fortsettelsen av praksisen? Historisk har omskjæring av kvinner funnet sted overveiende i muslimske land, men praksisen finnes hos folkegrupper som praktiserer en rekke forskjellige religioner (6). Ulike former for kvinnelig omskjæring er utbredt blant annet hos etiopiske jøder, koptiske kristne, etiopisk

ortodokse kristne og animister (16, 18, 19). Finnes det derfor noen klar religiøs begrunnelse for kvinnelig omskjæring? En svært stor andel av befolkningen i landene hvor kvinnelig omskjæring utføres, ser ut til å mene at det har en klar religiøs basis (6, 18, 20, 21). Det finnes flere studier som viser at en viktig årsak foreldre eller andre omsorgspersoner oppgir for å utføre omskjæring av døtrene er at det er et religiøst krav eller at det sterkt støttes/oppfordres av religiøse tradisjoner, tekster, prester eller andre religiøse autoriteter (20). Boyden (18) fant for eksempel at en sentral begrunnelse for omskjæring av jenter blant muslimer i Addis Abeba var ideen om at omskjæring var en del av sharia².

Det er ingen omtale av noe inngrep som faller innenfor rammene av begrepet kvinnelig omskjæring i Koranen, Bibelen eller i jødiske religiøse tekster (6). Likevel har særlig mange islamske lærde gjennom historien støttet omskjæring av jenter og kvinner med bakgrunn i enkelte hadith³. De fleste av disse anses som svake kilder og det er kun enkelte lærde som velger å bruke disse som argument for kvinnelig omskjæring. Likevel er det særlig en hadith, hvor Profeten Mohammed gav spesifikke instruksjoner til en kvinne ved navn Umm Habibah (eller Umm Atiyyah), som er blitt brukt for å rettferdiggjøre omskjæring av kvinner (22, 23). Umm Habibah skal ha utført kvinnelige omskjæringer, og til henne skal profeten ha sagt, som gjengitt i Rouzis artikkel (22)(s.12): *"if you cut, do not overdo it (la tanhaki), because it brings more radiance to the face, and it is more pleasant for the husband"*. Dette sitatet er blitt brukt som begrunnelse for at kvinnelig omskjæring, nærmere bestemt type Ia er akseptert i islam. Type Ia er blitt betegnet "sunna", altså i tråd med profetens ord, handlinger, synspunkter og verdier⁴ (22, 23). En annen versjon sier at profeten sa *"cut slightly and do not overdo it (Ikhfidi wa-la tanhaki)"* (22)(s.12). Ikhfidi er arabisk og betyr redusere, mens wa-la tanhaki betyr "ikke mutiler" (22). Dette er brukt som begrunnelse for at reduksjon av preputium clitoridis for å eksponere glans clitoridis er akseptabelt i islam. Inngrepet er kjent i islam som khifad (22, 23). Et klart standpunkt for eller mot khifad har vært vanskelig å oppnå ettersom det har blitt utstedt fatwaer både for og senere imot khifad (22, 23).

Tradisjonelt har hadithen om Umm Habiba blitt vurdert som en svak kilde fordi den finnes i flere versjoner, har en usikker opprinnelse og overleverelse, og lærde er usikre på tolkningen av den (22, 23). Det kan derfor argumenteres for at den ikke kan benyttes som en kilde til sunna. Rouzi (22) argumenterer for at ingen form for omskjæring av kvinner, heller ikke type Ia (khifad), er akseptabelt i islam, da et overordnet prinsipp er at det ikke skal gjøres skade. Rouzi (22) hevder at ettersom de teologisk lærde i islam lar medisinsk kyndige avgjøre hvilke prosedyrer som er skadelige eller ikke, så følger det naturlig at omskjæring av kvinner i alle dets former er uakseptable etter islamsk lov siden det ikke kan demonstreres positive, men derimot betydelig negative, helseeffekter av inngrepet. I 2006 erklærte dessuten stormuftien av Egypt at kvinnelig omskjæring var uakseptabelt i islam, hvilket flere islamske lærde og autoriteter har støttet (7)

² Sharia: tradisjonell islamsk lov. Brukes om nødvendigheten for muslimer til å gå til religionens kilde for å finne ut hvordan riktig styre livet sitt mot saligheten (80)(s.917)

³ Hadith: i islamsk tradisjon en overlevering om profeten Muhammed og hans nærmeste. Det er i stor grad disse som er grunnlaget for "sunna" i islam (80)(s.896)(81).

⁴ Sunna: betyr tro, lov, tradisjon, metode, regel eller vei. Brukes i islam om de verbalt nedarvede vitnesbyrd om Profeten Muhammeds lære, gjerninger, ord og stilltiende tillatelser eller avslag. Tjener som viktige kilder til hvordan en muslim bør leve og handle i praksis på en så måte at han/hun lever etter Guds ønsker (80)(s.919)(82).

Tradisjoner og kulturelle normer er også sentrale

Berg og Denison (20) påpeker i sin systematiske oversikt over faktorer som fremmer og motvirker kvinnelig omskjæring at religion blir brukt både som argument for, men også mot, omskjæring (20). De fant at mange muslimer så omskjæring som en religiøs plikt og at mange derfor anså ikke-omskårede som ”dårlige muslimer”. Forfatterne fant i tillegg at tradisjoner, seksualmoral, troen på helsefordeler, mannlige preferanser, estetikk, sosialt press og utsikter til ekteskap var avgjørende faktorer (20)(s.7). Likevel fant man og i studien at en sentral begrunnelse for ikke å gjennomføre omskjæring var ideen om at inngrepet var mot fundamentale islamske prinsipper. Det bekrefter at religiøse overbevisninger er sentrale for å forklare hvorfor kvinnelig omskjæring finner sted, men viser også at religion kan brukes i arbeidet mot praksisen. Studien peker også mot at vi ikke kan skille klart mellom religiøse og andre kulturelle normer og argumenter for omskjæring hvis vi skal forstå hvorfor det praktiseres den dag i dag; tradisjoner og andre kulturelle faktorer er også av stor betydning for hvorfor mange støtter praksisen (6, 20, 24).

Som nevnt er kvinnelig omskjæring en utbredt praksis hos etiopiske jøder, etiopisk-ortodokse kristne og koptiske kristne som strekker seg opptil flere tusen år tilbake i tid (24). Dette representerer likevel unntak, da det historisk har vært unntaket at kvinnelig omskjæring har funnet sted i kristne og jødiske samfunn. Studier har dessuten vist at etiopiske jøder, etter innvandring til Israel, i overveiende grad ikke lenger utfører kvinnelig omskjæring (24).

Kvinnelig omskjæring i Vesten

Som vi har sett er den kulturelle og religiøse konteksten viktig for å forstå fenomenet kvinnelig omskjæring. Likevel er det et interessant faktum at svært mange eldre kilder omtaler omskjæring som et behandlingsalternativ for spesifikke lidelser. Som nevnt tidligere, var behandling av en eksessiv stor klitoris og unormalt sterk seksuallyst trolig viktige årsaker til at blant annet egypterne praktiserte omskjæring. Det er overaskende mange likheter mellom dette, og et syn på kvinnelig omskjæring som utviklet seg på 1800-tallet i flere vestlige land. På 1800-tallet begynte leger i flere europeiske og nordamerikanske land å utføre operasjoner på jenter og kvinner som tilsvarende de inngrepene som faller innfor begrepet omskjæring (21, 25). Dette fant sted særlig i engelskspråklige land, og oppstod som nye medisinsk-kirurgiske prosedyrer for å behandle kvinner for diverse lidelser (26). Inngrepene som ble foretatt dreide seg i all hovedsak om inngrep som tilsvarende type I, altså eksisjon av preputium clitoridis og/eller eksisjon av glans clitoridis. Indikasjonene skulle etter hvert bli mange, deriblant hysteri, manier, anfall med mer (25). Særlig unormale seksuelle impulser og handlinger, som eksessiv masturbasjon, ble ansett som viktige indikasjoner for inngrepene (25, 26). Utover første halvdel av 1900-tallet forsvant gradvis denne praksisen; et resultat av endret forståelse av kvinners seksualitet og årsakssammenhengen bak sykdommer samtidig som de medisinske fagmiljøene innså at behandlingen var uten positiv helseeffekt (25). Uansett er det slående likheter i begrunnelsene for disse inngrepene i medisinsk litteratur fra 1800-tallet, i antikke kilder, og i mange ulike samfunn i dag. Pseudomedisinske argumenter utgjør fremdeles en viktig barriere mot fullstendig avskaffelse av kvinnelig omskjæring (7, 19, 20).

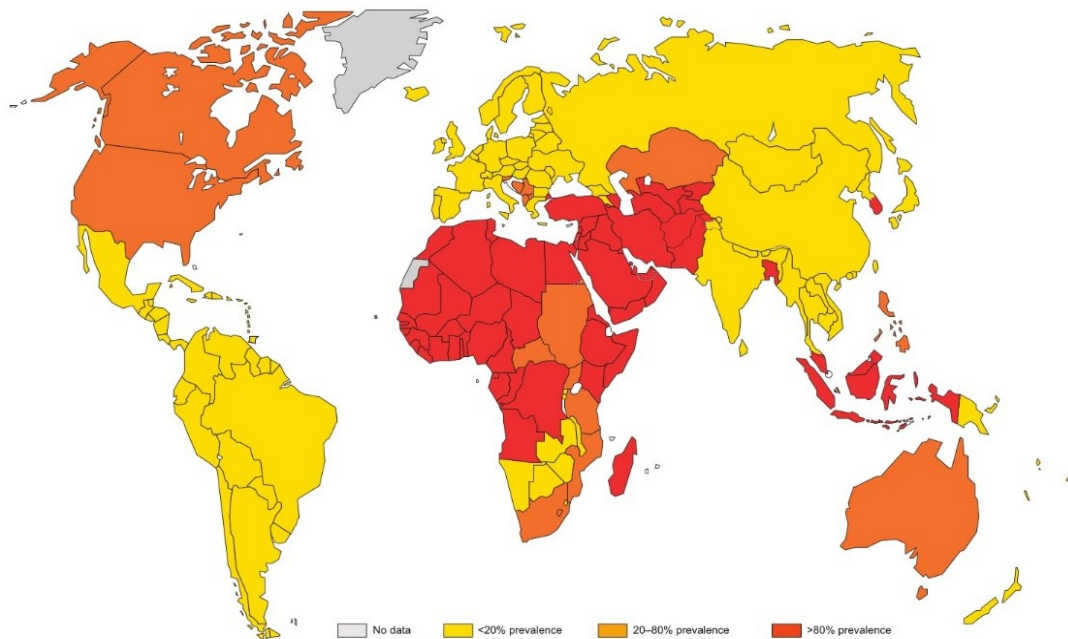
Rituell omskjæring av gutter

Rituell omskjæring av gutter har gjennom historien funnet sted i mange ulike samfunn. Også i dag omskjæres en stor andel av verdens gutter, og i motsetning til kvinnelig omskjæring anses dette som relativt ukontroversielt. Det er lange tradisjoner innenfor flere religiøse og kulturelle grupper for omskjæring av guttebarn, og det har blitt fremsatt en rekke argumenter for omskjæring som vi skal komme inn på i det følgende.

Omskjæring hos menn har flere definisjoner, men de aller fleste definerer det som kirurgisk fjerning av huden som dekker glans penis (forhuden/preputium penis). I likhet med kvinnelig omskjæring er det flere ulike måter å gjøre det på hvor ulik mengde av forhuden blir fjernet. Selv om WHO har definert ulike typer kvinnelig omskjæring har de ikke gjort det samme for mannlig omskjæring, og det foreligger heller ikke andre universelle inndelinger. Forfatterne av «a rose by any other name?»(27) foreslår en inndeling i 5 stadier med utgangspunkt i hvor mye vev som fjernes under omskjæring, men hittil er en slik inndeling ikke tatt i bruk.

Forekomst av mannlig omskjæring

I WHO's rapport (4)(s.7) om mannlig omskjæring fra 2007 estimeres det at omkring 30 % av menn over 15 år er omskåret på verdensbasis. For å nå dette tallet tar WHO utgangspunkt i at alle muslimer og jøder i verden er omskåret og legger til det estimerte antallet personer som er omskåret i land hvor det primært er ikke-religiøse årsaker til inngrepet (Angola, Australia, Canada, Den demokratiske republikken Kongo, Etiopia, Ghana, Indonesia, Kenya, Madagaskar, Nigeria, Filipinene, Republikken Korea, Sør-Afrika, Storbritannia, Uganda,



Figur: Utbredelse av mannlig omskjæring.

Referanse:

<http://www.who.int/reproductivehealth/publications/rtis/9789241596169/en/>

Tanzania og USA). Av omskårede, estimerer WHO (4)(s.7) at ca. 69 % er muslimer, 0,8% er jøder, og 13 % er ikke-jødiske eller ikke-muslimske menn i USA. Forfatterne hevder at den sanne andelen omskårede menn globalt sannsynligvis er noe høyere da man ikke har regnet med menn som er omskåret av kulturelle, medisinske eller andre årsaker i store land som Kina, India og Brazil, hvor en klar majoritet av befolkningen ikke er omskåret, men hvor en signifikant minoritet er det. Det kan også innvendes at enkelte lands data er mer usikre som en følge av metodologiske svakheter, og derfor bringer med seg en hvis usikkerhet. På bakgrunn av dette hevder WHO at sannsynligvis 30-33% av menn over 15 år i verden er omskåret (4)(s.7).

Hvorfor mannlig omskjæring? Historisk, kulturell og religiøs bakgrunn

Det er, som for kvinnelig omskjæring, ukjent hvor og hvorfor praksisen med mannlig omskjæring, *circumcisio*,⁵ oppstod (4, 28). Mannlig omskjæring har i flere tusen år vært et sentralt ritual i flere ulike samfunn. Vi kan ikke med sikkerhet avgjøre om det primært var religiøse, kulturelle, medisinske eller andre årsaker til at fenomenet oppstod, men det er godt dokumentert at det er blitt praktisert i samfunn i ulike deler av verden i flere tusen år (28). Omskjæring er blant annet kjent fra Midtøsten, Afrika, i flere australske aboriginersamfunn, enkelte stillehavssamfunn og i Mellom-Amerika (27-29). Det er blitt hevdet at praksisen kan strekke seg så mye som 15000 år tilbake, men dette må anses som spekulativt da det ikke finnes skriftlige eller visuelle kilder som kan bekrefte dette (28, 30). Uansett har en lang rekke teorier blitt fremsatt de siste 200 år om hvorfor praksisen oppstod (28). Det kan ha vært en måte å merke slaver på, et fruktbarhetsritual, et religiøst ritual eller en måte å markere gruppetilhørighet og identitet på (28). Det kan også ha oppstått i enkelte samfunn som en modighet- og utholdenhetstest, slik Doyle foreslår i en artikkel (29).

Mannlig omskjæring og religion

Vi vet at omskjæring av gutter i mange samfunn tidlig fikk en religiøs begrunnelse, og at det kan ha vært årsaken til at fenomenet oppstod. De eldste avbildningene som viser omskjæring av gutter finnes på egyptiske gravkammerrelieffer, fra ca. 2300 f.Kr. (4, 16, 28, 31). Mannlige mumier fra Egypt viser at omskjæring var et vanlig, men ikke universelt fenomen i Det gamle Egypt (16, 28). I henhold til M. Knight (16) ser det særlig ut til at mumier av personer som tilhørte presteskaper og kongefamilien hadde gjennomgått omskjæring (16). Det finnes to gravmalerier som avbilder omskjæring i Det gamle Egypt. Det eldste finnes i graven til Ankhma-hor (16, 29). Det yngste, fra Det nye riket, finnes i gravkammeret til Amonhotep III. Disse relieffene viser omskjæring av tenåringer eller voksne, og undersøkelser av mumien som man mener er levningene etter Amonhotep III, har vist at han har fått forhud fjernet (16). Det er ikke umulig at inngrepet var et religiøst overgangsritual av betydning, ettersom det var en handling som var viktig nok til å avbildes i faraoenes gravkamre. Den greske historikeren Herodotus (484-428 f.Kr.) beskrev etter sine reiser hvordan omskjæring av menn ble praktisert av både fønikerne i dagens Libanon, egypterne, hettittene og etiopierne, noe som viser at praksisen var svært utbredt lenge før kristendommen og islam (29).

⁵ Fra latin *circumcidere*, som betyr ”å kutte rundt.” (83)

Omskjæring har historisk hatt en svært viktig posisjon i de monoteistiske religionene som regner Abraham som sin stamfar. Det er i hovedsak i jødedommen og islam at rituell omskjæring av guttebarn har vært normen, og det er også i disse gruppene det særlig praktiseres i dag (4). I den jødiske tradisjon omskjæres guttebarn på den 8. levedagen, som regel av en mohel⁶ (32)(s.61 og 165)(30). Dette begrunnes i pakten mellom Abraham og Gud i jødernes Tora⁷. Denne pakten gjengis i Bibelen i 1. Mosebok kapittel 17:

10 Dette er pakten dere skal holde, pakten mellom meg og dere og etterkommerne dine: Alt av hankjønn hos dere skal omskjæres. 11 Dere skal la forhuden bli omskåret, og det skal være tegnet på pakten mellom meg og dere. 12 Hvert guttebarn hos dere skal omskjæres når det er åtte dager gammelt, i slekt etter slekt, både de som er født i huset, og de som er kjøpt for penger hos fremmede, slike som ikke er av din ætt. 13 Både de som er født i ditt hus, og de du har kjøpt for penger, skal omskjæres. Slik skal min pakt være en evig pakt på kroppen deres. 14 Men en uomskåret, en av hankjønn som ikke har fått forhuden omskåret, en slik skal støtes ut fra folket sitt; for han har brutt min pakt.

I jødedommen ses omskjæring av guttebarn som en av lovene jødene er pålagt å følge, for å vise sin lojalitet til Guds pakt, og for å være et fullverdig medlem av det jødiske folk (30, 32)(s.61). Selv om Toraen er en del av det gamle testamentet i de kristnes Bibel, har det ikke vært en tradisjon blant de kristne for omskjæring. Dette fordi pakten mellom Abraham og Gud regnes som den gamle pakten. Den nye pakten mellom menneskeheten og Gud ble til med Jesu' fødsel, død og oppstandelse, og i denne gjelder ikke mange av de gamle lovene som er sentrale i pakten mellom Abraham og Gud (32). Dette synet er fundert på flere vers i det nye testamentet. Apostelen Paulus skrev for eksempel i brev til galaterne, kap.5 vers 6: ” *For i Kristus Jesus kommer det ikke an på om en er omskåret eller uomskåret; her gjelder bare tro som er virksom i kjærlighet* ” (Bibelen, Paulus Brev til galaterne, kap.5 vers 6.). Det sentrale, slik Paulus argumenterer, er at frelsen, tilhørigheten og deltakelsen i Kristus sikres ved troen alene (32)(s.408-409). De tidlige kristne misjonærene mente derfor at hedningene ikke trengte å omskjære seg for å bli kristne (32)(s.424-425). En pavelig bulle⁸ av 1442 bekreftet at det for kristne ikke er en religiøs plikt å omskjære guttebarn (33). Det er likevel viktige unntak. Blant koptiske og etiopisk ortodokse kristne er det tradisjon for omskjæring av, som vi har sett jenter, men også gutter (4)(s.4). Også i dag omskjæres langt de fleste guttebarn i kjerneområdene for disse to kristne denominasjonene (4)(s.8 og 10).

Til tross for at det ikke er omtalt i Koranen, er det i islam også tradisjon for omskjæring av gutter. Omskjæring av guttebarn var vanlig på den arabiske halvøy lenge før fremveksten av i islam, og reflekterer at også muslimene ser Abraham, eller Ibrahim, både som en profet og som arabernes stamfar (30). I islamsk tradisjon ses fjerning av forhuden som en bekreftelse på individets forhold til Gud, og omskjæring refereres ofte i islamske tekster til som

⁶ Mohel: en spesialist i jødedommen som omskjærer guttebarn. Omskjæringen betegnes ”brit mila” (84).

⁷ Tora: Betyr ”lære” eller veiledning. Ble opprinnelig brukt som navn på de fem Mosebøkene, men ble i jødisk tradisjon etter hvert brukt om hele det gamle testamentet og læren som er utviklet gjennom tolkning av dette (31)(s.519).

⁸ Bulle: en seglet pavelig forordning. Av latin *bull*a som betyr ”boble (80).

tahera/tahara, som kan bety ”renselse” eller ”renslighet”(4)(s.3)(34). Det er likevel ikke helt konsensus blant de seks islamske lovskolene om mannlig omskjæring er obligatorisk, eller ikke (34). Det vurderes som obligatorisk (*wajib*) i én av de fire sunniislamske lovskolene (*Shafi'i-skolen*) (34). De andre skolene vurderer det som sunna, altså i tråd med profetens liv, lære og eksempel, og oppfordrer det derfor sterkt, men anser det ikke som obligatorisk for muslimer uavhengig om de blir født inn i religionen, eller konverterer til den (34). Det anses også som nødvendig for å lovlig kunne gjennomføre pilegrimsreisen til Mekka (*hajj*), en av de fem søylene i islam (4)(s.3). Profeten Muhammed skal angivelig ha anbefalt 7. dag etter fødsel som et ideelt tidspunkt for inngrepet, men det varierer når inngrepet utføres i ulike muslimske samfunn (34). Pakistanske gutter som fødes på sykehuset vil typisk få utført omskjæringen i løpet av de første dagene, mens tyrkiske gutter ofte ikke omskjæres før puberteten innsetter (4)(s.3-4). I Indonesia er det vanlig at det utføres i 5-18-års alder (4)(s.3-4).

Mannlig omskjæring i moderne tid

På 1800-tallet oppstod det økt interesse for omskjæring i medisinske fagmiljøer i Vesten, og særlig i Storbritannia og USA (35)(s.11)(28). Det ble publisert stadig flere artikler om operasjonsteknikker og indikasjonene for medisinsk omskjæring i medisinske tidsskrifter i flere vestlige land (28). I første halvdel av 1800-tallet dreide dette seg i hovedsak om behandling av forhudrelaterte lidelser, som kongenital fimose (28). Utover andre halvdel av 1800-tallet og begynnelsen av 1900-tallet kom en utvikling hvor omskjæring mentes å kunne behandle ikke bare fimose, men en rekke andre tilstander, som fimoserelatert priapisme, eksessiv masturbasjon, urinveisinfeksjoner og veneriske sykdommer (28, 29). Enkelte artikler og lærebøker argumenterte sterkt for at omskjæring også kunne benyttes i behandlingen av epilepsi, enuresis nocturna, sterilitet og seksuelle avvik som homofili (28, 29). Vi ser altså at en lang rekke tilstander, som vi i dag vil klassifisere som både somatiske og psykiatriske lidelser, ble oppfattet som indikasjon for omskjæring.

Som en konsekvens økte forekomsten av omskjæring av ikke-religiøse grunner markant i USA og Storbritannia, Canada og enkelte andre land utover første halvdel av 1900-tallet (28, 36). Etter hvert utviklet det seg en erkjennelse av at den vitenskapelige dokumentasjonen for omskjæring for mange av lidelsene, deriblant epilepsi, som tidlig var indikasjon for omskjæring, ikke var god (36). Utover 1900-tallet argumenterte leger for omskjæring av gutter ved å henvise til antatt reduksjon i forekomst av somatiske sykdommer i relasjon til guttens kjønnsorgan, som for eksempel kjønnsykdommer. Selv om psykiatriske og nevrologiske lidelser ikke lenger ble benyttet som indikasjon for omskjæring, er det likevel den dag i dag en medikalisering av inngrepet (36). Dette har medført at inngrepet er blitt en naturlig del av neonatal omsorg i USA. Også i land som Storbritannia og Australia ble praksisen svært vanlig, men utover andre halvdel av 1900-tallet ble det stadig vanligere å stille spørsmål ved praksisen. Carpenter (36) argumenterer for at praksisen aldri fikk like sterkt fotfeste i Europa som i USA, og at kritikerne av omskjæring fikk en sterkere stilling i medisinske kretser i Storbritannia. Særlig de siste 50 årene er det kommet mange klare uttalelser mot rutinemessig omskjæring av gutter, og et resultat av dette har vært et markant fall i andelen gutter som omskjæres.

Også i dag er majoriteten av den mannlige amerikanske befolkningen omskåret (4)(s.8 og 11). Det er mange årsaker til dette. Religion er en del av forklaringen. Naturligvis praktiserer den

jødiske og muslimske delen av befolkningen omskjæring, men også blant mange kristne amerikanere har valget om å omskjære barna en religiøs dimensjon. I henhold til Bibelen ble Jesus omskåret, og i mange kristenkonservere kretser i USA anses dette som en god grunn til å omskjære guttebarn. Fremdeles er det et rådende syn blant mange legfolk og leger (!) i USA at omskjæring gir en rekke helsefordeler, som kan spores tilbake til medikaliseringsprosessen av omskjæring som foregikk på 18- og 1900-tallet (36). Et påfallende uttrykk for dette er den amerikanske pediatriforeningens støtte til omskjæring av nyfødte gutter, og klare skille mellom dette og omskjæring av kvinner/jenter (37). Det er likevel interessant at andelen barn som omskjæres årlig i USA, har sunket de siste årene (4, 36) og i en skriftlig uttalelse fra 2012 sier American Academy of Pediatrics at det vitenskapelige grunnlaget ikke er sterkt nok til å anbefale rutinemessig omskjæring av gutter (38). Uttalelsen sier likevel at helsefordelene ved omskjæring er sterkere enn risikoen ved inngrepet, og at foreldre som ønsker omskjæring derfor bør tilbys dette (38). Hva er årsakene til at kvinnelig omskjæring forsvant ut av vestlig skolemedisin, mens mannlig omskjæring fremdeles aktiv støttes av store deler av legestanden i Vesten? Dette er spørsmål som vi vil komme tilbake til i det følgende.

Medisinske aspekter ved kvinnelig omskjæring

Omskjæringen skjer som oftest før jentene har fylt 15 år, men det er betydelig variasjon i når det skjer. I enkelte land som Nigeria og Mali blir de fleste omskåret før de fyller 5 år. Inngrepet utføres vanligvis av eldre kvinner uten spesiell kompetanse, og ulike skarpe gjenstander som barberblader, kniver, sakser kan benyttes. I en betydelig andel av tilfellene utføres inngrepet uten noen form for bedøvelse. I enkelte land som Egypt utføres en del av inngrepene av leger og annet helsepersonell. Hvilken type omskjæring som utføres avhenger av området omskjæringen utføres i (6). Det anslås at ca. 90% av inngrepene dreier seg om type I, II og IV, med type II som den vanligste. De resterende 10% er type III (39). I motsetning til hos menn finnes det ingen internasjonalt anerkjente medisinske indikasjoner for noen form for kvinnelig omskjæring.

Mulige medisinske konsekvenser ved kvinnelig omskjæring er mange. Nøyaktige tall på hvor ofte komplikasjonene forekommer er vanskelig å få tak i og varierer mye fra studie til studie (40). Majoriteten av store studier gjort på kvinnelig omskjæring er retrospektive og baserer seg på selvrapporterte forhold. Et problem med dette er at kvinnene ikke nødvendigvis husker inngrepet og forholdene rundt nøyaktig nok, i tillegg vil ikke studiene få inkludert de som døde av inngrepet. Kvinnene som blir spurt om inngrepet vil også kunne være motvillige til å svare fordi kvinnelig omskjæring er et sensitivt område og fordi det i mange land er ulovlig (41). Komplikasjonene avhenger også av typen inngrep. Type III gir oftere og mer alvorlige komplikasjoner enn type I og II (40, 42). Bruk av ikke sterile redskaper, samt mangel på stell av såret og immobilitet grunnet binding av ankene, øker sjansen for infeksjon og dårlig tilhelning av såret. Av akutte komplikasjoner er sterke smerter, feber, akutt cellulitt, abscesser, tetanus, gangren, septisk sjokk, nekrotiserende fasciitt, samt død mulig (41-43). En artikkel (42) fant at blødning med anemi forekom hos 4-19% av jentene som gjennomgikk type III-omskjæring. 22% opplevde feber, 15% akutt cellulitt, 2% gangren og 2% septisk sjokk. En annen systematisk oversikt fant at 5-62% av de som opplevde en eller annen form for kvinnelig omskjæring fikk stor blødning som komplikasjon (39). 8-53% hadde urinretensjon, 2-27% fikk hevelse i genitaliene, 13% hadde problemer med sårtilheling og 11% rapporterte smerter som komplikasjon. Samme systematiske oversikt (40) identifiserte 3 kliniske studier hvor det er rapportert død som direkte følge av kvinnelig omskjæring.

Problemer med vannlating og urinretensjon antas å være på grunn av sterke smerter når urinen kommer i kontakt med såret. Skader på omkringliggende vev som uretra, urinblære, vagina og rektum forekommer også. I tillegg kommer skader som følge av at jenta blir bundet fast og holdt nede. Dette kan være brudd i låret, kragebenet og humerus (13, 40-42).

Langvarige komplikasjoner er vanlig, men de ulike studiene som tar for seg prevalens for komplikasjoner viser betydelige variasjoner i estimert prevalens. I en artikkel fra 2015 (41) deler de langvarige komplikasjoner inn i tre grupper, gynekologiske, obstetriske og psykologiske. Av gynekologiske langvarige komplikasjoner er infeksjon, arr og keloiddannelse, menstruasjonsproblemer, urinveisproblemer, utflod, kløe og infertilitet beskrevet. En systematisk oversikt (42) oppgir at forekomsten av dysmenore og menoragi er på 65%, kroniske vaginale infeksjoner på 26% og infertilitet på mellom 25 og 30% hos kvinner som har gjennomgått type III omskjæring. Problemer med å gjennomføre et samleie samt oppadstigende infeksjon har blitt foreslått som mulige årsaker til infertilitet. En annen systematisk oversikt (41) oppgir at 22% av omskårede kvinner har problemer med dårlig tømning av urinblæren og påfølgende tilbakevendende urinveisinfeksjoner. Den dårlige tømningen av urinblæren kan komme av nedsatt passasje grunnet strikturer og andre skader på uretra. Kroniske genitale abscesser, vaginale infeksjoner og infeksjoner som HIV og hepatitt B og C forekommer. Man antar at årsaken til smitte av HIV, hepatitt B og C kommer av bruk av usterile redskaper under omskjæring samt blødning hos kvinnen under samleie, men det er ikke gjort studier som viser at dette er årsaken og flere studier er nødvendig for å konkludere med en årsakssammenheng (41, 44). En studie (45) gjort i Mali fant at kvinner som er omskåret har en 2,1 ganger høyere odds for å være hiv-positive sammenlignet med kvinner som ikke er omskåret.

Vangen et al.(46) viser til en studie hvor 86% av infibulerte kvinner som oppsøkte en klinikk i London hadde kroniske fysiske plager. 67% hadde menstruasjonsmerter, 58% hadde langvarig smertefull vannlating, 42% «seksuelle problemer eller vanskelig samleie» og 38% gjentatte urinveisinfeksjoner. Årsaken til menstruasjonsmerter kan muligens være svært smalt utløp for menstruasjonsblodet. Vangen et al.(46) viser også til en annen studie fra Sudan hvor 80% opplevde manglende orgasme. Andre artikler tar også for seg sammenhengen mellom omskjæring og seksuallivet til kvinnene. En systematisk oversikt (42) viser til studier med svært ulike resultater. En studie viser at kvinner med type II og III hadde lavere lyst, opphisselse, færre orgasmer og nedsatt seksuell tilfredsstillelse sammenlignet med kvinner som ikke er omskåret. En annen studie fant at 78% ikke syntes samleie var behagelig og 70% hadde smerter ved samleie. I motsetning til disse studiene viser andre studier motstridende resultater hvor det ikke var forskjell i samleiefrekvens mellom omskårede kvinner og ikke omskårede kvinner. Omskårede kvinner viste også oftere initiativ til samleie sammenlignet med ikke omskårede kvinner. Reisel et al.(41) viser også til studier med motstridende resultater. Nour (42) konkluderer derfor med at det trengs mer forskning innenfor dette feltet.

Av obstetriske komplikasjoner er det flere som er blitt beskrevet. Langvarig fødsel, fissurdannelse, keisersnitt, behov for episiotomi, behov for instrumenter for å få ut barnet, blødning og generelt vanskelig fødsel (40). Berg et al.(40) viser til ulike meta-analyser hvor justert odds ratio for de ulike komplikasjonene kommer frem. Langvarig fødsel hadde en justert odds ratio på 1,49 når kvinner med og uten omskjæring ble sammenlignet. Revner og flenger hadde en justert odds ratio på 1,39. Keisersnitt hadde justert odds ratio på 1,32 og episiotomi på 1,38. Behov for instrumenter hadde en justert odds ratio på 1,56. Blødning hadde en relativ risiko på 1,5. Justert odds ratio for generell vanskelig fødsel var på 1,88. Reisel et al.(41) viser til at sjansen for komplikasjoner ved fødsel varierer veldig etter hvilke forhold kvinnen føder i. I ressursvake områder øker sjansen for forlenget fødsel, postpartum blødning, revning samt keisersnitt. I tillegg var det en økt sjanse for resuscitering av barnet

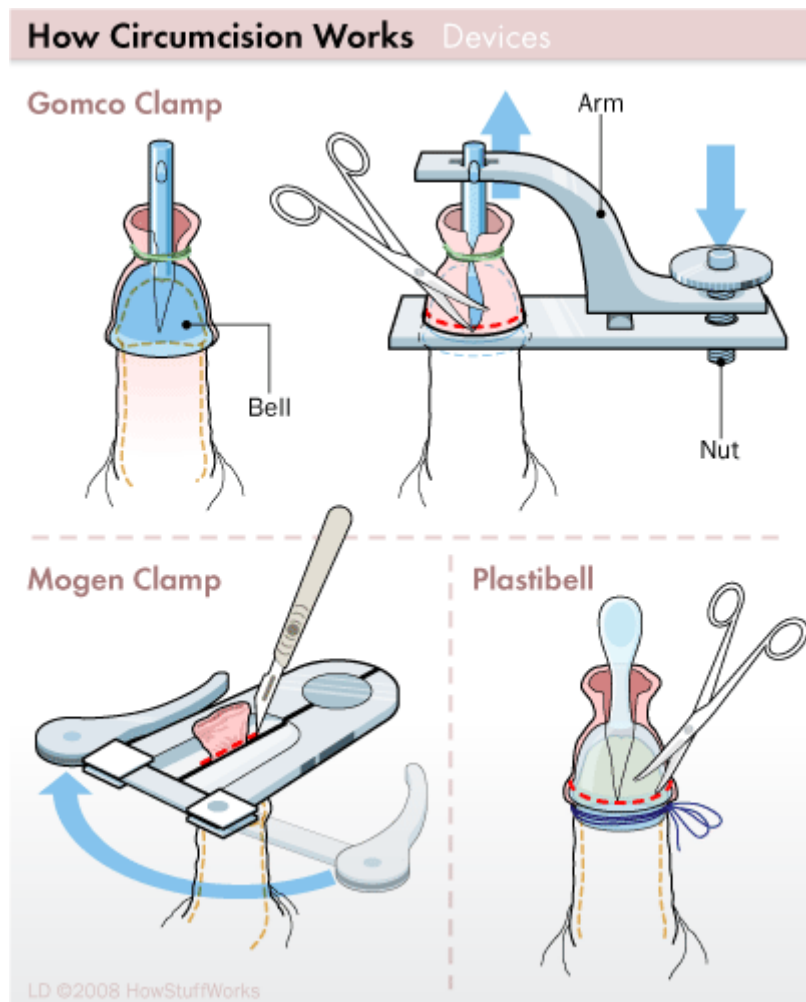
etter fødsel samt lav fødselsvekt, dødfødsel og tidlig død hos barnet. Selv i ressurssterke områder var det økt sjans for langvarig fødsel, bruk av instrumenter ved fødsel og blødning. Utz-Billing et al.(7) viser til lignende funn med økt sjans for postpartumbledning, keisersnitt, revning, resuscitering og perinatal død hos pasienter som var omskåret. Vangen et al.(46) viser til en studie hvor maternell mortalitet var på 407 per 100 000 fødsler og hvor omskjæring var en betydelig årsaksfaktor.

Det er lett å anta at kvinnelig omskjæring har langvarige psykologiske effekter. En systematisk oversikt (41) viser til små studier hvor det er funnet depresjon, angst og PTSD. Samme systematiske oversikt viser også til en studie utført i Senegal hvor det påvises en prevalens for PTSD på 30,4% hos kvinner som er omskåret, samtidig hadde 47,9% av de omskårede hukommelsesproblemer. En studie fra Nederland (47) fant at en av seks hadde problemer med PTSD og at en av tre led av depresjon eller angst. Samme studie fant også at flytting til Nederland endret kvinnenens syn på omskjæring og gjorde dem mer klar over de negative konsekvensene ved kvinnelig omskjæring. Andre studier igjen finner få psykologiske symptomer hos omskårede kvinner (48). Det er tydelig at forskningen på dette området ikke er tilstrekkelig, og at videre forskning på området er nødvendig før en kan trekke klare konklusjoner.

Medisinske aspekter ved mannlig omskjæring

Ved mannlig omskjæring benyttes en rekke forskjellige metoder avhengig av hvor omskjæringen utføres. Ved sykehus i USA benyttes vanligvis Gomco-klemme, Mogen-klemme, Plastibell eller frihåndskirurgi. Alle typer har sine fordeler og ulemper (49). Sjansen for komplikasjoner øker jo eldre barnet blir, Weiss et al.(50) viser til studier hvor omskjæring hos nyfødte blir sammenlignet med omskjæring ved 3-8,5 måneders alder. Hos de 98 nyfødte var det ingen tilfeller av komplikasjoner etter omskjæring. Ved 3-8,5 måneders alder hadde 30% blødning som komplikasjon.

Ved mannlig omskjæring er komplikasjonene relativt sjeldne og lite alvorlige, men de forekommer likevel. Som med kvinnelig omskjæring varierer prevalensen og omfanget av komplikasjoner med forholdene rundt inngrepet, hva slags omskjæringsmetode som benyttes, samt guttens alder ved inngrepet. Hva som defineres som komplikasjon er også av relevans (50). Krill et al.(49) skiller mellom umiddelbare komplikasjoner og komplikasjoner som oppstår senere. Tidlige komplikasjoner som er relativt milde kan være blødning, smerter, utilstrekkelig fjerning av forhud og infeksjon. Mer alvorlige tidlige



<http://people.howstuffworks.com/circumcision4.htm>

komplikasjoner er chordee, iatrogen hypospadi, glanulær nekrose og glanulær amputasjon. Komplikasjoner som oppstår senere kan være inklusjonscyster, sutur sinus trakt, chordee, ufullstendig omskjæring med gjenværende forhud, adhesjoner, phimose, «buried penis», uretrocutan fistel, meatitt og meatal stenose. I svært sjeldne tilfeller kan omskjæring føre til død.

Hvor vanlig er disse komplikasjonene? I følge en artikkel (51) oppstår komplikasjoner hos nyfødte mellom 0,19% og 0,60% og hos voksne mellom 2,4% til 17,7%. I en studie gjort på Rigshospitalet i København hvor omskjæring ble gjort av barnekirurger fant man en komplikasjonsrate på 5,1% (52). Weiss et al.(50) rapporterer at seriøse komplikasjoner oppstod hos mellom 0% og 3% av de som ble omskåret av trent helsepersonell. Komplikasjoner utført av ikke trent personell var betydelig vanligere og varierte avhengig av område mellom 3,4% og opp til 73% i en studie gjort i Tyrkia. Muula et al.(53) tar for seg prevalens av komplikasjoner i deler av Afrika, og viser til studier hvor prevalensen varierer fra 0% og opp til 51%. Blødning er den vanligste komplikasjonen med en insidens på 1%. Infeksjon har en prevalens på 0,4% (49). På Massachusetts General Hospital var 40% av tilfellene med behandlingskrevende sene komplikasjoner inadekvat omskjæring, og 5% var fimose. 26% av de sene komplikasjonene var meatal stenose (49).

Om og eventuelt hvordan omskjæring påvirker seksuallivet til menn er et omdiskutert tema. Hva slags funksjon har forhuden? I tillegg til å være svært følsom, og dermed signifikant i seksuell sammenheng, spiller den en viktig rolle når det gjelder hygiene og beskyttelse. Forhuden slipper gjennom urin, men forhindrer at glans kommer i kontakt med omgivelsene. I tillegg gir forhuden nok vev til nødvendig vekst under ereksjon (54). En artikkel fra 2013 (55) tok for seg en rekke studier og konkluderte med at omskjæring ikke har noe uønsket effekt på seksuell funksjon, sensitivitet, seksuell følelse eller tilfredsstillelse. En annen artikkel (56) kom frem til lignende konklusjon med ingen særlig forskjell på seksuell lyst, smerter ved samleie, for tidlig utløsning, erektil dysfunksjon eller problemer med orgasme. En tredje artikkel (51) poengterer at studier som hittil er gjort på seksuell funksjon har gitt sprikende resultater. Artikkelen (51) tar også opp enkelte problemer ved studiene de tidligere nevnte artiklene (55, 56) baserer konklusjonene sin på. Flere av studiene tar for seg menn som har blitt omskåret i voksen alder, selv om den store majoriteten av omskjæringer gjøres på nyfødte og effekten på dem er ukjent. Flere av studiene er også gjort på menn som har fått utført omskjæring av medisinske årsaker, og dermed er ikke resultatene nødvendigvis representative. I tillegg har de som har fått utført omskjæringen ofte selv tatt initiativ til å utføre inngrepet og de er derfor trolig «biased». Bossio et al.(51) konkluderer med at ytterligere forskning er nødvendig før man eventuelt konkluderer med hvordan omskjæring påvirker seksuell funksjon. Samme systematiske oversikt påpeker også hvor lite forskning som er gjort på eventuelle psykiske konsekvenser omskjæring kan ha.

De eventuelle fordelene ved mannlig omskjæring er også et svært omdiskutert tema. Mange studier har vist at omskjæring har en beskyttende effekt når det gjelder smitte av HIV samt andre seksuelt overførbare sykdommer som syfilis, herpes og HPV (57, 58). Addanki et al.(59) viser til beskyttelse mot HIV ved heteroseksuell sex på 60-70%. Xu et al.(60) viser til 51-60% reduksjon i relativ risiko. Flere artikler viser til lignende resultater fra studier (61-63). Samme effekt hos menn som har sex med menn har man ikke sett (64). Studiene disse tallene er basert på har vært gjort i Afrika, og mye av diskusjonen rundt temaet dreier seg om resultatene er overførbare til andre land, spesielt USA hvor omskjæring er svært vanlig. Som tidligere nevnt uttalte The American Academy of Pediatrics seg i 2012 om deres syn på omskjæring og konkluderte med at fordelene veier tyngre enn ulempene ved omskjæring, men at fordelene ikke er store nok til å anbefale omskjæring av alle nyfødte (38). Enkelte støtter denne uttalelsen, mens andre mener bevisgrunnlaget uttalelsen baserer seg på ikke er sterkt

nok (51, 65, 66). Bossio et al.(51) påpeker at studiene stort sett er gjort på menn omskåret i voksen alder og at beskyttelsen mot HIV ikke nødvendigvis er den samme om omskjæringen blir gjort på nyfødte. Samme artikkel viser også til at smittemåten for HIV i USA er annerledes enn i Afrika. I Afrika smittes HIV stort sett ved heteroseksuell sex, mens i USA skjer mye av smitten ved menn som har sex med menn, og oppgitt smitteeffekt er derfor ikke overførbar. Artikkelen stiller også spørsmålsteget ved at omskjæring gir bedre og rimeligere beskyttelse enn andre mindre kostbare løsninger som informasjon om smitte og kondombruk. Svoboda and Van Howe (65) tar i tillegg opp problemer knyttet til komplikasjoner ved omskjæring samt etiske problemer knyttet til det de hevder er unødvendige kirurgiske inngrep på barn som ikke kan samtykke. Morris et al.(66) sammenligner motstanden mot omskjæring med motstanden mot vaksiner, og påpeker at vaksiner også har komplikasjoner. Artikkelen argumenterer med at foreldre kan gi samtykke på vegne av barnet ved vaksiner, og forfatterne ser dermed ikke hvorfor det er et problem med samtykke på vegne av barnet ved spørsmål om omskjæring skal utføres.

I motsetning til ved kvinnelig omskjæring gjøres mannlig omskjæring terapeutisk på enkelte indikasjoner. Slike indikasjoner kan være balanitis xerotica obliterans, fimose, residiverende balanitt og peniscancer (67, 68).

Diskusjon:

Både mannlig og kvinnelig omskjæring er, som omtalt tidligere, praktisert som rituelle handlinger som opp igjennom historien har vært viktig for mange samfunn og deres kultur (4, 6, 28). Likevel omtales, og behandles, kvinnelig og mannlig omskjæring totalt forskjellig i ordskifte både i og utenfor medisinskfaglige miljøer. Er det egentlig gode argumenter for dette skillet? For å vurdere dette må vi vurdere likheter og forskjeller i historisk, religiøs, kulturell og medisinsk behandling av omskjæring.

Det er påfallende hvor mange likhetstrekk det er mellom mannlig og kvinnelig omskjæring når vi ser nærmere på den historiske bakgrunnen. Begge har gjennom historien blitt vurdert som gode behandlingsformer, om enn på vitenskapelig svakt grunnlag, for diverse lidelser (25, 28, 36). Det er også interessant at det ofte er innenfor de samme samfunn, kulturkretser og religioner at både mannlig og kvinnelig omskjæring er blitt utført. Mennesker i Midtøsten og store deler av det nordlige og østlige Afrika har praktisert omskjæring av kvinner og menn parallelt gjennom flere tusen år (16, 28). I andre områder, som for eksempel i Europa, er det ikke tradisjon for hverken kvinnelig eller mannlig omskjæring. Romerne og grekerne anså det sågar som barbarisk, og hverken de, gallerne eller kelterne adopterte skikken (29). Det er ikke unaturlig å tenke at omskjæring av begge kjønn kan ha en felles opprinnelse, selv om det her må påpekes at mange grupper bare utfører mannlig omskjæring.

For både jøder og muslimer er det klare religiøse argumenter for mannlig omskjæring, som har medført at omskjæring av gutter er tilnærmet universelt praktisert i disse religionene. Som vi har sett er jødernes og muslimeres viktigste kilder til religiøse lover og praksiser å finne i henholdsvis Toraen og Koranen. Kvinnelig omskjæring skiller seg ut ved at det ikke omtales

eller argumenteres for dette i hverken Toraen, Bibelen eller Koranen. Likevel finnes det i islam en lang tradisjon for omskjæring av kvinner, og denne er som vi har sett ikke uten religiøst belegg (22, 34). Selv om kvinnelig omskjæring i dag møter sterk motstand blant mange prominente muslimer, vil det være uredelig å benekte betydningen islam har hatt for praksisen. I mange lokalsamfunn ses omskjæring av kvinner som en like naturlig del av sharia og sunna som omskjæring av menn (18, 20, 21).

Motstanden mot omskjæring av kvinner er blitt betydelig også blant muslimer og islamske autoriteter, men gjennom historien har en anseelig andel teologer i islam argumentert for omskjæring med blant annet utgangspunkt i hadithen om Umm Habiba (22). Støtten til mannlig omskjæring er tilnærmet unison blant jøder og muslimer, mens synspunktene er langt mer varierte når gjelder kvinnelig omskjæring. Islamsk Råd Norge henviste blant annet til Den europeiske menneskerettighetskonvensjonens artikkel 9 om religionsfrihet i sitt høringssvar til Helse- og omsorgsdepartementets høringsnotat om rituell omskjæring av gutter (68). Denne sier: ”...frihet til enten alene eller sammen med andre og så vel offentlig som privat å gi uttrykk for sin religion eller overbevisning, ved tilbedelse, undervisning, praksis og etterlevelse” (69)(s.1), og fordi Islamsk råd Norge anser rituell omskjæring av gutter som et sentralt ritual i islam, mener de at praksisen må tillates dersom religionsfrihet skal respekteres. Premisset er altså at religionsfrihet innebærer at muslimer og andre må ha rett til å praktisere mannlig omskjæring; et premiss som blant annet Den norske kirke og det Mosaiske trossamfunn støttet i sine respektive uttalelser (70, 71). Men er det ikke inkonsekvent å argumentere for at kvinnelig omskjæring ikke støttes av det samme prinsippet? Som vi har sett er det ikke fullstendig konsensus om at kvinnelig omskjæring er galt, hverken hos alle jøder, kristne eller muslimer. Selv om det kun er subgrupper av kristne (koptiske, etiopisk-ortodokse etc.), jøder (Etiopia) og muslimer som praktiserer omskjæring av kvinner og jenter, er det naturligvis slik at religionsfrihet også er en rett for disse gruppene. Dersom omskjæring av ikke-samtykkekompetente barn beskyttes av religionsfrihetprinsippet, så følger det logisk at samme argumentasjon kan rettferdiggjøre kvinnelig omskjæring også. Spørsmålet blir derfor om foreldrenes religionsfrihet innebærer en rett til å permanent endre et barns kropp.

Tradisjon, identitet og tilhørighet er begreper som også er tett knyttet til omskjæring av kvinner så vel som menn. I de fleste samfunn i Afrika og Midtøsten, hvor omskjæring praktiseres, er praksisen nærmest universell innenfor de etniske gruppene og/eller religiøse gruppene som omskjærer sine medlemmer (4). Det blir for enkelt å forklare dette som utelukkende på bakgrunn av tvang eller religion. For jøder og muslimer er omskjæring av gutter viktig, ikke bare som et religiøst ritual, men også for å markere tilhørighet til et folk, en tradisjon, og et verdsett (72). Dette viser seg blant annet i at sekulære, irreligiøse jøder nesten alltid får sine sønner omskåret (4). Men identitet og tilhørighet er også sentralt for kvinnelig omskjæring. Flere studier har funnet at det er vanskelig å avskaffe kvinnelig omskjæring nettopp fordi kvinner føler at det bryter med familiens, klanens, eller samfunnets tradisjoner og normer (20, 21, 73). Til tross for lovforbud og diverse kampanjer mot kvinnelig omskjæring, fortsetter likevel mange å utføre inngrepene. Flere steder har til og med unge jenter og kvinner gått sammen og arrangert omskjæring på hverandre til tross for at de har kjent til lovforbudet og tradisjonelle omskjærere ikke har vært tilgjengelig (18)(s.1117-1118). Boyden (18) påpeker at de store sosiale og økonomiske konsekvensene for kvinner som ikke lar seg omskjære, utgjør en sentral forklaring på hvorfor praksisen ikke forsvinner.

For å oppsummere kan vi si at ved gjennomgang av de historiske, kulturelle og religiøse aspektene ved omskjæring er det ikke riktig å se de to inngrepene som totalt forskjellige. Det må derimot anerkjennes at de har mange fellestrekk, hvilket har etiske og moralske følger som ikke kan undervurderes. Før vi vurderer dette må vi kommentere noen av de medisinske aspektene ved henholdsvis mannlig og kvinnelig omskjæring.

Når man sammenligner de medisinske aspektene ved mannlig og kvinnelig omskjæring finner man store forskjeller, men også likheter. Om vi begynner med årsaker til inngrepet ser vi at det kun ved mannlig omskjæring foreligger enkelte internasjonalt anerkjente medisinske indikasjoner for omskjæring. Det finnes ikke litteratur basert på en vitenskapelig metode som argumenterer for medisinsk-terapeutisk omskjæring av kvinnelige genitalier. De kirurgiske inngrepene foregår under svært ulike omstendigheter. Kvinnelig omskjæring utføres hovedsakelig under enkle forhold med enkle redskaper, bare en liten andel utføres av helsepersonell. Ved mannlig omskjæring varierer forholdene etter hvor inngrepet utføres, men en stor andel utføres av helsepersonell under forhold som tillater at inngrepet utføres på en relativt forsvarlig måte. Selv om det både for mannlig og kvinnelig omskjæring er mangel på gode studier på komplikasjoner ved omskjæring er det lett å se betydelig forskjell på inngrepene når det gjelder hyppigheten og alvorligheten ved komplikasjonene.

Komplikasjoner generelt, og alvorlige spesielt, er mye hyppigere ved kvinnelig omskjæring enn ved mannlig omskjæring. Dette gjelder både akutte, men også langvarige komplikasjoner. Det er likevel viktig å påpeke at komplikasjoner man ellers kunne ha unngått forekommer også ved mannlig omskjæring. En ting er de rent medisinske komplikasjonene, men forskning som er gjort tyder på at omskjæring hos begge kjønn, spesielt hos kvinner, påvirker seksuallivet og psyken deres. Om man ser på eventuelle fordeler ved omskjæring hos menn og hos kvinner er det også her betydelige forskjeller. Det er ikke påvist noen medisinske fordeler ved kvinnelig omskjæring. Hos menn er fordelsspørsmålet omdiskutert. Som vi har vært inne på er det påvist lavere smitte av HIV hos omskårede heteroseksuelle menn i Afrika. Dette er blir brukt som et argument for omskjæring, men innvendinger kan være at disse studiene ikke i stor nok grad tar høyde for konfunderende faktorer som forskjeller i kultur og religion som gir forskjeller i seksualmoral og atferd. Derfor er det kanskje ikke overførbart til vestlige land hvor smittemåten først og fremst er mellom menn som har sex med menn og blant rusmisbrukere. Omskjæring vil dessuten ikke gi fullstendig beskyttelse mot HIV-smitte. Selv om det er mulig det finnes en signifikant reduksjon i transmisjon av smitte hos omskårede sammenlignet med ikke-omskårede, er det likevel viktig å påpeke at andre viktigere tiltak er nødvendige for å hindre smitte. Kun bruk av kondom medfører tilnærmet full beskyttelse mot HIV-smitte, og det kan derfor argumenteres for at fokuset bør legges på å sikre bruk, tilgjengelighet og opplysning om riktig prevensjonsbruk. Vi ser altså at det er betydelige uenigheter i hvordan den medisinske forskningen som tar for seg komplikasjoner og konsekvenser av omskjæring, skal tolkes og forstås. Det er derfor uansett behov for mer forskning på området.

Etiske betraktninger

Når man omtaler omskjæring hos kvinner og menn dukker det opp en rekke etiske dilemmaer, vi har valgt å ta for oss noen av disse:

Kulturell relativisme – et akseptabelt utgangspunkt? Har vi noen rett til å gripe inn i andre kulturers tradisjoner? Kvinnelig omskjæring blir som tidligere nevnt utført av en rekke ulike årsaker. Det er et overgangsritual som markerer at jenta har blitt kvinne. Jenta blir sett på som renere og vakrere etter at hun er omskåret. Omskjæringen er også viktig for å sikre kvinnens mulighet til å gifte seg senere i livet. Mange av stedene kvinnelig omskjæring praktiseres er områder med tradisjonelle kjønnsmonstre, hvor kvinners hovedoppgave er å gifte seg og få barn. Blir de ikke omskåret mister de i mange tilfeller denne muligheten, og det er ikke noe hverken foreldre eller kvinnen selv ofte ønsker. Er det etisk forsvarlig å ta fra kvinner deres mulighet til å gifte seg og få barn? Hva veier tyngst, de medisinske komplikasjonene kvinnelig omskjæring er forbundet med, eller de sosiale konsekvensene fravær av omskjæring fører med seg?

Man kan på samme måte ta for seg omskjæring av menn, og man vil lande på samme spørsmål. Veier de kulturelle tradisjonene tyngre enn de eventuelle konsekvensene for helse. Senter for medisinsk etikk omtaler dette punkt i sin høringsuttalelse om '*Rituell omskjæring av gutter*' på følgende måte (74):

«Et annet normativt instrument av utvilsom relevans i denne sammenheng forbigås i stillhet av departementet, selv om Norge i oktober 2005 deltok i UNESCOs Generalforsamling i Paris som resulterte i at 192 medlemsland av FN, inkludert Norge, vedtok ved akklamasjon *The Universal Declaration on Bioethics and Human Rights*. Artikkel 12 i denne deklarasjon lyder:

Respect for cultural diversity and pluralism

The importance of cultural diversity and pluralism should be given due regard. However, such considerations are not to be invoked to infringe upon human dignity, human rights and fundamental freedoms, nor upon the principles set out in this Declaration, nor to limit their scope”.

Det er ingen tvil om at medisinsk assistert omskjæring av guttebarn uten evne til selv å samtykke kommer i konflikt med flere av artiklene i denne deklarasjon. Derfor kan medisinsk assistert omskjæring av guttebarn ikke forsvares med henvisning til viktigheten av å respektere kulturell diversitet og pluralisme. En slik respekt har som anført i deklarasjonen en grense, og grensen går nettopp ved brudd på fundamentale menneskerettigheter. Det er vanskelig å se hvordan man kan unngå å komme i skvis i forhold til disse rettigheter når man foretar et mutilerende inngrep på et guttebarn uten evne til selv å gi sitt samtykke, dertil et inngrep som i de aller, aller fleste tilfeller ikke har noen som helst medisinsk relevans i guttebarnets første 15 leveår».

Dersom henvisningen til respekt for kulturelle tradisjoner og verdier ikke kan brukes til å legitimere omskjæring av guttebarn, så er det minst like god grunn til å avvise denne form for legitimering hva angår omskjæring av jenter.

Konsekvensetisk kan man argumentere for at kvinnelig omskjæring er mer problematisk enn mannlig omskjæring på grunn av høyere komplikasjonsfare. Dette avhenger av at man ser på kvinnelig omskjæring generelt, uten å se på typene kvinnelig omskjæring individuelt. Som tidligere nevnt er komplikasjonsfarene mindre ved type Ia og type IV kvinnelig omskjæring, enn ved de mer invasive typene. I en kommentar fra tidsskriftet trekker man frem rettferdighetsprinsippet og påpeker at argumentet om skadeforebygging ved rituell omskjæring i helsetjenesten hos gutter også vil kunne brukes om rituell omskjæring hos jenter (75). Tall på hvor vanlig kvinnelig omskjæring er i Norge er vanskelig å estimere, men det er

ikke unaturlig å tenke seg at det forekommer. Hadde det ikke vært bedre om de inngrepene ble gjort på et sykehus av kvalifisert helsepersonell? Kommentaren poengterer også at man kan argumentere for at type I kvinnelig omskjæring kan sammenlignes med mannlig omskjæring og derfor bør behandles likt etter rettferdighetsprinsippet. Per i dag er all form for kvinnelig omskjæring straffbart med inntil 8 års fengsel, selv inngrep hvor man kun fjerner forhuden på klitoris (5). Dette står i sterk kontrast til mannlig omskjæring hvor helseforetakene nylig ble pålagt å tilby omskjæring av gutter (1). At det er så store sprik i loven for omskjæring på gutter og jenter fremstår for mange underlig; man fjerner tross alt friskt og funksjonelt vev hos begge uten å få samtykke, og både hos gutter og jenter er det komplikasjoner man ellers ville ha unngått. Hvorfor er forskjellen i loven så stor?

20.06.14 vedtok Stortinget, som nevnt innledningsvis, lov om rituell omskjæring av gutter hvor de regionale helseforetakene blir pålagt å tilby omskjæring av gutter (1). Loven er gjeldende fra 01.01.15, og er ment å sikre at rituell omskjæring av gutter skjer på tryggest mulig måte. Lederne for Norsk barnelegeforening, Landsgruppen av helsesøstre i Norge, Norsk barnekirurgisk forening, Barnesykepleieforbundet, Rådet for legetikk og barneombudet skrev i 2013 en kronikk i Aftenposten hvor de tar opp problemer de mener burde ha forhindret innføring av loven (76). I kronikken påpeker de at rituell omskjæring er smertefullt, har komplikasjoner, er irreversibelt og at eventuelle helsefordeler er lite gjeldende i Norge. Videre mener de at rituell omskjæring kan være i strid med barnekonvensjonens artikkel 12 og 24 som dreier seg om barns rett til medbestemmelse og barns rett til beskyttelse mot tradisjonsbundne ritualer som kan være skadelige.

Sentralt i debatten om rituell omskjæring står naturlig nok medbestemmelsesretten, nærmere bestemt fraværet av mulighet for medbestemmelse. Omskjæring blir stort sett gjort på barn, uten at barnet selv har noen mulighet til ytre sin mening om inngrepet. Dette kan sees på som lite etisk forsvarlig i og med at rituell omskjæring kan ha store konsekvenser og i rituell sammenheng ingen indikasjoner. De medisinske konsekvensene med akutte og langvarige komplikasjoner er allerede nevnt, men religionsfriheten bør også veie tungt. Enhver person har lovfestet rett til tankefrihet, samvittighetsfrihet og religionsfrihet (77), men i sammenheng med rituell omskjæring mister man denne retten. Omskjæringen er irreversibel og blir gjort uten at barnet på noen måte kan samtykke. Dette kan være problematisk fordi barnet ikke nødvendigvis ønsker endring av kroppen som knytter han eller henne til en religion eller et livssyn. Omskjæring i Norge gjøres hovedsakelig blant jøder og muslimer, og det er ikke sikkert at deres barn ønsker samme tilhørighet som sine foreldre senere i sitt liv.

Som tidligere nevnt har kvinnelig omskjæring vært forbudt i Norge siden 1995. Samtidig er det ingen lov som forhindrer kosmetisk kirurgi på for eksempel kjønnslepper hos kvinner som ønsker det. Loven om kvinnelig omskjæring forbyr reinfibulering (gjensying) av omskårede kvinner etter fødsel, men hvor går egentlig grensen mellom kosmetisk kirurgi og omskjæring? Dette er et spørsmål Johnsdotter og Essén tar for seg i en artikkel, hvor de påpeker at både kvinnelig omskjæring og kosmetisk endring av kvinners kjønnsorganer kan sies å svære en konsekvens av kulturell (patriarkalsk) påvirkning på kvinner. De argumenterer for at vestlig lovgivning er inkonsekvent når den tillater omskjæring av kosmetiske årsaker, men samtidig forbyr kvinnelig omskjæring som er ”*mutilerende*”. Forfatterne hevder at WHO's definisjon av kvinnelig omskjæring også vil omfatte de inngrep som utføres av kosmetiske årsaker (78).

Om man frivillig ønsker omskjæring, bør det være noen grunn til å nekte det? Er det ikke litt betenkelig at ingen stiller spørsmål ved om en mann ønsker å omskjæres, men om en kvinne ønsker å fjerne forhuden på klitoris blir det sett på som lemlestelse og inngrepet har en strafferamme på opptil 8 år?

I etiske regler for leger (79) står det følgende:

§ 1

En lege skal verne menneskets helse. Legen skal helbrede, lindre og trøste. Legen skal hjelpe syke til å gjenvinne sin helse og friske til å bevare den.

Legen skal bygge sin gjerning på respekt for grunnleggende menneskerettigheter, og på sannhet og rettferdighet i forholdet til pasient og samfunn.

§ 9

En lege skal ved undersøkelse og behandling kun ta i bruk metoder som forsvarlig legevirksomhet tilsier. Metoder som setter pasienten i unødig fare, må ikke benyttes. Dersom legen selv ikke behersker en metode, skal han/hun sørge for at pasienten kommer under annen kyndig behandling.

Legen må ikke gjøre bruk av eller anbefale metoder som savner grunnlag i vitenskapelige undersøkelser eller tilstrekkelig medisinsk erfaring. En lege må ikke la seg presse til å bruke medisinske metoder legen finner faglig ukorrekte.

Omskjæring, både når det gjelder kvinner og menn, kan vanskelig sees på som en form for behandling i og med at det under omskjæring fjernes normalt fungerende friskt vev. Snarere tvert imot vil det være riktigere å avstå fra omskjæring fordi en lege skal verne menneskets helse og hjelpe friske til å bevare den. Samtidig skal en lege ikke benytte metoder som kan sette pasienten i unødig fare. Nettopp unødig fare er det man setter pasienten i om man velger å utføre omskjæring uten medisinsk indikasjon. Enkelte vil hevde at omskjæring er en form for behandling, men til hvilken pris? Fjerner man brystene til en kvinne forhindrer man senere utvikling av brystkreft, men de færreste vil likevel argumentere for allmenn fjerning av kvinners bryst for å unngå fremtidig kreft (54). For å trekke paralleller til omskjæring av gutter er det naturlig at man på samme måte unngår omskjæring om ikke sjansen for sykdom er så stor at eventuelle problemer omskjæringen kan medføre overgår sykdomsrisiko. Bevisgrunnlaget for at generell omskjæring medfører signifikante positive helsefordeler er i beste fall svakt, og av dette følger det logisk at omskjæring av gutter ikke bør omtales eller behandles som et medisinsk behandlingsalternativ.

Konklusjon

Vi har i denne oppgaven tatt for oss historiske, religiøse, kulturelle, medisinske og etiske aspekter ved rituell omskjæring av kvinner og menn, med den hensikt å belyse problemstillinger knyttet til omskjæring generelt, og den offentlige diskurs' klare skille mellom de to. Dette er et omfattende tema og langt fra alle relevante elementer kan dekket innenfor rammene av en slik oppgave. Likevel velger vi å trekke noen konklusjoner ut fra det vi har presentert ovenfor.

Slik vi ser det er det mange likhetstrekk mellom kvinnelig og mannlig omskjæring. De meste invasive formene for kvinnelig omskjæring, nærmere bestemt type II og type III, skiller seg klart fra mannlig omskjæring med tanke på komplikasjonsrisiko og konsekvenser for seksualfunksjon. Likevel vil vi argumentere for at det ikke kan sies å være vesentlig forskjell

mellom mannlig omskjæring og kvinnelig omskjæring av type Ia. Dette forutsetter, naturligvis, at vi tar forbehold om at begge prosedyrer utføres under sterile forhold i sykehus av kompetent helsepersonell. Slik vi ser det er det ikke grunnlag for å hevde at fjerning av preputium clitoridis er mer invasivt og mutilerende enn eksisjon av preputium penis. Som vi har sett står dette synet i skarp kontrast til holdningen til en lang rekke religiøse grupper og organisasjoner, medisinske fagmiljøer og lovgivning.

I Norge er kvinnelig omskjæring klart forbudt mens mannlig omskjæring, som nevnt, nylig har blitt et offentlig helsetilbud pålagt helseforetakene ved lov. Dette mener vi representerer en inkonsekvent behandling og holdning til omskjæring. Vår oppfatning er at ikke-samtykkekompetente jenters rett til beskyttelse mot irreversible kirurgiske inngrep klart respekteres, mens det samme ikke er tilfelle for gutter. Vi mener at også gutter har krav på samme beskyttelse, og at det er uakseptabelt å utføre irreversible kirurgiske endringer på kroppen til ikke-samtykkekompetente individer, dersom det ikke er medisinske indikasjoner tilstede. Vårt syn er at det ikke er vitenskapelig grunnlag for å hevde at gutter bør omskjæres på generell basis, men at det kun bør utføres ved klare indikasjoner. Vi vil derfor hevde at omskjæring av barn ikke bør finne sted, uavhengig av kjønn.

En relevant innsigelse mot vårt syn er at rituell omskjæring av gutter er sentralt både i islam og jødedommen, og at det derfor neppe er mulig å avskaffe praksisen. Lovgivning som forbyr omskjæring vil trolig ikke hindre utstrakt omskjæring blant jøder og muslimer, og det kan argumenteres for at en utilsiktet bieffekt av en slik lovgivning vil være at disse gruppene vil føle seg diskriminert. En annen potensiell utfordring er muligheten for utstrakt omskjæring av gutter utenfor helsevesenets kontroll, med den konsekvens at antallet komplikasjonstilfeller øker. En alternativ løsning vil være en aldersgrense for når inngrepet utføres, hvor denne settes til en alder hvor barnet vurderes samtykkekompetent. Likevel vil også dette kunne være problematisk, da jødene utfører omskjæring den 8. dagen etter fødselen på bakgrunn av et klart bud i Den hebraiske bibelen. Selv om det i muslimsk tradisjon ikke er et bestemt tidspunkt som er anerkjent som det riktige omskjæringstidspunktet, er det sannsynlig at også muslimer i stor grad vil anse det som for sent å vente til barnet er samtykkekompetent.

Rituell omskjæring er et tema som vekker sterke følelser, og slik vi ser det er forskningen på området i for stor grad preget av subjektive meninger. Tidligere viste vi til en artikkel hvor forfatterne sammenligner motstand mot omskjæring av gutter med motstand mot vaksiner, noe vi mener er et godt eksempel på subjektiv og dårlig argumentasjon for omskjæring. Vi mener det er avgjørende at både gutter og jenter har krav på grunnleggende respekt og beskyttelse i tråd med menneskerettighetene og barnekonvensjonen.

Referanser

1. Lov om rituell omskjæring av gutter 2014. Lov om omskjæring av gutter 2014-05-20 nr. 40
2. Helse- og omsorgsdepartementet. Prop 70 L: Proposisjon til Stortinget (forslag til lovvedtak): Lov om rituell omskjæring av gutter.
3. Kulturdepartementet. Det livssynsåpne samfunn: En helhetlig tros- og livssynspolitik. Oslo: Departementenes servicesenter, Informasjonsforvaltning, Aurskog AS; 2013. NOU 2013:1
4. WHO. Male circumcision: global trends and determinants of prevalence, safety and acceptability. Geneva: 2007.
5. Kjønnsmlemlestelsesloven. 1995. Lov om forbud mot kjønnsmlemlestelse av 1995-12-15 nr. 25
6. UNICEF. Female Genital Mutilation/Cutting:

A statistical overview and exploration of the dynamics of change. NEW YORK, United States of America: July 2013.

7. Utz-Billing I, Kentenich H. Female genital mutilation: an injury, physical and mental harm. *Journal of psychosomatic obstetrics and gynaecology*. 2008;29(4):225-9.
8. UNAIDS, UNDP, UNECA, UNESCO, UNFPA, UNHCHR, et al. Eliminating female genital mutilation: An interagency statement. Geneva: 2008.
9. Svendsen K. Seksualmedisin. In: Hunskaar S, editor. *Allmenntmedisin*. Oslo: Gyldendal Norske forlag AS; 2013. p. 772-3.
10. Yasin BA, Al-Tawil NG, Shabila NP, Al-Hadithi TS. Female genital mutilation among Iraqi Kurdish women: a cross-sectional study from Erbil city. *BMC public health*. 2013;13:809.
11. Statens helsetilsyn. Veileder for helsepersonell i Norge for kvinnelig omskjæring. Oslo: Statens helsetilsyn; 2000.
12. Gele AA, Johansen EB, Sundby J. When female circumcision comes to the West: attitudes toward the practice among Somali Immigrants in Oslo. *BMC public health*. 2012;12:697.
13. Farage MA, Miller KW, Tzeghai GE, Azuka CE, Sobel JD, Ledger WJ. Female genital cutting: Confronting cultural challenges and health complications across the lifespan. *Women's Health*. 2015;11(1):79-94.
14. Nour N, Mann W, Falk S. Female genital cutting(circumcision): Origins and rationale UpToDate [Internet] [cited 2015 07.09]. Available from: <http://www.uptodate.com/contents/female-genital-cutting-circumcision>.
15. Mackie G. Female Genital Cutting: The beginning of the end. *Oxford university press*. 2000:245-82.
16. Knight M. Curing cut or ritual mutilation?: Some remarks on the practice of female and male circumcision in Graeco-Roman Egypt. *Isis*.92(2):317-38.
17. Strabon. Strabo Geography: Book XVII Chapter 2 [Internet] [cited 2015 01.09]. Available from: http://penelope.uchicago.edu/Thayer/E/Roman/Texts/Strabo/17A1*.html.
18. Boyden J. Why are current efforts to eliminate female circumcision in Ethiopia misplaced? *Culture, health & sexuality*. 2012;14(10):1111-23.
19. Baron EM, Denmark FL. An exploration of female genital mutilation. *Annals of the New York Academy of Sciences*. 2006;1087:339-55.
20. Berg RC, Denison E. A tradition in transition: factors perpetuating and hindering the continuance of female genital mutilation/cutting (FGM/C) summarized in a systematic review. *Health care for women international*. 2013;34(10):837-59.

21. Martinelli M, Olle-Goig JE. Female genital mutilation in Djibouti. *African health sciences*. 2012;12(4):412-5.
22. Rouzi AA. Facts and controversies on female genital mutilation and Islam. *The European journal of contraception & reproductive health care : the official journal of the European Society of Contraception*. 2013;18(1):10-4.
23. Asmani I, Abdi M. Delinking female genital mutilation/cutting from Islam. USAID population council.
24. Belmaker RH. Successful cultural change: the example of female circumcision among Israeli Bedouins and Israeli Jews from Ethiopia. *The Israel journal of psychiatry and related sciences*. 2012;49(3):178-83.
25. Rodriguez SW. Rethinking the history of female circumcision and clitoridectomy: American medicine and female sexuality in the late nineteenth century. *Journal of the history of medicine and allied sciences*. 2008;63(3):323-47.
26. Black J. Female genital mutilation: a contemporary issue, and a Victorian obsession. *Journal of the Royal Society of Medicine*. 1997;90(7):402-5.
27. Darby R, Svoboda JS. A rose by any other name? Rethinking the similarities and differences between male and female genital cutting. *Medical anthropology quarterly*. 2007;21(3):301-23.
28. Dunsmuir WD, Gordon EM. The history of circumcision. *BJU international*. 1999;83 Suppl 1:1-12.
29. Doyle D. Ritual male circumcision: a brief history. *The journal of the Royal College of Physicians of Edinburgh*. 2005;35(3):279-85.
30. Zampieri N, Pianezzola E, Zampieri C. Male circumcision through the ages: the role of tradition. *Acta paediatrica (Oslo, Norway : 1992)*. 2008;97(9):1305-7.
31. Vaage S. [Ritual circumcision in Norway]. *Tidsskrift for den Norske lægeforening : tidsskrift for praktisk medicin, ny række*. 2002;122(1):85-7.
32. Bowker J. *Den fullstendige Bibel håndboken: En illustrert veiviser*. London: Det norske bibelselskap og Andresen og Butenschøn; 2002.
33. Tanner N. Ecumenical council of Florence [1438-1445][Internet] Irondale AL: Eternal world television network [03.09.15]. Available from: <https://www.ewtn.com/library/COUNCILS/FLORENCE.HTM>.
34. Rizvi SA, Naqvi SA, Hussain M, Hasan AS. Religious circumcision: a Muslim view. *BJU international*. 1999;83 Suppl 1:13-6.
35. Khaja K, Lay K, Boys S. Female circumcision: toward an inclusive practice of care. *Health care for women international*. 2010;31(8):686-99.
36. Carpenter LM. On remedicalisation: male circumcision in the United States and Great Britain. *Sociology of health & illness*. 2010;32(4):613-30.
37. Davis DS. Ritual genital cutting of female minors. *Pediatrics*. 2010;125(5):1088-93.
38. American Academy of Pediatrics. Newborn Male Circumcision [Internet] [cited 14.08.15]. Available from: <https://www.aap.org/en-us/about-the-aap/aap-press-room/pages/newborn-male-circumcision.aspx>.
39. WHO. Female genital mutilation and other harmful practices [Internet] [cited 14.08.15]. Available from: <http://www.who.int/reproductivehealth/topics/fgm/prevalence/en/>.
40. Berg RC, Underland V, Odgaard-Jensen J, Fretheim A, Vist GE. Effects of female genital cutting on physical health outcomes: a systematic review and meta-analysis. *BMJ open*. 2014;4(11):e006316.
41. Reisel D, Creighton SM. Long term health consequences of Female Genital Mutilation (FGM). *Maturitas*. 2015;80(1):48-51.
42. Nour NM. Female genital cutting: Impact on women's health. *Seminars in Reproductive Medicine*. 2015;33(1):41-6.
43. Iavazzo C, Sardi TA, Gkegkes ID. Female genital mutilation and infections: a systematic review of the clinical evidence. *Archives of gynecology and obstetrics*. 2013;287(6):1137-49.

44. Diouf K, Nour N. Female genital cutting and HIV transmission: is there an association? *American journal of reproductive immunology* (New York, NY : 1989). 2013;69 Suppl 1:45-50.
45. Smolak A. The association of female circumcision with HIV status and sexual behavior in Mali: a multilevel analysis. *Journal of acquired immune deficiency syndromes* (1999). 2014;65(5):597-602.
46. Vangen S, Hoffmann R, Flo K, Lorentzen B, Sand S. [Female circumcision--complications and treatment]. *Tidsskrift for den Norske laegeforening : tidsskrift for praktisk medicin, ny raekke*. 2006;126(4):475-7.
47. Vloeberghs E, van der Kwaak A, Knipscheer J, van den Muijsenbergh M. Coping and chronic psychosocial consequences of female genital mutilation in The Netherlands. *Ethnicity & health*. 2012;17(6):677-95.
48. Pereda N, Arch M, Perez-Gonzalez A. A case study perspective on psychological outcomes after female genital mutilation. *Journal of obstetrics and gynaecology : the journal of the Institute of Obstetrics and Gynaecology*. 2012;32(6):560-5.
49. Krill AJ, Palmer LS, Palmer JS. Complications of circumcision. *TheScientificWorldJournal*. 2011;11:2458-68.
50. Weiss HA, Larke N, Halperin D, Schenker I. Complications of circumcision in male neonates, infants and children: a systematic review. *BMC urology*. 2010;10:2.
51. Bossio JA, Pukall CF, Steele S. A review of the current state of the male circumcision literature. *The journal of sexual medicine*. 2014;11(12):2847-64.
52. Thorup J, Thorup SC, Ifaoui IB. Complication rate after circumcision in a paediatric surgical setting should not be neglected. *Danish medical journal*. 2013;60(8):A4681.
53. Muula AS, Prozesky HW, Mataya RH, Ikechebelu JI. Prevalence of complications of male circumcision in Anglophone Africa: a systematic review. *BMC urology*. 2007;7:4.
54. Darby R. Risks, benefits, complications and harms: neglected factors in the current debate on non-therapeutic circumcision. *Kennedy Institute of Ethics journal*. 2015;25(1):1-34.
55. Morris BJ, Krieger JN. Does male circumcision affect sexual function, sensitivity, or satisfaction?--a systematic review. *The journal of sexual medicine*. 2013;10(11):2644-57.
56. Tian Y, Liu W, Wang JZ, Wazir R, Yue X, Wang KJ. Effects of circumcision on male sexual functions: a systematic review and meta-analysis. *Asian journal of andrology*. 2013;15(5):662-6.
57. Bosch FX, Albero G, Castellsague X. Male circumcision, human papillomavirus and cervical cancer: from evidence to intervention. *J Fam Plann Reprod Health Care*. 2009;35(1):5-7.
58. Weiss HA, Thomas SL, Munabi SK, Hayes RJ. Male circumcision and risk of syphilis, chancroid, and genital herpes: a systematic review and meta-analysis. *Sexually transmitted infections*. 2006;82(2):101-9; discussion 10.
59. Addanki KC, Pace DG, Bagasra O. A practice for all seasons: male circumcision and the prevention of HIV transmission. *Journal of infection in developing countries*. 2008;2(5):328-34.
60. Xu X, Patel DA, Dalton VK, Pearlman MD, Johnson TR. Can routine neonatal circumcision help prevent human immunodeficiency virus transmission in the United States? *American journal of men's health*. 2009;3(1):79-84.
61. Wamai RG, Morris BJ, Bailis SA, Sokal D, Klausner JD, Appleton R, et al. Male circumcision for HIV prevention: current evidence and implementation in sub-Saharan Africa. *Journal of the International AIDS Society*. 2011;14:49.
62. Krieger JN. Male circumcision and HIV infection risk. *World journal of urology*. 2012;30(1):3-13.
63. Reed JB, Njeuhmeli E, Thomas AG, Bacon MC, Bailey R, Cherutich P, et al. Voluntary medical male circumcision: an HIV prevention priority for PEPFAR. *Journal of acquired immune deficiency syndromes* (1999). 2012;60 Suppl 3:S88-95.
64. Templeton DJ, Millett GA, Grulich AE. Male circumcision to reduce the risk of HIV and sexually transmitted infections among men who have sex with men. *Current opinion in infectious diseases*. 2010;23(1):45-52.
65. Svoboda JS, Van Howe RS. Out of step: fatal flaws in the latest AAP policy report on neonatal circumcision. *Journal of medical ethics*. 2013;39(7):434-41.

66. Morris BJ, Bailey RC, Klausner JD, Leibowitz A, Wamai RG, Waskett JH, et al. Review: a critical evaluation of arguments opposing male circumcision for HIV prevention in developed countries. *AIDS care*. 2012;24(12):1565-75.
67. Malone P, Steinbrecher H. Medical aspects of male circumcision. *BMJ*. 2007;335(7631):1206-90.
68. Norsk elektronisk legehåndbok. Balanitt [Internet] [cited 14.08.15]. Available from: <http://legehandboka.no/mannlige-kjonnorgan/tilstander-og-sykdommer/penis-og-urinnor/balanitt-2388.html>.
69. Afsar M, Kobilica S. Høringsuttalelse fra Islamsk råd Norge vedrørende "forslag om lovregulering av rituell omskjæring av gutter". Oslo: 03.10.11. Mottaker: Helse- og omsorgsdepartementet.
70. Abrahamsen R, Kohn E. Høringsuttalelse ad forslag om lovregulering av rituell omskjæring av gutter. Oslo og Trondheim: 2011. Mottaker: Helse- og omsorgsdepartementet.
71. Agøy B, Kloster S. Hørings svar fra Mellomkirkelig råd for Den norske kirke på høringsnotat om rituell omskjæring av gutter. Oslo: 14.09.11. Mottaker: Helse- og omsorgsdepartementet.
72. Det mosaiske trossamfund. Fødsel og omskjæring [Internet] Oslo: Det mosaiske trossamfund; [15.09.15]. Available from: http://www.dmt.oslo.no/no/jodedom/livslopet/fodsel_og_omskjaring/.
73. Terry L, Harris K. Female genital mutilation: a literature review. *Nursing standard (Royal College of Nursing (Great Britain))* : 1987). 2013;28(1):41-7.
74. Solbakk JH, Pedersen R, Alnæs AH. Høringsuttalelse om rituell omskjæring av gutter. Oslo: 26.09.2011. Mottaker: Helse- og omsorgsdepartementet
75. Solbakk JH, Pedersen R, Alnæs AH. Rituell omskjæring er ikke helsehjelp. *Tidsskrift for Den norske legeforening*. 24 January 12;132:134-5.
76. Odden JP, Ersvik AG, Skari H, Smeland A, Markestad T, Lindboe A. Rituell omskjæring av gutter bryter medisinsk-etiske prinsipper: *Aftenposten*; [updated 18.10.13 cited 14.08.15]. Available from: <http://www.aftenposten.no/meninger/kronikker/Rituell-omskjaring-av-gutter-bryter-medisinsk-etiske-prinsipper-7341742.html#.UmBVyBZ1K2w>.
77. Menneskerettsloven. 1999. Lov om styrking av menneskerettighetenes stilling i norsk rett. 21.05.1991 nr. 30
78. Johnsdotter S, Essen B. Genitals and ethnicity: the politics of genital modifications. *Reproductive health matters*. 2010;18(35):29-37
79. Den norske legeforening. Etiske regler for leger [cited 14.08.15]. Available from: <http://legeforeningen.no/Om-Legeforeningen/Organisasjonen/Rad-og-utvalg/Organisasjonspolitiske-utvalg/etikk/etiske-regler-for-leger/>.

Referanser til fotnoter

11. Statens helsetilsyn. Veileder for helsepersonell i Norge for kvinnelig omskjæring. Oslo: Statens helsetilsyn; 2000.
12. Gele AA, Johansen EB, Sundby J. When female circumcision comes to the West: attitudes toward the practice among Somali Immigrants in Oslo. *BMC public health*. 2012;12:697.
15. Knight M. Curing cut or ritual mutilation?: Some remarks on the practice of female and male circumcision in Graeco-Roman Egypt. *Isis*.92(2):317-38.
80. De Caprona Y. Norsk etymologisk ordbok: Tematisk ordnett. 4. Opplag. Oslo: Kagge forlag AS;2013. 1920 sider
81. Vogt K. Hadith[Internett]. Oslo: Store norske leksikon;[Hentet:2015.08.31] Tilgjengelig fra: <https://snl.no/hadith>
82. Vogt K. Sunna[Internett]. Oslo: Store norske leksikon; [hentet: 2015.09.01] Tilgjengelig fra: <https://snl.no/sunna>

83. Circumcision[Internet]. Wikipedia; [hentet: 14.08.15] Tilgjengelig fra:
<https://en.wikipedia.org/wiki/Circumcision>

84. Groth B. Britt Mila[Internet]. Store norske leksikon; [hentet: 2015.09.05] Tilgjengelig fra:
https://snl.no/britt_mila