

Slutreplik till Bengt Björkstén:

Seriöst om omskärelse!

När jag tänker tillbaka på alla barn som jag sett utsättas men också fortsatt utsätts för omgivningens övergrepp kan jag inte hjälpa att man grips av (helig?) vrede och förbannar allt vad religiösa och andra traditioner heter som gör barn illa. Det skriver Yngve Hofvander i denna replik.

YNGVE HOFVANDER

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

■ Bengt Björkstén (BB) delar ut rediga rallarsvingar i sitt inlägg om omskärelse (Läkartidningen 45/2002, sidorna 4570-1). Någon verbal pugilism tänker jag inte ägna mig åt i detta svar, men väl några tillrättaläggande rader.

Om symposierna och NOCIRC

Först om de bägge symposierna (termen försedd med nedsättande citations-tecken i BBs inlägg). För att citera Fänrik Ståhl vill jag säga: »... om dem kan jag ge besked om herrn så vill för jag var med«. Symposierna ägde rum på Sydney University, Australien, respektive Georgetown University i Washington DC, USA. De var givetvis auktoriserade av respektive universitetet som tillhandahöll sin logotyp i programmet och i symposiesammanfattningarna.

NOCIRC, som organiserat dessa symposier vartannat år (detta var det sjunde i ordningen), är en intresseorganisation och ett informations- och resursscenter med huvudkontor i Kalifornien och avläggare i andra USA-delstater och andra länder. NOCIRC har sedan 1999 status som »non-governmental organisation« (NGO) i FN på ungefär samma sätt som Amnesty eller Rädda Barnen. Dit kommer man inte utan vidare. Det är alltså inte en »obskyr grupp av mot omskärelse besatta individer«, ett förnedrande uttalande om kvalificerade och engagerade kolleger.

Jag har deltagit i många internationella symposier av skiftande kvalitet och suttit mig igenom många läkarstämor så jag har jämförelsematerial. Som helhet låg de angivna symposierna på hög akademisk nivå och belyste problemet från många vinklar och av olika professioner. Föreläsarna var vanligen universitetsanknutna eller från olika organisationer inklusive WHO, Unicef, Amnesty International eller liknande. Jag har en

mycket lång lista på respekterade personer som delar NOCIRCs uppfattningar – där ingår bl a den numera avlidne välkände pediatrikern Benjamin Spock (som gjorde en helomvändning mitt i livet och blev en artikulerad motståndare till omskärelse) och Berhane Ras-Work, etiopiska och President i Inter-African Committee on Traditional Practices.

Personligt vittnesbörd

En titel på ett föredrag raljerar BB om: »Assaulted and mutilated. A personal account of circumcision trauma«. Detta var en djupt tragisk egen fallbeskrivning av en australisk medicinstuderande, neonatalt omskuren där en sjabblande läkare hade skurit bort för mycket penis med svåra erektionssmärter. Upprepade hudtransplantationer hade ej lyckats.

Så mycket alltså för »udda individer« och »titlar som talar för sig själva«.

Sexuell funktion hos omskurna

Jag påpekade i mitt förra inlägg (Läkartidningen 42/2002, sidan 4198) att studier rörande sexfunktion hos omskurna är metodologiskt svåra att göra respektive evaluera. Jag refererade en sådan studie rörande 38 män med sexuell erfarenhet före och efter omskärelse (Denniston GC. Circumcision and sexual pleasure. Submitted for publication).

Men BB dräpper till med att »påståendena (nämligen att 63 procent erfor nedsatt känslighet eller till och med hade coitusssvårigheter; min anm, YH) saknar fullständigt grund«, och hänvisade till att »seriösa studier (det anges inte vilka! min anm, YH) entydigt visat oförändrad känslighet«. Jaså?!

Den svenska lagstiftningen

Ett av de viktigaste inslagen i den nya omskärelselagen är att alla omskärelser skall ske med smärtlindring. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd baseras på svensk pediatrik smärtlindringsexpertis.

Man säger där om pojkar under 1 år att »ytanestesi med kräm eller salva följt av infiltrationsanestesi innebär vanligen en fullgod smärtlindring«. Endast Emla hade använts enligt Socialstyrelsens inspektionsrapport. BB sätter sig förstås över detta och skriver att »frågan om huruvida Emla kräm eller glukoslösning är acceptabel smärtlindring kan diskuteras«.

Eller som en insändarskribent som sade sig vara väl initierad och kunnig i judisk omskärelse skrev (Katarina Oskarsson, DN 31/10 2002): »Muslimska pojkar som omskärs lokalbedövas. Judiska pojkbabbar får en skvätt vin efter omskärelsen och somnar sött« (vid 8 dagars ålder – sic!) Så kan det gå till i det fördolda tydligen.

Socialstyrelsen meddelar att i enlighet med dess regler kommer fortsatta inspektioner att äga rum.

Angående medicinska fördelar

Medicinska fördelar har enligt BB »under senare år blivit alltmer säkerställda«. Ingalunda! Åtskilliga medicinska »associations« verksamma i länder där omskärelse sker har gjort omfattande utredningar under senare år i avsikt att ge råd till professionen och allmänheten.

Deras konklusioner är alla väsentligen likalydande, bl a American Academy of Pediatrics [1], Canadian Pediatric Society [2], American Medical Association [3], American College of Obstetricians and Gynecologists [4]. Den sista i raden – The Royal Australasian College of Physicians, från september 2002 [5] –

Rituell, religiöst baserad omskärelse görs ju inte för sina eventuella medicinska fördelars skull; det är därför märkligt att komma in med medicinska argument så att säga bakvägen.

skriver (med instämmande av ytterligare sex medicinska sällskap i Australien och Nya Zeeland): »Review of the literature [78 referenser; min anm, YH] in relation to risks and benefits shows that there is no evidence of benefit outweighing harm for circumcision as a routine procedure.« Och vidare: »RACP reaffirms that there is no medical indication for routine male circumcision.«

Räcker inte dessa litteraturgenomgångar och utredningar?

Omskärrelse och peniscancer

Ideligen kommer det argumentet upp att omskärrelse hindrar utveckling av peniscancer. Det tycks vara en svårutrotad föreställning. Det är en mycket ovanlig cancerform (knappt 70 dödsfall per år i Sverige jämfört med flera tusen för lungcancer). Incidensen är ungefär densamma i Sverige och Danmark som i USA (där flertalet män är omskurna), knappt 2/100 000 [6]. Uppenbarligen är god penishygien en avgörande faktor.

HIV hos icke omskurna

På senare tid har en del studier i Afrika visat högre förekomst av HIV hos icke omskurna. Störfaktorerna är emellertid många, inklusive miljö och sexualvanor, och även efter att ha försökt kompensera för dessa påpekar man att »residual confounding in observational studies cannot be excluded« [8]. Tanken att rekommendera massomskärrelse i områden med hög HIV-frekvens förs fram [9], vilket dock säkerligen skulle motverka de goda krafter som verkar för ett återhållsamt riskbeteende.

Slutligen: rituell, religiöst baserad omskärrelse görs ju inte för sina eventuella medicinska fördelar skull; det är därför märkligt att komma in med medicinska argument så att säga bakvägen.

Antalet omskärrelser i Sverige

De numeriska angivelserna om antalet judiska personer i Sverige och antalet judiska omskärrelser har Judiska församlingen i Stockholm själva försett mig med, och jag har ingen anledning att betvivla dessa. Många informella förfrågningar hos judiska vänner och familjer ger stöd åt att synbarligen bara hälften av gossarna omskärs.

Slutligen skriver BB: »Tror någon verkligen att högutbildade mödrar och fäder i två världsreligioner och boende i alla världsdelar vill sina barn illa?« (Alla som låter omskära är väl inte högutbildade?)

I »Implementation handbook for the Convention of the rights of the child« (Unicef, 1998) skriver man: »Practices which should be reviewed in the light of the Convention's principles include

- all forms of genital mutilation and circumcision
- binding, scarring, burning, forced holding under water, early marriage, dowries«. Etc.

Jo, det finns förvisso exempel på att föräldrar »offrar« sina barn för sina egna syften. Uppbindning av kinesiska flickors fötter (till 10 cm längd) gav högre pris till föräldrarna på äktenskapsmarknaden.

Och så den ständigt återkommande frågan om kyskhed och om heder som vi hör om dagligen – ve den flicka (och hennes mamma!) om hon inte kunde uppvisa bevis på oskuld under bröllopsnatten. Vanära och eventuell återgång av brudpriset.

Och vad är egentligen omskärrelse av små pojkar om inte ett sätt att knyta dem med en markör till den egna etniska/religiösa gruppen?

Erfarenheter från Etiopien

Slutligen: I fem års tid satt jag som ung pediatriker dag ut och dag in på den svensk-etiopiska barnkliniken i Addis Abeba och tog hand om sjuka barn. Jag såg tusentals mutilerade barn – avskuren uvula, utmejslade hömtandsanlag, bränd ögonlock, ytteröron, bröst och buk – och mutilerat omskurna pojkar och flickor. Allt i religionens och traditionens namn – i en ohelig allians.

BB må tycka att detta var i ett primitivt afrikanskt samhälle, det gäller inte Sverige. Jo, det gör det! Omskärrelse måste ske med säkrare metoder i Sverige men är ju i grunden densamma var den än görs och vilka förtecken man än sätter på företeelsen.

Det är enligt min mening övermodigt att anse att den judiska omskärrelsen med sin speciella bakgrund skulle stå över den som görs i en afrikansk by eller i ett muslimskt samhälle.

När jag tänker tillbaka på alla barn som jag sett utsättas men också fortsatt utsätts för omgivningens övergrepp kan jag inte hjälpa att man grips av (helig?) vrede och förbannar allt vad religiösa och andra traditioner heter som gör barn illa.

Och hur kan man som läkare medverka till att upprätthålla en så förnedrande tradition?

*

Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.

Referenser

1. American Academy of Pediatrics. Circumcision policy statement. Pediatrics 1999; 104:686-91.
2. Neonatal circumcision revisited. Fetus and

Newborn Committee, Canadian Paediatric Society. CMAJ 1996;154:769-80.

3. American Medical Association. Council of scientific affairs. Report no 10. Neonatal circumcision. Chicago: AMA; 1999.
4. American College of Obstetricians and Gynecologists. Statement. Urol Clin N A 1985; 12:123-32.
5. The Royal Australasian College of Physicians. Paediatrics and Child Health Division. Policy statement on circumcision. www.racp.edu.au/hpu/paed/circumcision/print.htm
6. Frisch M, Friis S, Kjaer SK, Melbye M. Falling incidence of penile cancer in an uncircumcised population (Denmark 1943-90). BMJ 1995;311:1471.
7. Lerman S E, Liao J C. Neonatal circumcision. Pediatr Clin North Am 2001;48:1539-57.
8. Bailey RC, Plummer FA, Moses S. Male circumcision and HIV prevention: current knowledge and future research directions. Lancet Infect Dis 2001;1:223-31.
9. Moses S, Baily RC, Ronald AR. Male circumcision: assessment of health benefits and risks. Sex Transm Inf 1998;74:368-73.