



Høringsvar til høringsnotat ”omskæring af drenge på ikke-medicinsk indikation, 20. december 2019”

Det endelige notat ”ikke-terapeutisk omskæring af drenge” udgivet 20. februar 2020

Dato 20-02-2020

Sagsnr. 35-1002-30

### **Oversigt over høringsvar**

Styrelsen for Patientsikkerhed har modtaget i alt 30 høringsvar til høringsnotatet. Disse fremgår af dette dokument.

Se høringsnotatet i forhold til, hvordan disse bemærkninger er håndteret i henhold til det endelige notat om ikke-terapeutisk omskæring af drenge, 20. februar 2020

## Indhold

<b>Organisationer</b> .....	3
Fagligt Selskab for Sundhedsplejersker .....	3
Dansk Selskab for Anæstesiologi og Intensiv Medicin .....	6
Sex og Samfund .....	18
Dansk Kirurgisk Selskab .....	21
Dansk Forening for Klinisk Sexologi .....	25
Circuminfo.dk .....	30
Børnerådet .....	34
Det jødiske samfund i Danmark .....	34
Kirkeministeriet .....	38
Sundhedsstyrelsen .....	39
Lægemiddelstyrelsen .....	45
Sygeforsikringen "Danmark" .....	46
Børns Vilkår .....	47
Intact Denmark .....	49
<b>Privatpersoner</b> .....	50
Morten Frisch .....	50
Henning Møller .....	79
Torben Brinck .....	82
Torben Norre Rasmussen: .....	84
Rasmus Normand .....	85
Ercan Alici .....	88
Ole Meyersahm .....	89
Søs Lihn Nielsen .....	90
Palle Blak Pedersen .....	92
Maxus Haagensen .....	93
Lars Viggers .....	94
Finn Lasse Kallehave .....	97
Helene Bjerno .....	98
Jørgen Hoppe .....	111
Shabanzadeh D.M, Düring S, Frimodt-Møller C. ....	113
Dorte Nielsen .....	114

## Organisationer

### Fagligt Selskab for Sundhedsplejersker

Indsendt: 26-01-2020

Omskæring af drenge, hørings svar til Styrelsen for Patientsikkerhed

Uanset indikation (medicinsk eller rituel) har Faglig Selskab for Sundhedsplejersker den holdning, at man ikke skærer i raske børn. Desuden har alle børn krav på sikker kirurgi under fuldstændig smertefrihed. Dette kan ifølge Faglig Selskab for Sundhedsplejersker kun foregå i en kombination af generel og regional anæstesi.

Af Susanne Lucke, Formand Faglig Selskab for Sundhedsplejersker

Faglig Selskab for Sundhedsplejersker giver hermed hørings svar til Styrelsen for Patientsikkerhed vedr. omskæring af drenge. Se vedhæftede dokumenter. *”Fagligt Selskab for Sundhedsplejersker mener, at rituel omskæring (et indgreb uden medicinsk indikation), er ligestillet med et overgreb på barnet. Barnets oplevelse af at være et selvstændigt individ med retten til at bestemme over egen krop bliver negligeret af de nære voksne. Barnet oplever en unødvendig operation, som kan have sammenhæng med svære smerter. Indgrebet er irreversibelt og kan medføre problematikker af varig karakter. Barnets bedste og barnets ret til kropslig integritet skal altid komme i første række, selv om dette kan indskrænke voksnes ønsker om at udøve traditionsbundne ritualer” (Resolution fra Faglig Selskab for Sundhedsplejersker, 2014)*

Faglig Selskab for Sundhedsplejersker opfordrer/beskriver har det med i deres resolution, at man ikke skal skære i sunde børn. De og finder det under faglig standard at udføre en et smertefuldt kirurgisk indgreb procedure på børn uden sufficient smertedække. Uanset indikation (medicinsk eller rituel) har Faglig Selskab for Sundhedsplejersker den holdning, at alle børn har krav på sikker kirurgi under fuldstændig smertefrihed. Dette kan ifølge Faglig Selskab for Sundhedsplejersker kun foregå i en kombination af generel og regional anæstesi.

Desuden ønsker Faglig Selskab for Sundhedsplejersker at få forståelse for hvordan, Styrelsen for Patientsikkerhed fremover sikre, at alle omskæringsindgreb i Danmark bliver registreret systematisk, således Styrelsen har mulighed for at følge omskærings-komplikationer?

Faglig Selskab for Sundhedsplejersker mener, at der fortsat er brug for kvalificeret informationsmateriale med information til forældrene som oplyser om indgreb og komplikationer forbundet med drenge-omskæring. Dette formuleret set ud fra kulturelle og sproglige forskelligheder i det Danske samfund.

Faglig Selskab for Sundhedsplejersker har en forventning om at blive hørt i ovennævnte skitseringer af holdningen til omskæringer hos raske drengebørn. Vi forventer desuden mulighed for at kommentere på indholdsmæssige ændringer i notatet inden offentliggørelsen på høringsportalen.

## Resolution vedrørende Rituel omskæring af børn

Fagligt Selskab for Sundhedsplejersker besluttede på generalforsamling den 12.maj 2014, at udsende en resolution om sundhedsplejerskers faglige holdning til rituel omskæring i Danmark.

Danmark har i 1991 ratificeret konventionen om Barnets Rettigheder udarbejdet af De Forenede Nationers generalforsamling den 20. november 1989. I Børnekonventionens<sup>1</sup> artikel 12 fastslås det at:  
"Deltagerstaterne skal sikre et barn, der er i stand til at udforme sine egne synspunkter, retten til frit at udtrykke disse synspunkter i alle forhold, der vedrører barnet; barnets synspunkter skal tillægges passende vægt i overensstemmelse med dets alder og modenhed"

Ved dette forstår vi, at barnet er et selvstændigt individ, med særskilte behov og rettigheder. Barnet har ret til at sige sin mening i de forhold, der vedrører det. Derfor bør omskæring først finde sted, når barnet er gammelt nok til selv at tage stilling.

Artikel 24 pkt.3 støtter udsagnet om barnets integritet yderlig: "Deltagerstaterne skal tage alle effektive og passende forholdsregler med henblik på afskaffelse af traditionsbundne ritualer, som er skadelige for børns sundhed".

FN's Menneskerettighedsråd har i 2013 opfordret alle lande til at afskaffe indgreb som kompromitterer børns integritet og værdighed og er skadelige for piger og drenges sundhed. International NGO Council on Violence Against Children<sup>2</sup>, som er et rådgivende organ for FN, beskriver omskæring uden samtykke fra barnet som en grov krænkelse af den fysiske integritet og retten til beskyttelse mod vold.

Fagligt Selskab for Sundhedsplejersker mener, at rituel omskæring (et indgreb uden medicinsk indikation), er ligestillet med et overgreb på barnet. Barnets oplevelse af at være et selvstændigt individ med retten til at bestemme over egen krop bliver negligeret af de nære voksne. Barnet oplever en unødvendig operation, som kan have sammenhæng med svære smerter. Indgrebet er irreversibelt og kan medføre problematikker af varig karakter.

Barnets bedste og barnets ret til kropslig integritet skal altid komme i første række, selv om dette kan indskrænke voksnes ønsker om at udøve traditionsbundne ritualer.

Fagligt Selskab for Sundhedsplejersker vil derfor med støtte i Børnekonventionen fastholde, at barnets rettigheder, sundhed og trivsel skal være essensen i denne problematik, og at barnet aldersmæssigt skal være i stand til at tage et informeret valg før en rituel omskæring kan komme på tale. I Danmark er aldersgrænsen for informeret valg 15 år.

**oktober 2014**

**1 Børnekonventionen (artikel 12 og 24): <https://www.retsinformation.dk/Forms/R0710.aspx?id=60837>**

**2 International NGO Council on Violence Against Children:**  
[http://srg.violenceagainstchildren.org/document/ 844](http://srg.violenceagainstchildren.org/document/844)

## Dansk Selskab for Anæstesiologi og Intensiv Medicin

Indsendt: 09-12-2019

Der foreligger tre bemærkninger til dette notat fra DASAIM. De er alle indsat her med det seneste først

Høringssvar om rituel drengomsækering Dansk Selskab for Anæstesi og Intensiv Medicin takker for muligheden for at afgive høringssvar til høringsudkast til notat: "Omsækering af drenge på ikke-medicinsk indikation".

I det væsentlige henviser vi til vores tidligere høringssvar.

Vi vil dog supplere med enkelte pointer, som vi ikke har adresseret tilstrækkeligt tidligere.

**Moderne børneanæstesi:** Moderne børneanæstesi tilsiger, at man ikke fastholder børn eller udfører unødigt smertefulde procedurer på dem. I hverdagen vil vi hellere aflyse en planlagt operation, end at fastholde et barn mod dets vilje. Hvis man udfører kirurgi på et utilstrækkeligt lokalbedøvet barn, vil kirurgien nødvendigvis skulle foregå ved hjælp af fastholdelse. Dette er i modstrid med hverdagen på danske hospitaler. Det er endvidere i modstrid med, hvad vi opfatter som god patientsikker og faglig korrekt behandling. Fastholdelse i forbindelse med drengomsækering kan ikke sammenlignes med det ubehag, der kan være, når et barn skal have behandlet småskrammer og sår i skadestuerne. Peniskirurgi er yderst smertefuldt og kræver fuldstændig smertefrihed.

**Oplæring i indgrebet og lægelige konsekvenser Styrelsen skriver:** Notatets udgangspunkt er, at omsækering er et operativt indgreb, idet en del af forhuden bortskæres. Det betyder også, at omsækering er forbeholdt læger, jf. Autorisationsloven § 74, stk. 2. Derfor skal omsækeringsindgrebet leve op til gældende sundhedsfaglige standarder og følge gældende lovgivning. Det beskrives, at indgrebet kan uddelegeres til personer med uspecificeret oplæring og erfaring. Dette er ikke betryggende ved udtalt blødning. Der er i Danmark set flere tilfælde med nedblødte børn. Vi kan ikke læse ud fra rapporten i hvilket omfang dette kan tilskrives mangelfuld kirurgisk viden. Der mangler således en beskrivelse af "tilstrækkelig oplæring" for den person som udfører omsækeringen samt for den behandlingsansvarlige læge.

DASAIM kan oplyse, at operationer på børn med forhudsforbuvning, på danske hospitaler kun foretages i generel anæstesi (fuld bedøvelse) - almindeligvis kombineret med lokalanæstesi som postoperativ smertebehandling.

Vi er bekymrede over, at der finder omsækering i lokalanæstesi sted i Danmark.

Vi savner derudover en beskrivelse af de konsekvenser eventuelle bivirkninger hos barnet vil få for den ansvarlige læge, såfremt lokalanæstetiske midler bruges off label.

## **Komplikationer ved anæstesi på små børn**

Det fremføres, at der generelt er færre komplikationer jo mindre barnet er. Dette gælder ikke for anæstesi. For lokal anæstetika findes en række problemer:

- Toksisk dosis er dårligt fastlagt.
- Der findes ikke lægemidler godkendt til børn under 1 år.
- Injektion i et område med så god blodforsyning som penis medfører risiko for at lægemidlerne kommer i blodbanen.

Risikoen for det potentielt livsfarlige lokalanæstesi toksicitets syndrom er således et reelt problem for små børn.

Omkring generel anæstesi (fuld bedøvelse) vil DASAIM gøre opmærksom på, at jo mindre barnet er, jo større er risikoen for iltmangel, permanente skader og ultimativt død. Risikoen for død er meget lille men understreger vigtigheden af, at der skal være et godt medicinsk argument, inden man vælger at bedøve især små børn. Jo mindre barnet er, jo bedre skal det medicinske argument være.

Vi har i vores 3 tidligere høringssvar advokeret for, at vores høringssvar vedlægges den endelige rapport som bilag, således der ikke hersker tvivl om, hvad vores anbefalinger har været. Vi ønsker fortsat, at vores tidligere høringssvar vedlægges som bilag. I særdeleshed de høringssvar der citeres fra i rapporten bør vedhæftes således citaterne fremgår i deres rette kontekst.

På vegne af bestyrelsen for

Dansk Selskab for Anæstesiologi og Intensiv Medicin Formand Joachim Hoffmann-Petersen

## Høringsvar fra DASAIM indsendt 9. december 2019

Til Styrelsen for Patientsikkerhed

d8/12 2019



for Anæstesiologi Dansk Selskab og Intensiv Medicin

Hermed DASAIMs kommentarer til sammenfatningskapitlet i notat om Drengomsækering (2019). Citater fra notatet i kursiv.

### 1.3 Effekt af omsækering

*Samlet set har litteraturgennemgangen identificeret en række potentielt gavnlige effekter ved omsækering. Det drejer sig især om forebyggelse af urinvejsinfektioner og seksuelt overførte sygdomme. Dertil findes ingen forringende effekt på seksuel funktion og/eller tilfredshed. Desuden er der en mulig beskyttende effekt mod ved kræft i penis.*

Der er vi uenige i indholdet. Hovedparten af evidensen omkring seksuelt overførbare sygdomme er fra få afrikanske studier. Det vil sige studier udført på voksne i et område med en høj risiko for HIV/AIDS. Disse resultater kan ikke bruges på danske børn i et område med lav risiko for HIV/AIDS. Hvis man vil have udført omsækering for at reducere risikoen for seksuelt overførbare sygdomme må det vente til den unge bliver seksuelt aktiv eller omkring dette tidspunkt. Vi HPV vaccinerer jo heller ikke spædbørn for at undgå seksuelt overførbare sygdomme.

Med hensyn til forebyggende effekt ved urinvejsinfektion henviser vi til:

<https://www.sundhed.dk/borger/patienthaandbogen/boern/sygdomme/infektioner/urinvejsinfektion-hos-boern/> Her fremgår:

”Urinvejsinfektioner forekommer hos mindre end 1 % af spædbørn og småbørn. De er langt hyppigere hos piger end drenge, fordi urinrøret er kortere hos piger. ”



Kirurgi på raske drenge er uacceptabelt for at forebygge noget som er langt sjældnere end 1%.

Med hensyn til peniscancer vil DASAIM gøre opmærksom på at det er en særdeles sjælden kræftform. Den vil blive endnu mere sjælden når nu der indføres HPV vaccination til drenge. Kirurgi på raske drengebørn for at forebygge noget så sjældent er ikke acceptabelt når komplikationsraten er så høj.

---

*Generelt er der lav forekomst af komplikationer ved indgrebet. Men der er rapporteret tilfælde af svære komplikationer og fem dødsfald, hvor to af disse dødsfald er i Norden over de sidste 20 år.*

DASAIM – sekretariat v/ Tina Calundann  
c/o AN-OP, HOC 4231, Rigshospitalet, Blegdamsvej 9, 2100 København Ø tlf.  
3545 6602 - e-mail: sekretariat@dasaim.dk

Her er det uklart om der tales om akutte komplikationer som blødning og infektion samt livstruende reaktioner overfor lokalanæstetika eller om det også handler om senere komplikationer som meatusstenose.

Vi henviser til:

<https://ugeskriftet.dk/videnskab/komplikationsraten-ved-rituel-circumcision-boer-ikkenegligeres>

Der finder en komplikationsrate på 5,1%. Det mener DASAIM er en uacceptabel høj komplikationsrate når der er tale om ikke medicinsk indiceret kirurgi på raske børn.

---

Komplikationer optræder mindre hyppigt blandt nyfødte og børn under et år end blandt ældre børn i forbindelse med omskæring. Det viser opgørelser fra WHO og et stort register studie fra USA. WHO ser også på betydningen af god oplæring og, erfaring hos personalet samt god hygiejne for at reducere komplikationsraten. WHO finder, at alle tre faktorer har en positiv betydning for at reducere komplikationsraten ved omskæring.

Her er der tale om et kontroversielt postulat.

Vi henleder her styrelsens opmærksomhed på:

**To cite this article: Morten Frisch & Brian D. Earp (2018) Circumcision of male infants and children as a public health measure in developed countries: A critical assessment of recent evidence, Global Public Health, 13:5, 626-641, DOI: [10.1080/17441692.2016.1184292](https://doi.org/10.1080/17441692.2016.1184292)**

## Kapitlet om smertelindring og bedøvelse:

*Samlet set viser resultaterne af litteraturgennemgangen, at både dorsal penisrod nerveblokade og penis ring-nerveblokade viser effekt på smertelindring af børn, der skal have foretaget omskæring. Desuden viser Emla-creme også en effekt på smertelindring ved omskæring. Dog er smertelindring ved brug af Emla-creme ikke nær så effektiv som dorsal penisrod nerveblokade og penis ring-nerveblokade.*

Her vil DASAIM på det kraftigste gøre opmærksom på at en statistisk signifikant effekt ikke er det samme som en tilstrækkelig klinisk effekt. Selvfølgelig er dorsal penisrodblokade bedre end sukkervand, men det er ikke det samme som at effekten er tilstrækkelig. Planlagt peniskirurgi udført på et utilstrækkeligt bedøvet barn er i DASAIMs øjne meget væsentligt under normal anerkendt faglig standard og således aldeles uacceptabelt.

Med nerveblokaderne er det vanskeligt at få bedøvet glas penis. Det er hovedsageligt huden som bliver bedøvet. Især på nyfødte skal forhuden frigøres fra glans, hvilket er et stort smertestimulus.

Danske børneanæstesiologer vil aldrig acceptere medicinsk indiceret peniskirurgi udført uden barnet først er blevet lagt i fuld narkose. Her vil nerveblokader medføre en postoperativ smertelindring.

## Konklusion:

DASAIM insisterer på at vores oprindelige høringssvar, det uddybende høringssvar fra 26/11 2019 samt dette notat kommer til at fremgå af bilagslisten til den færdige rapport. Der må ikke herske tvivl om hvad vores anbefalinger har været i processen. Vi forventer desuden mulighed for at kommentere på indholdsmæssige ændringer i notatet inden offentliggørelsen på høringsportalen.

På

Dansk Selskab for Anæstesiologi og Intensiv Medicins vegne.

Joachim Hoffmann-Petersen, Formand

DASAIM – sekretariat v/ Tina Calundann  
c/o AN-OP, HOC 4231, Rigshospitalet, Blegdamsvej 9, 2100 København Ø tlf.  
3545 6602 - e-mail: sekretariat@dasaim.dk

## Høringssvar DASAIM indsendt 26. november 2019

Til Styrelsen for Patientsikkerhed

d26/11 2019



for Anæstesiologi Dansk Selskab og Intensiv Medicin

Uddybelse af DASAIMs høringssvar d 18/9 2018 vedrørende omskæring af drenge.

Dansk Selskab for Anæstesiologi og Intensiv Medicin vil indledningsvis gerne takke for muligheden for at uddybe vores høringssvar samt for mulighed for deltagelse i arbejdsgruppen vedrørende drengeomskæring.

Omskæring af drengebørn på lægelig indikation i forbindelse med sygdomme udføres udelukkende i generel anæstesi i det danske sundhedsvæsen.

Generel anæstesi til børn kan foregå på sikker vis når de rette kompetencer og det rette udstyr er tilstede, på det rette sted.

DASAIM tilslutter sig Safetots.org initiativet, (<https://www.safetots.org>) som blandt andet på baggrund af anerkendelse af FN's børnekonvention (UNCRC) og EACH charteret (1988) anbefaler, børne-kompetent anæstesiolog til alle børn under 3 år.. Safetots.org initiativet understøttes af europæiske og internationale anæstesiologiske selskaber (European Society for Paediatric Anaesthesiology (ESPA), Association Des Anesthésistes-Réanimateurs Pédiatriques d'Expression Française, Società di Anestesia e Rianimazione Neonatale Pediatrica Italiana, Asociación de Anestesia, Analgesia y Reanimación de Buenos Aires).

Litteraturen beskriver forskellige former for lokalbedøvelse til omskæring af drenge, men ingen af disse giver fuldstændig smertefrihed: Brady-Fryer B, Wiebe N, Lander JA. Pain relief for neonatal circumcision. Cochrane review 2004).

Forfatteren konkluderer at ingen af de anvendte former for lokalbedøvelse giver fuldstændig smertefrihed under omskæring.

DASAIM finder det under faglig standard at udføre en smertefuld kirurgisk procedure på børn uden sufficient smertedække.

Uanset indikation (medicinsk eller rituel) har DASAIM den holdning, at alle børn har krav på sikker kirurgi under fuldstændig smertefrihed. Dette kan ifølge DASAIM kun foregå i en kombination af generel og regional anæstesi.

Vi har både i Danmark og i vores nabolande set tilfælde af livstruende komplikationer i forbindelse med lokalanæstetiske midler. Både i form af methæmoglobinæmi ved prilocain samt systemisk toxicitet af lokalanæstetika. Komplikationerne inkluderer kredsløbssvigt, bevidstløshed og kramper samt iltmangel.

Vi skal i den forbindelse opfordre til at Styrelsen for Patientsikkerhed i forbindelse med tilsyn påser at følgende er opfyldt:

- Mundtlig og skriftlig information af forældre om plan for smertebehandling.
- Mundtlig og skriftlig information af forældre om observation af bivirkninger til smertebehandlingen.
- Tilstedeværelser af læge med kompetencer i behandling af børn med komplikationer til smertebehandling. Herunder kompetencer i behandling af kramper og kredsløbssvigt.

Styrelsen spørger ind til 2 forhold, som er følger af utilstrækkelig analgesi ved omskæring af små børn:

1. Følger af utilstrækkelig analgesi. (Hvis barnet ikke er tilstrækkelig anæsteseret og smertelindret i forbindelse med det kirurgiske indgreb må man antage at barnet er blevet ufrivilligt fastholdt af voksne personer under indgrebet)
2. Følger af fastholdelse af børn.

Ad. 1. Følger på sigt af ubehandlet smerte hos nyfødte. Se bilag 1.

DASAIM forholder sig til at der er human og dyreeksperimentel forskning som tyder på skadelige langtidsfølger af ubehandlet smerte hos nyfødte børn/forsøgsdyr.

Ad. 2. Følger af ufrivillig fastholdelse. Se bilag 2.

DASAIM forholder sig til at ufrivillig fastholdelse må formodes at finde sted ved mangelfuld analgesi under omskæring af drenge. DASAIM bekendt er dette ikke undersøgt hos nyfødte. Der foreligger dog en del pædiatrisk litteratur, som dokumenterer skadelige følger af ufrivillig fastholdelse hos børn.

Effect of Restraint Use on Family. Se bilag 3.

DASAIM forholder sig til at der foreligger forskning, som dokumenterer skadelige følger for børn som følge af ufrivillig fastholdelse i forbindelse med medicinske procedurer og kirurgiske operationer. Desuden kan fastholdelse have konsekvenser for forholdet mellem barn og forældre.

## Konklusion

Planlagt kirurgi uden de ovenfor nævnte anbefalinger anses af DASAIM for at være væsentligt under faglig standard. DASAIM vil anbefale Styrelsen for Patientsikkerhed at være opmærksom på ovennævnte forbehold når Styrelsen udfører tilsyn på klinikker og hospitaler. Læger der udfører planlagt kirurgi på utilstrækkeligt bedøvede børn bør undergå et fagligt tilsyn. Såfremt der ikke omgående rettes op og sikres moderne og sufficient behandling af denne patient gruppe bør der gennemføres virksomhedsindskrænkning og eventuelt permanent autorisationsfratagelse.

Når den færdige rapport foreligger, forventer vi at have haft mulighed for at godkende den faglige rådgivning vi eventuelt tages til indtægt for. Såfremt vores råd ikke følges, har vi fortsat et stort ønske om at vores faglige rådgivning som minimum fremgår af et bilag.

Bilag 1:

*Fra: Maria Fitzgerald.* THE DEVELOPMENT OF NOCICEPTIVE CIRCUITS. Review. NATURE REVIEWS | NEUROSCIENCE VOLUME 6 | JULY 2005.

“Increasing awareness of activity dependent and injury-related plasticity in the newborn CNS has highlighted the possibility that early tissue injury can affect future pain processing through developmental alterations in nociceptive circuitry” (Grunau, R. Early pain in preterm infants. A model of long-term effects. *Clin. Perinatol.* 29, 373–394;(2002).

“Many preterm infants receive numerous invasive procedures in intensive care and it is not always possible to achieve adequate levels of analgesia. There is evidence from both animal models and humans that these early pain experiences might alter subsequent CNS function” (Grunau,

R. Early pain in preterm infants. A model of long-term effects. *Clin. Perinatol.* 29, 373–394; (2002). Anand, K. J. Pain, plasticity, and premature birth: a prescription for permanent suffering? *Nature Med.* 6,971–973

(2000). Peters, J. W. *et al.* Does neonatal surgery lead to increased pain sensitivity in later childhood? *Pain* 114, 444–454 (2005).

“Although many of the nervous system responses to local tissue damage resolve after the injury has healed, tissue damage during a critical period in newborn rodents can cause prolonged alterations in somatosensory function, which last into adult life. The consequences of neonatal injury in rodents depend on the type of injury and the modality of sensation under investigation. Repetitive paw needle prick in the first postnatal week produces heat hyperalgesia several weeks later” (Anand, K. J., Coskun, V., Thirivikraman, K. V., Nemeroff, C. B. & Plotsky, P. M. Long-term behavioral effects of repetitive pain in neonatal rat pups. *Physiol.Behav.* **66**, 627–637 (1999). Johnston, C. C. & Walker, C. D. The effects of exposure to repeated minor pain during the neonatal period on formalin pain behaviour and thermal withdrawal latencies. *Pain Res. Manag.* **8**, 213–217 (2003).)

“Neonatal hindpaw inflammation has a pronounced effect on the behavioural and dorsal horn cellular response to a second inflammatory challenge well into adulthood” (Ren, K. *et al.* Characterization of basal and re-inflammation-associated long-term alteration in pain responsivity following short-lasting neonatal local inflammatory insult. *Pain* 110, 588–596 (2004). Ruda, M. A., Ling, Q. D., Hohmann, A. G., Peng, Y. B. & Tachibana, T. Altered nociceptive neuronal circuits after neonatal peripheral inflammation. *Science* 289, 628–631 (2000). Tachibana, T., Ling, Q. D. & Ruda, M. A. Increased Fos induction in adult rats that experienced neonatal peripheral inflammation. *Neuroreport* 12, 925–927 (2001).

“Chemical or mechanical irritation of the colon in P8–21 rats, on the other hand, produces a persistent visceral hypersensitivity in the adult” (Al Chaer, E. D., Kawasaki, M. & Pasricha, P. J. A new model of chronic visceral hypersensitivity in adult rats induced by colon irritation during postnatal development. *Gastroenterology* 119, 1276–1285 (2000).

“Skin wounds in the newborn also have prolonged effects: the skin remains hypersensitive long after the wound has healed” (Reynolds, M. L. & Fitzgerald, M. Long-term sensory hyperinnervation following neonatal skin wounds. *J. Comp. Neurol.* 358, 487–498 (1995).)

“The size of the dorsal horn receptive field increases for at least six weeks following injury” (Torsney, C. & Fitzgerald, M. Spinal dorsal horn cell receptive field size is increased in adult rats following neonatal hindpaw skin injury. *J. Physiol. (Lond.)* 550, 255–261 (2003).

“A clear-cut example of a central adaptive response to neonatal injury is seen following peripheral nervedamage. Although partial peripheral nerve damage in adult rodents causes significant and prolonged neuropathic pain behavior, which is characterized by marked allodynia, this does not occur in rat pups up to the age of P21.” (Howard, R. F., Walker, S. M., Mota, M. & Fitzgerald, M. The ontogeny of neuropathic pain: postnatal onset of mechanical allodynia in rat spared nerve injury (SNI) and chronic constriction injury (CCI) models. *Pain* 115, 382–389 (2005).)

Endelig er der en del litteratur om følger af procedure-relateret smerte hos børn:

- Wintgens A, Boileau B, Robaey P. Posttraumatic stress symptoms and medical procedures in children. *Can J Psychiatry* 1997; 42:611–616.
- Taddio A, Shah V, Gilbert-MacLeod C, Katz J. Conditioning and hyperalgesia in newborns exposed to repeated heel lances. *JAMA* 2002; 288:857–861.
- Weisman SJ, Bernstein B, Schechter NL. Consequences of inadequate analgesia during painful procedures in children. *Arch Pediatr Adolesc Med* 1998; 152:147–149.
- Bienvenu OJ, Eaton WW. The epidemiology of blood-injection-injury phobia. *Psychol Med* 1998; 28:1129–1136.
- Caes L, Goubert L, Devos P, et al. The relationship between parental catastrophizing about child pain and distress in response to medical procedures in the context of childhood cancer treatment: a longitudinal analysis. *J Pediatr Psychol* 2014; 39:677–686.
- Brodzinski H, Iyer S. Behavior changes after minor emergency procedures. *Pediatr Emerg Care* 2013; 29:1098–1101.
- Power NM, Howard RF, Wade AM, Franck LS. Pain and behaviour changes in children following surgery. *Arch Dis Child* 2012; 97:879–884.
- Beaton L, Freeman R, Humphris G. Why are people afraid of the dentist? Observations and explanations. *Med Princ Pract* 2014; 23:295–301.
- Taddio A, IppM, Thivakaran S, et al. Survey of the prevalence of immunization noncompliance due to needle fears in children and adults. *Vaccine* 2012; 30:4807–4812.
- McMurtry CM, Pillai Riddell R, Taddio A, et al. Far from ‘just a poke’: common painful needle procedures and the development of needle fear. *Clin J Pain* 2015; 31 (10 Suppl): S3–S11.

## Bilag 2:

“Restraint (in terms of the effects it has) has been associated with speech and language problems, a negative self-image, fear of and distrust of medical care, and with post-traumatic stress disorder”. (Brenner M. ‘Child restraint in the acute setting of pediatric nursing: an extraordinarily stressful event’. *Issues in comprehensive pediatric nursing*. 2007;30(1–2): 29–37.)

“According to pediatric nurses, restraint is more traumatic for a child than the treatment itself”

(Robinson S, Collier J. ‘Holding children still for procedures”. *Paediatric nursing*. 1997;9(4): 12– 14.)

“Longitudinal research with leukemia patients has shown that any participation by parents in restraint has a negative effect on the relationship with their child”. McGrath P, Forrester K, FoxYoung S, Huff N. “‘Holding the child down” for treatment in paediatric haematology: the ethical, legal and practice implications. *Journal of law and medicine*. 2002;10(1): 84–96.

*Effect of Restraint Use on Children (Piet Leroy)*.

“The use of restraint with children is not beneficial and also is extraordinarily stressful” (Masters, 1998; Mohr WK, Mahon MM, Noone MJ. A restraint on restraints: the need to reconsider the use of restrictive interventions. Arch Psychiatr Nurs. 1998 Apr;12(2):95-106. Martinez RJ, Grimm M, Adamson MJ. From the other side of the door: patient views of seclusion.

Psychosoc Nurs Ment Health Serv. 1999 Mar;37(3):13-22.).

“This is supported by discourse that suggests that children find the experience of being restrained much more distressing than the pain involved in the treatment or procedure that prompted the use of restraint.” (Collier J, Pattison H. Paediatr Nurs. Attitudes to children's pain: exploding the 'pain

myth'. 1997, Dec;9(10):15-8; Folkes KIs restraint a form of abuse? Paediatr Nurs. 2005 Jul;17(6):41-4.).

“Although few data are available, some authors have hypothesized about the long-term consequences of restraint on hospitalized children. For example, Siblinga and Friedman (1971) suggested that language deficits and delayed speech may occur as a result of restraint use, while others hypothesized that a relationship existed between use of restraint, loss of motor strength, and negative body image”. (Dowd EL, Novak JC, Ray EJ. Releasing the hospitalized child from restraints.MCN Am J Matern Child Nurs. 1977 Nov-Dec;2(6):370-3.).

“Twenty years later, Selekman and Snyder proposed that psychological problems such as future fears and impact on trusting relationships also may be issues of concern related to the use of restraint” (AACN Clin Issues. 1996 Nov;7(4):603-10.) Uses of and alternatives to restraints in pediatric settings).

“They also hypothesized about a link between increased stress and the disease process. Other authors have suggested that restraint of children may lead to cumulative retraumatization and post-traumatic stress disorder (PTSD), physical discomfort, unexpected death, and asphyxia” (Masters, 1998; Kennedy SS, Mohr WK. Am J Ortho-psychiatry. 2001 Jan;71(1):26-37. A prolegomenon on restraint of children: implicating constitutional rights.).

### Bilag 3.

“At a time when family-centered care is advocated and encouraged, examination of the outcomes of child restraint on parents has been neglected.” (McGrath P, Huff N. Aust J Holist

Nurs. 2003 Oct;10(2):5-10. Including the fathers' perspective in holistic care. Part 2: Findings on the fathers' hospital experience including restraining the child patient for treatment.; Moscardino U, Axia G. Infants' responses to arm restraint at 2 and 6 months: a longitudinal study. Infant Behav Dev. 2006 Jan;29(1):59-69.).

“Fathers’ experience of restraining their children for oncology treatment was explored by McGrath and Huff (2003). The investigators reported that witnessing and being involved in invasive procedures was the most challenging and emotionally traumatic aspect of hospitalization for fathers. The study concluded that not all parents were happy to, or should be coerced into, assisting staff to hold their children during a procedure. Parental distress also was a theme that emerged from a more recent study related to child restraint “ (Moscardino U, Axia G. Infant Behav



Dev. 2006 Jan;29(1):59-69. Infants' responses to arm restraint at 2 and 6 months: a longitudinal study.), whose purpose it was to confirm theories of child development by examining infant response to restraint. Fifty-two infants were examined at two months and six months of age to determine differences in infant response to restraint during the four-month period. However, 33 percent of the infants did not complete the study, as involvement was too distressing for the infants and their parents. This report highlights some of the distress surrounding the use of restraints." "Although many authors suggest alternatives to restraint, there is scant research in this area. In child psychiatry, there is no mention of anticipatory interventions, and practice parameters of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (AACAP) offer only vague guidance to forestall aggressive behavior in children (AACAP, 2000). However, it is noted that the AACAP works continuously with parents, former child psychiatry patients, and staff to review its recommendations in relation to restraint. The literature suggests that a variety of alternatives, such as distraction, play therapists, the use of parents, improved pain relief, and behavioral interventions, could lead to less restraint in practice (McCarthy, Cool, & Hanrahan, 1998; Dorfman, 2000; Martin, 2002; McGrath and Huff, 2003; Meunier-Sham & Ryan, 2003; Tomlinson, 2004; Willock, 2004; Piira, Sugiura, Champion, Donnelly, & Cole 2005). Although other publications provide practical decision-making frameworks and clinical practice benchmarks to guide nurses towards the most appropriate strategy when immobilization may be required (Bland, Bridge, Cooper, Dixon, Hay, & Zerbato 2002; Jeffrey, 2002; Lambrenos & McArthur, 2003; Folkes, 2005), there is a dearth of empirical data that comprehensively explores alternatives to the use of restraint in children. Folkes (2005) developed a decision-making algorithm that highlights the importance of the child's assent and/or consent, staff explanations, and use of alternatives to restraint. This tool also offers a pathway in an emergency situation whereby restraint may be required. The final part of the algorithm highlights the importance and necessity of documentation. Documentation also is the key focus of an article by Jeffrey (2002), who offers a broader framework for nurses considering the use of restraint. According to Jeffrey (2002), the key to decision-making and restraint is reliant on two areas: thorough assessment of the child's current needs and appraisal of documentation regarding the results of any previous immobilization or restraint of the child.

### **Bemærkninger til høringsnotat om omskæring af drenge på ikke-medicinsk indikation**

I forbindelse med revision af Sundhedsstyrelsens vejledning om omskæring af drenge fra 2013 har Styrelsen for Patientsikkerhed udsendt et høringsnotat om omskæring af drenge på ikke-medicinsk indikation og indkaldt kommentarer fra en kreds af interessenter. Sex & Samfund hilser en opdatering af både vejledning og den evidensbaserede viden om de risici og komplikationer, der kan være ved omskæring af drenge mere generelt, velkommen. Vi vil gerne benytte denne lejlighed til at knytte en række mere principielle bemærkninger og rejse spørgsmål til høringsnotatets tre hovedtemaer:

#### **1. De sundhedsjuridiske rammer for omskæring i Danmark**

Sex & Samfund mener helt grundlæggende, at omskæring af drenge, når det ikke sker med udgangspunkt i en sygdomsdiagnose, er i strid med det enkelte menneskes ret til kropslig selvbestemmelse og integritet uanset alder, etnicitet og køn, som defineret i retten til seksuel sundhed og trivsel (WHO) og Børnekonventionen. Rituel omskæring af drenge bør sidestilles juridisk med rituel pigeomskæring, idet der i begge tilfælde er tale om fjernelse af vitalt væv fra raske børn. Der er tale om et irreversibelt indgreb og forhuden må betragtes som en central del af mandens seksuelle fysiologi, og har en vigtig betydning ved onani og seksuel aktivitet.

Vi deler derfor ikke Justitsministeriet og andre ministeriers konklusioner om, at internationale og nationale retskilder ikke har relevans for en mulig lovregulering af drengedomskæring. Vi mener, at internationale konventioner sikrer særlig beskyttelse af mindreåriges kropslige, seksuelle og psykosociale integritet, og med udgangspunkt heri har dansk lov siden 1997 forbudt enhver revselse af børn og unge, ligesom alvorligere overgreb sanktioneres ifølge Straffeloven. FN's Børnekonvention – som Danmark tiltrådte i 1991 – pålægger som anført medlemsstaterne at "tage alle effektive og passende forholdsregler med henblik på afskaffelse af traditionsbundne ritualer, som er skadelige for børns sundhed" (artikel 24), og fjernelse af forhuden på raske drengebørn må rimeligvis anses som et irreversibelt indgreb af traditionsbunden rituel karakter, som dels indebærer risiko for umiddelbare komplikationer (især blødning og infektioner), dels udgør en risiko for barnets senere (seksuelle) trivsel. I en helt ny dansk befolkningsundersøgelse om seksualitet (Sex i Danmark, oktober 2019) angiver 5,5 % af rituelt omskårne mænd, at de er 'utilfredse' eller 'særdeles utilfredse' med at være blevet omskåret.

Sex & Samfund mener, at en beslutning om rituel drengedomskæring skal træffes af drengen selv, hvorfor man må vente med at udføre indgrebet til han som 18-årig selv kan afgive sit informerede samtykke. Sex & Samfund mener at drengedomskæring bør sidestilles med andre traditionelle eller religiøse praktikker der involvere fysiske indgreb på børn uden deres samtykke, så som rituelarvævs fremkaldelse, rituel tatovering eller pigeomskæring. I mange andre tilfælde er religiøse og kulturelle traditioner blevet tilpasset den

moderne verden (fx ved pigeomskæring), og denne forandring må vi arbejde for også vil ske med drengomskæring via en dansk lovregulering.

## **2. Litteraturgennemgang af de helbredsmæssige fordele og risici ved omskæring af drenge**

Sex & Samfund er enig i, at der på et så komplekst område som omskæring af drenge, der rummer både kulturelle, religiøse, medicinske, juridiske og etiske aspekter, tilvejebringes en grundig, evidensbaseret gennemgang af den sundhedsfaglige litteratur. Ikke mindst har det været Sex & Samfunds ønske at få en bedre afdækning af de risici og komplikationer, der kan opstå ved omskæring af drenge, både når det gælder de kortsigtede konsekvenser som smerter, infektioner og komplikationer i forbindelse med indgrebet, og de mere langsigtede effekter i forhold til mænds seksuelle funktionsdygtighed og seksuelle tilfredshed.

Der drages i notatet den konklusion, at omskæring af drenge har potentielle gavnlige effekter, når det gælder forebyggelse af urinvejsfunktioner, forebyggelse af sexsygdomme, herunder hiv og aids, samt muligvis en beskyttende effekt mod peniskræft. Vi er bekymrede for, om disse konklusioner er for vidtgående set i lyset af de tydelige usikkerheder i mange af de medtagne studier, som fremhæves i litteraturgennemgangen og ser det gerne tydeligere afspejlet i en ny vejledning fra Sundhedsstyrelsen. Hvad angår konklusionerne om de sundhedsmæssige gavnlige effekter mod urinvejsinfektioner, sexsygdomme og peniskræft, er det tilmed vigtigt at være opmærksom på, at der allerede findes både bedre metoder og mindre vidtgående indgreb end drengomskæring til forebyggelse af disse diagnoser hvorfor styrelsens rapport bør nævne at dette ikke udgør noget gyldigt grundlag for at legitimere og tillade rituel omskæring af drengebørn. Notatets beskrivelse af de udfordringer, der er omkring at sikre en tilstrækkelig smertelindring ved drengomskæring, peger også på alvorlige risici ved at foretage rituel omskæring af spædbørn og små drenge, og vi finder det vigtigt, at en ny vejledning fra Sundhedsstyrelsen er meget tydelig om, hvordan barnet er sikret mod smerte og infektionsrisici.

I notatet konkluderer man også, at der ikke kan påvises en negativ effekt på seksuel funktion og seksuel tilfredsstillelse ved omskæring af penis. Med den konklusion ser man altså bort fra, at det at fjerne et stort og følsomt område af drenges forhud kan have konsekvenser for drengens og mænds seksuelle sundhed og trivsel. Vi finder, at notatet på det her punkt er mangelfuldt og savner, at forholdet mellem omskæring og seksualitet undersøges mere dybdegående. Drenges forhud har ikke kun en funktion i forhold til at beskytte glans (penishovedet), men har også en seksuel kvalitet, forhuden er tæt besat med følelser og er del af penis som et erigeret seksuelt organ. Denne dimension bør undersøges nærmere – også set i lyset af, at den nye danske befolkningsundersøgelse om seksualitet viser, at langt fra alle omskårne mænd er tilfredse deres med omskæring (5,5 %) (Sex i Danmark, oktober 2019)

## **3. Antallet af omskæringer i Danmark**

I forbindelse med notatets redegørelse for antallet af omskæringer af drenge i Danmark beskrives også forekomsten af skyggetal. Man skønner, at der reelt foretages 2.000 omskæringer på ikkemedicinsk indikation Danmark, hvilket er mere end dobbelt så mange drengeomskæringer end der blev indberettet i 2018. Sex & Samfund finder det her vigtigt at præcisere, at der bør stilles strenge krav til en systematisk, obligatorisk registrering af samtlige rituelle omskæringer i Danmark, samt af evt. komplikationer i forbindelse hermed. Desuden er det også vigtigt, at man fra danske myndigheders side forholder sig til rituel omskæring i udlandet af drenge med dansk bopæl.

Med venlig hilsen

Bjarne B. Christensen Generalsekretær Sex & Samfund

## Dansk Kirurgisk Selskab

Indsendt: 26-01-2020

Kommentarer til Styrelsen for Patientsikkerhed's rapport "Omskæring af drenge på ikke-medicinsk indikation" (version 20 dec 2019)

Nedenfor er **udelukkende** kommenteret på de kirurgiske aspekter og ikke på de anæstesiologiske. Det fremhæves flere steder at det er forbeholdt læger at sikre patientsikre rammer, og bl.a. på side 9, at lægen der udfører indgrebet, skal være erfaren med metoden, og have den fornødne oplæring og rutine for at indgrebet kan foretages tilstrækkeligt patientsikkert. Det anføres endvidere på side 13 at det er vist at god oplæring, faglig erfaring og god hygiejne reducerer komplikationsraten.

Det undrer derfor DKS at man ikke anbefaler at dette kirurgiske indgreb skal udføres i kirurgisk regi. Netop inden for speciallæge-uddannelsen i de skærende specialer er der formaliseret mulighed for at opnå certificerede kompetencer indenfor kirurgiske indgreb og monitorere kvaliteten af disse.

Vedr. kvaliteten af studie der indgår i rapporten er det på side 27 anført at det er vigtigt at vurdere, hvorvidt resultaterne kan overføres til dansk sammenhæng. Der er udfordringer med overførbareheden af de præsenterede resultater, idet de fleste studier foregår i andre lande. I den sammenhæng må det derfor undre DKS at man har undladt at referere de eneste publicerede nyere danske original-arbejder (1,2) der omhandler omskæring, hvor resultaterne netop understøtter dem der er anført i rapporten. Vi har nedenfor angivet forslag til kommentarer der inkluderer disse publikationer i de relevante afsnit markeret med gult.

### Side 23: 5.2.5 Balanitis - Mulig beskyttende effekt

Litteratur: Der foreligger et review fra 2017(20). Reviewet inkluderer tre observationelle studier og et enkelt RCT.

Evidensgrundlaget er således et RCT med 2.784 deltagere og syv observationelle studier med 2.976 deltagere. Desuden er inkluderet data fra et dansk kohorte-studie i vurderingen (2).

Resultater: Det randomiserede studie finder, at 0,7 % af de ikke omskårne mænd har balanitis og ingen af de omskårne mænd har balanitis. Meta-analysen i reviewet, der samler det randomiserede forsøg og de observationelle studier, finder samlet en odds ratio på 0,32 (0,20 til 0,52) til fordel for omskæring. Da der er risiko for bias (kvalitetsbrist) og prævalensen (forekomsten) er lav i det randomiserede studie, er tiltroen til estimatet lav.

Det danske studie finder at den kumulative risiko for at udvikle balanitis xerotica obliterans (BXO) inden 18 års-alderen i en ikke omskåret population (region hovedstaden) var 0.37%. Omskårne drenge kan ikke udvikle BXO, da de ingen forhud har.



DANSK KIRURGISK  
SELSKAB

[www.danskkirurgiskselskab.dk](http://www.danskkirurgiskselskab.dk)

SEKRETARIATET

Gitte Frøsig Petersen

Rigshospitalet

Kirurgisk Klinik C afsnit 2122

Blegdamsvej 9

2100 København

Telefon: +45 35 45 21 22

Fax: +45 35 45 26 04

[gitte.pia.frosig-petersen@regionh.dk](mailto:gitte.pia.frosig-petersen@regionh.dk)

### **Side 25: 5.2.14 Urethral stricture/ Meatus stenose - Mulig overrisiko**

Litteratur: Der foreligger et review fra 2017(29) baseret på tre observationelle studier med i alt 3.151.603 deltagere. Desuden findes et dansk kohorte-studie fra 2013 med i alt 315 rituelt omskårne drenge (2).

Resultater: Reviewet finder, at den relative risiko, der er beregnet på disse tre studier, viser at der er en overrisiko forbundet med at få meatus stenose i forbindelse med omskæring på 3,26 (0,6 til 17,66). Der er dog meget alvorlig risiko for bias i studierne og forskel mellem overrisiciene i studierne. Tiltroen er derfor meget lav. I det danske studie (2) finder man at 0,6% udvikler kirurgisk operativt behandlingskrævende meatus stenose. Dette er 3 gange hyppigere end i en ikke omskåren dansk population (1).

### **Side 25 & 26: Komplikationer og skadevirkninger**

Som med ethvert kirurgisk indgreb kan omskæring resultere i komplikationer og bivirkninger. De mest almindelige komplikationer under operationen er ifølge WHO: smerter, mindre blødninger, hævelse eller utilstrækkelig fjernelse af hud. Senfølger inkluderer forsnævring af urinvejsåbningen og forhudsfor snævring. Alvorlige komplikationer forekommer, som delvis amputation af glans, men de er sjældne. Der er rapporteret enkelte tilfælde af død efter omskæring.

Omfanget af omskæringsrelaterede komplikationer og bivirkninger kan undersøges på forskelligvis. Det kan være for eksempel via registerstudier, kohortestudier eller randomiserede forsøg. Ulempen ved randomiserede forsøg er, at de sjældent følger deltagerne over længere tid. Derudover er randomiserede studier dyre at udføre og inkluderer derfor ikke altid nok deltagere til at vise forskelle selvom disse eksisterer. Ulempen ved ikke randomiserede studier er at de sjældent tager højde for andre ting, der kan forklare de fundne effekter. Eksempelvis kan det være vigtigt at vide om omskæringen er foretaget på medicinsk indikation eller ej, da dette kan føre til forskellige rater af komplikationer og senfølger.

Der findes ikke universelle definitioner af de forskellige komplikationer og bivirkninger. Blødning er for eksempel et kontinuum, der kan spænde fra let sivning fra såret, der nemt kan standses til voldsom blødning, der er vanskelig at standse og som kræver blodtransfusion. I opgørelsen fra WHO er lette blødninger, der nemt kan standses, sorteret fra så vidt det var muligt. Det samme gør sig gældende for andre mindre komplikationer. Alvorlige komplikationer er opgjort for sig. Alvorlige komplikationer defineres sædvanligvis som komplikationer der medfører død, er livstruende, medfører indlæggelse eller forlængelse af indlæggelse eller som giver varige men. Definitionen kan dog varigere over de forskellige studier.

Der foreligger et review fra WHO i 2010(6). WHO reviewet inkluderer 16 prospektive studier på komplikationer efter omskæring af nyfødte. Reviewet finder en median på 1,5 % for komplikationer (adverse events (range: 0-16 %)) og en median på 0 % for alvorlige komplikationer (serious adverse events (range 0-2,1 %)).

Udover de prospektive studier inkluderer reviewet også 10 retrospektive registerstudier. De retrospektive studier viser, at komplikationer optræder blandt 0,2-10 % og alvorlige komplikationer findes blandt 0-1,3 %.

WHO har også set på betydningen af barnets alder, de finder at komplikationer optræder mindre hyppigt blandt nyfødte end blandt ældre børn. WHO ser også på betydningen af god oplæring, erfaring og god hygiejne og de finder, at alle tre faktorer har en positiv betydning for at reducere komplikationsraten.

Et nyere register studie fra USA baseret på mere end en million omskæringer(30) finder en komplikations rate på 0,4 % blandt drenge under 1 år og finder også, at raten stiger med børnenes alder.

I et dansk kohorte-studie (2) der inkludere 315 rituelt omskårne drenge finder man at 1,3% (4/315) havde alvorlige komplikationer der var relateret til den kirurgiske procedure ( 2 med kirurgisk behandlingskrævende indgreb for hæmostase og 2 med kirurgisk behandlingskrævende indgreb for fibrotisk phimosis). Der var ingen alvorlige komplikationer der omfattede død, livstruende tilstande, hel eller delvis amputation af penis. Derimod var registreret 3,8% (12/315) med mindre/moderate komplikationer der var relateret til den kirurgiske procedure.

I en skandinavisk kontekst er fundet et review fra 2016(31), der har set på komplikationer relateret til omskæring af nyfødte indrapporteret til myndighederne i Danmark, Norge og Sverige fra 1994 til 2014, suppleret med en litteratursøgning. De fandt 74 komplikationer hos 32 drenge, komplikationerne rangerede fra smerter under og efter operationen til et dødsfald (to uger gammel barn, stort blodtab, ikke fået K-vitamin). 36 af komplikationerne blev bedømt som alvorlige. I litteratursøgningen fandt de samlet set fem dødsfald heraf to er sket i Skandinavien i de seneste 20 år. Disse to dødsfald er henholdsvis sket i Norge i 2012 (det ovenanførte tilfælde med to uger gammelt barn). Det andet er sket i Sverige i 1999 og omhandler et 3½ år gammelt barn, der dør på grund af intoksikation med opoider postoperativt. De fire øvrige dødsfald er henholdsvis sket i USA og Canada. Litteraturstudiet inkluderer kun komplikationer fra høj indkomst lande.

Styrelsen skelner således mellem alvorlige og mindre/moderate komplikationer, hvor de alvorlige komplikationer bl.a. omfatter død, livstruende tilstande, hel eller delvis amputation af penis, transfusionskrævende blødninger, reoperationer, infektioner, der kræver hospitalsindlæggelse, sepsis.

**DKS finder, at efter inklusion af ovenstående kommentarer med referencer er rapporten fyldestgørende vedr. de kirurgiske aspekter. Man kunne måske overveje under forebyggende helbredsmæssige fordele ved tidlig korrekt omskæring, at anføre det åbenlyse gode, at drengene undgår det ofte lidelsesfyldte forløb der ender med kirurgisk behandling af phimosis i barn/ungdommen for 1,7% der findes i en ikke omskåren population (1). Men dette er naturligvis ikke en medicinsk indikation og anbefaling for at omskære alle. Især da risikoen for komplikationer til omskæring nok er i samme størrelsesorden eller større.**

**På vegne af bestyrelsen**

**Jørgen Thorup Fagområdeformand Børnekirurgi**

**fremsendt af: sekretariatet for Dansk Kirurgisk Selskab Gitte Frøsig-Petersen**



## Dansk Forening for Klinisk Sexologi

Indsendt: 26-01-2020

Undertegnede vil på DACS vegne først og fremmest takke for invitationen til mødet vedrørende rituel omskæring af drengebørn.

Vi gik fra mødet med en opgave om at fremkomme med nyt siden sidste notat blev skrevet i 2013. Der er desværre ikke så meget nyt vedrørende seksualiteten. Men det vi ved om påvirkning af seksualiteten og forhudens funktion er ikke beskrevet i det tidligere notat. Og mener derfor, at det er en helt nødvendig oplysning af inddrage i notatet. Såfremt man ikke beskriver formålet og funktionen, hvordan kan man så forholde sig til, hvad det betyder for seksualiteten?

### **Forhudens funktion:**

Forhuden er en fælles anatomisk struktur ved alle pattedyr med udvendige kønsorganer. Hos mennesket er den mandlige forhud og den kvindelige forhud (klitorisforhuden) homologe, dvs. de udvikler sig fra en fælles embryologisk struktur. På latin henviser det samme ord, præputium, til både mandlig og kvindelig forhud. Forhuden er anatomisk sammenlignelig med øjenlågene – begge typer dækker, beskytter og renser et bagvedliggende organ.

Mange er uvidende om, at forhuden ved fødslen er hæftet fast til glans og almindeligvis ikke kan trækkes tilbage i barndommen. Den er hæftet til glans med epitelvæv af samme art som det, der hæfter en negl til fingeren. På et tidspunkt mellem barndom og pubertet opløses epitelvævet, og forhuden bliver bevægelig. Da tidspunktet, for hvornår forhuden løsner sig, varierer betydeligt, er det ikke i sig selv et problem, at forhuden ikke kan trækkes tilbage, med mindre der optræder andre symptomer.

Forhuden har mange funktioner. Den mest umiddelbare er, at den beskytter den følsomme overflade på glans og urinrøret. I spædbarnsalderen beskytter den glans og urinrørsåbningen for stadig kontakt med urin og afføring, og senere forebygger den, at glans gnider direkte mod tøjet. Uden forhuden tørrer slimhinden på glans ud, ændrer karakter og mister følsomhed.

Den bevægelige forhuds glidefunktion reducerer direkte friktion under seksuel aktivitet og stimulerer glans og frenulum (det følsomme bånd, der fæstner forhuden til glans). Når penis er erigeret, giver forhuden plads til dens forlængelse ved samtidig at blive trukket tilbage. Derved bliver forhudens indre slimhinde vendt udad, så forhudens indre og ydre lag tilsammen bliver én overflade, der dækker det forlængede penisskaft.

Forhuden indeholder en koncentration af meget følsomme nerver, der særligt stimuleres ved let berøring. Disse nerver bidrager i høj grad til nydelsen under seksuel aktivitet. Dertil kommer, at når forhudens indre slimhinde kommer i kontakt med partnerens slimhinde, forøges nydelsen. Denne kontakt fungerer også som en forsegling, der sikrer, at den naturligt producerede smørelse så som smegma, der produceres af både mænd og kvinder, bliver vedligeholdt og fordelt. Foruden dens smørende funktion bidrager smegma til at bevare slimhinden på glans fugtig. Mænd producerer smegma fra mikroskopiske fremspring fra forhudens indre slimhinde.

Indersiden af spidsen af forhuden består af en elastisk ring af væv, der kaldes frenarbåndet. Det medvirker til forhudens bevægelighed, og sikrer at forhuden slutter sig omkring glans, når den ikke er trukket tilbage. Hos mange mænd er frenarbåndet en særlig erogen del af penis. Det samme gælder frenulum, der kan være endda mere følsom og erogen.

Alt i alt er forhuden en kompleks og vigtig del af penis med en mængde praktiske og seksuelle funktioner, som fratages drengen, når forhuden amputeres.

Kilde: Supplerende NGO rapport til FN's børnekomite (2017)

“Mandlig kønslemlæstelse; Kropslig integritet, genital autonomi og religionsfrihed

#### **Uddrag af Etisk Råds overvejelser (25/6-2018):**

Som nævnt i indledningen til denne udtalelse tyder intet på, at omskæring medfører en klar sundhedsfaglig fordel for de drengbørn, der omskæres uden sundhedsfaglig indikation. Det må derfor opfattes som ubegrundet og etisk forkert at omskære drengbørn uden sundhedsfaglig indikation.

Et helt centralt argument for at anbefale et forbud mod rituel omskæring af drengbørn er, at denne praksis i markant grad krænker barnets ret til kropslig integritet. At krænkelsen i forbindelse med rituel omskæring er særlig markant, skyldes flere forhold, herunder:

- At der er tale om et irreversibelt indgreb, som fjerner væsentligt og erogent væv
- At indgrebet ikke har en positiv sundhedsværdi for barnet

- At indgrebet i mere end én forstand tilsidesætter barnets ret til selvbestemmelse, både fordi det ikke kan samtykke til indgrebet og fordi det har karakter af et kulturelt mærke, som knytter personen sammen med en bestemt religion eller kultur
- At indgrebet foretages med fokus på at videreføre en bestemt kultur og dermed sætter kulturen over individet.

Både argumentet om selvbestemmelse og argumentet om kropslig integritet kan understøttes eller suppleres af et beslægtet argument, nemlig at det enkelte menneske har et ejerskab over sin egen krop, som i en lang række sammenhænge gør det uacceptabelt, at andre disponerer over eller tilgår personens krop uden samtykke, medmindre dette er strengt nødvendigt fx på grund af sygdom. Man kan mene, at rituel omskæring af drengebørn i markant grad udgør en krænkelse af barnets ejendomsret over sin egen krop, fordi der er tale om en irreversibel fjernelse af en del af kroppen, som ikke er sygdomsbegrundet og udmærket kunne have været udført på et senere tidspunkt, hvor barnet var moden til at træffe beslutningen selv.

Hvis rituel omskæring af drengebørn eller et lignende indgreb endnu ikke var indført som et ritual i nogen kultur i verden, men blev foreslået indført i Danmark af en religiøs gruppe, er det svært at forestille sig, at dette ville blive accepteret. Dette skyldes blandt andet, at sådanne indgreb krænker en række af de individuelle rettigheder, vi opererer med i de vestlige samfund og som er skrevet ind i diverse konventioner og lovgivninger mv. I en artikel diskuteres denne problematik ud fra et tænkt eksempel med en sundhedsfremmende tungemodifikation. Det konkluderes, at dette indgreb ikke ville blive tilladt på børn. Samtidig anføres det, at "den kendsgerning, at dreng omskæring har traditionens tyngde bag sig, bør tælle meget lidt. Praksisser som slaveri, æresdrab og tvunget ægteskab er også meget gamle og har fundet sted i mange, hvis ikke alle, kulturer". Et argument for at forbyde omskæring af drengebørn er i forlængelse heraf, at det ikke taler for at videreføre en uacceptabel praksis, at den har været praktiseret i en lang årrække. Den må som udgangspunkt vurderes uafhængigt af sin forhistorie, dvs. som om den skulle indføres for første gang.

Kilde: <http://www.etiskraad.dk/~media/Etisk-Raad/Etiske-Temaer/Sundhedsvaesenet/Publikationer/2018-Udtalelse-om-rituel-omskæring-af-dreng.pdf>

Jeg vedhæfter resolutionen fra NACS (Nordic Association for Clinical Sexology), som er en fælles organisation for de nordiske landes kliniske sexologiske foreninger.

NACS resolution af 2013, som DACS er medunderskriver af.

FOR IMMEDIATE PRESS RELEASE

Helsinki, October 10<sup>th</sup>, 2013

The following statement on non-therapeutic circumcision of boys was agreed upon by the presidents of the six national member organizations of the Nordic Association for Clinical Sexology (NACS) in connection with its annual meeting in Aalborg, Denmark, on October 3-6, 2013:

**Nordic Association of Clinical Sexology:**

**STATEMENT ON NON-THERAPEUTIC CIRCUMCISION OF BOYS**

The penile foreskin is a natural and integral part of the normal male genitalia. The foreskin has a number of important protective and sexual functions. It protects the penile glans against trauma and contributes to the natural functioning of the penis during sexual activity. Ancient historic accounts and recent scientific evidence leave little doubt that during sexual activity the foreskin is a functional and highly sensitive, erogenous structure, capable of providing pleasure to its owner and his potential partners.

As clinical sexologists, we are concerned about the human rights aspects associated with the practice of non-therapeutic circumcision of young boys. To cut off the penile foreskin in a boy with normal, healthy genitalia deprives him of his right to grow up and make his own informed decision. Unless there are compelling medical reasons to operate before a boy reaches an age and a level of maturity at which he is capable of providing informed consent, the decision to alter the appearance, sensitivity and functionality of the penis should be left to its owner, thus upholding his fundamental rights to protection and bodily integrity.

Every person's right to bodily integrity goes hand in hand with his or her sexual autonomy. By signing this statement we support the resolution of September 30, 2013, issued by the Nordic ombudsmen for children, and the resolution of October 1, 2013, issued by the Parliamentary Assembly of the Council of Europe, in which governments are urged to take the necessary measures to protect children's bodily integrity with regard to non-therapeutic genital surgery.

Helsinki, October 10<sup>th</sup>, 2013



Maaret Kallio

President of the Nordic Association for Clinical Sexology

On behalf of all six member organizations:

The Finnish Association for Sexology	(Contact: Maaret Kallio; <a href="mailto:Maaret.Kallio@vaestoliitto.fi">Maaret.Kallio@vaestoliitto.fi</a> )
The Norwegian Society for Clinical Sexology	(Contact: Elsa Almås; <a href="mailto:elsa.almas@uia.no">elsa.almas@uia.no</a> )
The Danish Association for Clinical Sexology	(Contact: Inger Bugge; <a href="mailto:psykolog@ingerbugge.dk">psykolog@ingerbugge.dk</a> )
The Swedish Association for Sexology	(Contact: Suzann Larsdotter; <a href="mailto:suzann@svensksexologi.se">suzann@svensksexologi.se</a> )
The Icelandic Sexology Association	(Contact: Sigga Dógg Arnardóttir; <a href="mailto:sigga@siggadogg.is">sigga@siggadogg.is</a> )
The Estonian Academic Society of Sexology	(Contact: Paul Korrovits; <a href="mailto:paul.korrovits@kliinikum.ee">paul.korrovits@kliinikum.ee</a> )

- DACS forholder sig til de rettighedsmæssige aspekter, dvs retten til seksuel autonomi og fysisk integritet (IPPF).
- Desuden til det etisk problematiske i at udføre et ikke medicinsk påkrævet eller gavnligt indgreb uden samtykke. Især da dette er irreversibelt, og potentielt kan påvirke drengens/mandens seksualitet resten af livet, samt hans eventuelle partnere.
- Forhuden er en vigtig del af mandens seksuelle anatomi, og kan i høj grad påvirke den seksuelle funktion og nydelse. Den bør derfor ikke fjernes med mindre der er medicinske grunde til det, eller at det er en beslutning han tager som voksen, af egen fri vilje.

Vi har en forventning om, at overvejelser omkring seksualitet indgår i den færdige rapport, og at vores bidrag som minimum vedlægges som et bilag, og ikke blot ignoreres og forbigås i tavshed, da vi mener at man ikke kan tage sundhedsfagligt stilling til dette indgreb uden også at vurdere betydningen for den seksuelle funktion.

På vegne af DACS (Danish Association for Clinical Sexology,

Tonny Bønløkke Hertz

### **Svar på høringsudkast vedr notat om omskæring på ikke-medicinsk grundlag.**

- Helt overordnet vil DACS gerne fastholde det uetiske i at afskære rask væv uden medicinsk indikation, uden at personen kan give samtykke til dette. Ud fra et sundhedsfagligt perspektiv går dette imod alle etiske retningslinjer og individuelle rettigheder vedrørende fysisk integritet og retten til seksuel selvbestemmelse.
- DACS vil gerne understrege, at forhuden har en vigtig funktion i forhold til seksualiteten, som man ikke blot kan afskrive som perifær eller ligegyldig. Forhuden har blandt anden en glide/rulle funktion ifm penetrationssex, som både beskytter penis imod ubehagelig friktion, men også partneren.
- Selvom der så skulle ske at være enkelte sundhedsmæssige fordele ved omskæring, i form af beskyttelse mod seksuelt overførbare sygdomme (vi anser ikke dette for bevist), er dette på ingen måde aktuelt ift spædbørn/mindre børn, hvorfor vi fastholder at et sådant indgreb bør vente til barnet/den unge kan give aktivt, informeret samtykke, og i øvrigt har en alder hvor det kan forventes at være seksuelt aktiv med andre.
- Vi mener at styrelsen undervurderer den seksuelle betydning som dette indgreb kan have. I praksis kan det give mange forskellige problemer både på kort og langt sigt at få afskåret forhuden uden medicinsk indikation.
- Vi mener ligeledes at styrelsen undervurderer den smerte som følger efter indgrebet, ikke mindst hos små børn som bruger ble, hvor såret hele tiden er udsat for urin og afføring. Det er derfor misforstået at sige at det kun er kortvarig smerte det drejer sig om.
- Vi vedhæfter vores tidligere svar til styrelsen, hvori der står mere detaljeret om forhudens funktion.

Mvh forperson og næstforperson for DACS,

Tonny Bønløkke Hertz, specialist i sexologisk rådgivning

Rikke Pristed, aut. psykolog og specialist i sexologisk rådgivning

## **Høringsvar vedr. udkast til notat fra Styrelsen for Patientsikkerhed om ikke-medicinsk drengomsækering**

Indledningsvis takker vi for muligheden for at indgive høringsvar til Styrelsen for Patientsikkerheds udkast til notat vedr. ikke-medicinsk drengomsækering. Vi vil gerne udtrykke en stor ros for det store og særdeles grundige arbejde, der er lagt i notatudkastet.

Vi noterer os med tilfredshed, at STPS's kulegravning af området ikke-medicinsk drengomsækering i Danmark på stort set alle punkter når frem til de samme konklusioner baseret på bedste evidens på området, som vi i CircumInfo.dk har søgt at fremføre i debatten og over for politikere og andre meningsdannere og beslutningstagere.

Vi har følgende kommentarer og anbefalinger til specifikke punkter i notatudkastet:

- I afsnit 2.3. "Effekt af omsækering" bør det understreges, at de otte tilfælde af alvorlige komplikationer, der er set i forbindelse med omsækeringer i Danmark siden 2011, er ved omsækeringer, der er udført under ikke-patientsikre rammer, sådan som det helt korrekt fremgår i afsnit 2.8.
- I afsnit 2.4, anden linje i andet afsnit, menes sandsynligvis forsnævring af urinrørsåbningen, ikke forsnævring af urinrøret.
- Hvis man på side 14 refererer til ordet "lemlæstelse", fordi dette ord tidligere er benyttet af Dansk Selskab for Almen Medicin (DSAM), gør vi hermed opmærksom på, at DSAM har trukket sin brug af ordet tilbage og oplyst, at brugen af dette ord var udtryk for en tidligere bestyrelses holdning, som den nuværende bestyrelse ikke deler. Kontakt evt. DSAM's formand for yderligere information.
- Side 20 står: "Omsækering finder sjældent sted i Sydamerika, Centralamerika og Asien." Det er ikke korrekt, at mandlig omsækering er et sjældent fænomen i Asien. I en lang række asiatiske lande, bl.a. Sydkorea, Taiwan, Afghanistan, Pakistan, Indonesien m.fl. er drengomsækering en udbredt praksis blandt størstedelen af befolkningen. I en række øvrige asiatiske lande er skikken udbredt blandt dele af befolkningen, eksempelvis i Indien, hvor 20% af den mandlige befolkning vurderes at være omskåret.
- I afsnit 5.2.10 om seksuel funktion henvises til Shabanzadeh et al. (2016) som eneste systematiske review, hvor der konkluderes, at der ikke foreligger evidens for forværret subjektiv seksuel funktion hos omskårne versus ikkeomskårne mænd. Men der er publiceret yderligere tre systematiske reviews med enslydende konklusion (Yang et al., 2018; Friedman et al., 2016; Tian et al., 2016).

Vi anbefaler, at man her understreger, at der på nuværende tidspunkt er fire systematiske reviews med enslydende konklusion.

- Vedrørende afsnit 7.3.4. om lokalbedøvende creme og gel: Ved anvendelse af overfladebedøvelse med lidocain/prilocain-creme (EMLA) til drenges omskærelse er der ikke fundet alvorlige bivirkninger i form af methæmoglobinoami (Brady-Freyer et al., 2004 og Foster et al., 2017). Lidocain/prilocain-creme anvendes hyppigt i Danmark. I den brede befolkning i forbindelse med generel anvendelse af lidocain/prilocain-creme er der ved korrekt anvendelse heller ikke fundet alvorlige bivirkninger, herunder methæmoglobinoami (Tran et al., 2014).
- På side 8 og 18 står "at forhuden udgør noget af det mest følsomme område af penis." På side 18 står desuden "Blandt forhudens funktioner beskrives eksempelvis, at den beskytter glans penis, og at forhuden udgør noget af det mest følsomme område af penis."

Vi anbefaler, at man på side 8 og 18 adderer oplysning om, at der ikke er evidens for, at omskæring har effekt på oplevet følsomhed under sex.

Baggrund for anbefalingen: Ifølge referencelisten i notatudkastet tager disse formuleringer afsæt i et enkelt studie, som indgår i et review fra The Royal Australasian College of Physicians. Det omtalte enkeltstudie er baseret på en retrospektiv spørgeskemaundersøgelse blandt mænd i Sydkorea. (Kim & Pang, 2007). Her spørges ind til seksuel funktion efter omskæring, som vurderes ved hjælp af et mål for oplevet seksuel funktion (et subjektivt studie). Der er således tale om et enkelt studie ud af en ret omfattende litteratur, hvor sammenhængen mellem omskæringsstatus og subjektiv oplevelse af seksuelle funktionsevner afdækkes.

Med al respekt må denne tilgang, hvor man inddrager et enkelt studie ud af mange, opfattes som såkaldt "cherry picking". Der foreligger flere systematiske reviews af studier, hvor man måler sammenhængen mellem omskæringsstatus og subjektive mål for oplevelse af seksuelle funktionsevner. Et af disse studier er allerede nævnt i notudkastet fra Styrelsen for Patientsikkerhed (Shabanzadeh et al., 2016), og her er området gennemgået og vurderet i detaljer. I lighed med andre systematiske reviews af dette område, konkluderer forfatterne i sidstnævnte review, at den bedste viden på området viser, at der ikke er nogen sammenhæng mellem omskæringsstatus og oplevelse af seksuelle funktioner, herunder følsomhed.

Hvis følsomheden på penis skal undersøges hos omskårne versus ikke-omskårne mænd, kræver dette studier med objektive, teknisk målbare udfald. Der foreligger kun meget få af disse objektive studier (Bleustein et al., 2005; Payne et al., 2007; Sorells et al., 2007; Bossio et al., 2016). I majoriteten af studierne er der ikke observeret forskel hos omskårne versus ikke-omskårne i forhold til følsomhed på glans penis ved berøring (Bleustein et al., 2005; Payne et al., 2007; Bossio

et al., 2016), ved vibration (Payne et al., 2007), ved smerte, varme eller kulde (Payne et al., 2007; Bossio et al., 2016). Et enkelt studie finder, at omskårne har lavere følsomhed for tryk på glans penis i forhold til ikke-omskårne (Sorells et al., 2007). To studier rapporterer, at forhuden er mere følsom for berøring end andre steder på penis (Bossio et al., 2016; Sorells et al., 2007). Men bemærk venligst at disse studier ikke har fokus på, hvordan omskårne oplever seksuel funktion, herunder følsomhed, under sex. Som førnævnt er der ingen evidens for, at omskårne og ikke-omskårne mænd har forskellig oplevelse af følsomhed under sex.

- I afsnit 5.2.14 står "Reviewet finder, at den relative risiko, der er beregnet på disse tre studier, viser at der er en overrisiko forbundet med at få meatus stenose i forbindelse med omskæring på 3,26 (0,6 til 17,66)."

Vi anbefaler, at den absolutte risiko for meatus stenose specificeres i dette afsnit.

Baggrund for anbefalingen: Det er korrekt, at man i reviewet rapporterer en overrisiko for meatus stenose, men som det tydeligt fremgår af konfidensintervallet (0.6-17.66) er denne risiko ikke statistisk signifikant. Ligeledes forholder man sig i notatudkastet kun til relative risiko-estimer uden at inddrage absolutte risiko-estimer; det vil i dette tilfælde handle om den absolutte risiko for meatus stenose blandt omskårne og ikke-omskårne.

I den kvantitative sundhedsforskning anbefales det, at man altid bør angive både relative og absolutte risikoestimer for at undgå såkaldt "relative risk bias", som er velbeskrevet i den litteratur, der har fokus på fake-health science. Det skal i den sammenhæng nævnes, at fortalere for et forbud mod ikke-medicinsk drengesomskæring i Danmark konsekvent har refereret til den relative risiko for meatus stenose uden at angive de mest valide estimer for den absolutte risiko.

Resultaterne fra det seneste studie (Frisch og Simonsen, 2016) viser, at den absolutte risiko for meatus stenose blandt omskårne og ikke-omskårne er henholdsvis 0.18% (6/3375) og 0.02% (176/807368). Disse absolutte risikoestimer er desuden beregnet og rapporteret i et systematisk review af risici for meatus stenose blandt omskårne og ikke-omskårne (Morris & Krieger, 2017). Sidstnævnte artikel er allerede anvendt som reference i notatudkastet fra STPS.

Andre studier finder absolutte risici på 0.008% (104/1306812) og 2.77% (28/1009) hos omskårne versus 0.007% (73/1032948) og 0% (0/90) hos ikke-omskårne mænd (Morris & Krieger, 2017). I en dansk opgørelse over ikkemedicinske drengesomskæringer foretaget på Rigshospitalet findes ved journal- og landspatientregisteropgørelse en forekomst af meatus stenose på 0.6% (Thorup et al., 2013).

Den absolutte risiko for meatus stenose blandt både omskårne og ikke-omskårne er således ekstrem lav. Der ses en lille overhyppighed hos omskårne mænd, men som nævnt ovenfor viser en metanalyse, at denne overhyppighed ikke er statistisk signifikant (Morris & Krieger, 2017).



- Endelig kunne Styrelsen for Patientsikkerhed overveje, om man vil indsætte en vurdering af de forventelige konsekvenser af et forbud. Der findes en del relevant viden om effekter af forbud og kriminalisering i en sundhedspolitisk kontekst. Enkelte danske eksperter har udtalt sig, blandt andre formanden for Lægeforeningens etiske udvalg, Lise Møller, som i 2016 udtalte, at konsekvenserne af et forbud er vanskelige at overskue.

Vi uddyber meget gerne ovenstående og imødeser den endelige version af notatet.

Med venlig hilsen

Ian C Skovsted, cand.scient., biokemi,

Sohail Asghar, speciallæge i anæstesi og intensiv medicin, ph.d., Master of Disaster Management,

Jette Møller, formand for SOS Racisme Danmark,

Nanna Solow, cand.mag., religionshistoriker,

Dan Meyrowitsch, ph.d., epidemiolog, forskningsleder, [www.circuminfo.dk](http://www.circuminfo.dk)

### **Vedr. Notat om omskæring af drenge på ikke-medicinsk indikation**

Børnerådet har i flere sammenhænge, også over for Styrelsen for Patientsikkerhed, givet udtryk for sin betænkelighed ved de gældende regler om omskæring af drengebørn på ikke-medicinsk indikation. Rådet mener, at omskæring uden medicinske argumenter på et barn, der ikke er i stand til at give sit samtykke, er en overtrædelse af grundlæggende medicinske og etiske principper og i strid med Børnekonventionen. Det skyldes, at indgrebet er irreversibelt, smertefuldt og kan medføre alvorlige komplikationer.

Det fremgår af notatet, at der ikke findes et enkelt svar på, hvordan der gives tilstrækkelig og sikker bedøvelse og smertelindring i forbindelse med omskæring. Vurdering af smerte hos børn er både vanskelig at vurdere og ofte baseret på en række indirekte mål, hvorfor det er svært at afgøre, hvornår smertelindring er tilstrækkelig ved omskæring af drengebørn. Notatet beskriver også, at udover omskæringen kan være forbundet med smerte for det enkelte barn, så er der tale om et indgreb, der kan medføre alvorlige senfølger og komplikationer. Det er et indgreb, som vi i andre sammenhænge aldrig ville acceptere, hvis der ikke var en klar medicinsk begrundelse.

Børnerådet vil gerne påpege, at tilladelse til omskæring af drenge på ikke medicinsk indikation er i uoverensstemmelse med FN's Børnekonvention art. 4 om god regeringsførelse med hensyn til art. 3 (princippet om barnets bedste), art. 12 (retten til inddragelse i egen sag) og art. 19 (beskyttelse af barnet mod enhver form for vold).

Børnerådet anbefaler, at Styrelsen for Patientsikkerhed tager afsæt i de anførte artikler i Børnekonventionen i det videre arbejde. Derudover ønsker Børnerådet, at der bliver arbejdet for, at omskæring kun udføres i de tilfælde, hvor barnet er gammelt og modent nok til at give informeret samtykke, samt at barnet kan give udtryk for smerte og derved oplyse om, hvornår smertelindring er opnået.

Det fremgår tydeligt af notatet, at der er manglende viden på området i forhold til, hvad der er tilstrækkelig og sikker bedøvelse og smertelindring i forbindelse med omskæring. Børnerådet opfordrer til, at der afsættes midler til mere forskning og monitorering på området.

I håbet om, at dette kan føre til en anden praksis, opfordrer Børnerådet til, at Styrelsen for Patientsikkerhed på baggrund af nærværende viden fortsat indgår i dialogen med de grupper i samfundet, der af religiøse grunde ønsker omskæring af drenge på ikke-medicinsk indikation.

Med venlig hilsen

Mette With Hagensen  
Formand for Børnerådet

Lisbeth Sjørup  
Sekretariatschef

### **Vedr. revideret vejledning om omskæring af drenge – 21. januar 2014**

Som det vil være Sundhedsstyrelsen bekendt, har Børnerådet i forskellige sammenhænge givet udtryk for betænkelighed ved de gældende regler om omskæring af drengebørn. Det fremgår bl.a. af rådets fællesnordiske skrivelse<sup>1</sup> d. 30. september 2013, hvor følgende kan læses:

De nordiske børneombud og børnemedicinske eksperter ønsker derfor at arbejde for, at omskæring kun udføres, hvis en dreng, som har nået den alder og modenhed, som er nødvendig for at forstå medicinsk information, vælger at give sit samtykke til indgrebet. Vi ønsker en respektfuld dialog mellem alle berørte parter om, hvordan vi bedst kan sikre drenge fuld indflydelse i spørgsmålet om omskæring. Vi opfordrer også vores regeringer til at oplyse om børns rettigheder og de sundhedsmæssige risici og konsekvenser ved indgrebet. Vi beder de nordiske regeringer om at tage de initiativer, der er nødvendige for at sikre, at drenge selv kan bestemme, om de vil omskæres.

Børnerådet finder ikke, at sundhedsloven hjemler irreversible, skadelige indgreb, og foreslår, at loven revideres med henblik på en ændring, der tydeliggør dette i overensstemmelse med Børnerådets anbefalinger om samtykke m.m.

I den konkrete sammenhæng gør Børnerådet dette gældende:

Børnerådet betvivler, at forældrenes stedfortrædende samtykke er gyldigt i denne sammenhæng, således som det antages i vejledningen.

Ingen bør - legitimt eller etisk – kunne give stedfortrædende samtykke til en handling til skade for den, som samtykket angår.

1

<http://www.boerneraadet.dk/Nyt%20fra%20B%C3%B8rner%C3%A5det/Vis%20nyhed/?nyhed=4429>

Det er Børnerådets opfattelse, at Sundhedsstyrelsen svigter sit ansvar i henhold til art. 4 om god regeringsførelse i Børnekonventionen med hensyn til art. 3 (princippet om barnets bedste) og art. 19 (beskyttelse af barnet mod enhver form for vold) ved ikke i vejledningen at omtale de hensyn, der bør overvejes, inden en læge medvirker til omskæring.

Børnerådet ønsker fortsat dialog mellem de involverede parter om emnet i den hensigt at skabe øget forståelse for, at lovgivningen må ændres, så drenge sikres indflydelse i spørgsmålet om omskæring.

Rådet foreslår derfor, at vejledningen foreløbig stilles i bero med henblik på at indlede en sådan dialog.

Med venlig hilsen

Per Larsen

Formand for Børnerådet

Søren Gade Hansen

Chefkons.

## Det jødiske samfund i Danmark

Indsendt: 27-01-2020

### **Hørings svar til høringsudkast "Omskæring af drenge på ikke-medicinsk indikation" af 20. december 2019.**

Det Jødiske Samfund fremsender hermed vores hørings svar til udkast til notat "Omskæring af drenge på ikke-medicinsk indikation" af 20. december 2019.

Det Jødiske Samfund er på linje med andre aktører med viden om drengeomskæring blevet inddraget i styrelsens proces med at udarbejde et opdateret notat om omskæring af drenge på ikke-medicinsk indikation. Vi står også fremover til rådighed for styrelsen, hvis der er spørgsmål om jødiske omskæringer.

Det foreliggende høringsudkast viser, at Styrelsen for Patientsikkerhed er gået endog meget grundigt til værks for at finde ud af, om omskæring i Danmark sker og fremover kan ske patientsikkert.

Styrelsen for Patientsikkerhed har formået at udarbejde en saglig, neutral og usædvanlig grundig fremstilling af drengeomskæring. Det er vigtigt, at styrelsen med nærværende notat kan bryde igennem de mange fordomme og myter, der er blevet fremført af interessenter på området. Det gælder for eksempel hyppigt fremførte påstande af sundhedsfaglig karakter, herunder ift. smertelindring og betydningen for sexlivet.

Vi har en enkel præcisering til side 11, 46 og 50: Her står der om ventetid på klinikker, at det "kan være en udfordring, hvis omskæring skal ske tidligt i et drengebarns liv". Det er for så vidt korrekt, men vi vil foreslå følgende mere præcise sætning: "kan være en udfordring, når omskæring skal ske tidligt i et drengebarns liv, jf. jøders tradition for og religiøse påbud om omskæring på ottendedagen". En lignende ændring af teksten på side 46 og 50 er ønskelig.

Med venlig hilsen

Henri Goldstein Formand for Det Jødiske Samfund i Danmark

## Kirkeministeriet

Indsendt: 27-01-2020

Kirkeministeriet har den 6. januar 2020 modtaget Høring om omskæring af drenge på ikke-medicinsk indikation. Kirkeministeriet har ikke bemærkninger til det fremsendte.

Sundhedsstyrelsens bidrag til høring: Notat om omskæring af drenge på ikke-medicinsk indikation

Sundhedsstyrelsen har pr. mail d. 7. januar 2020 modtaget høringsbrev fra STPS vedr.: "Notat om omskæring af drenge på ikke-medicinsk indikation. 20. december 2019".

Sundhedsstyrelsen har følgende bemærkninger til høringsmaterialet:

### **Generelle kommentarer vedr. formål og metode**

Formålet med notatet bør præciseres og tydeliggøres, da det ikke fremgår klart om der er tale om faglig rådgivning eller om evidensgennemgang, eller begge dele. Det anføres, at der er tale om en 'opdatering' af Sundhedsstyrelsens notat fra 2013, men det vil være mere præcist at anføre, at Styrelsen for Patientsikkerhed ved omorganiseringen i 2015 nedarvede ressortansvar for 2013-notatet, og at det nye notat erstatter 2013-notatet.

Af 2013-notatet anføres vurderingen "... at der ikke er tilstrækkelig sundhedsfaglig dokumentation til generelt at anbefale omskæring af drengebørn. Samtidig er der ikke sådanne risici ved indgrebet, når det foretages korrekt og af kompetente læger, at styrelsen finder anledning til at anbefale et forbud af rituel omskæring af drengebørn". Notatet fra 2013 kan således kategoriseres som styrelsens faglige rådgivning.

Sundhedsstyrelsen finder imidlertid at lang række formuleringer i det nye notatudkast er uklare ift. status. Det gælder f.eks. for en central formulering som: "Såfremt indgrebet foretages under professionelle forhold, hvor det er forbeholdt læger at sikre patientsikre rammer, kan omskæring på ikke-medicinsk indikation ske patientsikkert" hvor vidensgrundlag og afsender for udsagnet ikke er tydeligt, og det er uklart om der er tale om der er tale om myndighedsudsagn.

Sundhedsstyrelsen finder, at præmisser for udsagnet med fordel kan præciseres, herunder hvad der forstås ved 'professionelle forhold', 'forbeholdt læger', 'patientsikre rammer' m.v., og om der er tale om præcisering af sundhedsfaglige standarder og/eller gældende love og regler.

Generelt vil Sundhedsstyrelsen derfor anbefale, at der i notatet sikres en meget tydelig adskillelse af på den ene side præsentation, gennemgang, kvalitetsvurdering og syntese af den foreliggende evidens, og på den anden side styrelsens anbefalinger til beslutningstagere og sundhedsvæsen samt styrelsens faglige vejledning til sundhedspersoner.

Sundhedsstyrelsen finder desuden, at de metodiske valg vedr. evidensgennemgang kan præciseres, og kan i den forbindelse fremhæve at der er betydelige metodiske forskelle når GRADE

anvendes til at formulere faglige anbefalinger sammenlignet med, når GRADE kun anvendes til at vurdere kvaliteten af evidens.

Generelt finder Sundhedsstyrelsen at formuleringer i notatet, der opsummerer evidens, bør præciseres, da de ellers kan være misvisende. Det gælder særligt ift. at fremhæve og beskrive usikkerheden ved konklusioner på evidensen, som f.eks. følgende formulering ” der både er helbredsmæssige fordele og risici forbundet med omskæring på ikke-medicinsk indikation.”: En kritisk vurdering af den bagvedliggende evidens viser imidlertid, at der er betydelig usikkerhed om disse påstande, og Sundhedsstyrelsen finder at formulering som ”kan være” eller

”det kan ikke udelukkes” vil være mere præcise og relevante.

Ift. gennemgang og konklusion på evidensen finder Sundhedsstyrelsen desuden, at det meget mere tydeligt bør fremgå om STPS vurderer, at de beskrevne effekter og effektstørrelser blot er en konstatering af statistisk signifikans, eller om der er folkesundhedsmæssigt og klinisk relevante i en dansk kontekst, herunder om potentielle helbredsmæssige fordele ved omskæring på ikke-medicinsk indikation overhovedet kan forventes i en dansk kontekst, om en afvejning af potentiel skade vs. gavn vurderes rimelig i en dansk kontekst, om andre forebyggelsesindsatser i en dansk kontekst vil være at foretrække m.v.

I GRADE er kvaliteten af evidens fra observationelle studier i udgangspunktet lav og fra randomiserede studier i udgangspunktet høj. Sundhedsstyrelsen finder dog ikke, at evidensgennemgangen i notatet konsekvent følger dette princip, særligt når estimerne fortolkes ud fra kvaliteten af evidens. Fx beskrives ved penis cancer ”mulig beskyttende effekt”, men dette outcome er belyst med tre case-control studier med samlet 1.188 deltagere. Der er nedgraderet to gange for ’risk of bias’, men kvaliteten af evidensen er sat til ’lav’ hvor den rettelig burde have været sat til ”meget lav” og medført en fortolkning der afspejler denne usikkerhed. Derudover mangler ”risk of bias” vurderinger af studierne brugt til at belyse helbredsmæssige effekter, ligesom den metodemæssige tilgang til ”risk of bias” vurdering af observationelle studier mangler.

### **Generelt vedr. terminologi og rammer**

Sundhedsstyrelsen finder, at terminologi og rammer som bl.a. beskrevet i kapitel 2 og 8, med fordel kan præciseres, og vi kan i den forbindelse henvise til vores bidrag af 25. juni 2018.

Omskæring af drenge og mænd er efter Sundhedsstyrelsens opfattelse et operativt indgreb i autorisationslovens forstand, og dermed forbeholdt læger. Alle læger med tilladelse til selvstændigt virke som læge kan i princippet foretage operative indgreb, herunder rituelle omskæringer. Læger er efter autorisationsloven forpligtet til at udvise omhu og samvittighedsfuldhed under udøvelsen af deres virksomhed. Vejledning nr. 9199 af 2. april 2014 præciserer den omhu og samvittighedsfuldhed, som læger er forpligtede til at udvise i forbindelse



med omskæring af drenge. Vejledningen tillader brug af medhjælp ved omskæring af drenge, men fastslår at lægen skal være til stede under indgrebet. Lægen, der varetager en rituel omskæring har pligt til at indberette denne.

Rituel omskæringer af drenge og mænd foretages som udgangspunkt med baggrund i kulturelle og/eller religiøse forhold, og ikke med baggrund i legemlige forandringer, risiko for sygdom m.v. Rituel omskæring er derfor ikke omfattet af regionernes ansvar for at tilbyde vederlagsfri behandling efter sundhedslovens kapitel 15 og 17 m.v. men kan varetages for egenbetaling på sygehus efter bestemmelserne i sundhedslovens § 78. Det må dog forventes, at hovedparten af rituelle omskæringer vil blive foretaget for egenbetaling udenfor sygehus, herunder ved privatklinikker, i speciallægepraksis, ved lægebesøg i hjemmet m.v.

Som ved alle behandlinger, herunder særligt ved operative indgreb på raske børn, kan der være skadevirkninger. Før lægen kan iværksætte behandling, skal der derfor foreligge en klar sundhedsfaglig vurdering og begrundelse (indikation). Derudover skal lægen afklare evt. sundhedsfaglige forbehold ved behandlingen (kontraindikationer), herunder faktorer der kan øge risikoen ved behandlingen eller gøre at denne helt må frarådes. Formålet med en udredning er at afklare indikationer og kontraindikationer. Den lægefaglige vurdering af indikationer, f.eks. religiøse og kulturelle hensyn, skal beskrives i journalen ligesom evt. tilstande og lidelser, der kan udgøre kontraindikationer.

Sundhedsstyrelsen finder i den forbindelse, at anvendelsen af begreber som 'medicinsk' og 'ikke-medicinsk' indikation kan være upræcise og uhensigtsmæssige, idet styrelsen jfr. ovenfor finder at, der forud for et operativt indgreb altid bør forlægges en klar sundhedsfaglig vurdering og begrundelse for indgrebet, og denne vurdering sammenfattes under begrebet 'indikation'. Indikationen kan så yderligere kvalificeres, og kan f.eks. være begrundet i sygdomme, funktionelle gener, forebyggende hensigter, tilstande der ikke er sygdomme, kulturelle hensyn, kosmetiske ønsker m.v. Sundhedsstyrelsen finder således, at det kan være mere præcist at anvende begreber som 'omskæring begrundet i kulturelle hensyn', 'rituel omskæring', 'omskæring med forebyggende sigte', 'forhudsoperation pga. forsnævring' osv. Vedr. den udbredte rutinemæssige omskæring af drengebørn, der har været tradition i f.eks. USA uden at være religiøst begrundet, så kan den varierende betegnes som 'kulturel', 'traditionel', 'med formodet forebyggende sigte' osv. afhængig af kontekst.

Sundhedsstyrelsen finder i den forbindelse, at følgende formulering i afsnit 3.1. er misvisende: "Andre eksempler på sundhedsfaglige behandlinger, der ikke sker på medicinsk indikation, er abort, visse fedmeoperationer og kønsskifteoperationer, der udføres ud fra personlige, sociale og psykologiske grunde og dermed ikke begrundes som klar medicinsk indikation."

Sundhedsstyrelsen finder at 'visse fedmeoperationer' er uklart, og antager at der er tale om misforståelse ift. om operation tilbydes i offentligt regi, eller ej, jfr. Sundhedsstyrelsen visitationsretningslinje af 19. maj 2017. Imidlertid skal også fedmekirurgiske indgreb, der foretages i privat regi for egenbetaling, være fagligt begrundede. Henvisning til 'kønsskifteoperation' er ikke i overensstemmelse med gældende vejledning nr. 9060 af 16. august 2018, som anvender betegnelsen 'kønsmodificerende kirugi', og præcisere at der skal foretages en grundig lægefaglig vurdering mhp. fastlæggelse af indikationen " kønsligt ubehag", og som netop ikke er ".. personlige, sociale og psykologiske grunde og dermed ikke begrundes som klar medicinsk indikation".

Det kan i notatet med fordel præciseres, at kosmetisk behandling ikke må udføres hos børn under 18 år jfr. bekendtgørelse nr. 834 af 27. juni 2014.

Sundhedsstyrelsen finder samtidig at det kan være uhensigtsmæssigt at betegnelsen 'omskæring' anvendes som samlebetegnelse for en række forskellige indgreb med forskellige indikationer: den operative behandling af tilstanden 'phimosi' (forhudsfor snævring) hos drenge, vil således typisk blive tilbudt som en plastisk operation, der tilsigter bevarelse af forhud, snarere end simpel bortskæring af denne.

I det omfang rituel omskæring af drenge og mænd tilbydes som led i offentligt finansieret sygehusbehandling finder Sundhedsstyrelsen, at det kan overvejes at præcisere, at læger og andre sundhedspersoner kan ønske at blive fritaget for at medvirke eller tilbyde indgrebet. Der kan i den forbindelse sammenlignes med bestemmelserne i sundhedslovens § 102, hvoraf det følger, at læger og andet sundhedspersonale, for hvem det strider mod deres etiske eller religiøse opfattelse at foretage eller medvirke til svangerskabsafbrydelse eller fosterreduktion, efter anmodning skal fritages herfor.

### **Specifikke kommentarer til kapitler/afsnit**

Afsnit 2.5 og 7.3.1 vedr. smertelindring m.v.

Sundhedsstyrelsen finder at det med fordel kan bemærkes, at fsva. offentligt finansieret sygehusbehandling så er generel anæstesi til børn reguleret af Sundhedsstyrelsen specialevejledning for specialet anæstesiologi og intern medicin.

Af gældende specialevejledning fremgår det, at generel anæstesi til børn under to år ved mindre operative indgreb kun må varetages på sygehuse, der er godkendt af Sundhedsstyrelsen til at varetage den pågældende regionsfunktion. Specialevejledningen har desuden præciseret anbefalinger for varetagelse af generel anæstesi til børn  $\geq 2$  og  $< 10$  år ved mindre operative indgreb. I specialevejledning er det præciseret, at "mindre operative indgreb" omfatter operation for phimosi (forhudsfor snævring), som er et indgreb, der i omfang kan sidestilles med rituel omskæring.

For en god ordens skyld skal Sundhedsstyrelsen gøre opmærksom på, at specialevejledningen kun er gældende for offentligt finansieret sygehusbehandling, mens varetagelse af tilsvarende funktioner på privatklinikker m.v. for selvbetaling alene vil være omfattet af autorisationslovens bestemmelser om omhu og samvittighedsfuldhed. Sundhedsstyrelsen kan i den forbindelse bemærke, at børneanæstesi i et vist omfang varetages i speciallægepraksis med stort volumen og kompetenceniveau, herunder ifm. operativ behandling af øre-næse-hals lidelser hos småbørn.

## Kapitel 5

Valg af rubrik for underafsnit kan skabe klarhed om status for formuleringer, herunder om der er tale om anbefalinger, f.eks. ved en rubrik som "Mulig beskyttende effekt", samtidig med at der i teksten i afsnittet står, at tiltroen til estimerne er lav. Måden afsnittet er struktureret på, kommer til at fremstå som om der er en række sundhedsfremmende, gavnlige effekter, men uden at der kommenteres eksplicit på, at der er tale om positive effekter på forhold som i en dansk kontekst har lille alvorlighedsgrad og formentlig også kan tilskrives forbedret hygiejne – et væsentligt mindre indgribende tiltag. Der savnes også en vurdering af om der er proportionalitet mellem de potentielt gavnlige effekter af omskæring og de kendte risici for komplikationer og vanskelighederne ved at sikre tilstrækkelig smertedækning.

Ifølge Sundhedsstyrelsens "Anbefalinger om forebyggelse, diagnose og behandling af seksuelt overførbare infektioner" fra 2015, <https://www.sst.dk/da/Udgivelser/2015/Anbefalingerom-forebyggelse-diagnose-og-behandling-af-seksuelt-overfoerbare-infektioner> er den primære forebyggelse mod seksuelt overførbare infektioner konsekvent og korrekt anvendelse af kondom, foruden øvrig oplysning, information og teststrategier. Dertil kommer vaccination (fx vaccination mod HPV i børnevaccinationsprogrammet). Sundhedsstyrelsen kan ikke i en dansk kontekst anbefale omskæring som forebyggelse af seksuelt overførbare infektioner.

## Kapitel 6

Sundhedsstyrelsen finder generelt, at dette afsnit med fordel ikke blot kan beskrive metoder til bedøvelse, men også overvejelser og gældende krav til kompetencer ved varetagelse af operative indgreb på penis.

Ift. hvilke kirurgiske kompetencer, der er relevante ift. at kunne foretage rituel omskæring, kan Sundhedsstyrelsen henvise til vores tidligere bidrag af 25. juni 2018. Vi kan i den forbindelse fremhæve, at det af gældende målbeskrivelse for specialet urologi, som Sundhedsstyrelsen har godkendt, fremgår som krav at speciallægen skal have erhvervet kompetencer til at kunne foretage mindre operationer på penis, herunder indgrebet 'circumsisio' (omskæring). Tilsvarende kompetencer fremgår ikke af målbeskrivelser for andre lægelige specialer.

Sundhedsstyrelsen finder det derfor rimeligt, såfremt det måtte overvejes at rituel omskæring skal forbeholdes visse speciallæger, at dette begrænses til speciallæger i urologi, da det falder indenfor denne speciallæges kompetencer at varetage indgrebet selvstændigt. Sundhedsstyrelsen skal dog samtidig bemærke, at andre læger og speciallæger med relevant oplæring principielt vil kunne varetage tilsvarende mindre operationer på penis på samme eller højere kompetenceniveau.

## **Kapitel 7**

Sundhedsstyrelsen finder generelt, at dette afsnit med fordel ikke blot kan beskrive metoder til bedøvelse, men også overvejelser og gældende krav til kompetencer ved varetagelse af bedøvelse af børn.

Det følger af Sundhedsstyrelsens krav til varetagelse af offentligt finansieret sygehusbehandling, jfr. ovenfor, at fuldbedøvelse af børn (børneanæstesi) skal varetages af personale med særlige kompetencer og erfaring med at håndtere børn. Det er bl.a. et krav, at det skal være muligt at få assistance fra en speciallæge i anæstesiologi og intensiv medicin (anæstesilæge) umiddelbart, ligesom der bør være opvågningsfaciliteter med personale med relevant erfaring og kompetencer. Speciallæger, der bedøver børn, skal kunne dokumentere særlige kompetencer og videreuddannelse inden for børneanæstesiologi samt dokumentere fortløbende erfaring, ligesom der er fastsat minimumskrav til antal anæstesier på børn < 10 år, der skal varetages årligt på et godkendt sygehus.

I det omfang omskæring skal varetages på offentligt finansieret sygehus vil det således være omfattet af Sundhedsstyrelsens til enhver tid gældende specialevejledning, idet det bemærkes at specialeplanen præciserer, at "mindre operative indgreb" omfatter operation for phimosis (forhudsfor snævring), som er et indgreb, der i omfang kan sidestilles med rituel omskæring.

## Lægemiddelstyrelsen

Indsendt: 24-01-2020

Lægemiddelstyrelsen har modtaget jeres høringsudkast af ”notat om omskæring af drenge på ikke medicinsk indikation”. Lægemiddelstyrelsen har ikke bemærkninger til det fremsendte hørings svar.

## Sygeforsikringen "Danmark"

Indsendt: 06-02-2020

Til rette vedkommende

Sygeforsikringen "Danmark" giver ikke tilskud til rituel omskæring. Vi har præciseret vores tilskud således, at vi kun yder tilskud til operation på kønsdele, såfremt operationen er medicinsk eller funktionelt begrundet.

Venlig hilsen

Henriette Borges

### Høringssvar vedr. 'Notat om omskæring af drenge på ikke-medicinsk indikation, 2019'

Børns Vilkår tillader sig at fremsende et høringssvar vedr. ovennævnte notat, selvom vi ikke har modtaget notatet i høring. Børns Vilkår skal samtidig anmode om at komme på høringslisten vedr. fremtidige initiativer på dette område, samt andre områder der indirekte eller specifikt vedrører børn og unges rettigheder.

Indledningsvis skal Børns Vilkår understrege, at vi anerkender barnets ret til at tilhøre et religiøst og kulturelt fællesskab, og forstår, at det for mange børn og familier er en afgørende del af familielivet at kunne tage del i, samt medvirke til, at kulturelle og religiøse traditioner videregives.

Børns Vilkår modtager imidlertid flere henvendelser fra drenge og unge mænd, hvis forældre ønsker at lade dem omskære mod deres vilje. De giver udtryk for, at de befinder sig i konflikt, fordi de på den ene side frygter at blive udelukket fra det religiøse fællesskab, der betyder meget for familien, men på den anden ikke ønsker at lade sig omskære. De mener at beslutningen bør være deres egen. Disse drenge er med den nuværende retsstilling meget svære at rådgive.

Omskæring uden medicinsk indikation er efter Børns Vilkårs opfattelse i strid med FN's Børnekonventionen grundlæggende princip i art. 3 om 'barnets bedste', art. 12, der vedrører børns ret til at blive hørt og ytre deres mening i forhold der vedrører dem selv, art. 19, stk. 1, der beskytter børn mod vold og overgreb, samt art. 24, stk. 3, der beskytter børn mod traditionsbundne ritualer, der kan være skadelige for deres helbred.

Den nuværende retsstilling gør det muligt at krænke barnets kropslige integritet med et kulturelt eller religiøst afsæt – en handling som ellers ikke ville være berettiget, da barnets kropslige integritet beskyttes fuldkomment med udgangspunkt i Straffeloven, og specifikt i Forældreansvarsloven § 2, stk. 2, 2.

pkt., som fratager forældre retten til at anvende legemsangreb i forbindelse med varetagelsen af opdrager- og forælderrollen. Børns Vilkår mener ikke, at de religiøse- og kulturelle bevæggrunde, som omskæring uden medicinsk indikation udspringer af, kan berettige en fravigelse af fundamentale værdier om beskyttelse af barnets krop og ret til selvbestemmelse.

Når det i tillæg hertil fremgår af notat, at det er uvist, hvordan der gives tilstrækkelig og sikker bedøvelse og smertelindring i forbindelse med omskæring, at det er svært at afgøre, hvornår smertelindring er tilstrækkelig ved omskæring af drengebørn og at der er tale om et indgreb, der kan medføre alvorlige senfølger og komplikationer, så er Børns Vilkår af den opfattelse, at hensynet til barnets bedste bør tillægges så megen vægt, at forældres ret til at handle på deres barns vegne i dette tilfælde må vige for barnets ret til selvbestemmelse og kropslige integritet.

Børns Vilkår mener således at omskæring uden medicinsk indikation kan ske efter drengen er fyldt 15 år, hvor han selv kan tage stilling og give samtykke til indgrebet. 15 år er den aldersgrænse, der også i andre sammenhænge anvendes i sundhedsvæsenet for at give informeret samtykke.

Børns Vilkår er bevidst om at det for nogle drenge i 15-årsalderen vil være vanskeligt at modsætte sig deres forældres ønske. Børns Vilkår skal således opfordre til at der udarbejdes vejledning til socialfagligt og pædagogisk/lærerfagligt personale ift. hvordan disse unge mænd bedst muligt rådgives og støttes.

Børns Vilkår ser derudover gerne, at der forskes yderligere i, hvordan man på bedst mulig måde smertelindrer de børn, som fortsat udsættes for omskæring – uanset indikationen.

Spørgsmål til høringssvaret kan rettes til Ingrid Hartelius Dall på tlf. 26816512 ([ingrid@bornsvilkar.dk](mailto:ingrid@bornsvilkar.dk))

Med venlig hilsen

Rasmus Kjeldahl  
Direktør

Ingrid Hartelius Dall  
Juridisk seniorrådgiver

---



Intact Denmark

Indsendt: 09-02-2020

Høringssvaret kunne ikke inkorporeres i notatet. Høringssvaret ligger tilgængeligt på høringsportalen.

Privatpersoner

Morten Frisch

Indsendt: 09-02-2020

Høringssvar vedrørende

## Styrelsen for Patientsikkerheds udkast af 20. december 2019 til notat om *”Omskæring af drenge på ikke-medicinsk indikation”*

 STYRELSEN FOR  
PATIENTSIKKERHED

### Omskæring af drenge på ikke-medicinsk indikation

Styrelsen for Patientsikkerhed

20. december 2019

udfærdiget af

**Morten Frisch, overlæge, dr.med., ph.d., adj. professor**

Inviteret og deltagende som privatperson ved orienteringsmøde i STPS den 18. september 2018  
og inviteret af STPS den 2. januar 2020 til at indsende høringssvar som privatperson

*Dette høringssvar, hvis lægefaglige og forskningsmæssige integritet bygger på min mangeårige forsknings- og oplysningsindsats om drengeskæringsproblemet, har jeg udfærdiget som privatperson. Sidst i høringssvaret giver jeg en kort redegørelse for mine faglige kvalifikationer og potentielle interessekonflikter.*

## Sammenfatning

I dette høringsvar har jeg som fagligt kvalificeret privat interessent gennemgået og kommenteret Styrelsen for Patientsikkerheds (STPS) udkast til nyt notat (herefter omtalt som 'notatet') om "[Omskæring af drenge på ikke-medicinsk indikation](#)", hvis centrale konklusion er, at "*der både er helbredsmæssige fordele og risici forbundet med omskæring på ikke-medicinsk indikation. Såfremt indgrebet foretages under professionelle forhold, hvor det er forbeholdt læger at sikre patientsikre rammer, kan omskæring på ikke-medicinsk indikation ske patientsikkert*" (side 6 og 12).

Notatets opbygning, metodevalg og omfang giver for en umiddelbar betragtning indtryk af en grundigere gennemgang af den foreliggende viden på området, end tilfældet var for [notatets stærkt kritiserede forgænger fra 2013](#). En kritisk gennemlæsning af notatet med tilhørende bilag afslører imidlertid, at der på ingen måde er tale om et fagligt stringent og retvisende dokument, som ud fra en samlet lægeetisk og sundhedsfaglig vurdering understøtter og berettiger notatets indgribende og håndfaste konklusion.

I otte afsnit gennemgår jeg en række af de mest iøjnefaldende problemer ved notatet:

- Den manglende åbenhed omkring STPS-gruppens sammensætning, kompetencer og potentielle interessekonflikter er problematisk, da en offentlig myndigheds autoritative notat om et så kontroversielt og polariseret emne som dreng omskæring kræver fuld transparens (afsnit 1).
- Notatet mangler en grundig, indledende beskrivelse af forhudens anatomi, funktioner og betydning samt en seriøs gennemgang af de lægeetiske forhold i relation til dreng omskæring (afsnit 2).
- Notatet mangler i så alvorlig grad videnskabelig stringens, når det kommer til analysen af de sundhedsmæssige og seksuelle konsekvenser af dreng omskæring, at notatets belysning af dette centrale tema er alvorligt mangelfuld og misvisende (afsnit 3).
- Notatet har ignoreret de faglige anbefalinger fra landets højeste sagkundskab inden for bedøvelse og smertelindring af børn og blåstempler dermed, at drenge fastspændes og oplever smerte ved rituel omskæring (afsnit 4).
- I strid med notatets egne anbefalinger vedrørende fortolkning af absolutte og relative risikomål overvurderer notatet konsekvent de i en dansk kontekst hypotetiske og under alle omstændigheder ubetydelige sundhedsfordele ved dreng omskæring og undervurderer de langt mere veldokumenterede og væsentligt hyppigere forekommende skadevirkninger og negative helbredsmæssige og seksuelle kort- og langtidskonsekvenser af denne operation (afsnit 5).
- Notatet mangler et bud på en konkret afvejning af de med dreng omskæring i Danmark forbundne hypotetiske sundhedsfordele på den ene side og de forventede operationskomplikationer, utilsigtede hændelser og negative helbredsmæssige og seksuelle kort- og langtidskonsekvenser på den anden. En sådan konkret afvejning burde have foreligget, inden STPS-gruppen nåede til sin konklusion. Et forsigtigt bud på en sådan konkret afvejning viser, at man skal omskære i størrelsesordenen 100.000 danske drenge for (måske) at forebygge ét tilfælde af heteroseksuel hiv-smitte, når drengene en dag bliver seksuelt aktive. Tilsvarende skal man omskære i størrelsesordenen 16.000 danske drenge for (måske) at forebygge ét tilfælde af peniskræft, når drengene bliver 60 år eller ældre. Prisen for ét (måske) forebygget tilfælde af heteroseksuel hiv-smitte eller peniskræft er imidlertid, at mellem 1.280 og 15.500 af de

omskårne drenge vil opleve operationskomplikationer, utilsigtede hændelser, negative helbredsmæssige langtidskonsekvenser og/eller senere utilfredshed med at være blevet omskåret (afsnit 6).



- Notatet udviser alvorlig mangel på videnskabelig stringens i afgrænsningen og fortolkningen af den inkluderede faglitteratur, bl.a. i form af uplausible ekstrapolationer fra studier om voksenomskæring i tredjeverdenslande, udeladelse af væsentlig dansk og udenlandsk faglitteratur og ukritisk henvisning til flere fejlbehæftede og stærkt kontroversielle reviewartikler forfattet af verdens notorisk mest ekstreme omskæringsaktivist (afsnit 7).
- Notatets påstand om, at det er forbundet med færre operationskomplikationer og negative helbreds-konsekvenser at omskære spæde drenge end større drenge og voksne mænd bygger på alvorligt fejlbehæftede kilder. Nye forskningsresultater fra 2019, som ikke indgår i notatet, dokumenterer på baggrund af skadeindberetninger efter millioner af drengoms-kæringer, at risikoen for hel eller delvis amputation af penishovedet og andre alvorlige utilsigtede hændelser er 10 gange større ved omskæring af spæde drenge end ved omskæring af voksne mænd og drenge over 15 år (afsnit 8).

Til den anonyme STPS-gruppens forsvar skal det erkendes, at emnet for notatet er i sjælden grad kontroversielt, hvilket uundgåeligt komplicerer bedømmelsen af faglitteraturen for personer uden indgående kendskab til forskningsfeltet. Men de væsentligste problemer med notatet skyldes desværre alene STPS-gruppens manglende videnskabelige og begrebsmæssige stringens i litteraturafgrænsningen og den med dette svigt introducerede støj i de efterfølgende analyser. Dette er i særlig grad kritisabelt i lyset af, at den anonyme STPS-gruppe må have haft medlemmer iblandt, som i kraft af deres faglige og akademiske meritter burde vide bedre.

## Konklusion

Trods sin lange forberedelsestid og sit betydelige omfang er notatet i sin nuværende form hæmmet af så alvorlige fejl og mangler, at det ikke giver nogen vidensafklaring om de sundhedsmæssige og seksuelle konsekvenser af drengoms-kæring i Danmark.

Afhængig af det egentlige formål med notatet tegner der sig to mulige scenarier:

### Scenario 1: Notatet som sundhedspolitisk værktøj

Hvis notatet i virkeligheden er et sundhedspolitisk bestillingsarbejde, hvis formål er at holde situationen uafklaret om de helbreds-mæssige og seksuelle konsekvenser af drengoms-kæring – et formål som det hidtidige, stærkt kritiserede notat fra 2013 effektivt har tjent – så er det nye notat vellykket, og STPS behøver ikke at ændre noget. Den manglende videnskabelige stringens og sriben af påpegede fejl og mangler, som jeg og andre har fremført, kan da blot ignoreres, hvorved notatet formentlig effektivt vil tjene sit politiske formål i en årrække fremover.

### Scenario 2: Notatet som sundhedsfagligt værktøj

Hvis STPS derimod, hvilket man må håbe, har en genuin sundhedsfaglig ambition med notatet, som går ud på at skabe klarhed om de sundhedsmæssige og seksuelle konsekvenser af drengoms-kæring, så er det simpelthen nødvendigt at involvere læger, der besidder den fornødne detailviden om forskningsfeltets mange faldgruber, i det videre arbejde med at revidere notatet. En sådan revision går først og fremmest ud på at begrænse den allerede gennemgåede faglitteratur til den væsentligt mindre andel heraf, der specifikt – eller i det mindste *også* – handler om drengoms-kæring i lande, som det giver mening at sammenligne Danmark med. Naturligvis suppleret med relevante artikler om emnet, der i første omgang unddrog sig STPS-gruppens opmærksomhed. STPS vil i løbet af relativt kort tid og med en begrænset ekstra arbejdsindsats kunne tilvejebringe et betydeligt slankere, men til gengæld videnskabeligt stringent og retvisende notat, der bygger på den del af faglitteraturen, som faktisk handler

om drengeskæring og denne kontroversielle operations helbredsmæssige og seksuelle kort- og langtidskonsekvenser.



## Baggrund for notatet

Styrelsen for Patientsikkerhed (STPS) fik i 2018 i opdrag af Sundheds- og Ældreministeriet at udfærdige en opdatering af Sundhedsstyrelsens ”Notat om omskæring af drenge” fra 2013 [1]. En sådan opdatering var hårdt tiltrængt, idet det gamle notat var blevet stærkt kritiseret fra flere sider, heriblandt Jordemoderforeningen, der fandt notatets konklusion ude af trit med Sundhedsstyrelsens sædvanlige anbefalinger vedrørende kirurgiske indgreb [2]. Jeg selv fremkom med alvorlig lægefaglig kritik af Sundhedsstyrelsens notat i en kronik, der blev offentliggjort i Politiken den 4. marts 2014 [3].

Notatudkastet, der er dateret den 20. december 2019, blev sendt i høring hos en kreds af interessenter den 2. januar 2020 med frist for indsendelse af høringssvar den 27. januar 2020. Efter udløbet af denne frist valgte STPS imidlertid af ikke oplyste grunde at gøre høringen offentlig med en ny frist for indsendelse af høringssvar den 10. februar 2020.

## Notatets opbygning

Notatet består af 10 kapitler og 13 bilag, som følger:

- Kapitel 1: Forord
- Kapitel 2: Sammenfatning
- Kapitel 3: Indledning
- Kapitel 4: Generelt om omskæring
- Kapitel 5: Omskæring – effekt og komplikationer
- Kapitel 6: Kirurgiske metoder
- Kapitel 7: Metode til bedøvelse og smertelindring
- Kapitel 8: Omskæring i Danmark [om jura og konventioner]
- Kapitel 9: Omskæring i andre lande
- Kapitel 10: Samlet opsummering
- Bilag 1-13

Samlet set fylder notatet 65 sider, hvortil kommer 126 sider med altovervejende tekniske bilag, altså i alt 191 sider.

## Dette høringssvars terminologi, afgrænsning og indhold

For at øge læsbarheden anvender jeg i høringssvaret konsekvent følgende begreber: Termen ’drengeomskæring’ anvendes for omskæring af mindreårige drenge uden relevant medicinsk indikation, og ’voksenomskæring’ anvendes for omskæring af voksne mænd og drenge over 15 år på ikke-medicinsk indikation. I tilfælde, hvor jeg omtaler andre typer af omskæring (fx omskæring på medicinsk indikation), vil det fremgå af sammenhængen, hvilken type omskæring og hvilken person- eller patientgruppe jeg omtaler. Termen ’STPS-gruppen’ anvender jeg for den unavngivne arbejdsgruppe med tilhørende unavngivne

sagkyndige rådgivere, der på vegne af STPS har udarbejdet 'notatet' og dets tilhørende 13 bilag, og termen 'notatet' anvendes for det af STPS-gruppen udarbejdede høringsudkast til notat om "*Omskæring af drenge på ikke-medicinsk indikation*" med de 13 tilhørende bilag fra den 20. december 2019.

Jeg har nærlæst notatets 65 sider samt bilag 1-6 og orienteret mig i resten af materialet. I dette høringssvar vil jeg først komme ind på det problematiske ved, at STPS udgiver et notat om et uhyre kontroversielt emne uden at oplyse offentligheden om sammensætningen af arbejdsgruppen og de tilknyttede sagkyndige rådgivere (STPS-gruppen). For det andet vil jeg kommentere notatets manglende redegørelse for de anatomiske, funktionelle og lægeetiske forhold vedrørende drengomsækering. For det tredje vil jeg gå notatets vurdering af de sundhedsmæssige og seksuelle konsekvenser af drengomsækering efter i sømmene. For det fjerde vil jeg kommentere notatets underkendelse af landets højeste sagkundskab inden for bedøvelse og smertelindring af børn. For det femte vil jeg påpege, hvordan notatet systematisk og i strid med STPS-gruppens egne anbefalinger overvurderer forholdet mellem hypotetiske sundhedsfordele og kendte skadevirkninger ved drengomsækering. For det sjette vil jeg kompensere for notatets manglende bud på en konkret afvejning af drengomsækeringens hypotetiske sundhedsfordele og forventede operationskomplikationer, utilsigtede hændelser og negative helbredsmæssige kort- og langtidskonsekvenser i en dansk kontekst. For det syvende vil jeg give en række eksempler på STPSgruppens manglende videnskabelige stringens i afgrænsningen af den inkluderede litteratur. Og som det ottende og sidste vil jeg belyse en række problemer med de anvendte skøn over komplikationshyppigheden ved drengomsækering i forskellige aldre. Sammenfatningen af mine kritikpunkter og min samlede konklusion findes forrest i høringssvaret (side 2-3).

Øvrige forhold i notatet – herunder de kirurgiske metoder (kapitel 6) og juraen omkring drengomsækering i Danmark og andre lande (kapitel 8 og 9) – overlader jeg til andre med større kyndighed på disse områder at vurdere lødigheden af.

## **1. Notatet mangler åbenhed om STPS-gruppens sammensætning, kompetencer og potentielle interessekonflikter**

Efter adskillige forsinkelser og en samlet arbejdsperiode på omtrent 15 måneder sendte STPS den 2. januar 2020 sit udkast til nyt notat om "*Omskæring af drenge på ikke-medicinsk indikation*" i høring blandt de inviterede interessenter. Det oplyses, at notatet er udarbejdet af en arbejdsgruppe bestående af unavngivne repræsentanter for Dansk Urologisk Selskab, Dansk Pædiatrisk Selskab og Dansk Selskab for Anæstesiologi og Intensiv Medicin, to unavngivne metodespecialister, en unavngiven søgespecialist og et ikke nærmere specificeret antal unavngivne STPS-medarbejdere og sagkyndige rådgivere (notatets bilag 1). Det fremgår heller ikke af notatet, hvilken chef i STPS, der har det overordnede ansvar for det udfærdigede notat.

Lukketheden omkring STPS-gruppens sammensætning gør det umuligt for notatets læsere at vurdere de enkelte bidragsyderes faglige kompetencer og uhildethed, idet der selvsagt heller ikke i notatet findes noget afsnit med deklarering af STPS-gruppemedlemmernes individuelle potentielle interessekonflikter. Det er beklageligt, at noget sådant overhovedet er nødvendigt, men det er desværre velkendt, at der netop i forbindelse med fortolkningen af den sundhedsvidenskabelige evidens på området findes endog meget markante uoverensstemmelser i fortolkningen af litteraturen, som kan skyldes kulturelle, religiøse, økonomiske eller andre potentielle interessekonflikter. STPS-gruppen gør i notatet selv opmærksom på

dette problem, idet det bl.a. anføres (side 7), at der blandt interessenterne *'ikke nødvendigvis er enighed om, hvad forskningen og undersøgelsesresultater viser på området'*. Det er naivt og urimeligt at antage, at STPS-gruppens medlemmer bedre end alle andre skulle være i stand til at se bort fra eventuelle personlige interessekonflikter, hvis sådanne skulle foreligge.

STPS ignorerer dette potentielle problem ved at foregive institutionel neutralitet på området. STPSgruppen kan meget vel have tilstræbt neutralitet i vurderingen af evidensen. Men desuagtet er det af central betydning for enhver sundhedsfaglig vurdering – navnlig når denne har karakter af et autoritativt, officielt holdningspapir fra en offentlig styrelse om et i særklasse kontroversielt emne – at der forligger fuldkommen transparens mht. generelle og emnespecifikke kompetencer og potentielle interessekonflikter for alle, der har bidraget til notatet.

## 2. Notatet mangler en seriøs beskrivelse af forhudens anatomi, funktioner og betydning samt en redegørelse for de lægeetiske forhold ved drenges omskæring

### Mangelfuld redegørelse for forhudens anatomi, funktioner og betydning

Notatet mangler en seriøs gennemgang af forhudens normale anatomi, dens beskyttende og seksuelle funktioner og dens betydning for ejermanden. Den ultrakortfattede omtale af forhuden som *"en dobbeltlaget hudfold yderst på penis med hud udvendigt og slimhinde indvendigt"* (side 8) og det efterfølgende affærdigende udsagn *"Der findes ikke en entydig beskrivelse af forhudens funktion og betydning"*, er slet og ret ufyldstgørende. Notatet burde som minimum indeholde en basal beskrivelse af forhudens størrelse (som typisk andrager 30-50 cm<sup>2</sup> hos voksne mænd, men er målt helt op til 100 cm<sup>2</sup>), dens vævssammensætning og dens rige sensoriske nerveforsyning, der forklarer forhudens særlige følsomhed for let berøring.

En kort redegørelse for, at forhuden udgør en integreret og beskyttende del af drenges og mænds naturlige anatomi og seksuelle sansesystem, ville have udgjort det rimelige og logiske afsæt for notatets efterfølgende gennemgang af de sundhedsmæssige og seksuelle konsekvenser af drenges omskæring. Ved at udelade væsentlig baggrundsinformation om forhudens anatomi, funktioner og betydning serverer STPS-gruppen den implicite præmis for resten af notatet, at forhuden er en ubetydelig anatomisk struktur, hvis destruktion og bortskæring ikke i sig selv kan betragtes som en forringelse eller et tab. Som det vil fremgå nedenfor, er denne antagelse fundamentalt forkert (se afsnit 3).

### Manglende lægeetiske overvejelser

Indledningsvist i notatet (side 7) gør STPS-gruppen det klart, at omskæring er et operativt indgreb, som det er forbeholdt læger at udføre. Drenges omskæring er imidlertid en overordentlig kontroversiel praksis. I Danmark såvel som internationalt er der kun få spørgsmål, som udløser lige så ophedede lægeetiske debatter som netop drenges omskæring. Der hersker med andre ord ingen konsensus blandt læger om, hvorvidt drenges omskæring overhovedet er en opgave, der ud fra bredt anerkendte lægeetiske overvejelser – herunder overholdelse af princippet *'primum non nocere'* (først og fremmest ikke forvolde skade/smerte) – kan og bør varetages af læger. Tværtimod. Her i Danmark er der blandt landets læger og flere andre sundhedsfaggrupper udbredt modstand mod netop denne form for rituel/kulturel/kosmetisk kirurgi på samtykkeinkompetente, mindreårige drenge.

I 2016 vurderede Lægeforeningen, at det er *'etisk uacceptabelt'* at foretage omskæring på umyndige, raske drenge [4], og Dansk Sygeplejeråd offentliggjorde få måneder senere samme etiske vurdering [5]. En række andre sundhedsfaggrupper har udtrykt tilsvarende etisk afstandtagen fra drenges omskæring, heriblandt landets sundhedsplejersker, jordemødre, fysioterapeuter, lægestuderende og kliniske sexologer. Der er med andre ord udbredt sundhedsfaglig opmærksomhed på det alvorlige etiske problem, som drenges omskæring udgør, og alle de nævnte faggrupper er enige om, at omskæring uden medicinsk indikation af etiske grunde bør vente til myndighedsalderen.

På denne baggrund er det mangelfuldt, at notatet helt og holdent springer det centrale lægeetiske spørgsmål over. I notatet forekommer ord som *'etik'* eller *'lægeetik'* ikke én eneste gang. Den implicite antagelse, som STPS-gruppen dermed udtrykker, er, at drenges omskæring er en lægeetisk acceptabel behandling. For hvis STPS-gruppen lige som Lægeforeningen havde ment det modsatte, så burde STPS-gruppen jo blot have konstateret, at drenges omskæring ifølge den danske lægestand [4], flere andre sundhedsfaggrupper [2, 5] og 88% af den danske befolkning [6] er et operativt indgreb, der er uforeneligt med bredt anerkendte etiske retningslinjer for lægers virksomhed.

STPS-gruppens etiske stillingtagen kommer også implicit til udtryk i notatets ukommenterede gengivelse af vurderingen fra de amerikanske børnelægers organisation (*American Academy of Pediatrics, AAP*). STPS-gruppen skriver (side 62), at *"Retningslinjen [fra de amerikanske børnelæger][...] gør [det] klart, at viden om effekt og komplikationer underbygger, at indgrebet er acceptabelt"*. STPS-gruppens implicite etiske stillingtagen kommer imidlertid allertydeligst til udtryk i notatets sammenfattende konklusion (side 6 og 12): *"Såfremt indgrebet foretages under professionelle forhold, hvor det er forbeholdt læger at sikre patientsikre rammer, kan omskæring på ikke-medicinsk indikation ske patientsikkert"*. At STPS – en offentlig styrelse, der har til opgave at varetage patienters sikkerhed – kan blåstempe et med smerter, operationsrisici og permanent vævstab forbundet kirurgisk indgreb på et individ, der intet fejler og ikke kan give sit samtykke – ovenikøbet uden at ville sikre dette individ smertefrihed i forbindelse med indgrebet – er diplomatisk sagt bekymrende. Man får som fagperson indtryk af, at sundhedsfagligt og patientsikkerhedsmæssigt uvedkommende forhold må have påvirket denne konklusion, og at notatet gør brug af en variant af begrebet patientsikkerhed, der måske burde kaldes *sundhedspolitisk afstemt patientsikkerhed*.

Det må på denne baggrund konkluderes, at STPS-gruppens implicite stillingtagen til etikken vedrørende drenges omskæringsproblemet er en gengivelse af de amerikanske børnelægers syn på sagen, som er i åbenbar strid med den eksplicit udtrykte holdning hos Lægeforeningen [4], Dansk Sygeplejeråd [5] og flere andre sundhedsfaggrupper, repræsentanter for adskillige europæiske lægeforeninger, faglige sammenslutninger af børnelæger og børnekirurger og lægeetiske råd [7], børnerettigheds- og ligestillingsorganisationer [8] samt 88% af den danske befolkning [6].

Denne påfaldende uoverensstemmelse mellem notatets implicite etiske stillingtagen i spørgsmålet og den, som landets store sundhedsfaggrupper eksplicit har udtrykt, understreger behovet for fuld transparens vedrørende sammensætningen af STPS-gruppen og de tilknyttede sagkyndige rådgivere, samt en redegørelse for gruppemedlemmernes emnerrelevante, faglige kvalifikationer og potentielle interessekonflikter (se også afsnit 1).

### 3. Notatet giver en ufyldstgørende og misvisende gennemgang af de sundhedsmæssige og seksuelle konsekvenser af drenges omskæring

I det følgende ser jeg bort fra den manglende etiske redegørelse for, hvorfor STPS-gruppen overhovedet har forholdt sig til de sundhedsmæssige konsekvenser af drenges omskæring – en vurdering, der jo ville være overflødig, såfremt operationen af etiske grunde slet ikke bør finde sted i Danmark. En række kritisable forhold dukker op.

**Gentagelse af uunderbyggede konklusioner fra tidligere stærkt kritiseret amerikansk rapport – og manglende omtale af relevant international kritik heraf** I opsummeringen af notatets konklusioner (side 12) står der:

*”Litteraturgennemgangen har identificeret en række potentielt gavnlige sundhedsmæssige effekter ved omskæring. Det drejer sig især om forebyggelse af urinvejsinfektioner og seksuelt overførte sygdomme. Dertil er der ikke påvist negativ effekt på seksuel funktion. Der er identificeret en mulig beskyttende effekt mod kræft i penis.”*

*Styrelsen for Patientsikkerhed (2019)*

Lad mig lige skrue tiden et par år tilbage. I 2012 udgav den amerikanske børnelægeforening (AAP) en litteraturgennemgang med tilhørende ny politik vedrørende drenges omskæring [9]. Hovedkonklusionen byggede på en logisk bristfældig afvejning af forholdet mellem de sundhedsmæssige fordele og risici/skadevirkninger, som blev foretaget på trods af, at AAP-arbejdsgruppen i rapporten vurderede, at omfanget af de sundhedsmæssige skadevirkninger (altså nævneren i brøken) er alvorligt underbelyst og dermed reelt ukendt. Ikke desto mindre nåede AAP-arbejdsgruppen frem til den empirisk uunderbyggede hovedkonklusion, at de sundhedsmæssige fordele overstiger de sundhedsmæssige risici og skadevirkninger – altså uden at kende omfanget af skadevirkningerne. Denne logiske brist underminerer naturligvis konklusionen, hvilket et medlem af AAP-arbejdsgruppen – en jødisk urolog, som af religiøse årsager omskar sin egen søn på ottendedagen hjemme på sine forældres køkkenbord [10] – senere har indrømmet [11].

Ud over at nå frem til en videnskabeligt uunderbygget samlet konklusion, vurderede den otte personer store AAP-arbejdsgruppe, som intetsteds har deklareret deres potentielle økonomiske eller religiøse interessekonflikter, følgende [9]:

*”Specific benefits from male circumcision were identified for the prevention of urinary tract infections, acquisition of HIV, transmission of some sexually transmitted infections, and penile cancer. Male circumcision does not appear to adversely affect penile sexual function/sensitivity or sexual satisfaction.”*

*American Academy of Pediatrics (2012)*

STPS-gruppen skriver ingen steder, at notatets konklusioner vedrørende specifikke sundhedsmæssige og seksuelle konsekvenser af ’omskæring’ er identiske med dem, AAP-arbejdsgruppen nåede frem til i 2012. Dette påfaldende, men fuldkommen forbigåede konklusionssammenfald er bemærkelsesværdigt, idet STPS-gruppen i notatets kapitel 4 og 6 dokumenterer indgående kendskab til den pågældende AAP-rapport [9] (notatets reference 11). Det er for en umiddelbar betragtning forbløffende, at STPS-gruppen ikke har fremhævet den perfekte fortolkningsmæssige overensstemmelse mellem notatet og den indflydelsesrige AAP-rapport som markant akademisk støtte for STPS-gruppens egne konklusioner.

I den sammenhæng skal det dog bemærkes, at den omtalte AAP-rapport fra 2012 [9] kort efter offentliggørelsen blev mødt med massiv international lægefaglig kritik for at give en kulturelt skævvredet

(biased) fremstilling af litteraturen. Jeg selv stod i 2013 i spidsen for denne kritik fremført af en international lægegruppe på i alt 38 overlæger og professorer fra store dele af Europa og Canada – heriblandt flere nationale lægeforeningsformænd, formænd for pædiatriske og børnekirurgiske selskaber samt lægeetiske udvalg – som i klare vendinger undsignede AAP-rapportens logisk bristfældige og på andre måder svagt underbyggede, omskæringsbifaldende konklusioner [7].

Min og mine internationale overlæge- og professorkollegers alvorlige kritik blev udgivet i AAP's eget fagblad *Pediatrics* i 2013 [7]. Vi konkluderede, at den eneste potentielle sundhedsmæssige fordel ved drenges omskæring i Vesten, som den foreliggende videnskabelige litteratur giver et vist, om end ikke konklusivt belæg for, er en mulig reduktion i risikoen for urinvejsinfektion inden for de første 1-2 leveår – en tilstand, som rammer langt under 1% af spæde drenge i Danmark og sædvanligvis let behandles med et par dages antibiotika lige som hos piger. Alle de øvrige af AAP-arbejdsgruppen fremhævede potentielle sundhedsfordele, som notatet fra STPS nu genfremfører, vurderede vi i 2013 som yderst tvivlsomme, ubetydelige og ganske uden relevans for sundhedstilstanden blandt drenge og mænd i lande som fx USA og Danmark. Da der kun er fremkommet få nye, tungtvejende originalartikler med relevans for notatet i de mellemliggende år, er min kritik af notatets hovedkonklusioner vedrørende de potentielle sundhedsmæssige og seksuelle konsekvenser af drenges omskæring naturligvis i væsentlig grad de samme som den, mine 37 overlæge- og professorkolleger og jeg fremførte mod AAP-rapportens enslydende konklusioner tilbage i 2013 [7].

Det er bemærkelsesværdigt, at notatet inkluderer de amerikanske børnelægers rapport fra 2012 [9] uden samtidig at medtage min og mine 37 internationale overlæge- og professorkollegers alvorlige kritik af samme rapport fra 2013 [7]. Dette er i særlig grad påfaldende, da vores kritik faktisk blev omtalt i flere sammenhænge i Sundhedsstyrelsens omskæringsnotat fra 2013 [1]. STPS-gruppen bør forklare, hvorfor den har udeladt en tidligere prioriteret artikel med tungtvejende international lægekritik af en AAP-rapport, hvis konklusioner STPS-gruppen nu genfremfører i notatet, uden at der i den mellemliggende periode er tilkommet væsentlig ny evidens, der understøtter de tvivlsomme konklusioner.

Vores lægekritik, som altså blev taget seriøst i forbindelse med notatets forgænger fra 2013, er nu fjernet fra litteraturlisten, til forskel fra et tilsyneladende uændret relevant 'Whitepaper' fra Det Jødiske Samfund, der trods sin karakter af religiøs omskæringspropaganda ser ud til at beholde sin styrelses-blåstempling som lødig, sundhedsrelevant faglitteratur (notatets reference 9).

### Misvisende belysning af seksuelle langtidskonsekvenser af drenges omskæring

Hvad angår de mulige seksuelle langtidskonsekvenser af drenges omskæring, går STPS-gruppen desværre også – lige som AAP-arbejdsgruppen i 2012 [9] – galt i byen. Som evidensgrundlag for notatets konklusion om, at der ikke kan påvises negative seksuelle konsekvenser af 'omskæring', anvender STPS-gruppen et udpluk af studier identificeret i en alvorligt kritiseret dansk 'kvalitativ syntese'-artikel fra 2016, der havde den danske læge Daniel Mønsted Shabanzadeh som førsteforfatter [12]. Som påpeget i en efterfølgende videnskabelig kommentar [13] og i dagspressen [14] er denne synteseartikels konklusioner misvisende og irrelevante i forhold til drenges omskæringsproblemet, idet kun 5-6 (sv.t. 13%-16%) af de i alt 38 inkluderede studier overhovedet handler om mænd, der var blevet udsat for drenges omskæring, og opfølgningstiden i stort set alle studier var kort, varierede mellem få måneder og et par år efter omskæringen. Konklusionerne i synteseartiklen vedrører således i altovervejende grad mulige seksuelle korttidskonsekvenser efter terapeutisk eller ikke-terapeutisk voksenomskæring, hvilket ganske enkelt er irrelevant til vurdering af, om drenges omskæring i spædbarns- eller småbarnsalderen vil give drengene seksuelle problemer, når de bliver seksuelt aktive 10-15-20 år senere.



STPS-gruppen har desværre overset eller ignoreret den tidligere fremførte faglige kritik af Shabanzadeh et al's synteseartikel [13]. Desuden går notatet skridtet videre end den misvisende synteseartikel [12] og ser fuldkommen bort fra de få artikler, der faktisk belyser de mulige seksuelle langtidskonsekvenser af dreng omskæring. Af synteseartiklens i alt 38 studier har STPS-gruppen, af grunde der ikke redegøres for, valgt at fokusere på 10 studier (to RCT'er, syv prospektive kohortestudier og et retrospektivt kohortestudie) om seksuelle konsekvenser efter såvel terapeutisk som ikke-terapeutisk omskæring af voksne mænd i Afrika, Tyrkiet og USA (notatets bilag 6). STPS-gruppen konkluderer på denne litteraturbaggrund, at 'omskæring' ikke er påvist at have '*negativ effekt på seksuel funktion*' (side 12). Selv om STPS-gruppen i denne sammenhæng anvender den generiske term '*omskæring*', så har vurderingen kun relevans og dermed berettigelse i notatet, såfremt STPS-gruppen i ramme alvor mener, at de statistisk upåfaldende observationer i 10 voksenomskæringsstudier med korttidsopfølgning i Afrika, Tyrkiet og USA bidrager meningsfuldt til belysning af de mulige seksuelle langtidskonsekvenser af dreng omskæring i Danmark.

Notatets affærdigende konklusion om, at der ikke er påvist '*negativ effekt på seksuel funktion*', er uunderbygget og misvisende i et notat om konsekvenserne af dreng omskæring i Danmark, da den vurderede litteratur slet ikke handler om dreng omskæring.

Foruden Shabanzadeh et al's for dreng omskæring irrelevante synteseartikel [12] er der siden 2013 publiceret yderligere tre review-artikler om seksuelle følgevirkninger efter '*omskæring*', to fra Kina og ét fra Israel. Imidlertid har disse review-artikler de samme alvorlige begrænsninger som Shabanzadeh et al's synteseartikel, hvilket betyder, at også de er ubrugelige til at belyse de seksuelle langtidskonsekvenser efter omskæring af mindreårige, raske drenge. I den ene kinesiske review-artikel fra 2013 var analysens eksplicite formål at belyse mulige seksuelle konsekvenser efter voksenomskæring (15). I den anden kinesiske review-artikel fra 2018 var fokus på en enkelt seksuel dysfunktion (præmatur ejakulation), og også dette reviews baggrundslitteratur var domineret af studier om voksenomskæring (16). Den tredje review-artikel fra Israel havde fokus på seksuelle konsekvenser efter voksenomskæring, atter med konklusioner, der især byggede på RCT-studier af mænd mellem 18 og 49 år i Uganda og Kenya, der frivilligt lod sig omskære som voksne (17). Samlet set bidrager Shabanzadeh et al's synteseartikel og de tre reviewartikler fra Kina og Israel overhovedet ikke til belysning af det spørgsmål om seksuelle konsekvenser af dreng omskæring, som STPS-gruppen havde sat sig for at belyse. Denne konklusion gælder naturligvis, uanset hvor ivrigt den danske dreng omskæringslobby i Circuminfo.dk insisterer på det modsatte (18). Det er i den sammenhæng påfaldende – og ud fra en sundhedsfaglig synsvinkel bekymrende – at STPS inviterede netop Circuminfo.dk og Daniel Mønsted Shabanzadeh, førsteforfatteren bag den irrelevante danske synteseartikel, til et ekstraordinært hastemøde om de seksuelle konsekvenser af dreng omskæring sent i høringsperioden (den 3/2-2020).

Hvis STPS-gruppen i stedet havde forholdt sig til de få studier fra synteseartiklen, som faktisk er relevante for notatet (synteseartiklens referencer 40, 49 og 50), fordi de omhandler mulige seksuelle langtidskonsekvenser efter dreng omskæring og inkluderer en ikke-omskåret sammenligningsgruppe, ville notatet være nået til en anden konklusion. Samlet set peger de tre relevante dreng omskæringsstudier fra Belgien, Australien og Danmark nemlig på, at der meget vel kan være tale om en betydelig overhyppighed af negative seksuelle langtidskonsekvenser efter dreng omskæring.

STPS-gruppen kunne også have fundet god, dansk evidens for, at en ikke ubetydelig andel af drenge, der bliver omskåret uden relevant medicinsk indikation, ender med at blive '*utilfredse*' eller '*særdeles utilfredse*' med at være blevet omskåret. Et stort dansk befolkningsstudie med over 27.000 mandlige deltagere dokumenterede i 2019, at kun 0,7% af mænd med intakt penis er utilfredse eller særdeles

utilfredse med at have deres forhold i behold. I klar kontrast hertil var en næsten otte gange større andel (5,5%) af de mænd, der var blevet udsat for drengeskæring, utilfredse eller særdeles utilfredse med at være blevet omskåret [6]. Nationalt repræsentative forskningsdata viser altså, at i størrelsesordenen hver 18. danske dreng, som bliver udsat for drengeskæring, senere vil blive 'utilfreds' eller 'særdeles utilfreds' med den medicinske unødvendige indgreb, som blev ham påtvunget.

#### 4. Notatet blåstempler utilstrækkelig smertelindring ved spædbarnsomsækering

Jeg vil hér kun kort berøre de problemer i notatet, der vedrører STPS-gruppens vurdering af spæde drenges behov for sufficient smertelindring ved drengeskæring. Dette punkt har Dansk Selskab for Anæstesiologi og Intensiv Medicin (DASAIM) gjort detaljeret rede for i selskabets eget høringsvar [19].

Jeg tilslutter mig DASAIMs faglige vurdering i dette spørgsmål og finder det under faglig standard, at et notat fra landets styrelse for patientsikkerhed nedtoner det smertelindringsbehov, spæde drenge har ved omsækering uden medicinsk indikation

Hvis STPS-gruppen havde haft fokus på at varetage små drenges patientsikkerhed fsva. smertefrihed, burde notatet anbefale et totalstop for drengeskæring før 1-årsalderen, da spædbørn grundet risiko for anæstesikomplikationer ikke bør udsættes for elektiv kirurgi i fuld narkose, som er den eneste måde at sikre smertefrihed på. Det er etisk problematisk, at STPS-gruppen ikke eksplicit tager afstand fra drengeskæring i lokalbedøvelse, alene ud fra den betragtning, at nogle spæde drenge – studier har vist helt op til 18% [20] – vil opleve utilstrækkelig eller helt svigtende smertelindring ved omsækering i lokalbedøvelse.\*\* Man må desværre mistænke, at notatets vurdering af drenges smertelindringsbehov er fremkommet under iagttagelse af andre end strikt sundhedsfaglige hensyn (se også afsnit 2). For yderligere detaljer om denne problemstilling henviser jeg til DASAIM's høringsvar [19] og til den offentlige debat om smertelindringsproblemet, som DASAIM har rejst [21].

#### 5. Notatet overvurderer forholdet mellem hypotetiske sundhedsfordele og dokumenterede skadevirkninger ved drengeskæring

Notatets bilag 2 indeholder en ordforklaring, hvor læserne bl.a. gøres opmærksom på vigtigheden af, at effekter af drengeskæring præsenteres på en retvisende måde. STPS-gruppen skriver, at det normalt foretrækkes "at præsenterer absolutte effekter frem for relative effekter". Begrundelsen herfor er, at relative effekter ofte "kan synes mere imponerende, men kan give et misvisende indtryk af den virkelige effekt".

STPS-gruppen vurderer altså – i hvert fald i princippet – at effekterne af drengeskæring bedst belyses ved absolutte effektmål. Dette kan fx opnås ved at beregne skøn over antallet af drenge, man skal omskære for at opnå en given sundhedsfordel, og antallet af drenge man skal omskære, før en operationskomplikation, utilsigtet hændelse eller negativ helbredsmæssig følgevirkning må forventes at indtræde.



Men ét er principper, noget andet er praksis. I stedet for at følge sin egen anbefaling og konsekvent benytte absolutte effektmål – eller i det mindste for sammenlignelighedens skyld anvende samme type effektmål (absolut eller relativ effekt) for de sundhedsmæssige fordele og skadevirkninger – har STPS-gruppen valgt konsekvent at belyse de potentielle sundhedsfordele ved brug af relative effektmål (angivet som relativ risiko=RR, odds ratio=OR eller hazard ratio=HR), mens man konsekvent gør brug af absolutte effektmål (angivet i procent) ved gennemgangen af de komplikationer og utilsigtede hændelser, som optræder i forbindelse med drengeskæring.

STPS-gruppen præsenterer altså – trods sin egen påpegning af problemet hermed – de potentielle sundhedsmæssige fordele ved drengeskæring ved brug af relative effektmål, der med styrelsens egne ord får dem til at se ”mere imponerende” ud, mens den nedtoner skadevirkningerne ved brug af absolutte effektmål. Alt sammen en manøvre, der får de sundhedsmæssige konsekvenser af drengeskæring til at fremstå mere gunstige, end de reelt er.

Dokumentation for, at det forholder sig som beskrevet, findes i notatets ”Evidensskema for effekt af omskæring” (notatets bilag 6), hvor søjlen næstyderst til højre (’Resultater’) viser de relative risikomål (RR, OR eller HR) for alle potentielle sundhedsmæssige gevinster (og to uønskede sundhedsudfald, som af andre grunde bagatelliseres), mens samme søjle viser de absolutte risikomål (i procent) for de med drengeskæring forbundne operative komplikationer og utilsigtede hændelser. Mens de potentielle sundhedsfordele således fremstår med markante effektmål på en relativ skala, så nedtones komplikationerne og de utilsigtede hændelser ved at blive præsenteret med små effektestimater på en absolut skala. Dette til trods for, at den absolutte andel af omskårne drenge, som vil opleve komplikationer og utilsigtede hændelser, i væsentlig grad overstiger den absolutte andel, der vil opleve en sundhedsmæssig gevinst [22, 23] (se afsnit 6).

## 6. Notatet mangler en konkret afvejning af de hypotetiske sundhedsfordele over for de med operationen forbundne kendte operationskomplikationer, utilsigtede hændelser og negative helbredsmæssige og seksuelle kort- og langtidskonsekvenser af drengeskæring i Danmark

Som allerede påpeget ovenfor (se afsnit 3), og som det vil blive yderligere begrundet nedenfor, er der ikke fagligt belæg for notatets unuancerede konklusion om de sundhedsmæssige og seksuelle kort- og langtidskonsekvenser af drengeskæring. Den eneste teoretisk mulige sundhedsgevinst, som drengeskæring potentielt kan medføre, inden drengene når en alder, hvor de selv kan træffe beslutning om omskæring, vedrører risikoen for urinvejsinfektion i løbet af de første to leveår – en tilstand, som, når den opstår, i de allerfleste tilfælde let behandles med antibiotika i et par dage. Der findes visse holdepunkter i litteraturen for, at tidligt omskårne drenge måske oplever en lidt lavere risiko for urinvejsinfektion, inden de fylder 2 år, end den i forvejen beskedne absolutte risiko på langt under 1%, som drenge med intakt forhud oplever. De øvrige i notatet fremhævede potentielle sundhedsfordele ved heteroseksuel hiv-smitte og peniskræft optræder først, efter at drengene er blevet seksuelt aktive og derfor selv kan træffe beslutning om omskæring.

STPS-gruppen burde selv have foretaget en konkret afvejning af de hypotetiske sundhedsfordele, som notatet fremhæver, over for de skadevirkninger, der findes dokumentation for i faglitteraturen, inden den

konkluderede noget som helst. Men en sådan konkret afvejning er beklageligvis ikke præsenteret i notatet og er derfor sandsynligvis heller ikke foretaget.

### Konkret afvejning af sundhedsfordele og skadevirkninger ved drenges omskæring i Danmark

Her giver jeg et forsigtigt bud på en sådan konkret afvejning af de hypotetiske sundhedsfordele over for de dokumenterede skadevirkninger, som notatet burde have indeholdt. I beregningerne har jeg taget notatets optimistiske effektestimater for de fremhævede sundhedsfordele for pålydende og antaget, at drenges omskæring vitterlig er forbundet med

- 10%-90% reduktion i risikoen for urinvejsinfektioner hos drenge under 2 år,
- ca 50% reduktion i risikoen for heteroseksuel hiv-smitte, når drenge bliver seksuelt aktive og
- ca 67% reduktion i risikoen for peniskræft mange årtier senere,

for at belyse, hvad den absolutte sundhedsmæssige effekt er, som man hypotetisk vil kunne forvente ved at omskære raske drenge i Danmark.

Nedenstående beregninger for hver af de tre primære sundhedsfordele, som STPS-gruppen mener at finde belæg for, skal betragtes som overslag og derfor tages med betydelige forbehold. De til beregningerne anvendte skøn over sygdomshyppigheder, størrelsen af befolkningsgrupperne i risiko for sygdommene, og den rå fremskrivning af sygdomsrisikoen i voksenlivet for drenge, som kommer til verden i disse år, er ifølge sagens natur behæftet med betydelig usikkerhed. Beregningerne tjener derfor alene til belysning af de omtrentlige størrelsesforhold mellem de i notatet fremhævede sundhedsfordele på den ene side og operationskomplikationer, utilsigtede hændelser og kort- og langtidsskadevirkninger på den anden.

*Urinvejsinfektion hos drenge under 2 år:* Færre end 1% af danske børn vil opleve en urinvejsinfektion i løbet af de første 1-2 leveår [24]. Urinvejsinfektioner er markant hyppigere hos piger end drenge og kan sædvanligvis behandles med få dages antibiotika. Hvis man antager, at 0,3% af nyfødte drenge vil få en urinvejsinfektion inden for de første to leveår, hvilket svarer til i størrelsesordenen 100 tilfælde om året blandt drenge under 2 år i Danmark, så skal der omskæres i størrelsesordenen mellem 600 drenge (hvis drenges omskæring giver 90% reduktion i risiko) og 5.000 drenge (hvis drenges omskæring giver 10% reduktion i risiko) for at forebygge én urinvejsinfektion hos en dreng. Med en samlet komplikations- og skadevirkningshyppighed på mellem 5% og 10% – hvilket er konservativt anslået, da alene urinrørsåbningsforsnævring, meatusstenose, i en lang række velgennemførte kliniske studier er blevet påvist efter spædbarns omskæring hos mellem 5% og 20% af drengene [22] (se også afsnit 8) – vil man altså gøre et sted mellem 30 og 500 drenge syge af operationskomplikationer, utilsigtede hændelser og helbredsmæssige skadevirkninger for hvert forebygget tilfælde af urinvejsinfektion. Dertil skal lægges, at en ny dansk befolkningsundersøgelse har sandsynliggjort, at ca. 5,5%, eller mellem 33 og 275 af de 600-5.000 omskårne drenge senere vil blive utilfredse eller særdeles utilfredse med at være blevet omskåret [6].

*For at forebygge ét tilfælde af urinvejsinfektion vil man skulle omskære et sted mellem 600 og 5.000 drenge afhængig af størrelsen af den beskyttende effekt, og skønsmæssigt vil mellem 63 og 775 af disse omskårne drenge komme til at opleve operationskomplikationer, utilsigtede hændelser, helbredsmæssige langtidsskadevirkninger og/eller senere utilfredshed med at være blevet omskåret. Det er således åbenlyst urimeligt at omskære danske drenge for at forebygge urinvejsinfektioner.*

**Heteroseksuel hiv-smitte:** Antallet af danskfødte, heteroseksuelt smittede, nyanmeldte hiv-positive mænd var 25 i år 2018 [25]. Disse tilfælde forekom fortrinsvis blandt de ca. 1,26 mio. danskfødte mænd i aldersintervallet 20-59 år. Hvis man antager, at drengomsækering vitterlig halverer risikoen for senere heteroseksuel hiv-smitte i Danmark, sådan som STPS-gruppen vurderer, så vil der skulle omskæres i størrelsesordenen 100.000 drenge for at forebygge ét sådant hiv-tilfælde. Vel at mærke på bekostning af, at mellem 5% og 10%, eller et sted mellem 5.000 og 10.000 af disse omskårne drenge vil opleve operationskomplikationer, utilsigtede hændelser eller langsigtede helbredsmæssige skadevirkninger, og at 5,5%, eller ca. 5.500 af de omskårne drenge, vil blive utilfredse eller særdeles utilfredse med at være blevet omskåret.

*For at forebygge ét fremtidigt tilfælde af heteroseksuel hiv-smitte hos en dansk dreng – en infektion, der nu om dage er let at behandle her i landet – vil man med den aktuelle hiv-smittebyrde i Danmark skulle omskære i størrelsesordenen 100.000 drenge, og et sted mellem 10.500 og 15.500 af disse drenge må forventes at opleve operationskomplikationer, utilsigtede hændelser, negative helbredsmæssige langtidskonsekvenser og/eller utilfredshed med at være blevet omskåret. Senere års markante succes med effektiv medicinsk hiv-behandling gør det endvidere sandsynligt, at antallet af nysmittede hivpositive i Danmark fortsat vil falde i årene fremover, hvilket yderligere vil øge antallet af drenge, som skal omskæres – og dermed antallet af drenge, der vil opleve problemer pga. omsækeringen – for at forebygge ét tilfælde af hiv-smitte. Det er således åbenlyst urimeligt at omskære danske drenge for at forebygge heteroseksuel hiv-smitte.*

**Peniskræft:** I Danmark opstår der i disse år ca. 64 nye tilfælde af peniskræft om året [26]. Disse tilfælde forekommer fortrinsvis blandt de ca. 680.000 danske mænd over 60 år. Hvis man godtager STPS-gruppens antagelse om, at der er en 'mulig beskyttende effekt' på omtrent 67% ved drengomsækering, så skal man omskære i størrelsesordenen 16.000 drenge for at forebygge ét tilfælde af peniskræft, der ellers ville opstå adskillige årtier senere, når drengene kommer op i 60+ års-alderen. Med en anslået samlet komplikations- og skadevirkningsrate på mellem 5% og 10%, vil man altså gøre et sted mellem 800 og 1.600 drenge syge af operationskomplikationer, utilsigtede hændelser eller langsigtede helbredsmæssige skadevirkninger for hvert forebygget tilfælde af peniskræft. Dertil skal lægges, at ca. 5,5%, eller i størrelsesordenen 880 af de 16.000 omskårne drenge senere vil blive utilfredse eller særdeles utilfredse med at være blevet omskåret uden deres accept.

*For at forebygge ét fremtidigt tilfælde af peniskræft hos en dansk dreng – en kræftform hos fortrinsvis ældre og gamle mænd, som i Danmark sædvanligvis opdages tidligt og har en favorabel prognose – vil man skønsmæssigt skulle omskære ca. 16.000 drenge, og et sted mellem 1.680 og 2.480 af disse drenge vil komme til at opleve operationskomplikationer, utilsigtede hændelser, negative helbredsmæssige langtidskonsekvenser og/eller utilfredshed med at være blevet omskåret. Hvis man yderligere tager i betragtning, at omtrent halvdelen af alle peniskræft-tilfælde i Danmark er forårsaget af humant papillomavirus (HPV) – en infektion, som alle 12-årige drenge bliver tilbudt vaccination imod i børnevaccinationsprogrammet – da vil det reelle antal drenge, der skal omskæres for at forebygge ét af de peniskræft-tilfælde, der ikke kan forventes forebygget ved HPV-vaccination, være omtrent dobbelt så stort, altså i størrelsesordenen 32.000 drenge, hvoraf mellem 3.360 og 4.960 drenge og kommende mænd vil opleve problemer som følge af omsækeringen. Det er således åbenlyst urimeligt at omskære danske drenge for at forebygge peniskræft.*

**Opsummering:** Ovenstående overslag over forholdet mellem de tre af STPS-gruppen særligt fremhævede hypotetiske sundhedsfordele og de operationskomplikationer, utilsigtede hændelser, negative helbredsmæssige langtidskonsekvenser og utilfredshed med omsækeringsstatus, man med rimelighed må

forvente ved drengeskæring i Danmark, skal som anført anskues med betydelige forbehold. Ikke desto mindre kan følgende fastslås:

*Der vil i Danmark skulle omskæres et helt enormt antal drenge – for heteroseksuel hiv-smittes og peniskræfts vedkommende henholdsvis 100.000 og 16.000 drenge, hvoraf i tusindvis vil opleve operationskomplikationer, utilsigtede hændelser, negative helbredsmæssige langtidskonsekvenser og/eller senere utilfredshed med at være blevet omskåret – for at forebygge ét enkelt sygdomstilfælde.*

*Et så eklatant misforhold mellem de i notatet flere gange fremhævede hypotetiske sundhedsfordele og de i litteraturen påviste sundhedsmæssige og seksuelle komplikationer og skadevirkninger illustrerer, at der er tale om en helt urimelig bagatellisering af de mere end 1.000 gange hyppigere komplikationer og skadevirkninger, når det i notatets samlede opsummering blot anføres, at "der både er helbredsmæssige fordele og risici forbundet med omskæring på ikke-medicinsk indikation" (side 6 og 12).*

Som allerede påpeget i 2013 af en ekspertgruppe bestående af 38 overlæger og professorer fra store dele af Europa og Canada, som jeg selv stod i spidsen for (se afsnit 3), findes der ganske enkelt ikke skyggen af stringent videnskabelig evidens for, at drengeskæring i Vesten reelt yder nogen beskyttelse mod hiv-smitte, når drengene bliver voksne og seksuelt aktive [7]. Både hvad angår hiv-smitte og peniskræft, kan beslutningen om omskæring endvidere udskydes til myndighedsalderen, så den unge mand selv kan vurdere, om han vil lade sig omskære for at opnå en hypotetisk reduktion i en i forvejen minimal risiko for disse sjældne sygdomme, eller om han vil bevare et intakt kønsorgan med ubeskåret følsomhed og uindskrænket funktionalitet og i stedet beskytte sig mod disse og andre sygdomme på mindre drastisk og mere effektiv vis – fx ved konsekvent brug af kondom i seksuelle risikosituationer.

## 7. Notatet er præget af manglende videnskabelig stringens i afgrænsningen af den anvendte faglitteratur

I notatet fremhæves det flere gange, at STPS-gruppens opgave gik ud på at belyse de sundhedsfaglige forhold vedrørende drengeskæring. Imidlertid har STPS-gruppen tidligt i forløbet måttet indse, at der i den internationale faglitteratur kun findes ret få videnskabelige artikler, der faktisk vedrører omskæring af mindreårige raske drenge.

Man kan vælge at håndtere en sådan materialebegrænsning på to måder. Enten kan man stringent begrænse litteratursøgningen til artikler om konsekvenser af drengeskæring. Eller man kan vælge at inkludere alle artikler, der vedrører mandlig omskæring (uanset alder og med eller uden medicinsk indikation) og håbefuldt antage, at alle sådanne studier direkte (eller med få og ubetydelige forbehold) har relevans for det egentlige emne, som ønskes belyst, nemlig de sundhedsmæssige og seksuelle konsekvenser af drengeskæring.

Alle uhildede fagfolk vil formentlig være enige om, at en stringent analyse af den foreliggende faglitteratur – med snæver begrænsning til studier om netop drengeskæring – vil give rigtig god mening. Men det er dog samtidig klart, at en stringent gennemgang af den begrænsede faglitteratur om netop konsekvenserne af drengeskæring ikke vil kunne give svar på ret mange spørgsmål. På trods af, at drengeskæring er blandt de hyppigst udførte operationer i verden, er der nemlig en forbløffende beskedent produktion af faglitteratur om de i notatet belyste sundhedsoutcomes efter drengeskæring. Faktisk findes der ikke ét

eneste drengeskæringsrelevant randomiseret klinisk afprøvningsstudie (RCT) – det studiedesign, man i GRADE-evalueringer som den aktuelle tillægger størst videnskabelig vægt – og der findes kun enkelte prospektive kohortestudier om visse af de for drengeskæring relevante specifikke sundhedsoutcomes, komplikationer og utilsigtede hændelser, som notatet har særligt fokus på (notatets bilag 4).

Desværre har STPS-gruppen – i lighed med situationen ved tidligere rapporter om samme emne (heriblandt de amerikanske børnelægers rapport fra 2012 [9], se også afsnit 3) – slækket på inklusionskriterierne for at øge antallet af videnskabelige artikler i litteraturgennemgangen. Prisen for denne prioritering af kvantitet over videnskabelig stringens og sikker relevans er imidlertid høj. Så høj, at notatet reelt ikke med rimelighed kan hævdes at belyse konsekvenserne af drengeskæring på en retvisende måde. I stedet blander STPS-gruppen studier om drengeskæring og voksenomsækering, ikke-terapeutisk og terapeutisk omsækering og omsækering i tredje verdenslande og industrialiserede lande sammen i et uigennemskueligt miskmask, som kun har yderst tvivlsom, ja reelt næppe nogen relevans for den stillede opgave, der gik ud på at belyse de helbredsmæssige og seksuelle konsekvenser af drengeskækering.

Det fremgår flere steder i notatet, at STPS-gruppen har været bevidst om konsekvensen af denne udvanding af inklusionskriterierne. Sprogligt afsløres det ved, at notatet generelt undgår at bruge termerne *'drengeskækering'* eller *'omsækering af drenge'*, i situationer hvor den manglende stringens i litteraturudvælgelsen er for påfaldende. I disse sammenhænge anvendes i stedet den generiske term *'omsækering'*, hvorved opnås, at det skrevne ikke er decideret sprogligt ukorrekt, selv om det indholdsmæssigt er irrelevant og misvisende i forhold til rapportens opgave med at belyse konsekvenserne af drengeskækering.

#### Afrikanske studier om voksenomsækering

Notatets konklusioner er for en lang række af de undersøgte sundhedsoutcomes – hiv, hpv, mycoplasma, genital ulcer disease, syfilis, herpes og seksuel funktion og tilfredshed – domineret af resultaterne fra ét, to, eller alle tre randomiserede kliniske afprøvningsstudier (RCT'er) i Afrika (notatets bilag 4). I disse tre studier fulgte man i alt omtrent 11.000 unge og voksne mænd over nogle få år, efter de lod sig omskære som led i kolossale omskæringskampagner med det håbefulde formål at yde mændene delvis beskyttelse mod heteroseksuel hiv-smitte.

Det sundhedsoutcome, om hvilket det konkluderes i notatet, at der er bedst evidens for en sundhedsgavnlig effekt af *'omsækering'*, er netop heteroseksuel hiv-smitte senere i livet. For at denne evidensvurdering – og alle andre evidensvurderinger i notatets bilag 6 – overhovedet skal have relevans og berettigelse i et notat om drengeskækering, må det betyde, at STPS-gruppen har vurderet, at evidensgrundlaget belyst ved studier af voksenomsækering – efter en passende nedgradering af evidensniveauet – kan antages at gælde for drengeskækering. Rationalet for denne helt afgørende, men yderst tvivlsomme antagelse præsenteres ikke i notatet. I stedet for at vurdere evidensniveauet som *'moderat'* i spørgsmålet om heteroseksuel hiv-smitte (hvor metodespecialisten formentlig har trukket maksimalt fra i evidensens styrke på grund af kulturelle, aldersmæssige og andre forbehold), burde evidensniveauet være sat til *'meget lavt'*, da der hverken foreligger RCT-studier eller prospektive kohorteundersøgelser til belysning af spørgsmålet om hiv-rikskoen efter drengeskækering, og den resterende litteratur baseret på retrospektive kohortestudier og tværnsnitsundersøgelser er inkonklusiv grundet resultater, der stritter i alle retninger.

Ifølge den ved litteraturgennemgangen anvendte GRADE-evaluering har STPS-gruppen altså *'moderat'* tiltro til evidensen for, at dreng omskæring vil beskytte små danske drenge mod heteroseksuel hiv-smitte senere i livet (notatets bilag 6). At der vurderes at foreligge så relativt høj en grad af videnskabelig evidens for dette sundhedsoutcome skyldes alene, at evidensen er baseret på de tre RCT'er. Altså tre afrikanske RCT'er om frivillig voksenomsikæring i alderen mellem 15 og 49 år! Tiltroen til evidensen for alle øvrige undersøgte sundhedsoutcomes i notatet er enten *'lav'* eller *'meget lav'*, og selv ved vurderingen af den *'moderate'* evidens for beskyttelse mod senere heteroseksuel hiv-smitte anføres det, at risikoen for bias er *'alvorlig'*.

Det er påfaldende, at den hypotetiske sundhedsgevinst, beskyttelse mod heteroseksuel hiv-smitte, som STPS-gruppen har størst, om end kun *'moderat'* videnskabelig tiltro til i forhold til omskæring af spæde og små drenge i Danmark, er baseret udelukkende på tre afrikanske voksenomsikæringstudier, hvor der ikke indgik så meget som én eneste omskæring af en dreng under 15 år.

STPS-gruppen gør opmærksom på, at der ved læsning af notatet bør tages forbehold for, at det kan være usikkert at overføre resultaterne fra visse udenlandske studier til en dansk kontekst (side 27). Men notatet omtaler ikke med ét ord det langt væsentligere spørgsmål om, hvorvidt det overhovedet giver mening at inkludere studier om *korttidskonsekvenser* efter voksenomsikæring i en analyse, der skal belyse de sundhedsmæssige og seksuelle *kort- og langtidskonsekvenser* af dreng omskæring i spædbarns- og småbarnsalderen. Det gør det naturligvis ikke uden ekstreme forbehold!

Man kan ganske enkelt ikke med rimelighed antage, at de hiv- og sexsygdomsmæssige og seksuelle korttidskonsekvenser af voksenomsikæring, som blev undersøgt i lande som Kenya, Uganda og Sydafrika, der alle er plaget af en høj hiv-prævalens, har relevans for, hvad spæde og små drenge, som omskæres i Danmark, hvor hiv-prævalensen er meget lav, vil opleve af sundhedskonsekvenser årtier senere. At behandle frivillig omsikæring og de dermed forbundne konsekvenser blandt voksne mænd i fremmede kulturer, som var der tale om meningsfulde input i diskussionen om konsekvenser af dreng omskæring i Danmark, er slet og ret videnskabeligt useriøst og ignorerer tilmed de fundamentale etiske forskelle mellem frivillig voksenomsikæring og påtvunget dreng omskæring.

Hvis STPS-gruppens litteraturgennemgang reduceres til kun at omfatte den del af faglitteraturen, der faktisk handler om dreng omskæring, vil GRADE-evalueringen efter min vurdering ende med, at de allerfleste sundhedsoutcomes i bilag 6 må droppes, fordi der ganske enkelt ikke findes relevante studier til at belyse dem. Kun ganske få sundhedsoutcomes (fx den mulige reduktion i risikoen for urinvejsinfektioner og den markant øgede risiko for urinrørsforsnævring) vil formentlig være så velbelyste baseret på relevante dreng omskæringstudier, at evidensniveauet vil være højere end *'meget lavt'*.

### Udeladelse af relevant faglitteratur

STPS-gruppen har ved udvælgelsen af videnskabelige artikler til litteraturgennemgangen udeladt flere relevante, nyere danske studier, heraf to studier fra Rigshospitalet.

Det ene studie fra 2013 dokumenterede i en undersøgelse af 315 drenge i alderen fra tre uger til 16 år, som blev rituelt omskåret på Rigshospitalet, at der opstår ikke-trivielle komplikationer i forbindelse med omtrent hver 20. rituelle dreng omskæring (5,1%), selv når dygtige børnekirurger udfører indgrebet [23]. Artiklens forfattere konkluderede, at *"... there is no doubt that in a paediatric population [such] as ours, the possible health benefits of childhood circumcision do not outweigh the reported complication rate"*. Notatet oplyser ikke, hvorfor dette oplagt relevante danske studie er udeladt fra litteraturgennemgangen. Hvis begrundelsen er, at det ikke var snævert begrænset til omskæring af spæde og små drenge, så er det



påfaldende inkonsekvent, at STPS-gruppen samtidig har inkluderet og tillagt adskillige udenlandske studier om mulige helbredsmæssige og seksuelle konsekvenser af voksenomskæring stor vægt.

Det andet studie fra Rigshospitalet, som STPS-gruppen har ladet ude af betragtning, dokumenterer som den første store, velgennemførte populationsbaserede undersøgelse i verden, at kun i størrelsesordenen én ud af 200 (0,5%) nyfødte drenge vil opleve et forhudsproblem, der nødvendiggør omskæring inden 18 årsalderen [27]. Dette studie fra 2016 tilbageviser effektivt en væsentlig del af propagandaen fra den australske omskæringsaktivist Brian J. Morris, som STPS-gruppen beklageligvis har fæstet lid til (se nedenfor). Studiet fra Rigshospitalet dokumenterer, at hvis man lader nyfødte danske drenge forhud være, så vil 99,5% af dem kunne påbegynde voksenlivet med en intakt penis; så sjældne er de sygdomstilstande, der nødvendiggør omskæring inden myndighedsalderen. Artiklens helt elementære budskab om penisforhudens uhyre beskedne sygdomsbyrde kunne passende være omtalt i det – beklageligvis ikkeeksisterende – indledende notat-afsnit om forhudens anatomi, funktioner og betydning, som jeg efterlyste ovenfor (se afsnit 2).

Et tredje studie, som STPS-gruppen burde have inkluderet i notatet, er et dansk registerstudie fra 2018, som jeg selv udførte sammen med en statistikerkollega [28, 29]. I undersøgelsen fulgte vi mere end 850.000 danske drenge og mænd født mellem 1977 og 2003 og observerede i alt 32 tilfælde af urinrørsforsnævring (seks tilfælde af meatusstenose og 26 tilfælde af andre urethrastrikturer) blandt dem, der var blevet omskåret uden medicinsk indikation. Undersøgelsen, som er den undersøgelse i verden med suverænt længst opfølgningstid (op til 36 år), dokumenterede, at den *relative* risiko for urinrørsforsnævring er markant forøget efter ikke-terapeutisk omskæring, især blandt de yngste drenge. Blandt 0-9-årige drenge var den relative risiko for meatusstenose og andre urethrastrikturer henholdsvis 26 gange og 14 gange forøget sammenlignet med intakte drenge i samme alderskategori (baseret på i alt 461 tilfælde af urinrørsforsnævring, heraf 12 tilfælde blandt de omskårne drenge). Som eksplicit beskrevet i artiklen kan de til undersøgelsen anvendte og præsenterede registerdata *ikke* benyttes til beregning af den *absolutte* risiko for urinrørsforsnævring efter drengomskæring, men undersøgelsen slår entydigt fast, hvad klinikere har vidst i over 100 år [28], nemlig at den *relative* risiko for urinrørsforsnævring er markant forøget efter drengomskæring tidligt i livet (se nedenfor).

### Blind tillid til ekstremt kontroversielle review-artikler

I stedet for at inkludere dette i en dansk kontekst oplagt relevante studie om urinrørsforsnævring efter drengomskæring [28] valgte STPS-gruppen – formentlig fordi den ikke har kendskab til hovedforfatteren bag – at inkludere en fejlbehæftet review-artikel af den ekstremt kontroversielle australske molekylærbiolog og omskæringsaktivist Brian J. Morris [30, 31] (se også nedenfor). Trods min og min medforfatters eksplicitte advarsel til læserne om *ikke* at bruge artiklens notorisk inkomplette registerdata til at underestimere den *absolutte* risiko misbrugte Brian J. Morris vores rådata til netop at beregne et sådant underestimat for den *absolutte* risiko for urinrørsforsnævring efter drengomskæring på 0,18%. Samme bevidst fejlagtige udlægning af vores artikels rådata for at nedtone problemet med urinrørsforsnævring har en anden fremtrædende omskæringslobbyist – den danske biolog med ekspertise i tropiske parasitsygdomme Dan Meyrowitsch fra foreningen Circuminfo.dk – for nylig offentliggjort på netmediet Altinget.dk [32].

I uberettiget tillid til molekylærbiologen og omskæringsaktivisten Brian J. Morris' fejlbehæftede og manipulerende review-artikel [31] har STPS-gruppen beklageligvis overset den kendsgerning, at netop urinrørsforsnævring (meatusstenose og andre urethrastrikturer) er blandt de hyppigste [33], sandsynligvis den allerhyppigste [22], utilsigtede negative helbredsmæssige langtidskonsekvenser af

tidlig drengomsækering. Urinrørsforsnævring er en potentielt alvorlig og ofte operationskrævende tilstand, der – ifølge adskillige velgennemførte kliniske studier med gentagen lægelig inspektion af urinrørsåbningen over en årrække – opstår hos mellem 5% og 20% af tidligt omskårne drenge [34, 35, 36, 37, 38, 39, 40].

Mens STPS-gruppen har udeladt flere relevante danske studier og adskillige kliniske opfølgingsstudier, der dokumenterer en *absolut* risiko på mellem 5% og 20% for urinrørsforsnævring efter tidlig drengomsækering, så har den uden mindste forbehold stølet på ikke færre end fire reviewartikler af den ekstremt kontroversielle australske molekylærbiolog og omskæringsaktivist Brian J. Morris, som var der tale om troværdige, uhildede gennemgange af videnskaben på disse områder. Brian J. Morris hævder på baggrund af egne kreative beregninger – og i strid med alverdens lægefaglige vurderinger – at de sundhedsmæssige fordele ved drengomsækering er 100-200 gange større end skadevirkningerne, at 50% af alle intakte drenge vil opleve behandlingskrævende forhudsproblemer senere i livet, og at fordele og risici ved spædbarnsomsækering er fuldt sammenlignelige med fordele og risici ved vaccinationer i børnevaccinationsprogrammet [41].

Kun skidt informerede læsere – samt de mest ekstreme omskæringsforsvarere – tager Brian J. Morris' artikler alvorligt. End ikke i den omfattende AAP-rapport fra 2012 fra de omskæringsbegeistrede amerikanske børnelæger (se afsnit 3) var der så meget som én eneste af denne australske omskæringsaktivists talrige omskæringspublikationer blandt litteraturlistens 248 artikler [9]. Selv den hjemlige omskæringslobby, Circuminfo.dk, tager ind imellem forbehold over for Brian J. Morris, fordi manden ganske enkelt er for ekstrem [41]. Det er beskæmmende, at STPSgruppen kritikløst har inkluderet ikke én, men fire af Brian J. Morris' kontroversielle review-artikler i litteraturgennemgangen (notatets referencer 4, 14, 20 og 29), hvilket vidner om STPS-gruppens mangelfulde indsigt i, hvad der faktisk foregår på dette konfliktfyldte forskningsområde.

## ***8. Notatet benytter alvorligt underestimerede skøn over komplikationshyppigheden ved drengomsækering, ignorerer nogle mænds subjektive utilfredshed med at være omskåret og overser væsentlig ny dokumentation for markant højere risiko for amputation af penishovedet og andre alvorlige utilsigtede hændelser ved spædbarnsomsækering end ved omsækering af voksne mænd***

### **Manglende opmærksomhed på registerstudiers inkomplette data vedrørende komplikationer – og manglende inklusion af kliniske opfølgingsstudier af høj kvalitet (meatusstenose)**

Til vurdering af komplikationshyppigheden efter drengomsækering læner notatet sig op ad to studier. Det ene er et 10 år gammelt review-arbejde, der både er blevet udgivet som en WHO-rapport (notatets reference 6) og som en almindelig videnskabelig tidsskriftartikel [42]. Det andet er et stort, nyere amerikansk registerstudie baseret på sundhedsforsikringsanmeldelser [43]. Begge studier undervurderer i alvorlig grad forekomsten af omskæringskomplikationer, bl.a. fordi WHO-rapportens bagvedliggende, individuelle studier og det store amerikanske forsikringsregisterstudie opererer med urimeligt korte opfølgingsperioder varierende fra få dage til uger eller måneder, og kun enkelte studier har helt op til ét års opfølgning. Det siger sig selv, at komplikationer, der ikke er alvorlige, indlæggelseskrævende eller decideret livstruende, og komplikationer, der sædvanligvis først konstateres mere end et år efter



omskæringen (fx urinrørsforsnævring [31, 33]), vil være alvorligt underestimerede i de inkluderede studier. Af disse og andre grunde giver studierne, som notatets skøn over komplikationshyppigheden bygger på, misvisende og væsentligt for lave estimater (på 0,4% og 1,5% [42, 43]) for den samlede komplikationsrate efter drengomsækering.

Når det tages i betragtning, at et stort antal velgennemførte kliniske opfølgingsstudier har rapporteret urinrørsforsnævring hos mellem 5% og 20% blandt tidligt omskårede drenge, hvor de forskende omskæringslæger har inspiceret drengenes urinrørsåbning ved gentagne lejligheder over flere år [34, 35, 36, 37, 38, 39, 40], bliver det klart, at notatets bud på en samlet *absolut* risiko for komplikationer på mellem 0,4% og 1,5% [42, 43] er mindst 3,3 gange – og formentlig snarere en faktor 10-50 – for lavt anslåede.

### Subjektiv utilfredshed med at være omskåret ignoreres som komplikation til drengomsækering

Undersøgelser har endvidere vist, at en ikke uvæsentlig andel af mænd, der blev omskåret uden medicinsk indikation som små, ville ønske, at de ikke var blevet omskåret. En amerikansk YouGov-meningsmåling fra 2015 viste, at i størrelsesordenen 10% af amerikanske mænd, der var blevet omskåret (hvilket i USA typisk foregår allerede inden for de første dage efter fødslen), ville ønske, at de *ikke* var blevet omskåret [44]. I en stor dansk befolkningsundersøgelse fra 2019 med over 27.000 nationalt repræsentative mandlige deltagere oplyste 5,5% af de mænd, der var blevet rituelt omskåret, at de var utilfredse med at være blevet omskåret. Til sammenligning var der kun 0,7% af mænd med intakt penis, som var utilfredse med, at de ikke var blevet omskåret. Andelen af rituelt omskårede mænd, der var utilfredse med deres penis, var altså ca. otte gange større end den utilfredse andel blandt intakte mænd [6].

Notatet bør i det samlede skøn over komplikationer og negative konsekvenser af drengomsækering medregne den langt fra negligeeable andel af omskårede danske mænd, der er utilfredse med at være blevet omskåret uden legitim medicinsk grund (5,5%). Notatets meget konservative, registerbaserede estimater for den samlede *absolutte* komplikationsrisiko på mellem 0,4% og 1,5% bør opjusteres markant, måske helt op til 20%, hvis man tager både objektivt konstaterbare operationskomplikationer og utilsigtede hændelser, negative helbredsmæssige og seksuelle kort- og langtidsskadevirkninger og subjektiv utilfredshed med at være blevet omskåret i betragtning.

### Svagt underbygget konklusion om lavere komplikationsrate ved tidlig drengomsækering

STPS-gruppen henviser til samme fejlbehæftede WHO-rapport som nævnt ovenfor (notatets reference 6), når det gælder notatets vurdering af betydningen af alder ved drengomsækering for hyppigheden af operationskomplikationer, utilsigtede hændelser og negative helbredsmæssige langtidskonsekvenser. Ordlyden er som følger: *"Komplikationer optræder mindre hyppigt blandt nyfødte og børn under et år end blandt ældre børn i forbindelse med omsækering"* (side 8).

Som nævnt ovenfor er der alvorlige metodemæssige begrænsninger i form af for kort opfølgningstid i de bagvedliggende originalstudier, hvorfor forekomsten af sent indsættende komplikationer som fx urinrørsforsnævring, der ofte først konstateres flere år efter omsækering af spæde drenge, vil mangle helt eller være væsentligt underestimeret. Denne systematiske fejlkilde i WHO-rapportens originalstudier bidrager til at skabe det fejlagtige indtryk, at spædbarnsomsækering er forbundet med færre komplikationer end omsækering senere i livet.

Et andet problem i WHO-rapportens underliggende originalstudier er, at en væsentlig andel af de lidt større drenge i flere studier blev omskåret på medicinsk indikation, typisk på grund af forhudsforsnævring. At komplikationsraten er større blandt drenge med end blandt drenge uden patologiske forhudsforhold er ikke overraskende. Men da sådanne patologiske forhudsforhold ikke eller kun meget sjældent optræder hos spæde og helt små drenge, var WHO-rapportens underliggende patientmateriale skævvredet og bestod af altovervejende raske spæde drenge på den ene side og større drenge, hvoraf en betydelig andel havde patologiske forhudsforhold, på den anden.

Den i WHO-rapporten konstaterede – og i notatet repeterede – lavere komplikationsfrekvens efter omskæring af spæde drenge end større drenge, er således rimeligvis i væsentlig grad forklaret ved den højere forekomst af forhudspatologi hos de større drenge, kombineret med manglende information om sent indsættende komplikationer efter især spædbarnsomskæring (fx urinrørsforsnævring). Hvis man inddrager mere komplette data fra velgennemførte kliniske opfølgingsstudier, står det klart, at den samlede komplikationshyppighed er betydeligt større ved spædbarnsomskæring end ved omskæring af større drenge, hvilket jeg sammen med en forskerkollega redegjorde for i 2018 i en fagfællebedømt videnskabelig artikel i tidsskriftet *Global Public Health* [22, 45] – en artikel, der i lighed med flere andre relevante danske artikler (se afsnit 7) unddrog sig STPS-gruppens opmærksomhed eller slet og ret blev ignoreret.

### Ny dokumentation for alvorlige penislæsioner efter spædbarnsomskæring (PEPFAR)

Ny tungtvejende dokumentation for, at risikoen for alvorlige omskæringskomplikationer er væsentligt større ved spædbarnsomskæring end ved omskæring af større drenge og unge mænd er netop offentliggjort i en rapport om planerne for budgetår 2020 fra den amerikanske fond PEPFAR (*President's Emergency Plan for AIDS Relief*) [46]. PEPFAR har været hovedsponsor for de næsten 23 millioner drenge- og voksenomskæringer, som har fundet sted i det sydlige og østlige Afrika siden 2007 i den håbefulde forventning, at færre mænd derved vil pådrage sig heteroseksuelt overført hiv.

I den nye PEPFAR-rapport præsenteres resultaterne af en opgørelse af de alvorlige utilsigtede hændelser (*'notifiable adverse events'*), som blev indberettet i forbindelse med de millionvis af drenge- og voksenomskæringer, fonden har stået bag i perioden 2015-2018 [46]. Det fremgår med næsten brutal klarhed, at forholdet mellem antallet af glansamputationer og andre alvorlige utilsigtede hændelser og antallet af udførte omskæringer er 10 gange større i spædbarnsalderen end blandt voksne mænd og drenge over 15 år. Analysens klare og foruroligende resultater har fået PEPFAR til med omgående virkning at stoppe al økonomisk støtte til omskæring af drenge under 15 år. Dette er væsentlige nye oplysninger, som bør indgå i notatet.

Jeg sendte den 15. december 2019 et notat til STPS om de nye oplysninger fra PEPFAR [47, 48], men STPSgruppen nåede ikke at inkludere oplysningerne i notatudkastet fra den 20. december 2019.

På baggrund af ovenstående bør det stå klart, at notatets påstande om, at omskæringsrelaterede komplikationer optræder *"mindre hyppigt blandt nyfødte og børn under et år end blandt ældre børn"* (side 8) eller *"mindre hyppigt blandt nyfødte end blandt ældre børn"* (side 26) er uholdbare. I realiteten forholder det sig efter alt at dømme lige omvendt, nemlig sådan at risikoen for alvorlige operationskomplikationer og negative helbredsmæssige kort- og langtidskonsekvenser er markant større, jo yngre drengene er ved omskæringen. Når en amerikansk, omskæringspromoverende fond som PEPFAR med omgående virkning sætter en stopper for udbredelsen af drengomskæring i Afrika, fordi komplikationsrisikoen er uacceptabel blandt især de helt spæde drenge, så bør STPS anlægge samme

forsigtighedsprincip og under alle omstændigheder korrigerer notatets fejlagtige påstand om lavere komplikationsrisiko ved omskæring af spæde drenge.

## Konklusion (gentagelse fra side 3)

Trods sin lange forberedelsestid og sit betydelige omfang er notatet i sin nuværende form hæmmet af så alvorlige fejl og mangler, at det ikke giver nogen vidensafklaring om de sundhedsmæssige og seksuelle konsekvenser af drenges omskæring i Danmark.

Afhængig af det egentlige formål med notatet tegner der sig to mulige scenarier:

### *Scenario 1: Notatet som sundhedspolitisk værktøj*

Hvis notatet i virkeligheden er et sundhedspolitisk bestillingsarbejde, hvis formål er at holde situationen uafklaret om de helbredsmæssige og seksuelle konsekvenser af drenges omskæring – et formål som det hidtidige, stærkt kritiserede notat fra 2013 effektivt har tjent – så er det nye notat vellykket, og STPS behøver ikke at ændre noget. Den manglende videnskabelige stringens og sriben af påpegede fejl og mangler, som jeg og andre har fremført, kan da blot ignoreres, hvorved notatet formentlig effektivt vil tjene sit politiske formål i en årrække fremover.

### *Scenario 2: Notatet som sundhedsfagligt værktøj*

Hvis STPS derimod, hvilket man må håbe, har en genuin sundhedsfaglig ambition med notatet, som går ud på at skabe klarhed om de sundhedsmæssige og seksuelle konsekvenser af drenges omskæring, så er det simpelthen nødvendigt at involvere læger, der besidder den fornødne detailviden om forskningsfeltets mange faldgruber, i det videre arbejde med at revidere notatet. En sådan revision går først og fremmest ud på at begrænse den allerede gennemgåede faglitteratur til den væsentligt mindre andel heraf, der specifikt – eller i det mindste *også* – handler om drenges omskæring i lande, som det giver mening at sammenligne Danmark med. Naturligvis suppleret med relevante artikler om emnet, der i første omgang unddrog sig STPS-gruppens opmærksomhed. STPS vil i løbet af relativt kort tid og med en begrænset ekstra arbejdsindsats kunne tilvejebringe et betydeligt slankere, men til gengæld videnskabeligt stringent og retvisende notat, der bygger på den del af faglitteraturen, som faktisk handler om drenges omskæring og denne kontroversielle operations helbredsmæssige og seksuelle kort- og langtidskonsekvenser.

## Min faglige baggrund

Jeg har som læge og forsker beskæftiget mig med epidemiologisk forskning i over 30 år. Som forfatter og medforfatter har jeg en samlet publikationsproduktion på knap 200 videnskabelige publikationer, og min forskning har gennem tiden opnået en vis international gennemslagskraft ([H-index 51](#)). Jeg har modtaget forskellige priser for min epidemiologiske forskning fra bl.a. [Kræftens Bekæmpelse](#) og [AIDS-Fondet](#), og jeg har siden 2012 været universitetstilknyttet (adjungeret) professor i seksuel sundhedsepidemiologi.

Sideløbende med min lægefaglige forskerkarriere har jeg siden 2002 deltaget i såvel den lægefaglige som den offentlige debat om drenges omskæring. I den forbindelse har jeg bl.a. skrevet leder- og debatartikler

om drengeskæringsproblemet i Ugeskrift for Læger [49], og jeg har offentliggjort utallige oplysende og debatterende indlæg i landets aviser samt deltaget i adskillige radio- og tv-debatter om emnet, lige som jeg har deltaget aktivt i udbredelsen af viden om drengeskæring på de sociale medier. Som forsker har jeg taget opfordringen fra en tidligere forskningsminister seriøst [50] og bidraget med min lægefaglige og forskningsmæssige ekspertise om emnet for at højne videns- og debattiveauet i offentligheden. Den 22. oktober 2014 holdt jeg som særligt inviteret sagkyndig et oplæg om drengeskæringsproblemet på Christiansborg, da Folketinget afholdt sin hidtil eneste konference om emnet. Interesserede kan se mit oplæg på YouTube [51].

Hvis man kombinerer søgeordene (MeSH Terms) 'circumcision' og 'Denmark' på litteratursøgemaskinen PubMed, som indeholder stort set alle verdens sundhedsfaglige publikationer i tidsskrifter med fagfællebedømmelse (peer review), så vil man pr. d.d. (den 9/2-2020) for de seneste 25 år (1995-2019) finde i alt 14 videnskabelige artikler, oversigtsartikler eller videnskabelige korrespondancer med dansk islæt. Syv af disse videnskabelige publikationer, eller 50%, har jeg skrevet eller været medforfatter på. Søgeord fanger imidlertid ikke alle artikler. I alt har jeg skrevet eller været medforfatter på 15 videnskabelige artikler, oversigtsartikler eller videnskabelige korrespondancer med relevans for drengeskæringsproblemet – og disse publikationer er alle offentliggjort i videnskabelige tidsskrifter med fagfællebedømmelse (peer review). Jeg er i særklasse den danske læge og forsker, som har fået offentliggjort flest videnskabelige publikationer med relevans for emnet drengeskæring i fagtidsskrifter med peer review.

#### **Deklarering af potentielle interessekonflikter**

Jeg har som læge, forsker og almindelig borger i Danmark gennem mange år deltaget i såvel lægefaglige som offentlige debatter og oplysningsaktiviteter om de etiske og sundhedsfaglige aspekter af ikke-terapeutisk børneskæring, herunder både pigeomskæring og drengeskæring. Jeg har ingen økonomiske, politiske, ideologiske, religiøse eller antireligiøse tilknytningsforhold, der med rimelighed kan opfattes som en interessekonflikt. Min holdning til omskæring af raske børn, som jeg ved talrige lejligheder har tilkendegivet i såvel lægefaglige sammenhænge som i offentligheden, er som Lægeforeningens, nemlig at det er etisk uacceptabelt at omskære raske børn under myndighedsalderen [4]. Desuden mener jeg, at drengeskæringsproblemet bør reduceres og på sigt elimineres ved en kombination af lovgivning, passende sanktioner ved lovovertrædelser og massiv oplysning til særligt berørte befolkningsgrupper. Af denne grund var jeg i 2018 medstiller af det borgerforslag om indførelsen af en 18-årsmindstealder for omskæring af raske børn, der opnåede mere end 50.000 støtter og efter planen skal førstebehandles i Folketinget som Beslutningsforslag B 5 i løbet af foråret 2020 [52]

## Referencer

1. Sundhedsstyrelsen (2013): <https://stps.dk/da/nyheder/2013/omskaering-afdrengeboern/~media/92A1A9B3C9E34F22A855659470CD81FE.ashx> 2. Jordemoderforeningen (2015): <http://www.jordemoderforeningen.dk/aktuelt/nyheder/nyhed/artikel/omskaering-af-drengeboern/> 3. Frisch M (2014): <https://politiken.dk/debat/kroniken/art5619191/Sundhedsstyrelsens-vejledning-omlem%C3%A6stelse-af-drenge> 4. Lægeforeningen (2016): [https://www.laeger.dk/sites/default/files/laegeforeningens politik vedroerende omskaering af drengeb oern uden medicinsk indikation dec 2016.pdf](https://www.laeger.dk/sites/default/files/laegeforeningens_politik_vedroerende_omskaering_af_drengeb_oern_uden_medicinsk_indikation_dec_2016.pdf)
5. Dansk Sygeplejeråd (2017): <https://dsr.dk/politik-og-nyheder/nyhed/omskaering-af-drenge-boer-kunsk-efter-den-unge-er-myndig>
6. Frisch M, et al (2019): [https://files.projektsexus.dk/2019-10-26\\_SEXUS-rapport\\_2017-2018.pdf](https://files.projektsexus.dk/2019-10-26_SEXUS-rapport_2017-2018.pdf)
7. Frisch M, et al (2013): <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23509170>
8. Børnerådet, Børns Vilkår og Red Barnet (2014): <https://www.boerneraadet.dk/nyheder/nyheder2014/boerneraadet,-boerns-vilkaar-og-red-barnet-gaar-sammen-i-faelles-erklaering-mod-omskaering-laddrengene-bestemme-selv>
9. American Academy of Pediatrics (AAP) (2012): <https://pediatrics.aappublications.org/content/130/3/e756>
10. Merwin T (2012): <https://jewishweek.timesofisrael.com/fleshing-out-change-on-circumcision/> 11. Freedman A (2016): <https://pediatrics.aappublications.org/content/pediatrics/early/2016/04/04/peds.2016-0594.full.pdf> 12. Shabanzadeh DM, et al (2016): <https://ugeskriftet.dk/dmj/male-circumcision-does-not-result-inferiorperceived-male-sexual-function-systematic-review>
13. Frisch M & Earp BD (2016): [https://ugeskriftet.dk/files/2016-07-01\\_commentary\\_frisch\\_earp\\_on\\_paper\\_by\\_shabanzadeh\\_et\\_al\\_dmj\\_1.pdf](https://ugeskriftet.dk/files/2016-07-01_commentary_frisch_earp_on_paper_by_shabanzadeh_et_al_dmj_1.pdf)
14. Frisch M (2016): <https://jyllands-posten.dk/debat/breve/ECE8902859/artikel-om-omskaering-afdrenge-er-misvisende/>
15. Tian Y, et al (2013): <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23749001>
16. Yang Y, et al (2018): <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28653427>
17. Friedman B, et al (2016): <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1198743X16302683>
18. Circuminfo.dk (2020): <https://circuminfo.dk/videnskab-anbefalinger-og-studier/#8>
19. Dansk Selskab for Anæstesiologi og Intensiv Medicin (2019): <http://www.dasaim.dk/allenyheder/omskaering-af-drenge-horingssvar-til-stps/>
20. Holliday MA, et al (1999): <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10323627>
21. Ejbye-Ernst A (2020): <https://dagensmedicin.dk/laeger-kritiserer-notat-om-omskaering-under-fagligstandard/>
22. Frisch M & Earp BD (2018): <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/17441692.2016.1184292>
23. Thorup J, et al (2013): <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23905566> 24. Böcher S (2019): <https://www.sundhed.dk/borger/patienthaandbogen/boern/sygdomme/infektioner/urinvejsinfektion-hosboern/>
25. Statens Serum Institut (2019): <https://statistik.ssi.dk/sygdomsdata#!/?sygdomskode=HIV&kon=1&herkomst=1&smittevej=304&xaxis=Aar&show=Graph&aar=2018%7C2018&datatype=Individual>
26. Kræftens Bekæmpelse (2020): <https://www.cancer.dk/peniskraeft-peniscancer/> 27. Sneppen I & Thorup J (2016):

- <https://pediatrics.aappublications.org/content/pediatrics/early/2016/04/04/peds.2015-4340.full.pdf> 28.
- Frisch M & Simonsen J (2018): <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28017691>
29. Hoffmann T (2016): <https://sciencenordic.com/childrens-health-circumcision-denmark/malecircumcision-greatly-increases-risk-of-urinary-tract-problems/1441376>
30. Morris BJ & Krieger JN (2017): <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28826876>
31. van Howe R (2018): <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29702158>
32. Meyrowitsch D (2019): <https://www.altinget.dk/sundhed/artikel/forskningsleder-hvad-er-myter-oghvad-er-evidens-paa-forhudsfronten>
33. Upadhyay V, et al (1998): <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9539919/>
34. Patel H, et al (1966): <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1936659/>
35. Persad R, et al (1995): <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=7850308>
36. van Howe RS (2006): <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16429216>
37. Bazmamoun H, et al (2008): <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19101896>
38. Joudi M, et al (2011): <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20851685>
39. Kajbafzadeh A-M, et al (2011): [https://www.auajournals.org/doi/10.1016/j.juro.2011.02.409\\*](https://www.auajournals.org/doi/10.1016/j.juro.2011.02.409*)
40. Mondal SK, et al (2013): <https://www.banglajol.info/index.php/JSSMC/article/view/16204>
41. Sixty Minutes Australia (2013): <https://www.youtube.com/watch?v=n7a7RLMc4Cg>
42. Weiss HA, et al (2010): <https://bmcurol.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2490-10-2>
43. El Bcheraoui C, et al (2014): <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24820907>
44. YouGov (2015): <https://today.yougov.com/topics/lifestyle/articles-reports/2015/02/03/youngeramericans-circumcision>
45. Frisch M (2016): <https://dagensmedicin.dk/senere-omskaring-giver-farre-komplikationer/> 46.  
President's Emergency Plan For AIDS Relief (PEPFAR) (2020):  
<https://www.state.gov/wpcontent/uploads/2020/01/COP20-Guidance.pdf#page184>
47. Frisch M (2019):  
<https://www.ft.dk/samling/20191/beslutningsforslag/B5/bilag/1/2132483.pdf>
48. Frisch M (2019):  
<https://www.ft.dk/samling/20191/beslutningsforslag/B5/bilag/1/2132035.pdf>
49. Frisch M (2013): <http://www.e-pages.dk/laege/521/html5/31>
50. Ebdrup N (2014): <https://videnskab.dk/kultur-samfund/ministeren-bland-jer-i-debatten-forskere>
51. Frisch M (2014): <https://www.youtube.com/watch?v=EgvMAVPF6Fs>
52. Beslutningsforslag B5 Forslag til folketingsbeslutning om indførelse af 18-årsmindstealder for omskæring af raske børn (borgerforslag):  
<https://www.ft.dk/samling/20191/beslutningsforslag/B5/index.htm>



## Bemærkninger til høringsnotat om omskæring – 2020

Flere spørgeundersøgelser viser nærmest samstemmende, at ca. 87% af den danske befolkning ønsker afskaffelse af ikke-medicinsk omskæring når det gælder mindreårige drenge – altså drenge under 18 år.

I den forbindelse har jeg med interesse læst høringsnotatet så godt igennem som jeg har kunnet nå på de få dage, der var afsat til den offentlige høring. Derfor er mine overvejelser om notatet ikke tilnærmelsesvis tilendebragt, men må indskrænke sig til nedenstående punkter/synspunkter, som jeg håber vil blive læst og anvendt.

I det efterfølgende er der tale om drenges omskæring uden medicinsk indikation, når jeg bruger benævnelserne ”drengeomskæring” eller ”amputation af forhud”.

1. **Overtrædelse af straffelovens § 245 stk. 1 eller 2?** Grundlæggende er jeg af den opfattelse, at et legemsangreb af den karakter som en amputation af en drengs forhud vitterligt er, vil og bør være omfattet af straffelovens § 245, stk. 1 eller eventuelt stk. 2 (legemsangreb) Dels fordi skader og risici er indenfor denne paragrafs rammer og dels fordi der ikke findes modsat rettet lovgivning, der på tilsvarende vis som det gælder ved nødret, nødværge eller politiloven legitimerer den anvendte vold. Autorisationsloven kan efter mit skøn ikke neutralisere en voldsparagrafs virkning eftersom autorisationsloven er en anvisning af, hvordan og af hvem visse sundhedsmæssige arbejdsopgaver må/skal udføres – vel at mærke på et lovligt grundlag. Nogle har forklaret den nuværende retstilstand (eller mangel på samme) med begrebet ”retssædvane”. Altså en hævdevunden undladelse af retshåndhævelse i omskæringstilfælde. I vore tider dog betinget af, at forældremyndighedshaverne samstemmende (hvis to) har afgivet samtykke samt at selve omskæringen er udført efter sundhedsmyndighedernes vejledning. Straffelovens voldsbestemmelser samt begrebet ”retssædvane” har ikke (mig bekendt) været fremme i justitsministeriets eller andre ministeriers snart talrige redegørelser. Jeg synes det vil være gavnligt for alle, hvis justitsministeriet bedes om at belyse aspekterne ved en fremtidig brug af denne paragraf eller straffeloven i det hele taget.
2. **Komplikationer og skader.** I notatet skrives der rigtig meget om mulige effekter og komplikationer i forbindelse med omskæring. Endvidere om bedøvelse, metoder og lignende sundhedsproblematikker, der ses ved sygdomsforbundne og behandlingsmæssige

operative indgreb. Det er selvfølgelig relevant, hvis en skade medfører følgeskader, men mindst lige så relevant må den egentligt påførte skade vel siges at være? Derfor vil jeg opfordre til, at forhudsamputation uden medicinsk begrundelse omtales og betragtes som en legemsbeskadigelse med de funktionstab, som den manglende legemsdel automatisk vil give anledning til, hvilket jo ikke er en komplikation, men en direkte konsekvens af legemsbeskadigelsen. I samme boldgade er i notatet opremset en række potentielle positive effekter af drenges omskæring. Det virker nærmest som et forsvar for den religiøse/kulturelle omskæring og giver måske anledning til en vis tvivl om Styrelsens uvildighed? Om forhudens funktion anføres meget kort, at forhuden er en dobbelt hudfold, hvis funktion og betydning, der ellers ikke findes nogen beskrivelse for. Dog nævnes, at forhuden beskytter glans på penis og udgør noget af det mest følsomme område på penis. Begge dele er korrekte, men beskrivelsen synes jeg er mangelfuld. Således fremgår det ikke, at forhuden ikke kun er yderst følsom, hvis man får forhuden i klemme i en lynlås, men også i seksuelle sammenhænge, hvor seksuel berøring/friktion frembringer lyst og nydelse. Derfor er konsekvensen af en forhudsamputation betydelig mere omfattende end der er beskrevet i notatet. Jeg vil hælde til, det pgl. afsnit er skrevet af en kvinde eller en omskåret mand. Ellers er jeg lidt uforstående overfor beskrivelsen.

- 3. Kan ikke-medicinsk begrundet legemsbeskadigelse være et administrativt anliggende under STPS?** Min oplevelse ved at læse omhandlede notat samt ved gennem længere tid at have iagttaget den markante politiske modvilje mod en 18-års nedre grænse for omskæring af drengebørn, er, at den tidligere Sundhedsstyrelse og nuværende Styrelse for Patientsikkerhed igennem mange år har ladet sig misbruge i nogle politiske ærinder, der handler om, at der ikke må sættes spørgsmålstejn ved omskæringspraksis. Gerne når det gælder piger/kvinder, men absolut ikke drenge. Jeg synes notatet med al tydelighed viser, at det politiske lag ønsker at gøre autorisationsloven - i kombination med STPS's kommende vejledning til et lovgrundlag for drenges omskæring selv om det er en naturstridig kobling, der kun kan lade sig gøre, hvis der fremsættes og vedtages et egentligt lovforslag om drenges omskæring lighed med andre lande. Vedtages et lovforslag om en 18-års nedre grænse løser problemet herefter sig selv, hvorefter man kan nøjes med de lægefaglige forskrifter, der gælder for drenges omskæring af medicinske årsager.
- 4. Ligestilling mellem kønnene er ikke omtalt i notatet.** Hvorfor ikke? Er det ikke vigtigt i disse tider – eller har jeg overset det?
- 5. Børnenes tarv (beskyttelse) eller forældrenes rettigheder og religion/kultur?** Er det børnenes tarv der tilgodeses, når man fastholder forældrenes ret til at lade deres drengebørn legemsbeskadige – uanset, hvilket motiv man måtte have? Denne vigtige vinkel er heller ikke med i notatet. Er børnenes tarv og herunder ret til intakt krop (forhud) fuldstændig uden interesse og betydning? Eller har jeg også overset et afsnit om det emne?
- 6. Er de internationale konventioners tekster så svært tilgængelige, at de enkelte paragraffer på nationalt plan kan tolkes nærmest 100 % modsat for at nå et bestemt mål?** Jeg tænker på FN's Børnekonvention, Den Europæiske Menneskerettighedskonvention samt Biotekkonventionen. I alle disse konventioner er



børnernes beskyttelse højt prioriteret og samtidig gives der mulighed for at justere på graden af religionsfrihed. Den mulighed ser det ikke ud til, at politikere og myndigheder i Danmark vil benytte sig af. Måske i tråd med FN's Hans Bielefeldt (særlig rapportør for religions- og trosfrihed) har udtalt overfor FN's generalforsamling, at drenges omskæring (hvis hygiejnisk mv.) bør respekteres som en del af religionsfriheden (vel at mærke via forældrene/værgerne). Endvidere i form af den daværende socialminister, der i et svar til Sundheds- og ældreudvalget anfører, at Børnekonventionens §24 (afskaffelse af traditionsbundne ritualer som er skadelige for børns sundhed er indeholdt i Autorisationslovens §17 samt tilhørende vejledning om omskæring og derved ikke i strid med konventionen. På næsten tilsvarende måde svarer sundhedsministeren at Biotekkonventionens artikel 6 (Ikke intervenere en umyndig, hvis det ikke er til direkte fordel for personen) også er deler princip med autorisationslovens § 17 + vejledning og således ikke er i strid med Biotekkonventionen. Er det så simpelt at det bare er en politisk sag, hvordan man ønsker at fortolke sådanne konventioner?

**/Henning Møller,**

## Torben Brinck

Bemærkning til høringsudkast til opdateret notat om omskæring - 2020.

Vedrørende opståede fejl i teksten, ved switch af udtrykket 'rituel omskæring' til 'ikke-medicinsk omskæring' o.l udtryk.

Eksemplarisk:

"Efter Sundhedsstyrelsens oplysninger er rituel omskæring ikke forbudt ved lov i nogen lande."  
(Notat 2013)

"Styrelsen er ikke bekendt med, at omskæring på ikke-medicinsk indikation er forbudt i nogen lande." (Notatudkast 2019)

Styrelsen bedes være opmærksom på at 'rituel omskæring' ikke er synonymt med 'omskæring på ikke-medicinsk indikation'. Udsagnet ovenfor, fra notatet fra 2013, med sprogbrugen 'rituel omskæring', var således retvisende, mens den opdaterede version i høringsudkastet, som betjener sig af den alternative sprogbrug 'omskæring på ikke-medicinsk indikation' ikke er retvisende.

Omskæring på rituel, dvs religiøs indikation, er rigignok ikke forbudt ved lov i noget lande. Men omskæring på anden ikke-medicinsk indikation, end religiøs, kan udmærket være forbudt af et lands love.

Det gælder fx Sydafrika, hvor omskæring af drenge på ikke-medicinsk indikation generelt er forbudt, -- med undtagelse af omskæring, der er foreskrevet af den pågældendes religiøse tilhørsforhold, og som udføres efter ritualet i den pågældende religion.

Der gælder for så vidt også Danmark, hvor det er forbudt at omskære under 18-årige på ikke-medicinsk indikation, såfremt den ikke-medicinske indikation er kosmetisk, men det (antages at være) lovligt, såfremt den ikke-medicinske indikation er religiøs/kulturel.

Der er iøvrigt ikke noget overraskende i at en operations lovlighed, dens berettigelse over for landets love, har noget at gøre med dens formål, i det konkrete tilfælde. Det må man regne generelt er tilfældet, hvilket også må være styrelsen bekendt. En operation kan naturligvis ikke berettiges i blot det: at der ikke er medicinsk indikation for den..

Med venlig hilsen  
Torsten Brinch



Torben Norre Rasmussen:

Indsendt: 26-01-2020

Til Styrelsen for patientsikkerhed

Først vil jeg gerne rose Styrelsen for en yderst grundig og fyldestgørende rapport. Alle emner er belyst på et (for mig som videnskabsmand) højt videnskabeligt og dokumentarisk niveau.

Min eneste kommentar vedrører indberetninger af rituel omskæring. Jeg mener at rapportering er godt for at dokumentere eventuelle komplikationer. Jeg synes dog at patienterne (forældrene) skal give deres samtykke. Jeg oplever, som nævnt i rapporten, adskillige som er yderst bekymret for registrering af religiøst tilhørsforhold. Mange er bange for, at informationerne kan blive misbrugt.

Dette underbygges jo af, at alle har aktindsigt og kan få oplyst bl.a. behandlingssteder og mere.

Hvad bliver det næste?

Historien har jo desværre vist at sådanne registre kan misbruges.

MVH

Torben Norre Rasmussen, Speciallæge, dr.med. og Ph.D

## Rasmus Normand

Indsendt: 01-02-2020

Afskæring/amputation af raske drenges forhud bør naturligvis ikke finde sted herhjemme.

Det er en voldsom krænkelse af drengens basale menneskerettigheder.

Drengene skal naturligvis kunne vokse op med hele deres raske og velfungerende krop.

Der tales ofte om følgekomplicationer og følgeskader i forbindelse med fjernelsen af den sunde og velfungerende forhud. Her må jeg bare sige, at i hvert eneste tilfælde hvor en sund og rask dreng frarøves sin forhud sker der en skade. Hans penis er skadet, da forhuden mangler og ikke fremover kan yde de funktioner den er til for at yde.

Så selve handlingen at bortoperere en sund og velfungerende forhud er, at påføre en bevidst og irreversibel skade. Det hører naturligvis ingen steder hjemme.

I 2020 må kulturelle blodritter vige for respekten for individets ret til en hel og intakt krop. Vi kan ikke være andet bekendt.

Jeg håber inderligt - ligesom mellem 80-90% af befolkningen - at drenge snart kan nyde samme rettigheder i dette land, som alle andre.

Spørgsmålet er i virkeligheden ikke et sundhedsanliggende, men et menneskeretligt ditto.

Nedenfor lister jeg en række love og konventioner, der – selvfølgelig – viser at man ikke sådan bare lige kan skære raske og velfungerende dele af andre mennesker efter forgodtbefindende.

Med venlig hilsen

Rasmus Normand

Cand.pæd.soc

Sundhedsloven

§ 52, stk. 2:

Fra en person, som har meddelt skriftligt samtykke hertil, kan væv og andet biologisk materiale udtages i personens levende live til behandling af sygdom eller legemsskade hos et andet menneske.

Stk. 2. Samtykke kan meddeles af den, der er fyldt 18 år. Såfremt ganske særlige grunde taler derfor, kan indgrebet dog foretages med samtykke fra en person under 18 år, når samtykket er tiltrådt af forældremyndighedens indehaver. For en person, som er under 15 år, eller som mangler evnen til selv at give samtykke, kan samtykket gives af forældremyndighedens indehaver eller af værgeren, når betingelserne herfor er opfyldt, jf. stk. 3. Der kan dog ikke gives samtykke til, at der

fra en person under 18 år eller fra en person, som mangler evnen til selv at give samtykke, udtages ikke gendanneligt væv.

Link:

<https://www.retsinformation.dk/forms/r0710.aspx?id=183932>

Straffeloven

**§ 244.** Den, som øver vold mod eller på anden måde angriber en andens legeme, straffes med bøde eller fængsel indtil 3 år.

**§ 245.** Den, som udøver et legemsangreb af særligt rå, brutal eller farlig karakter eller gør sig skyldig i mishandling, straffes med fængsel indtil 6 år. Har et sådant legemsangreb haft betydelig skade på legeme eller helbred til følge, skal dette betragtes som en særligt skærpende omstændighed.

Stk. 2. Den, som uden for de i stk. 1 nævnte tilfælde tilføjer en anden person skade på legeme eller helbred, straffes med fængsel indtil 6 år.

**§ 245 a.** Den, som ved et legemsangreb med eller uden samtykke bortskærer eller på anden måde fjerner kvindelige ydre kønsorganer helt eller delvis, straffes med fængsel indtil 6 år.

**§ 246.** Har et legemsangreb, der er omfattet af § 245 eller § 245 a, været af en så grov beskaffenhed eller haft så alvorlige skader eller døden til følge, at der foreligger særdeles skærpende omstændigheder, kan straffen stige til fængsel i 10 år.

Link:

<https://www.retsinformation.dk/forms/R0710.aspx?id=192080>

EU's charter om grundlæggende rettigheder

Artikel 3, stk. 1:

- Ret til respekt for menneskets integritet
- Enhver har ret til respekt for sin fysiske og mentale integritet.
- Link:
- [http://www.europarl.europa.eu/charter/pdf/text\\_da.pdf](http://www.europarl.europa.eu/charter/pdf/text_da.pdf)

Bioetikkonventionen

Artikel 6:

## **Beskyttelse af personer, der mangler evnen til at give samtykke**

1. I overensstemmelse med artikel 17 og 20 nedenfor må en intervention kun foretages på en person, der mangler evnen til at give samtykke, hvis det er direkte til fordel for denne person.

2. I tilfælde, hvor en mindreårig ifølge loven ikke kan give samtykke til en intervention, kan interventionen kun foretages med bemyndigelse fra en repræsentant for denne person eller en myndighed eller person eller organ foreskrevet ved lov.

Den mindreåriges synspunkt skal betragtes som en stadig mere afgørende faktor jo ældre og mere moden vedkommende er.

Link:

<https://www.retsinformation.dk/forms/r0710.aspx?id=22903>

## **FNs Børnekonvention**

Artikel 19, stk. 1:

Deltagerstaterne skal træffe alle passende lovgivningsmæssige, administrative, sociale og uddannelsesmæssige forholdsregler til beskyttelse af barnet mod alle former for fysisk eller psykisk vold, skade eller misbrug, vanrøgt eller forsømmelig behandling, mishandling eller udnyttelse, herunder seksuel misbrug, medens barnet er i forældrenes, værgens eller andre personers varetægt.

Artikel 24, stk. 3:

Deltagerstaterne skal tage alle effektive og passende forholdsregler med henblik på afskaffelse af traditionsbundne ritualer, som er skadelige for børns sundhed.

Link:

<https://www.retsinformation.dk/forms/r0710.aspx?id=60837>

Ercan Alici

Indsendt: 01-02-2020

Til rette vedkommende

Jeg er rituelt omskåret 2 gange i min barndom og vil hermed gerne bemærke følgende:

Jeg kan som voksen (tidligere rituelt omskåret) ikke se mine interesser repræsenteret i notatet

Anderkendes den skade, som omskæring i sig selv har påført min penis i forhold til naturlig udseende, naturlig funktion og at min helbredstilstand i tiden efter omskæringerne gik fra rask til patient?

Jeg er meget fortvivlet over som voksen 40-årig at døje med de negative konsekvenser, psykisk som fysisk, som omskæringerne har medført.

Det undrer mig at denne praksis ikke gøres ulovlig for børn.

Venlig hilsen

Ercan Alici



Ole Meyersahm

Indsendt: 01-02-2020

Her er mine bemærkninger til høringsnotatet.

Følg med på et tankeeksperiment...

Lad os antage at jeg tilbeder Julemanden - man kunne jo kalde mig en 'Santanist' - og at det var min religiøse overbevisning. Det er der ingen problemer i. Folk vil muligvis grine lidt og ryste på hovedet af mig. Sådan er det. Ingen skade sket.

Men det bliver nu vigtigt for mig at vise sammenhørighed med Santa.

Jeg beslutter derfor - efter at have læst i The Big Book of Santa - at mine og alle andre Santanisters børn - drenge og piger - inden 8 dage skal have indopereret 24 lange skæghår på hagen, for at symbolisere de 24 juledage samt at have sprøjtet 1.5 kilo fedt ind i maveregionen, for at vise sammenhørighed med vores fedladne Gud.

Dette accepteres lynhurtigt af andre Santanister, der naturligvis ikke ønsker at gøre Santa ked af det... Og sådan gør man jo bare.

Santanister ville aldrig få lov til dette. Folk ville fordømme det øjeblikkeligt.

Jeg er for religionsfrihed! Folk må tro på trolde, nisser, feer, enhjørninge og alle de guder de vil. Men religionsfriheden stopper ved én selv.

Man kan og må da ikke skære, snitte eller på andre måder operere på andre uskyldige børn, unge eller voksne, som ikke selv har valgt det. Det er jo vanvid! Det må da være åbenlyst for enhver?!

Følger vi religioners logik, så må folk, der bekender sig til teksterne i Det Gamle Testamente jo også gerne holde slaver - slå og tæske dem, så længe de ikke dør... For sådan har man jo altid gjort.

Argumentet om at "det har man altid gjort" holder ikke. Vi bliver jo klogere. Vi brænder heller ikke hekse mere... Det var ellers meget normalt for ikke alt for mange århundreder siden.

Børnene til disse religiøse mennesker må vente med at blive opereret til de bliver myndige - til de selv kan vurdere om de vil have skåret noget af deres penis.

Med venlig hilsen

Ole Meyersahm

Hermed ønsker jeg at komme med følgende ”bemærkninger til høringsnotatet om omskæring – 2020”

Bemærkning:

Da der ikke kan gives et ”entydigt svar mht. smertelindring”, og ”tilstrækkelig smertedækning og bedøvelse er en forudsætning for gennemførelse af omskæring” (jf. høringsnotatet) bør ikke-medicinsk omskæring af mindreårige drengebørn som minimum indstilles indtil et sådant entydigt svar foreligger.

”FN’s Børnekonventions artikel 3, pkt. 1, bestemmer, at barnets tarv skal komme i første række i alle sager vedrørende børn. Bestemmelsen er en grundlæggende rettighed, som i konkrete sager altid skal indgå ved fortolkning af konventionen.”

Pkt. 1

Det gøres gældende, at indtil et ”entydigt svar mht. smertelindring” foreligger er det ikke i barnets tarv at omskæring finder sted.

Pkt. 2

Der kan ikke gives entydig svar mht. smertelindring, dette fremgår flere steder i høringsnotatet, herunder nederst på side 64 i den samlede opsummering.

Samtidig skrives der i høringsnotatet, at ”tilstrækkelig smertedækning og bedøvelse er en forudsætning for gennemførelse af omskæring”.

2.1

Jf. pkt. 2 findes det ikke, at forudsætningen for gennemførelse af omskæring for indeværende er opfyldt.

Der kan ikke gives entydigt svar mht. smertelindring, og dermed kan det ikke gøres gældende, at tilstrækkelig smertedækning og bedøvelse finder sted.

2.2

Jf. pkt. 2 findes det ikke, at forudsætningen for gennemførelse af omskæring kan opfyldes, før et sådan entydigt svar mht. smertelindring forefindes.

Pkt. 3

Jf. bilag 8 til høringsvaret gør følgende sig gældende:

Justitsministeren har i et lukket samråd den 20. april 2018 om indførelse af et forbud i Danmark mod rituel drenges omskæring udtalt, at det er Justitsministeriets vurdering, at det, afhængigt af begrundelsen, er juridisk muligt at indføre begrænsninger i adgangen til omskæring af mindreårige drenge inden for rammerne af Grundloven, hvis der er et politisk ønske herom i Folketinget(108) .

Folketingets Lovsekretariat har i et notat om lovsekretariatets indstilling om fremsættelse af borgerforslag nr. FT-00124 om "Indførelse af 18 års mindstealder for omskæring af raske børn" (senere beslutningsforslag B 9) adresseret Grundlovens § 67(108). Lovsekretariatet henholder sig til Justitsministeriets holdning, og på baggrund heraf henstiller lovsekretariatet til, at borgerforslaget kan fremsættes.

Jf. bilag 8 til høringsvaret gør følgende sig ligeledes gældende:

Justitsministeriet anfører i sit svar, at hensynet til at beskytte barnet efter ministeriets vurdering i denne sammenhæng er et legitimt hensyn, og at proportionaliteten vil afhænge af den konkrete begrænsning og begrundelsen herfor.

Justitsministeren har desuden i et lukket samråd den 20. april 2018 om indførelse af et forbud i Danmark mod rituel drenges omskæring udtalt, at det er Justitsministeriets vurdering, at det, afhængigt af begrundelsen, er juridisk muligt at indføre begrænsninger i adgangen til omskæring af mindreårige drenge inden for rammerne af Den Europæiske Menneskerettighedskonvention, hvis der er et politisk ønske herom i Folketinget(108)

Pkt. 4

Jf. høringsnotatets punkt om de psykologiske og kognitive effekter af smertepåvirkning gør følgende sig gældende:

De studier, der findes på nuværende tidspunkt om kognitive, langsigtede konsekvenser i forbindelse med tidligere smerteoplevelser hos børn, handler om børn, der har været udsat for smertepåvirkning over længere tid, fx ved indlæggelse på neonatal afdelinger (afdelinger for, for tidligt fødte). Derfor er der brug for mere viden om betydningen af tidlig og kortvarig smertepåvirkning for at kunne sige noget om dette i relation til omskæring.

Palle Blak Pedersen

Indsendt: 02-02-2020

Finder religiøs omskæring er et groft indgreb på et uskyldigt drengebarn. Indgrebet er en lemlæstelse og fjernelse af et stykke levende væv som har en beskyttelsesfunktion af penis. Jeg går ind for en aldersgrænse på 18 år, så kan den enkelte selv bestemme om han vil have amputeret for huden. Paradoksalt er det forbudt at kupere ører og haler på hunde selv grise er beskyttet af loven mod at få klippet haler og der er forbud mod at omskære piger, men drengebørn er ikke omfattet af og beskyttet af loven.

Med venlig hilsen

Palle Blak Pedersen

Maxus Haagensen

Indsendt: 02-02-2020

Jeg ville fortælle om mine oplevelser med omskæring, er blevet det af medicinske grunde.

1.Punkt. Er omkring smerte for jo man bliver bedøvet, men man bliver ikke bedøvet for at blive bedøvet. Altså det at få bedøvelsen var meget smertefuldt, så smertefuldt at det er noget man bør beskytte drenge for, der ikke selv har valgt det.

2.Punkt. Er omkring det seksuelle, nu blev det så gjort af medicinske grunde her, så har jo hjulpet, men det er har også fjernet noget følelse, nu er det så heldigt man ikke fjerner alt for huden, så alt er ikke forsvundet, men er jo ikke alle der er så heldige der.

Det var så mine personlige oplevelser, men med mere principelle, kan man ikke sige an kæmper for ligestilling og lave forskel på kønnene på den punkt, og så burde et hvert individ har ret til intakt krop de selv kan bestemme over, hvis der ikke har været medicinsk grundlag.

Mvh Maxus Marc Haagensen

## Bemærkninger til høringsnotatet

Side 6:

”Det fremgår af den aktuelt foreliggende litteratur og anden viden (fx tilsynssager), at der både er helbredsmæssige fordele og risici forbundet med omskæring på ikke-medicinsk indikation. Såfremt indgrebet foretages under professionelle forhold, hvor det er forbeholdt læger at sikre patientsikre rammer, kan omskæring på ikke-medicinsk indikation ske patientsikkert.”

**Hvorfor nævnes der fordele ved at afskære kropsdele på raske børn? Er der personer i samfundet der afskærer forhuden på børn af sundhedsmæssige grunde?**

”patientsikkert”

**Er et raskt barn en patient?**

**Er det godt for et raskt barns sikkerhed at man bedøver det?**

**Er det godt for et raskt barns sikkerhed at man amputerer kropsdele?**

**Afsnittet bør ændres til;**

**”Det fremgår af den aktuelt foreliggende litteratur og anden viden (fx tilsynssager), at der er helbredsmæssige risici forbundet med omskæring på ikke-medicinsk indikation. På trods af at amputationen foretages under professionelle forhold, hvor det er forbeholdt læger at skabe sikre rammer, kan omskæring af raske drengebørn ikke ske sundhedsmæssigt forsvarligt.”**

Side 8:

”Forhuden er en dobbeltlaget hudfold yderst på penis med hud udvendigt og slimhinde indvendigt. Der findes ikke en entydig beskrivelse af forhudens funktion og betydning, men der er blandt andet beskrivelser, der omhandler, at forhuden beskytter glans penis, og at forhuden udgør noget af det mest følsomme område af penis.”

**Det er ret entydigt at forhuden beskytter glans, har følenerver, og virker som glidemekanisme.**

Side 8:

” Omskæring uden medicinsk indikation er fortsat en vigtig del af de fleste jøders og muslimeres tro. Der har siden slutningen af...”

### **Omskærer de FLESTE jøder og muslimer i Danmark deres drengebørn?**

Side 8:

” Samlet set har litteraturgennemgangen identificeret en række potentielt gavnlige effekter ved omskæring”

**Hvorfor opremses et afsnit om gavnlige effekter? -Der er vel ingen i Danmark der udfører omskæring af raske børn for at gavne.**

Side 8:

” Generelt er der lav forekomst af komplikationer ved indgrebet.”

**Der er 100% som oplever den komplikation at forhuden mistes. Det er endvidere en ret høj forekomst af yderligere komplikationer. En risiko som man aldrig ville udsætte andre raske personer for.**

Side 9:

”Metoderne har hver især sine fordele og ulemper. Der er registreret få og mindre komplikationer ved indgrebet, fx blødning, infektioner, forsnævring af urinrøret og forhud.”

**Igen. Der er mange komplikationer, set i forhold til at det er en rask person.**

**Endvidere er der ikke tale om et ”indgreb”. Der er jo ikke noget man skal gribe ind imod. Drengen er rask. ”Overgreb”, ”afskæring” eller ”amputation” vil være en mere præcis beskrivelse.**

Side 9:

” Lægen, sundhedspersonen, der udfører indgrebet, skal være erfaren med metoden, og have den fornødne oplæring og rutine, for, at indgrebet kan foretages tilstrækkeligt patientsikkert.”

**”indgrebet” bør udskiftes med ”amputationen”.**

**”Patientsikkert”. Det er ikke en patient der udsættes for amputationen. Afskæring af forhud kan på ingen måde foretages tilstrækkeligt sikkert. Barnet skades uanset hvilken metode der anvendes.**

Side 9:

” Ligeledes viser oversigt fra Lægemiddelstyrelsen, at der ikke er godkendte lægemidler til lokalbedøvelse ved børn under 1 år. Hvis disse lægemidler benyttes sker det off-label og benyttes på den pågældende læges ansvar..”

**Styrelsen for Patientsikkerhed bør påtage sig ansvaret for at man ikke bedøver raske børn. Det er en svækkelse af sikkerheden, når man bedøver et barn der ikke fejler noget -uanset metode.**

Side 9:

” I litteraturen er der identificeret få og forbigående skadevirkninger ved de undersøgte metoder”

**Det er raske børn som udsættes for disse skader. Derfor bør ”få” fjernes fra formuleringen.**

Side 10:

” Det betyder opsummeret, at der ikke findes et enkelt svar på, hvordan der gives tilstrækkelig og sikker bedøvelse og smertelindring i forbindelse med omskæring. På den ene side skal børn sikres tilstrækkelig smertestillende behandling, hvilket generel anæstesi giver. På den anden side skal det overvejes, om metoder til fuld smertedækning skal vælges i lyset af de mulige risici for komplikationer, der kan være forbundet med generel anæstesi, særligt til børn under 1 år - set i forhold til indgrebets art. Denne problemstilling er ikke ny eller særligt forbundet med omskæring, men gælder ligeledes ved andre mindre kirurgiske indgreb eller smertefyldte procedurer hos børn.”

**En sølle opsummering og vurdering af sikkerheden for en lille barn.**

**Afsnittet bør ændres til;**

**”Det betyder opsummeret, at der ikke findes sikker bedøvelse og smertelindring i forbindelse med omskæring af raske drengebørn.”**

Side 10:



” Derfor er der brug for mere viden om betydningen af tidlig og kortvarig smertepåvirkning for at kunne sige noget om dette i relation til omskæring.”

**Her bør Styrelsen for Patientsikkerhed inddrage et sikkerhedsniveau, der opløfter tvivlen om evt. psykiske skader til fordel for barnet. Det er for sølle bare at skrive ”at der er brug for mere viden”. Man skal ikke skære i et raskt barn, hvis man er i tvivl om evt. skader.**

Side 10:

” Omskæring er et operativt indgreb. Det betyder, at omskæring er forbeholdt lægefaglig virksomhed. En læge kan delegerede operationsindgrebet til en medhjælp. Læger er forpligtet til at udvise omhu og samvittighedsfuldhed i udøvelsen af deres virke”

**Det er ikke et indgreb. Personen er ikke syg og der skal ikke gribes ind mod noget.**

**Styrelsen for Patientsikkerhed bør skærpe retorikken og fremhæve at læger ikke må afskære kropsdele på raske personer. Det er i direkte strid med lægeløftet. Endvidere bør det påpeges at læger ikke må uddelegere operationer til medhjælp uden faglige begrundelser. Det er ikke-fagligt at lade en præst skære i et barn fordi han er præst.**

Finn Lasse Kallehave

Indsendt: 02-02-2020

Hej

I afsnittet 8.2.3 fremgår at der skal foreligge ”samtykke” til BEHANDLINGEN i overensstemmelse med alm lægepraksis. Men der er jo IKKE tale om behandling?

Det bør fremgå at der ikke er tale om samtykke til behandling, men forældres forlangende af vævsdestruktion på ikke lægelig indikation!

Enhver form for vævsdestruktion uden behandlingsøjemed, bør være forbudt.

Venlig hilsen

Finn Kallehave

## Helene Bjerno

Indsendt: 26-01-2020

Uopfordret høringssvar vedr.:

Notatet:

”Omskæring af drenge på ikke-medicinsk indikation”

Styrelsen for Patientsikkerhed

20. december 2019

Indledningsvist skal UT klage over, at STPS trods gentagne skriftlige henvendelser per mail op til høringsfristens udløb 27.01.20 ikke har svaret relevant på spørgsmål vedr. den ved ministersvar lovede offentlige høring.

Klagen vil blive tilsendt Sundhedsministeriet.

STPS svarer UT per mail d. 14.01.20:

”Tak for din henvendelse. Notatet om omskæring er sendt i høring i en kreds af interessenter, der har været involveret i forbindelse med opdatering af notatet. ”Citat slut.

Navnet på medarbejderen er m rkelagt.

Herved gives UT en opfattelse af ikke at kunne indsende høringssvar.

Men til pressen giver man muligvis indtryk af, at notatet kan omfattes af høringssvar fra den almene offentlighed:

Citat:

### **Vi ser frem til svarene**

Men det vil styrelsen ikke svare på for nuværende:

- Vi er aktuelt i gang med en høring over notatet.
- Vi ser frem til at modtage høringssvar fra relevante parter...

Det er således umuligt at vide, hvad der menes med ”relevante parter”, hvorfor UT for god ordens skyld tilsender dette høringssvar, idet UT ellers risikerer, at blive udelukket fra at deltage i høringen pga. overskredet tidsfrist.

Der klages også over, at STPS trods gentagne henvendelser per mail og per tlf. ikke har besvaret spørgsmål vedr. offentlig høring iht. følgende ministersvar:

Citat

Citat

Det lovede styrelsen ellers i februar 2019, jvf ministersvar på spørgsmål nr. 22 (B 9) i folketinget:

”Styrelsen for Patientsikkerhed vil forud for offentliggørelse af endelig udgave af notatet iværksætte en offentlig høring af et udkast til notatet.”, udtalte styrelsen, ifgl den daværende sundhedsminister, Citat slut

Efterfølgende skal der også klages over den mørkelægning af notatet, som pressen har afdækket og som fremgår af notatet selv.

Der er tale om en mørkelægning af navnet på den øverste ansvarlige chef for notatet.

Citat

Dagens Medicin henvendte sig efterfølgende for at få oplyst, hvilken ansvarlig chef i Styrelsen for Patientsikkerhed der var afsender på citatet. Det har styrelsen ikke ønsket at oplyse.

Citat slut

Der er ligeledes tale om en mørkelægning af navnene på de tre såkaldte lægefaglige "repræsentanter", som styrelsen har oplyst som de lægefagligt ansvarlige for indholdet i notatet.

Begrebet "mørkelægning" henviser til den definition af begrebet som beskrives i bogen "Mørkelygten" skrevet af journalisten Jesper Tynell, udgivet 2014.

UT kan naturligvis ikke vide, om der er tale om en bevidst mørkelægning i alle henseender.

Når ordet mørkelægge anvendes tages der derfor ikke stilling til motiv eller hensigt. Der beskrives blot hermed, at der faktisk er pågået en mørkelægning i notatets omgang med lægefaglige principper og den generelle vinkling af emnet, forskningsanalyser inkl. mørkelægning af PEPFAR studiet, som STPS endda fik tilsendt af en intressent, som afdækket i pressen.

Citat

I slutningen af 2019 sendte Morten Frisch et notat herom til styrelsen, der dog ikke nåede at medtage oplysningerne i høringsudkastet.

Citat slut, Dagens Medicin

Hvorfor dette er sket kan kun de direkte ansvarlige svare på hvilket derfor overlades til disse inkl. den ansvarlige minister, at besvare og stå til offentligt ansvar for.

UT kan ikke vide om der generelt og bevidst er sket en biased selektion/vinkling i notatet eller, hvorvidt notatets ansvarlige forfattere ikke har været i besiddelse af tilstrækkelige kompetencer og viden.

Imidlertid er resultatet det samme.

Et notat der mørkelægger essentielle forhold for offentligheden.

Man oplyser, at der er tale om en repræsentant for tre faglige selskaber hhv. Dansk Urologisk Selskab, Dansk Pædiatrisk Selskab og Dansk Selskab for Anæstesiologi og Intensiv Medicin.

Der ønskes svar på hvorfor man mørkelægger de ansvarlige personers identitet overfor offentligheden?

Der ønskes svar på, hvordan udvælgelsen af de nævnte repræsentanter er pågået?

Hvilke kriterier er lagt til grund ved denne specifikke selektion af netop disse lægefaglige såkaldte repræsentanter?

Det må kræves, at man ophører med mørkelægningen af de lægefaglige repræsentanter ikke blot fordi, dette må siges at være en uskik i et demokrati af åbenlyse grunde.

Men også iht. at offentligheden bør have ethvert krav på at kunne blive oplyst om potentielle, alvorlige interessekonflikter:

Følgende bør afdækkes mhp. At estimere notatets troværdighed:

-Hvorvidt en repræsentant selv er rituelts omskåret.

-Hvorvidt en repræsentant har fået eget barn rituelts omskåret (eller evt. familiemedlemmer).

-Hvorvidt en repræsentant har tilknytning til en omskæringskultur  
-Hvorvidt en repræsentant selv har udført rituel omskæring.  
Herunder opnået en indtægt herved.

Det må være åbenlyst for enhver, at ovennævnte interessekonflikter vil kunne påvirke notatets troværdighed, idet der jo aktuelt pågår en demokratisk proces, hvor et markant flertal af den danske befolkning ønsker en aldersgrænse og herunder en klar kriminalisering af de ovennævnte potentielle interessekonflikter.

En årsag til at dette ønskes oplyst overfor offentligheden er bl.a. ud over, at man kan stille stort spørgsmålstegn ved notatets lægefaglige lødighed, troværdighed og anvendelighed, såfremt man fortsat mørkelægger, hvem der er ansvarlige for notatet er, at notatets indhold er karakteriseret ved en lang række kontroversielle udsagn, som går imod den generelle konsensus i dansk lægestand, går imod basale lægefaglige principper og går imod bl.a. DASAIMs officielle høringsvar.

Man må undre sig over, hvordan udvælgelsen af "repræsentanten" for DASAIM er foregået iht. at den repræsentant man har valgt går imod alt hvad selskabet mener og vurderer som god lægefaglighed, og hvad selskabets formand Joachim Hoffman-Petersen har udtalt til medierne inkl. via høringsvar fra DASAIM:

<http://www.dasaim.dk/wp-content/uploads/2018/09/DASAIMs-H%C3%B8ringsvar-om-rituel-drengoms%C3%A6ring.docx.pdf>

Man mørkelægger, at repræsentanten for anæstesiens således fremlægger kontroversielle udsagn, som går alvorligt imod den lægefaglige konsensus i Danmark inkl. repræsentantens egen formand/faglige selskab.

Det samme kan til dels siges om de øvrige to repræsentanter.

KONTROVERSIEL PÅSTAND 1:

"Jo yngre barn, jo mindre farligt"

Det er et basalt pædiatrisk lægefagligt princip ikke at udsætte børn for indgreb, der ikke er lægefagligt indikeret. Dette princip omgås gennem hele notatet.

Men ydermere fremsættes en meget kontroversiel påstand vedr. at det skulle være mindre farligt at operere et barn, jo yngre det er.

Man påstår konsekvent, at der er mindre risiko for nyfødte børn end for ældre børn.

Man henviser til en WHO-rapport.

Imidlertid mørkelægger notatet eksistensen af en ny og relevant rapport som omtalt af Morten Frisch og formanden for DASAIM, der netop klargør følgende:

Citat

PEPFAR har lavet en analyse af de mange millioner omskæringer, de har understøttet økonomisk, i fondens udkast til deres aktivitetsplan for budgetår 2020. [I rapporten står der](#), at forholdet mellem antallet af de mest alvorlige penisskader og antallet af udførte omskæringer er »fem gange større i spædbarnsalderen end hos drenge, der er 10-14 år, hvilket igen er omkring dobbelt så stort som forholdet mellem alvorlige penisskader og udførte omskæringer blandt voksne mænd og drenge over 15 år.«

Analysen har fået PEPFAR til at stoppe med den økonomiske støtte til omskæringer af drenge under 15 år allerede fra i år. Det mener Morten Frisch ikke, at Styrelsen for Patientsikkerhed kan ignorere.

Citat slut, Dagens Medicin

Det er også i øvrigt svært at forstå, hvordan man kan fremkomme til konklusionen, at det skulle være mindre farligt for de yngste børn eftersom dette modsiges af det talmateriale, som notatet selv fremlægger.

Det fremgår af Tabel 8.2 Antal indberettede komplikationer p.51, at der e.g. for 2015 er registreret mere end dobbelt så mange komplikationer for børn under 1 år som for børn mellem 1-4 år – dvs. hhv. 14 versus 6.

For 2016 er tallet endnu mere markant: 11 versus 4, dvs. næsten en 3-dobling af komplikationer jo yngre barnet er. Samme tendens for 2018. Vedr. 2017 er der ikke så stor forskel men stadig relativt flest komplikationer blandt de helt små børn. Tallene fra 2019 er iht. notatet ufuldstændige.

Det oplyses endvidere i notatet, at alle jødiske omskærelser registreres og at der kun er ca. 10 årlige jødiske omskærelser – alene med det forbehold, at der kan være omskærelser som Dansk Jødisk Samfund ikke er bekendt med.

Men man kan uden tvivl konkludere, at der ud af de måske op imod 2000 årlige rituelle omskærelser (herefter benævnt RO) er ekstremt få jødiske og hermed ekstremt få, der foretages før barnet er fyldt 1 år. Idet der jo ikke er noget krav om meget tidlig omskærelse af muslimske børn, der således ofte vil være ældre, når ritualen foretages.

Da der således iht. ovennævnte argumentation og kendsgerninger kun er meget få af de helt tidlige omskærelser under 1 år, må det yderligere undre hvordan der så alligevel kan være så mange flere registrerede komplikationer i netop denne aldersgruppe jf aldersgruppen 1-4 år.

Hvordan kommer man så i notatet frem til, at det er mindre risikabelt for barnet jo yngre det er, eftersom dette netop heller ikke synes understøttet af egne data?

Man har prøvet at bortforklare den åbenlyse sammenhæng mellem barnets lave alder og en flerdobling af registrerede komplikationer jo yngre barnet er, idet man foregiver, at det ikke er muligt at skelne mellem rituelle omskæringer og medicinske omskæringer.

Problemet med dette er jo blot, at antallet af medicinske omskæringer i aldersgruppen under 1 år må være så godt som nul eller meget tæt på nul.

De omstændigheder der kan føre til en medicinsk omskæring såsom e.g. phimosis viser sig alt andet lige netop ikke i den allertidligste babyalder, hvor det er fysiologisk hensigtsmæssigt og normalt at præputium ikke har løsnet sig fra glans.

Når der er tale om medicinsk omskæring vil man desuden netop ikke udsætte så små børn for et operativt indgreb med mindre, det sker på vital indikation, hvilket der oftest/ikke er tale om vedr. de relevante forholdstilstande. Dette hænger jo også sammen med, at man ved medicinsk omskæring anvender GA, hvilket kræver, at man udsætter indgrebet til barnet er ældre end 1 år.

Derfor må der i den omtalte aldersgruppe babyer under 1 år alt andet lige i helt overvejende grad være tale om komplikationer opstået i forbindelse med rituel omskæring.

Ergo viser egne oplyste, danske tal også, at der er markant og relativt flere registrerede komplikationer for de yngste børn under 1 år, men dette mørkelægges.

Dernæst undrer det også, at man ikke omtaler det uhensigtsmæssige i en registrering, der iht. diagnosekoden DZ907D "Følger efter omskæring" ikke skelner mellem den rituelle og den medicinske omskæring, da de to procedurer jo ikke har noget til fælles men derimod er diametralt modsatrettede.

RO handler om at skære så meget rask forhud af som muligt – iht. det kulturreligiøse krav herom. Der er flere eksempler på drenge, der således er blevet udsat for 2 rituelle omskæringer fordi man ud fra et religiøst synspunkt ikke syntes, at børnene havde "ofret" nok af deres krop.

Medicinske omskæringer handler derimod om det modsatte.  
At bevare så meget rask forhud som muligt.

Man mørkelægger også i notatet, at den primære behandling af phimosis er konservativ i form af hormoncreme, hvilket hjælper langt de fleste. Det samme gælder andre tilstande som e.g. balanopostitis. Men hvis man anvender kirurgi iht det fåtal, hvor konservativ behandling ikke er tilstrækkelig, så er der netop udviklet forhudsbevarende teknikker.

Ligesom man ved medicinsk omskæring aldrig tager udgangspunkt i religion eller kultur men udelukkende moderne lægevidenskabelige principper - både når det omhandler bedøvelse i GA og at der anvendes kirurgisk trænet personale. Hvilket stiller helt andre krav til kompetence og træning inkl. relevant autorisation end når en religiøs kvaksalver får lov at udføre det som DSAM (Dansk Selskab for Almen Medicin) i sin originale udtalelse omtalte som en lemlæstelse af det raske barn.

Man mørkelægger altså, at den medicinske omskæring ikke har nogen fællestræk med den rituelle omskærelse, men at der er tale om 2 modsatrettede procedurer, idet man forsøger at give den rituelle omskærelse et skær af legitimitet.

Det er en klassisk mørkelægningstaktik.

Man kan godt sige, at man mener, at RO skal pågå overfor mindreårige børn, hvis man så samtidig påtager sig det personlige ansvar for, at det raske barn udsættes for hvad, der i korrekte lægefaglige termer er en lemlæstelse af et rask barn.

Men det ansvar har man netop ikke påtaget sig i notatet, og det er kritisabelt, at man forsøger at tage legitimitet fra rigtige sundhedsfaglige procedurer modsat et kulturreligiøst ritual.

Denne sammenblanding af æbler og pærer – eller faktisk æbler også noget, der ikke engang kan karakteriseres som "frugt", skader ikke blot børnene men også sundhedsvæsenet og sundhedsfagligheden.

Man svinger mørkelygten over de små drengebørn og deres rettigheder.

#### KONTROVERSIEL PÅSTAND NR 2

"Gavnige effekter ved omskæring".

Det er umuligt at forstå, hvordan man flere gange i notatet kan fremsætte et postulat vedr., at der skulle være fordele ved RO. Altså ved at amputere en rask kropsdel på et barn.

Det er et princip, der i øvrigt ikke eksisterer i den moderne lægevidenskab, hvor man efterhånden har erkendt, at alle kropsdele har en funktion. Selv blindtarmen lader man nu in situ, såfremt den er rask.

Der findes således ingen eksempler i den moderne lægevidenskab, hvor man amputerer raske kropsdele på børn og påstår, at dette skulle være gavnligt for barnet.

Der er konsensus i dansk lægestand om, at der ikke findes nogen evidens for fordele ved RO på børn, men at dette alene pågår pga. en gammel tradition, der ikke bygger på anerkendt lægevidenskab.

Der henvises bl.a. til Lægeforeningens officielle udtalelse vedr. drengomsækning, hvoraf det fremgår, at der ikke er fordele for barnet ved RO.

<https://www.laeger.dk/laegeforeningens-politik-vedroerende-omskaering-af-drengboern-uden-medicinsk-indikation>

Men det fremgår endvidere af STPS' eget notat, at der ikke er nogen relevant evidens for fordele.

Man har undersøgt i alt 14 sygdomme/emner og man skriver selv, at tiltroen til 13 af disse er mellem lav og meget lav. Dvs. reelt kan man ikke have tiltro til den omtalte forskning.

Det gælder også den forskning, der påstår, at der ikke skulle være negativ sexuel effekt af en omsækning. Man skriver selv, at der er lav tiltro til denne påstand, pga. risikoen for biased forskning.

Vedr. den sidste og 14. påstand drejer det sig om HIV-smitte, heteroseksuelt, hvor tiltroen vurderes mellem lav-moderat – dvs. stadig ikke nogen høj troværdighed- men samtidig er studiet helt irrelevant for vores verdensdel.

Alligevel mørkelægger man ovennævnte fakta ved flere gange i notat at skrive det kontroversielle udsagn, at der kan være fordele ved RO.

UT vil gerne spørge om, hvad forklaringen er på, at man selv finder, at de omtalte studier ikke findes troværdige men samtidig skriver man, at der er fordele ved RO?

### KONTROVERSIEL PÅSTAND 3

”RO kan udføres patientsikkert iht. bedøvelse og smertelindring”.

Notatets egen konklusion vedr. litteraturgennemgangen er, at ”tiltroen til estimerne er meget lav” citat p. 35 nederst.

Dernæst gør man gentagne gange og aktivt brug af estimer og forskning, der kan vurderes som stærkt uetisk i en moderne lægevidenskabelig kontekst.

Man bruger flittigt et kynisk og uetisk begreb såsom ”barnets smerteoplevelse” og ”tiden barnet græder”.

Man mørkelægger, at DASAIM allerede har udtalt i sit høringssvar, at det er under god faglig standard, at børn der udsættes for kirurgi skal føle smerte. Dvs. ikke være vågne og have ”smerteoplevelser” inkl. gråd udløst af smerte.

Det er imod basal lægeetik, at man prøver at normalisere, at børn påføres smerter under et operativt indgreb, som så ikke smertedækkes iht. den almindelige, gode, faglige standard.

Man mørkelægger at den repræsentant for anæstesi, man har brugt i notatet hvis navn også er mørkelagt udtaler

sig stærkt kontroversielt og direkte imod sit eget faglige selskabs klare og officielle lægefaglige vurdering. Man gør også brug af stærk uetisk forskning, hvor man sammenligner børn, der er opereret uden bedøvelse med børn, der har modtaget LA, der heller ikke er fuldt ud effektivt.

Dernæst mørkelægger man, at når man fastholder, at lægen kan bruge LA til de mindste børn, at der så er tale om en direkte eksperimentel behandling.

Det fremgår af STPS' eget notat, at der netop ikke findes godkendte lægemidler til LA-anvendelse:

Citat

"Af oversigt fra Lægemiddelstyrelsen fremgår det, at der ikke er godkendte lægemidler til lokalbedøvelse på børn under 1 år" citat slut, STPS-notat om dreng omskæring, 2019.

Man mørkelægger, at der findes et meget entydigt svar på smertedækningen af børnene nemlig GA, som anvendes ved medicinsk omskæring af børn. Det svar har man allerede fået fra det faglige selskab fuldstændig utvetydigt.

Man mørkelægger, at man i notatet vælger at prioritere et konservativt religiøst syn på børn frem for et moderne lægevidenskabeligt og moderne etisk syn på børn og smerter. Idet det entydige og lægefaglige svar på smertedækning er at udskyde omskæringen til barnet kan bedøves tilstrækkeligt med GA, så der ikke på den led sker forskelsbehandling i forhold til andre børn.

Man mørkelægger, at Emla-creme ikke blot ikke er godkendt til dreng omskæring, men direkte kontraindikeret iht. præparatets egen indlægsseddel. Dette er både pga. manglende effektivitet og pga. at det ikke er sikkert nok til anvendelsen.

Citat

I kliniske forsøg kunne der ikke påvises nogen virkning af Emla på smerter ved udtrækning af blod fra hælen hos nyfødte spædbørn. Der kunne heller ikke påvises tilstrækkelig lokalbedøvende virkning ved omskæring.

Emla må ikke anvendes på kønsorganer (f.eks. penis) eller slimhinder i kønsorganerne (f.eks. i skeden) hos børn (under 12 år) på grund af utilstrækkelige data vedrørende absorption af de aktive stoffer

(...)

#### **Hos børn kan der endvidere ses følgende bivirkninger**

Methæmoglobinæmi, som er en blodforstyrrelse, ses hyppigere hos nyfødte og spædbørn i alderen 0 til 12 måneder, ofte i forbindelse med overdosering.

Citat slut, promedicin, Emla, indlægsseddel.

<http://www.indlaegssedler.dk/indlaegssedler/indlaegsseddel/25102>

Alligevel skriver man på p. 40, at Emla-creme kan benyttes til børn under 12 år ved såkaldt off-label brug.

Hvordan kan man konkludere dette, når Emla-creme iht præparatets indlægsseddel dels ikke er godkendt men endda kontraindikeret. Det bemærkes, at der står "må ikke anvendes" i indlægssedlen.



Vedr. smertebehandling efter indgrebet (ritualet) mørkelægger man, at paracetamol til børn under 6 mdr. er under god faglig standard.

Ligesom at evt. tillæg af NSAID til børn over 6 mdr. heller ikke er lig med god faglig standard.

Der henvises til lærebog i pædiatri: "Pædiatri- en illustreret lærebog", Lissauer og Clayden, redigeret af en dansk professor i pædiatri: Kjeld Schmiegelow, hvoraf det på p.453 allerede ved udgivelsen i 2010 fremgår, at drengomsækering kræver GA. Endvidere står der, at der kræves anlæggelse af "blokada med langtidsvirkende lokalanæstetika for at reducere de postoperative smerter" - idet "såret efter circumcisio kan være 10 dage om at hele, og der kan være væsentlig ømhed og svie i flere dage".

Der står endvidere: "Der er også risiko for psykiske traumer, hvis indgrebet ikke udføres korrekt".

Hvilket jo gælder, når der anvendes ikke godkendte og eksperimentelle metoder som STPS desværre lægger op til – både under ritualet og post-rituelt.

Man mørkelægger, at man med notatet lægger op til en markant forskelsbehandling af drenge, der omskæres rituelt jf. drenge, der omskæres medicinsk.

#### KONTROVERSIEL PÅSTAND 4:

"Skjold-metoden beskrives som ubetinget fordelagtig"

På p. 30-31 gennemgås "Skjold-metoden", der udføres af religiøse kvaksalvere, såkaldte moheller.

Det mørkelægges, at den egentlig grund til, at metoden skal foregå så hurtigt (30-40 sekunder) er, at det nyfødte barn ikke reelt er bedøvet. Iht. til tidligere notat vedr. drengomsækering beskrives det, at man bruger Emla-creme og alkohol på sutten, hvilket for alle praktiske formål svarer til et så godt som ubedøvet barn, når der tale om et operativt indgreb. Ligesom Emla-creme er kontraindiceret til formålet.

Man mørkelægger, at det skulle være en ulempe, at frihåndsmetoden som anvendes af rigtige kirurger ved medicinsk omsækering skulle være behæftet med en ulempe fordi man der har god tid iht, at barnet er rigtigt og korrekt bedøvet via GA, og kirurgen derfor kan gøre arbejdet ordentligt i løbet af den halve time, der let kan være til rådighed.

Man mørkelægger at en omsækrelse der udføres ret så blindt via en kvaksalver på kun ca. 30 sekunder umuligt kan være af samme høje kvalitet som en operation, der udføres i løbet af 30 minutter via en kirurgisk trænet og autoriseret sundhedsfaglig person, hvor man via sterile operationsstueforhold og operationslamper præcis kan se, hvad kirurgen foretager sig iht bevarelse af de normalanatomiske strukturer og det bedst mulige resultat.

Det snit som kvaksalveren lægger må foretages som en ret så blind og tidspresset vurdering, hvor der ingen chancer er for reelt at vurdere nøjagtig hvor snittet skal ligge endsige vurdere hvordan bevarelsen af de finere anatomiske strukturer overholdes. Det er jo heller ikke formålet. Formålet er jo at amputere/religiøst lemlæste vævet – ikke at bevare det.

Det mørkelægges totalt, at der er ulemper og komplikationer ved Skjold-metoden.

Hvorfor er det, at Skjold-metoden som den eneste af de omtalte metoder mørkelægges som ubetinget positiv?

Det mørkelægges endvidere, at offentligheden er gjort bekendt med en alvorlig komplikation i forbindelse med en omsækrelse udført af den danske mohel Bent Lexner.

Det fremgik af den offentliggjorte tv-udsendelse, at mohellen via den ret så blinde teknik havde amputeret al hud på hele babyens penis og endvidere, at babyen var kommet i akut fare for at forbløde fatalt.

Dette må kunne dokumenteres via journalen iht. at den alvorlige komplikation blev offentliggjort via en tilstedeværende læge dog under anonymisering af drengens identitet men iht. lægens pligt til at reagere på stærkt

kritisable forhold.

Derudover mørkelægges, at den procedure, man kalder for ”desagglutination” er ekstremt smertefuldt for det nyfødte barn, idet forhuden i den alder er sammenfusioneret med glans. Når man således river den fastsiddende forhud af omdanner man glans til et åbent sår. Et åbent sår, der i øvrigt mange gange dagligt i de op til 10 dage som ophelingen kan tage bades i urin og afføring.

Man mørkelægges at det netop fordi forhuden på de yngste børn ikke har undergået nogen form for fysiologisk løsning er i den alder, at RO er mest smertefuld, hvorfor det at anvende ikke-godkendt og eksperimentel LA-metoder/præparater må betegnes som endnu mere kontroversielt. Inkl. at anbefale paracetamol som postoperativt smertedække, som er en mørkelægning af den acceptable, gode faglige standard.

Man mørkelægges endvidere, at de alvorlige komplikationer som man selv oplyser vedr. de kirurgiske metoder: blødning af fatal karakter, infektion af livstruende/fatal karakter f.eks. sepsis, beskadigelse/amputation af glans, amputation penis ikke står mål med evt. fordele, som der ikke er evidens for.

Man må derfor tage fuldt ansvar for, at der er børn der skal opleve alvorlige komplikationer alene pga. at man skal tilfredsstille et kulturelt ritual.  
Men det ansvar mørkelægges.

Det mørkelægges også, at der er adskillige offentligt publicerede tilfælde af børn der har mistet sin penis efter en 3. grads forbrænding via diatermi.

Ligesom det mørkelægges at dette i flere tilfælde er pågået ved lægeudført RO.

Den omtalte alvorlige komplikation ved Lexners omskærelse har givet også været ved lægetilstedeværelse.

Ligesom man mørkelægges, at de Skandinaviske dødsfald er sket ved lægeudført RO.

Fra Danmark kendes også til nærdødsfald efter lægeudført RO.

<https://ekstrabladet.dk/nationen/1849/helene-kan-ikke-glemme-de-to-penis-doedsfald/7968938?fbclid=IwAR1haYBpZjMsTOw0KAUprDwKxQiAnFBMY3XVAap9LVDJhWhZiYzBzL3IKr8>

Hvilket leder frem til:

#### KONTROVERSIEL PÅSTAND 5

”Dødsfald og alvorlige komplikationer er sket under ikke-patientsikre forhold”

Man mørkelægges, at der netop er sket dødsfald og alvorlige komplikationer under de forhold, som STPS aktuelt kategoriserer som ”patientsikre”. Dvs. at RO er lægeudført eller udført via lægetilstedeværelse.

Man mørkelægges, at der ikke i det nye notat er tale om nogen egentlig forbedring af patientsikkerheden i og med, man stadig åbner op for eksperimentel og off-label metoder, ligesom man stadig ikke respekterer de almindelige lægefaglige principper bl.a. men ikke udelukkende ved smerte-aspektet.

Man mørkelægges, at der stadig ikke stilles krav til at børnene kun kan opereres af tilstrækkeligt kirurgisk trænet sundhedspersonale – enten en erfaren speciallæge eller under observation af en sådan. Der stilles fortsat ingen krav herom.

Ligesom der bemærkelsesværdigt heller ikke stilles krav om at børnene skal bedøves af speciallæge – faktisk helst

speciallæge med subspecial i børneanæstesi.

Dette til trods for, at der allerede i Danmark har været et nærdødsfald hvor et barn kom på intensiv med truende respirationsstop iht. pressens oplysninger efter bedøvelse udført af en læge uden specialkompetencer i børneanæstesi.

Det svenske barn døde også iht. de offentliggjorte oplysninger af at være blevet smertedækket af læge uden specialkompetencer i børneanæstesi.

Men alt dette mørkelægges.

Der ønskes en redegørelse for hvorfor det mørkelægges, at de omtalte dødsfald og alvorlige komplikationer er sket under de forhold som STPS i dag kategoriserer som "patientsikre" dvs. lægeudførte osv.

#### KONTROVERSIEL PÅSTAND 6:

"Der er kun sket 5-6 dødsfald i Skandinavien og internationalt".

Det mørkelægges, at det er muligt for enhver på få minutter, via internettet at få adgang til en længere række dødsfald, der både involverer Europa og USA men også Israel og mange andre lande i verden.

Der er næppe et land i verden, hvor RO er pågæet, hvor der ikke er set dødsfald.

Der ønskes en redegørelse for hvordan man kan mørkelægge, at det offentligt kendte antal dødsfald langt overgår de nævnte 5-6 børn.

Hertil kommer et endnu større antal alvorlige skader, som også er offentliggjorte.

Det mørkelægges også, at det der politisk førte til en præcisering af at den danske straffelov ville blive taget i anvendelse overfor pigeomskæring netop var omtalen af dødsfald.

Altså en situation, der er identisk med den aktuelle situation vedr. drengomskæring.

#### KONTROVERSIEL PÅSTAND 7

"RO er kendt over alt i verden".

RO har aldrig været praktiseret f.eks. i nordiske lande.

RO er alene indført i Danmark via indvandring og RO er gået under radaren lovgivningsmæssigt indtil for nylig.

#### KONTROVERSIEL PÅSTAND 8

"Notat foregiver at være dybdegående vedr. det juridiske aspekt"

Man mørkelægger dog, at der allerede har været retssager, hvorved danske domstole har vurderet den handling, som RO er, til at høre under straffelovens grove voldsparagraf inkl. idømmelse af fængselsstraf.

Man mørkelægger en nødvendig debat vedr. hvordan en tilstedeværende læge skulle kunne ophæve dansk straffelov.

Man mørkelægger at en læges tilstedeværelse under en handling der allerede er dannet præcedens for som hørende under den grove voldsparagraf kan betegnes som en skærpende og ikke en formildende endsige legitimerende omstændighed.

Man mørkelægger en debat vedr., at ingen læge er autoriseret til at lemlæste ikke-samtykkende børn – endsige uddelegere dette til religiøse kvaksalvere.

Man mørkelægger, at de store sundhedsfaglige selskaber ikke lægger op til en justering af ”patientsikkerheden”, som i øvrigt ikke forekommer i notatet, idet man fortsat omtaler muligheden for ikke-godkendte metoder.

De store sundhedsfaglige selskaber har allerede klart erklæret RO som uetisk hvorfor målet ikke er en justering men en fuldstændig eliminering af ritualen.

Ordet eliminering er et ordret citat.

Man mørkelægger også, at RO netop ikke er normaltstanden idet en helt overvejende majoritet af verdens drenge og mænd er intakte. Hvilket især gør sig gældende i Danmark og Skandinavien.

Man mørkelægger at RO længe har været under afvikling i alle vestlige lande pga. bevidsthed om forhudens funktioner og at der ikke er fordele men en række ulemper herunder nogle alvorlige ved at miste sin forhud for et barn m.m. Således er der aktuelt ved at være majoritet eller endda overvældende majoritet af intakte drengebørn i alle vestlige lande.

Den internationale forekomst af RO kan således netop ikke bruges til en normalisering af ritualen, men dette mørkelægges.

Derfor må antallet af intakte drenge og mænd løbende opjusteres og klart fremhæves som normaltstanden i verden inkl. normalanatomien, men det præcis omvendte sker i notatet.

Man mørkelægger at de fleste af de påstande, der fremlægges i STPS' notat er som taget direkte ud af omskæringslobbyens alt for velkendte argumentation inkl. besynderlige præferencer for religiøs omskærelse som dokumenteret ved mørkelægning af Skjold-metoden m.m.

Man mørkelægger også, at man netop ikke repræsenterer jøder og muslimer sufficient i dette notat heller.

Man har kun fundet anledning til at repræsentere en såkaldt omskæringslobby, der bedriver hardcore, politisk lobbyisme mhp. at fortsætte et ritual, der allerede er bedømt endegyldigt som værende lægefagligt uetisk overfor ikke-samtykkende mindreårige og dermed uacceptabelt iht. officielle udtalelser fra alle de store, danske sundhedsfaglige organisationer.

Man mørkelægger, at der er et stigende oprør internt i de religiøse minoriteter vedr. at man ønsker et ophør med et ritual, der lemlæster børnene og i en del tilfælde yderligere skader dem alvorligt.

Dette oprør er måske netop særligt udtalt for den jødiske minoritet idet der længe har været praktiseret et moderniseret ritual, der ikke skader barnets krop eller traumatiserer barnet.

Dette ritual kaldes brit shalom.

Omskæringslobbyen plejer at respondere på omtalen af brit shalom som om, at dette ritual stort set ingen anvendelse har.

Imod dette strider aktuelle oplysninger fra en række jøder, der er aktive iht. moderniseringen af den såkaldte brit.

Citat

[Why Are Some Rabbis Secretly Choosing Not to Circumcise Their Sons?](#)

When circumcision critic Lisa Braver Moss learned that half the boys attending her synagogue preschool had not been circumcised, she was stunned. Soon after, Lisa discovered that even some rabbis were secretly choosing to leave their boys intact. In this short but groundbreaking new video, Lisa Braver Moss uncovers the “don’t ask/don’t tell” policies that are keeping the exploding Jewish movement to reject circumcision shrouded in secrecy.

Citat slut, beyondthebris, Jewish intactivist Lisa Braver Moss

Der er udgivet film, litteratur, blogs og foreninger i større omfang produceret af oplyste jøder, som arbejder for udbredelsen af brit shalom og dette arbejde vil kun intensiveres yderligere vel at mærke fra jødisk side.

<http://www.beyondthebris.com/>

Man mørkelægger, at man altså i STPS’ notat kun repræsenterer den minoritet i minoriteten, der f.eks. i Danmark udgør Det Jødiske Samfund.

Man antager også helt fejlagtigt i notatet, at alle jødiske og muslimske drengebørn omskæres rituelt.

Dette til trods for, at der kun er registreret e.g. op til 10 jødiske omskærelser per år. I øvrigt er det seneste tal langt lavere – umiddelbart kun 4.

I Danmark gifter/samlever langt de fleste jøder med en ikke-jødisk partner. Det er anslået at der måske kan være tale om op til 80% af parforholdene. Det betyder, at et stort antal jødiske drengebørn ikke længere omskæres, fordi den danske, ikke-jødiske partner nedlægger veto imod riten, da den strider imod etnisk dansk kultur og sædvane. Som nævnt er RO af børn udelukkende pågået i Danmark via indvandring i senere tid af dansk historie inkl. at den er gået under den juridiske radar, hvorfor der i lighed med pigeomskæring ingen lovhjemmel findes, men kun en såkaldt retssædvane. Dvs. at man har gjort noget længe som strider mod loven uden at være blevet retsforfulgt.

Dernæst mørkelægger man også det stigende antal omskæringsoverlevende (dette ord vælges for ikke at definere disse mænd som ofre for omskærelsen) både fra jødiske og muslimske kredse som er stået offentligt frem både i Danmark og internationalt og har fortalt, at de oplever at være udsat for tvang – og ikke giver samtykke til amputationen – inkl. rapporterer gener af psykisk, sexuel og smertekarakter.

Det er især meget kritisabelt at man producerer et notat om drengeomskæring uden med et eneste ord at repræsentere en borger, der er udsat for RO.

Trods der er et stort ønske fra disse drenge og mænds side for at blive hørt i debatten.

Dernæst mørkelægges også, at der er sket henvendelser til børnerådgivende linjer, hvor drenge har bedt om hjælp, fordi de vidste, at de skulle omskæres, og at de ville blive tvunget hertil og ønskede statens og myndighedernes beskyttelse.

Det mørkelægges at når man lægger op til at RO kan foregå i eksperimentel, ikke-godkendt LA, at fastholdelse så vil blive nødvendig – ligesom det vågne barn vil blive udsat for ikke blot den i notatet gentagne gange omtalte ”smerteoplevelse”, men også det overgreb som en fastholdelse under en smertefuld operation, som den der opereres netop ikke har givet samtykke til, uundgåeligt vil udgøre.

Det mørkelægges, at man repræsenterer alle andre stemmer end netop de små drenge. Den stemme er kun repræsenteret ved det, man kalder ”tiden barnet græder”.

SIC!

Man mørkelægger, at det nærværende notat ikke kan klassificeres som et lægefagligt notat men højst et politisk notat iht. sine talrige mangler, undladelser og vinklinger hen imod ikke-lægelige principper. Der henvises til metoder beskrevet i Jesper Tynells bog af samme navn: ”Mørkelygten”.

Afslutningsvist skal det beklages, at der ikke er vedhæftet links eller bilag vedr. alle udsagn ovenfor.

Dog må alle oplysninger med et vist forbehold vurderes at være fuldt ud bekendte, for enhver der har fulgt omskæringsdebatten. Hvilket man må antage har gjort sig gældende for STPS, der jo har myndighedsansvaret på området, under ansvar af siddende Sundhedsminister.

Dog skal det understreges, at yderligere dokumentation til enhver tid kan tilsendes.

På forhånd tak!

Mvh Helene Bjerno.  
Sagoliden 33  
216 20 Malmø

Mobil 073 082 50 70  
Ved opkald fra Danmark 0045 73 082 50 70

Jørgen Hoppe

Indsendt: 27-01-2020

Til Styrelsen for patientsikkerhed. Høringssvar vedr. omskæring

I forbindelse med mit arbejde som praktiserende læge på Amager, har jeg interesseret mig for tidlig omskæring siden 2009.

Jeg synes, der er mangler i beskrivelsen af den påførte smerte i forbindelse med tidlig omskæring.

Forhuden er sammenvokset med ( agglutineret til ) glans indtil 3-4 års alderen, hvorefter forhuden gradvist løsner sig, og som regel er helt løsnet fra glans i løbet af puberteten.

Desagglutinationen mellem glans og forhuden, som er indledningen til en tidlig omskæring, er meget smertefuld og går forud for den egentlige smertefulde omskæring. Forhuden er yderst agglutineret til de to små læber der omgiver urinrørsåbningen. Ved en

desagglutineret af forhuden brydes denne forsejling omkring urinrøret, og urinrørsåbningen omdannes til et blødende sår, hvorigennem den amoniakholdige urin skal passere indtil heling af glans og urinrørsåbning, i løbet af 10 -14 dage.

Den smertegivende vandladning kan have betydning for at trangen til væskeindtagelse aftager, og kan dermed have betydning for den fortsatte amning.

Urinens ætsende virkning medfører, at der hos nogle tidligt omskårede smådreng udvikles urinrørsstenose i løbet af de første år. I 2 amerikanske undersøgelser findes en hyppighed på mellem 10 og 20 % idet der omskæres straks efter fødslen, hvorimod der i en dansk undersøgelse findes en hyppighed på 5 %. I DK omskæres de fleste tyrkiske drenge langt senere hvor forhuden har løsnet sig fra glans og dermed urinrørsåbningen.

Som et mål for de kraftige akutte smerter er der målt kraftigt forhøjet kortisol i blodet , forhøjet blodtryk og kraftig hjertebanken i forbindelse med omskæring. Da smerten fortsætter efter det akutte kirurgiske indgreb, såvel under som efter den ikke sufficente bedøvelses ophør, påvirkes hjernen, indtil opheling af urinrørsåbning , glans og sårret efter selve omskæringen, af et længerevarende forhøjet kortisolindhold i blodet, som er skadeligt for den nyfødte og dermed helt umodne hjerne.

Jeg har i de mange år i praksis bemærket, hvor svært det har været at vaccinere muslimske drenge og først efter 2009 forstået sammenhængen. Selvom der ikke er enerindring om en omskæring, ligger erindringen gemt i underbevidstheden og dukker op i lignende situationer.

Til slut i artiklen i Kristeligt Dagblad 16 januar 2020 nævnes, at det ikke har været muligt at få en kommentar fra Det Jødiske Samfund. I Det Jødiske Samfund er såvel blødning som den påførte smerte en del af rituallet.

Circuminfos formål er, betinget af personlige , religiøse interesse for at der fortsat kan gennemføres tidlige omskæringer på drenge i Danmark.

Dansk Selskab for Anæstesi og Intensiv Medicin formål er med baggrund i faglighed, at holde alle smertefri i forbindelse med behandling, hvilket ikke er muligt i forbindelse med tidlig omskæring.

Til slut har jeg lyst til at omtale endnu en påstand som florerer blandt fortalere for omskæringen. Omskæring beskytter små drenge mod urinvejsinfektion , hedder det i artikler fra U.S.A.

I U.S.A. er der den generelle opfattelse at forhuden fra fødslen ikke er adhærent til glans blandt såvel læger som de fleste forældre. Hvis forældrene ikke har ønsket at deres dreng omskæres forsøger både læger og forældre gang på gang at trække forhuden tilbage, hvilket naturligvis gør ondt. I forbindelse med tilbagetrækningsforsøgene dannes småsår på glans og på forhudens slimhinde side. Da der let kommer infektion i disse sår finder infektionen også let vej til urinvejene gennem den blotlagte urinrørsåbning..

Jeg kan ikke mindes at have behandlet en ikke omskåret dansk dreng for en urinvejsinfektion i praksis.

Tværtimod danner den frie del af forhuden fra tilhæftningen til læberne omkring urinrørsåbningen et rør der altid indeholder et par dråber urin og dermed ammoniak. Ammoniakken , der er bakteriehæmmende, og det sammenklappede rør virker som en barriere mod blørens indhold af blandede bekendtgørelser . En beskyttelse der ikke er den tidligt omskårede forundt.

Venlig hilsen

Speciallæge i Almen Medicin



Shabanzadeh D.M, Düring S, Frimodt-Møller C.

Indsendt: 04-01-2020

Kære STPS

Beklager at sende endnu en mail, men vi har nu læst notatet fuldt igennem og har endnu et par rettelser.

Angående høringslisten er det os alle (Daniel Mønsted Shabanzadeh, Signe Düring og Cai Frimodt-Møller) som står som afsendere af vores artikel til jer. Vi er tre læger der har skrevet fremsendte artikel og repræsenterer i denne sammenhæng ikke en bestemt institution.

Angående slevet notatet om omtale af vores artikel på side 24 står der at der foreligger et "review". Vores artikel er et "systematisk review" der følger prisma guidelines og beder jer derfor om at vores artikel omtales som sådan.

Det er korrekt omtalt i notatet at vores studie finder 10 kohortestudier med vurderinger af seksuel funktion før og efter omskæring i tabel 3. Men der omtales i vores systematiske review også to RCT og ét cross-sectional study i tabel 2. Dette styrker evidensgrundlaget for vores konklusion langt mere end de kohortestudier som der refereres til i notatet.

Det er selvfølgelig STPS opgave at vurdere, hvilke studier der benyttes i notatet, men som vi forstår GRADE metoden bør den højeste evidens vurderes. Dette gøres ikke i gengivelsen af vores artikel i notatet. Vi er fuldt klar over at denne lille korrektion ikke vil ændre notatets konklusioner, men vi ser det derfor som vores pligt at gøre jer opmærksomme på ovenstående og håber på at det vil hjælpe til revurderingen af vores studies resultater i notatet, hvor det omtales.

Hilsen,

Daniel Mønsted Shabanzadeh

Signe Düring

Cai Frimodt-Møller<sup>5</sup>

Dorte Nielsen

Indsendt: 28-01-2020

I januar 2014 havde jeg lejlighed til at kommentere Sundhedsstyrelsens Notat om drenges omskæring (juni 2013) der udgjorde det faglige grundlag for styrelsens Vejledning om drenges omskæring.

Dengang kritiserede jeg fraværet af en professionel informations- og litteratursøgning.

Stor var derfor min glæde, da jeg så, at Styrelsen for Patientsikkerhed har taget udfordringen op, uden at jeg dog tror, det er på min foranledning.

Men da jeg fik set nærmere på litteraturlisten i Styrelsen for Patientsikkerheds nye notat, viser den sig at være meget uegal.

Jeg har lavet en gruppering af litteraturlistens referencer fordelt på hovedgrupper.

Optællingen ser således ud:

---

#### **Poster med politisk relevans**

2 poster med religiøst indhold

11 poster om lovgivning i Danmark (bekendtgørelser og vejledninger)

9 poster om forholdene i andre lande, lovgivning og statements

9 poster med spørgsmål og svar i folketinget

#### **Poster med sundhedsfaglig relevans**

14 poster om formodede benefits på kort og på langt sigt.

8 poster om formodede costs, komplikationer og skader på kort og på langt sigt.

4 poster med vejledninger i forskellige omskæringsteknikker

97 poster om anæstesi

Jeg vil her se bort fra de religiøse/ politiske referencer og koncentrere mig om de sundhedsfaglige.

#### **Poster med sundhedsfaglig relevans**

ANÆSTESI (97 poster)

Den helt store skævvridning ligger i den ildhu styrelsen har lagt for dagen for at finde litteratur om anæstesi. 97 poster! Anæstesen er samtidig det eneste aspekt ved omskæring, der har fået sit eget 'flow-diagram' over søgningen.

Denne overdimensionerede fokusering på anæstesi-aspektet kan undre, fordi det fagligt stærkeste input Styrelsen har modtaget i informationsindsamlingsfasen, netop kommer fra Anæstesilægernes forening, der med stor faglig stolthed, erfaring og ihærdighed har lagt et kæmpe arbejde i at redegøre for state-of-the-art viden på netop deres område, mens de medicinsk tvivlsomme fordele ved omskæring samt komplikationer på kort og på langt sigt er virkelig stedmoderligt behandlet i styrelsens informationsindsamling.

## **FORDELE OG ULEMPER VED OMSKÆRING**

Informations- og litteratur-søgning om disse aspekter af omskæringen er fuldstændig sløset foretaget, og de mest oplagte referencer er gået styrelsens næse forbi.

Muligvis fordi styrelsen har besluttet sig for udelukkende at søge efter review articles, der bærer det fine, men misvisende navn: evidensbaserede.

Farerne ved kun at forlade sig på review articles er mange.

1. Man finder udelukkende sekundærlitteratur
2. Man finder udelukkende ældre litteratur og misser den nyeste forskning, fordi det tager tid inden ny forskning bliver registreret, og fordi det tager tid inden nogen beslutter at lave en review article om det emne, den nye litteratur omhandler, får udarbejdet review artiklen og får den publiceret og indekseret og registreret i de store videnskabelige databaser, så man kan finde dem.
3. I review articles er der et stort subjektivt element, idet mange review articles bliver til ved en Quick and dirty-søgning, der ikke udnytter datasernes raffinerede søge- og filtreringsmekanismer. Det betyder, at den uøvede informationssøger ender op med uoverskueligt store søgesæt, og så begynder de at håndsortere i posterne, hvorved muligheden for bevidst eller ubevidst cherrypicking er overhængende.

I indledningen til Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions, Version 5.1.0 [updated March 2011] gøres specifikt rede for den overhængende fare for bias.

Citat begyndt:

### **2.1 Rationale for protocols**

Preparing a Cochrane review is complex and involves many judgements. In order to minimize the potential for bias in the review process, these judgements should be made in ways that do not depend on the findings of the studies included in the review. Review authors' prior knowledge of the results of a potentially eligible study may, for example, influence the definition of a systematic review question, the subsequent criteria for study eligibility, the choice of intervention comparisons to analyse, or the outcomes to be reported in the review. Since Cochrane reviews are

by their nature retrospective (one exception being prospective meta-analyses, as described in Chapter 19), it is important that the methods to be used should be established and documented in advance. Publication of a protocol for a review prior to knowledge of the available studies reduces the impact of review authors' biases, promotes transparency of methods and processes, reduces the potential for duplication, and allows peer review of the planned methods (Light 1984).

Citat slut.

Kilde: <http://handbook-5-1.cochrane.org/>

Og jeg noterer mig, at samtlige de review articles, som styrelsen henviser til i sine tekster, vurderes til høj bias og lav troværdighed i styrelsens egne AGREE II-vurderinger. Og dog hænges mange synspunkter, opfattelser og konklusioner op på dem.

I Review articles konkluderes ofte på baggrund af incommensurable størrelser. Lad mig tage et eksempel. AAP's taskforce nævner Christakis m fl. (2000) "A trade-off analysis of routine newborn circumcision" der med henblik på forældrevejledning vil opregne fordele og ulemper ved omskæring. Da data ikke findes, får Christakis m fl den idé at benytte eksisterende data i en in-hospital database, hvor de søger på de mest almindeligt kendte komplikationer: Blødning, infektioner og snitskader og kombinerer med circumcision. Deres kohorte er enorm, og de finder en komplikationsrate på 0,2%. Her skal man være opmærksom på, at in-hospital-databaserne er rene aktivitetsdatabaser. Hospitalets administration skal vide, hvad hospitalets tid og ressourcer bruges til - ikke hvor mange skader der påføres patienterne. For dem er en komplikation = en hændelse, der kræver en ekstra indsats af personalet under indlæggelsen.

Derfor følges moder og barn kun, så længe de opholder sig på hospitalet efter fødslen, og normen er, at mor og barn udskrives 24 timer efter omskæringen. Opstår der komplikationer efter disse 24 timer, vedkommer det ikke hospitalets aktiviteter.

Thorup & Thorup (2013) undersøger komplikationer = adverse effects, altså hvad overgår der patienten. De følger de godt 300 patienter, der er rituelt omskåret på Rigshospitalet i perioden 1996-2003. Dvs at Thorup & Thorup har fulgt deres patienter i en periode på 10-17 år, alt efter hvornår de er omskåret. Over dette tidsspan finder Thorup & Thorup en komplikationsrate på 5,5%. De to artikler Christakis (2000) og Thorup (2013) er ikke kommensurable, for de måler noget helt forskelligt. Og dog har omskæringsforkæmpere forsøgt at miskreditere Thorups resultater ved at henvise til Christakis og andre lignende undersøgelser.

Den, der vil bruge og konkludere på review articles, må gøre sig den ulejlighed at undersøge kohorten, metoden, inklusive statistisk metode og den tidsmæssige udstrækning af studierne i primærlitteraturen. Endvidere må det undersøges, om de citerede poster, primærlitteraturen, er skrevet af reputerede forfattere på området og publiceret i tidsskrifter med høj impact factor.

Jeg noterer mig tillige, at Styrelsen ikke har fået udført citationssøgninger, der ville finde den nyeste litteratur.

Tilbage til notatets litteraturliste.

#### Benefits

Rent kvantitativt ser vi en mindre bias, 14 poster til fordel for benefits, hvilket kan undre, da de formodede benefits er begrænsede og tvivlsomme.

AAP mener i hvert fald ikke, at benefits rækker til at anbefale rutinemæssig omskæring til alle drengebørn.

Beskyttelse mod urinvejsinfektioner.

Christakis mf (2000) (AAP's taskforce's litteraturliste) konkluderer, at man skal omskære 100 raske drenge, for at hindre én urinvejsinfektion, og man skal omskære 100.000 raske drenge for at hindre én gammel mand i at dø af peniscancer.

Beskyttelse mod hiv/aids

De citerede afrikanske undersøgelser, der finder en svagt beskyttende effekt af omskæring af voksne mænd mod hiv-aids blev, foretaget kort tid efter omskæringen af de voksne mænd, og jo længere tid der går, jo mere smuldrer evidensen.

Og der er slet ingen evidens for, at tidlig omskæring forebygger hiv/ aids og andre seksuelt overførte sygdomme i vestlige kulturkredse.

Tværtimod viser en big scale sammenligning, at forekomsten af hiv/aids og andre seksuelt overførte sygdomme er flere gange højere i det hovedsageligt omskårne USA end i det hovedsageligt intakte Skandinavien.

Styrelsen konkluderer da også selv i sine evidens-skemaer, at evidensen for fordelene er lav.

Skader og komplikationer

#### Cortisol

Om cortisol skriver Styrelsen for Patientsikkerhed kort og uden dokumentation, at det kun er undersøgt for premature børn, ikke for neonates, hvilket er lodret forkert. Det har jeg dokumenteret, jfr. mit bibliografiske essay om cortisol og omskæring indeholdende 16 referencer. [Fremsendt til styrelsen for Patientsikkerhed i 11.10.2018].

Hvis Styrelsen havde lagt samme ildhu for dagen for at finde yderligere litteratur om dette emne, ville man tillige have fundet følgende artikel af Frisch og Earp, der ikke bare handler om

smertetraumers indvirkning på børnehjerner, men også inkluderer mange andre facetter af omskæring. Det er mig en gåde, at Styrelsen i sin litteratursøgning har overset denne reference:

"Circumcision of male infants and children as a public health measure in developed countries: A critical assessment of recent evidence" / Morten Frisch og Brian D. Earp. - IN: Global Public Health, Volume 13, 2018 - Issue 5

Her citerer Frisch & Earp AAP for følgende:

"Pain that newborns experience from routine medical procedures can be significant ... Research suggests that repeated exposure to pain early in life can create changes in brain development and the body's stress response systems that can last into childhood. Because of this, a new American Academy of Pediatrics policy statement recommends [that] every health facility caring for newborns should use strategies to minimize the number of painful procedures performed. (2016)"

<https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/17441692.2016.1184292>

Forhudens anatomi, fysiologi og funktion

Om dette emne har Styrelsen siden 2013-udgaven indført et ultrakort afsnit, der nogenlunde enslydende forekommer 2-3 steder:

"Forhuden er en dobbeltlaget hudfold yderst på penis med hud udvendigt og slimhinde indvendigt. Der findes ikke en entydig beskrivelse af forhudens funktion og betydning, men der er blandt andet beskrivelser, der omhandler, at forhuden beskytter glans penis, og at forhuden udgør noget af det mest følsomme område af penis."

Og senere:

"I litteraturen og i praksis stilles der således spørgsmål ved, hvilken betydning omskæring af drenge kan have i et medicinsk perspektiv. Det gælder bl.a. seksuel oplevelse, mindske risiko for seksuelt overførbare sygdomme (herunder særligt HIV), udvikling af peniscancer samt urinvejsinfektioner."

Styrelsen forholder sig således udelukkende til den voksne mands forhud, men undlader helt at forholde sig til den spæde dreng og toddlerens agglutinerede forhud, der spiller en helt særlig rolle for blebarnet.

96% af alle drengebørn fødes med en agglutineret forhud. Det betyder, at forhuden er sammenvokset med glans med samme væv, som fastholder en negl til en finger. Lige foran urinrørsåbningen ender forhuden i en lille tap, der normalt er hermetisk lukket, og kun åbnes af urintrykket, når barnet tisser. Resten af tiden er tappen hermetisk lukket, fordi det lille rørs fugtige

indersider hænger sammen. Som indersiden af en våd plastikpose. Fugten består af urin, og tappens inderside består af ammoniak-resistent slimhinde.

Denne konstruktion beskytter drengens urinveje dobbelt mod infektioner.

#### 1. Dels den fysiske beskyttelse i form af

- agglutineringslaget helt frem til urinrørsåbningen
- den lille tap med den urinvåde inderside, der sikrer at tappen er hermetisk lukket
- Dels en kemisk beskyttelse, idet de færreste bakterier kan passere det urinsure miljø i tappen

#### Komplikationer

##### UTI

Ovenstående er årsagen til, at spæde intakte drenge i Norden har langt færre urinvejsinfektioner (UTI) end spæde piger. Den agglutinerede forhud og det urinsure kemiske miljø udgør ganske enkelt naturens egen sterile forsegling. Den forsegling brydes ved omskæring.

Så spørger den opvakte læser: Jamen hvorfor viser talrige studier så, at intakte drengebørn har flere UTI'er end omskårne?

Her spiller en kulturel confounding factor ind.

Mig bekendt finders der ingen nordiske undersøgelser af intakte drengebørns urinvejsinfektioner, af den enkle grund, at de stort set ikke eksisterer. Hvem har interesse i at udforske det ikke-eksisterende?

Jeg har imidlertid ved en tidligere lejlighed gennemgået litteraturlisterne i nogle review articles, der finder højere forekomst af UTI hos intakte drenge end hos omskårne. Jeg mener, jeg fandt disse review articles på AAP Taskforce's litteraturliste fra 2012.

Det viste sig, at alle de undersøgelser, der fandt højere forekomst af UTI hos intakte drenge end hos omskårne, var lavet i lande som traditionelt omskærer. Som jeg husker det, var primærlitteraturen hovedsageligt fra Tyrkiet, Iran og USA.

Nu ved jeg fra mine fænomenologiske studier, at i lande, der traditionelt omskærer, har man ikke megen erfaring med hvorledes en intakt babypenis skal behandles, og der er det meget almindeligt at lave forceful retraction mhp af holde holde rent under forhuden. Dvs at forhuden med vold flås fra glans penis - men så er forseglingen brudt, og bakterierne kan komme ind i kontakt med urinvejene. Så i den bedste renlighedsmening bryder forældrene selv naturens egen sterile forsegling, eller sundhedspersonalet gør det, når de spæde drenge kommer til sundhedstjek.

Mange er beretningerne blandt amerikanske intactivister, om hvorledes forældre har måttet kæmpe for, at sundhedspersonalet ikke skulle lave forceful retraction på deres spæde drenge 😞

## Meatus Stenosis

Men ikke nok med det: Når en spæd eller lille dreng omskæres før forhuden har løsnet sig - og forhudsløsningen sker tidsmæssigt meget forskelligt fra individ til individ - så løsner kirurgen først forhuden med et stump instrument, der føres ind gennem åbningen i den lille tap med retning mod urinrørsåbningen, og derefter ind mellem forhuden og glans penis. I denne proces risikerer kirurgen at såre urinrørsåbningen og de små læber, der omgiver den, lige som glans kam komme i klemme i de forskellige former for clamps.

Efter omskæringen skal den nu blottede og måske sårede urinrørsåbning med de små læber opbevares i en babyble, hvor slid og urinsurt miljø kan give skader og ætsninger på den nu blottede og ubeskyttede glans og urinrørsåbning.

Både eventuelle skader fra det stump instrument, slid og ætsningerne kan medføre ardannelse og dermed forsnævring af urinrørsåbningen. Meatus Stenosis.

Meatus Stenosis er potentielt livstruende, idet den ubehandlet fører til at urin tilbageholdes i blæren, hvorved der opstår overtryk både i blæren og i nyrene. Herved skades det fine væv i nyrene, med nyreskader til følge = hydronefrose.

Behandlingen af meatus stenosis kan være

- hormoncreme med efterfølgende udblokning af urinrørsåbningens arvæv.
- Operativt indgreb kaldet Meatoplasty eller Meatotomy, alt efter om der bruges klemme, eller sårene sys sammen.

Begge dele vil påføre barnet smerte og lidelse.

Meatoplasty/ Meatotomy udføres ved at

- Patienten bedøves
- et instrument føres ind gennem den ultrasmalle urinrørs-åbning.
- Dernæst anbringes en klemme for at knuse vævet, der hvor snittet skal lægges. Dette sker for at hindre blødning.
- Snittet lægges derpå således, at penishovedet flækkes fra urinrørsåbningen og ned mod frenulum.
- Sårkanterne sys sammen, hvis der ikke er brugt klemme.

Kendte bivirkninger er

- smerte under ophelingen.
- Kraftig blødning, hvis der ikke er brugt klemme



- Hvis snittet er blevet for langt, og urinrørsåbningen derved for stor, vil patienten ikke længere have styr på sædafgang og urinering. Det splasher.

To uafhængige amerikanske undersøgelser, udført på to forskellige klinikker med adgang til patientjournaler, har fundet en meatus stenosis-prevalens på hhv 10 og 20%. Forskellen mellem 10 og 20% skyldes, at der kan være forskel på kriterierne for, hvor lille urinrørsåbningen skal være, før at man taler om meatus stenosis:

»Background

Genital disorders are commonly encountered in the office of the primary care physician. [1] Meatal stenosis is a relatively common acquired condition with a symptomatic presentation that occurs in 9-10% of males who are circumcised; the frequency may be as high as 20% after circumcision if the condition is defined as a meatal diameter of less than 5 French. [2]«

Koenig et al (2019): "Meatal Stenosis: Background, Pathophysiology, Etiology"

<https://emedicine.medscape.com/article/1016016-overview>

Modsat har Morten Frisch i sin meatus stenosis- undersøgelse 'kun' fundet en meatus-stenosis-forekomst på 5%. Og professor Jørgen Thorup fra Rigshospitalet, har i sit journal-studie af drenge, der er rituelt omskårne på Rigshospitalet, fundet en endnu lavere forekomst end Frisch. (Thorup, 2013).

Hvad er årsagen hertil?

Hvorfor denne store forskel på forekomsten af meatus stenosis i hhv USA og Danmark? Al sandsynlighed og sund fornuft taler for, at det skyldes, at de amerikanske drenge bliver omskåret som spæde, og derved mister den fysiske og kemiske beskyttelse, som en agglutineret forhud yder.

Modsat er langt de fleste rituelle omskæringer i Danmark foretaget på muslimske drenge, og muslimer omskærer på alle mulige aldre afhængig af traditionen i hjemlandet. Palæstinenserne, der historisk stammer fra det samme område i Mellempøsten som jøderne, omskærer på 7. dagen. Hos andre muslimer skal drengen bare være omskåret inden giftermål, og tyrkerne, som udgør det største muslimske segment i Danmark, omskærer typisk i 6-7 års alderen.

Fordelen ved den senere muslimske omskæring er,

1. at drengenes forhud mere eller mindre har løsnet sig inden omskæringen, så kirurgen ikke behøver at føre stumpe instrumenter direkte i retning mod urinrørs-åbningen for at løsne den.
2. at kirurgen ikke skal løsne forhuden på 'øjemål', men nøjagtig kan se, hvor den dobbeltlagede forhud holder op, og huden på penisskæftet begynder.

3. at drengenes nyomskårne penis ikke skal opbevares i en ble i et urinsurt miljø, så de slipper for ætsningerne.

Og derved bliver forekomsten af meatus stenosis lavere blandt omskårne drenge i Danmark end i USA.

Men kun så længe Sundhedsstyrelsen og Styrelsen for Patientsikkerhed ikke lykkes med at overtale muslimer til at bryde med oprindelseslandets tradition for sen omskæring og gå over til tidlig omskæring, som styrelserne antager, giver færre komplikationer. Sen omskæring giver i hvert fald færre meatus stenosis-tilfælde.

Og slet ingen omskæring giver stort set slet ingen meatus stenosis-tilfælde og heller ingen UTI hos drenge.

Her er fem væsentlige referencer:

Van Howe IN: Clinical Pediatrics (2006):

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/m/pubmed/16429216/>

Joudy et al. IN: Journal of Pediatric Urology (October 2011)

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/m/pubmed/20851685/>

Og her er Morten Frisch's nye(re) studie fra 2018

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/m/pubmed/28017691/>

Thorup & Thorup (2013)

<https://ikm.ku.dk/english/contact/specialties/surgery/>

Sneppen & Thorup (2016)

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27244821>

Alle fem referencer mangler i høringsudkastet, men det kan der jo nås at gøres noget ved.

Jeg tænker, at de er 'smuttet' for Styrelsen, fordi Styrelsen tilsyneladende udelukkende har søgt efter 'evidensbaseret' forskning i NICE.org.uk.

Som omtalt ovenfor, finder man ikke den nyeste litteratur, når man kun søger review articles. Så er man helt afhængig af, hvad dem, der har kompileret review artiklen har fundet væsentligt. Og der er da også overraskende mange gamle studier i styrelsens litteraturliste, i betragtning af, at styrelsen havde meldt ud: Kun ny litteratur, dvs efter 2013, da det tidligere notat udkom.

Jeg syntes, det var en ubetænksom idé, kun at ville have litteratur fra efter 2013. Af to grunde:

1. I Sundhedsstyrelsens Notat fra 2013 var informations- og litteratursøgning stort set ikke-eksisterende, de havde bare snuppet nogle referencer hist og pist fra deres informanter.
2. I videnskab er det sådan, at når man først én gang har fundet ud af noget og publiceret det, så bliver den erkendelse ikke trykt op igen gang på gang i nye artikler. Så hvis ikke man har styr på den gamle litteratur, så går man glip af væsentlige opdagelser og opfindelser, og så risikerer man at opfinde den dybe tallerken gang på gang. Det var faktisk en anden årsag til, at Cochrane Centrene måtte opfindes: Medicinske studier er dyre, de medfører potentielt lidelser for patienterne, og vi ved ikke på forhånd, hvem der lider mest ved de randomiserede forsøg: placebogruppen eller gruppen med den nye behandling? Derfor ville man sikre sig gode informationssøgninger. Og derfor er det beskæmmende, at Styrelserne stadig ikke har fundet ud af at gå i samarbejde med professionelle informationsbehandlere og litteratursøgere.

Hvis Styrelsen for Patientsikkerhed gerne ville have haft flere referencer end de sølle 8 review articles med høj bias og lav troværdighed, havde det været en god idé at udforske referencerne på CIRP.org, som British Medical Journal omtaler som en værdifuld internet-ressource til information om omskæring:

»Circumcision is one of those subjects that crops up repeatedly in online medical discussion forums. For useful online information on the subject visit the circumcision information resource on <http://www.cirp.org/CIRP/> «

Og husk: Hvis man vil have den nyeste litteratur, skal man også søge i de fremadrettede citationsdatabaser, og ikke bare i de bagudskuende 'evidens-databaser'.

Tidlig versus sen omskæring

Styrelsen skriver flere steder, at tidlig omskæring giver færre skader end sen. For eksempel

"Komplikationer optræder mindre hyppigt blandt nyfødte og børn under et år end blandt ældre børn i forbindelse med omskæring." (Side 8) og "Resultater fra litteraturgennemgangen viser, at jo tidligere i et drengébarns liv omskæring finder sted, desto færre komplikationer synes at finde sted." (Side 50)

Alene forekomsten af meatus stenosis hos tidligt omskårne drenge får ovenstående påstand til at skurre i ørerne. Derfor jeg vil nu se nærmere på "resultaterne fra litteraturgennemgangen", dvs de referencer, hvorpå Styrelsen bygger sin antagelse om, at tidlig omskæring har færre komplikationer end sen. Tallene henviser til referencenumrene på Høringsudkastets litteraturliste.

# 25 handler om seksuel tilfredsstillelse før og efter omskæring uden skelnen mellem tidlig omskæring og voksenomskæring. Men da tidligt omskårne ikke har sex, må man formode, at de af Shabanzadeh m fl analyserede artikler hovedsageligt handler om mænd og drenge omskåret efter puberteten.

# 28 afprøver en hypotese om, at tidlig omskæring kan medføre autisme. I flg artiklen findes der en svag overrepræsentation af autisme blandt tidligt omskårne, men det statistiske grundlag er svagt. Jeg har min egen hypotese om dette. Inden for de seneste år er der lavet en dansk undersøgelse, der viser, at mange, der lider af (panik)angst, bliver fejldiagnosticeret som autister. Vi ved, at store og langvarige smertetraumer kan medføre permanente ptsd-lignende tilstande (se ovenstående citat fra AAP sakset fra Frisch og Earp 2018). Og vi ved, at cortisolspejlet er højt under og efter en omskæring, jfr mit bibliografiske essay om cortisol og omskæring (omtalt ovenfor).

Min hypotese er, at den svage overrepræsentation af autister blandt tidligt omskårne, i virkeligheden kunne skyldes drenge med permanente angst-symptomer, der er blevet fejldiagnosticeret som autister. Jeg mangler bare nogen, der vil efterprøve denne hypotese.

# 29 vil jeg undlade at forholde mig til. Det er en review article skrevet af den australske Brian Morris, myreflittig pensioneret molekylærbiolog og ivrig omskæringsforkæmper. Brian Morris er berygtet for selvcitationer - der er nok at tage af - og for påstanden om, at fordelene ved at være omskåret i forhold til ikke at være det, er som forholdet 100:1. Hvordan han har regnet det ud, står hen i det uvisse, men en mand, der kan komme med så vanvittige påstande, er ganske enkelt ikke troværdig i mine øjne.

Brian Morris 100:1 er for omskæringstilhængere, hvad Dan Bollinger med sit mærkværdige regnestykke, der bon'er ud med resultatet, at der hvert år dør 117 drenge om året i USA på grund af omskæring, er for intaktivisterne. Hvad skal man med fjender, når man har sådan nogen venner? Heldigvis har BOLLINGERS artikel ikke fundet vej til Høringsudkastets litteraturliste. Men det har fire artikler af Brian Morris. Mon det kan tilskrives den australske 'metodespecialist'?

# 30 El Bcheraoui C (2010) forsøger faktisk at finde ud af noget om mørketallene ved tidlig hhv sen omskæring, så den artikel vender jeg tilbage til.

# 31 Edler m.fl. (2016), et grundigt inter-nordisk studie i komplikationer ved tidlig omskæring. Ingen sammenligning med voksen-omskæringer.

# 32 Handler specielt om Gomco Clamp, og kun om børneomskæring med referencer til jødisk Brit Mila, men ingen referencer til omskæring af voksne.

# 34 stort brasiliansk studie fra 2018. Konklusion: "Patients' age did not influence on complications."

# 36 handler om the Mogan clamp, den moderne omskæringsklemme, der minder mest om det jødiske shield. Artiklen, der er meget sparsomt beskrevet, er fra 1995.

I den sparsomme tekst står: "the Mogen instrument allows full visualization of exactly how much prepuce to remove. In Mogen circumcision however, the glans is not visualized before removal of the prepuce. Heraf slutter jeg, at artiklen handler om omskæring af børn med agglutinerede forhuder.

To kommentarer: I Høringsnotatets tekst skriver styrelsen, at det jødiske shield er vældig hurtigt at omskære med. Man skal 'bare' trække forhuden ud gennem sprækken, føre skalpellen henover og - vupti - så er det hele overstået på få sekunder. Det er rigtigt, at snittet hen over skjoldet kan gøres på no time, men jeg formoder, at forhuden - før eller siden - skal løsnes helt fra glans og og at man er nødt til at skære kanterne pænt af. Endvidere skal der lægges forbindelse for at standse blødningerne. Jeg har for år tilbage set en del jødiske omskæringer på YouTube. De jødiske familier lagde dem ud som kristne lægger dåbshandlinger og andre glade familiebegivenheder ud. Jeg har også hørt moheller berolige nervøse mødre med, at det bare var et snuptag på ingen tid. Men når det kom til stykket varede omskæringen alt iberegnet snarere 6-10 minutter.

Jeg har været på youtube for at sikre, at min erindring var rigtig, men ud fra en forholdsvis hurtig søgning ser det ud til, at næsten alle omskæringer i familiens skød er fjernet fra denne kanal.

Styrelsen skriver kort om en ny metode, hvor man skærer/ brænder forhuden af med elektricitet. Metoden er meget renlig, og Styrelsen kender endnu ingen eksempler på komplikationer. Det gør jeg.

#### Komplikation efter omskæring med elektricitet

Det er et syrisk studie, hvor alle forfatterne er tilknyttet et universitet eller universitetshospital i Aleppo.

Assad R. (2019): "Penile reconstruction using scrotal flap after usage of monopolar electrocautery in a 2-month-old Syrian child: a case report". - IN: Journal of Surgical Case Reports, Volume 2019, Issue 12, December 2019, rjz351.

#### Abstract

Circumcision is regarded as one of the most common procedures in pediatrics. We present a case of a newborn, who has undergone circumcision using monopolar electrocautery. He admitted to the hospital with glans necrosis and was treated with antibiotics and surgical debridement. Four months later, phalloplasty was performed for the newborn using scrotal flap. The result is satisfactory, and the penis is esthetically acceptable with effective urination. Our case suggests the use of scrotal flap for penile reconstruction due to feasibility of procedure and anatomic privilege. It would also support usage of bipolar electrocautery for circumcision to avoid possible unwanted complications of monopolar electrocautery.

En lille dreng er blevet omskåret, med elektricitet, men fordi en babypenis er så lille, var glans penis også blevet opvarmet så meget at der gik koldbrand i vævet.



Men ved at tage væv fra scrotum, lykkes det plastikkirurgerne at lave en rigtig god efterligning af en lille drengpenis.



Hvordan den vil fungere, når drengen vokser op og skal have et kønsliv, foreligger der ikke noget om.

Men til trods for denne frygtelige adverse effect, hvor barnet har måttet udstå meget smerte og frygt, er kirurgerne så glade, at de anbefaler scrotum-metoden til næste gang, det går galt. De er faktisk så begejstrede for eget arbejde, at de med Brian Morris erklærer, at fordelene ved at være omskåret i forhold til ikke at være omskåret, er som 100:1!

Hvad sker der inde i hovedet på dem ?

<https://academic.oup.com/jscr/article/2019/12/rjz351/5675518?fbclid=IwAR3-E4IQ3wdWHiprGNQgyx0ybeCfvsFUloT3BKC4AvtoUcafF3PSqsO-avk>

Komplikationsratio mellem tidlig omskæring og voksenomskæring

Nu tilbage til # 30, El Bcheraoui C et al (2010), "Rates of adverse events associated with male circumcision in U.S. medical settings", 2001 to 2010". - IN. JAMA Pediatr 2014;168(7):625-634.

Det er den eneste reference på Styrelsens litteraturliste, der rent faktisk forsøger at finde en ratio mellem komplikationerne ved børne- og voksenomskæring. Men sagen er, at de regner på mørketal, idet der ikke findes nogen kilder, der forbinder en skade med skadens årsag.

Bcheraoui et al har dog fået en muligvis god idé.

Først identificerer de 41 kendte komplikationer, hvilket er prisværligt.

De fleste, der har forsøgt at koble adverse effects med omskæring, vælger som regel kun de tre hyppigst kendte: utilsigtede snitskader på penis, blødning, og infektion.

I in-hospitaldatabaserne er der ydermere yderst kort opfølgningstid, typisk max 24 timer, inden mor og barn sendes hjem. Det betyder, at komplikationer, især infektioner, og skader dårligt kan nå at blive opdaget, inden mor og barn er ude af klappen. Der er ingen opfølgning, for in-hospitaldatabaserne er oprettet som aktivitets-databaser aht hospitalets administration og økonomiafdeling: hvad bruger sundhedspersonalet deres tid til? Så prøver Christakis at lave et spin off, og ender med en fra patienternes synsvinkel latterligt lille komplikationsrater på 0,2%. Men hospitalets personale har haft ekstraarbejde i forbindelse med omskæringen på 0,2% at tilfældene, inden mor og barn sendes hjem.

Bcheraoui et al vælger en anden database hos et kommercielt firma: SDI Health, som det er svært at finde en beskrivelse af, modsat in-hospital baserne, som er ganske vel beskrevne.

Bcheraoui et al præsenterer firmaet således: SDI Health provided administrative claims data from inpatient and outpatient US medical settings.

Man kan søge på komplikationskoder, men hvad det egentlig er, de finder, står mig ikke klart. Er det forsikringer eller er det klagesager? Det fremgår ikke.

SDI Health ser ud til at være et multi-task-firma, og jeg kan ikke finde nogen beskrivelse af indholdet af deres databaser. Endnu vanskeligere bliver det, fordi SDI Health i mellemtiden er blevet opkøbt af et andet multi-task firma, som jeg heller ikke kan se præcis hvad laver?

Det betyder at søgningerne og analyserne ikke kan gentages, og i realiteten forbliver mørketallene mørketal.

Og hvad enten det er forsikring eller erstatninger, Bcheraoui et al undersøger, vil der i hvert fald være større sandsynlighed for at en voksen vil klage, end at et spædbarn vil klage og kræve erstatning. Og spædbarnet kan endvidere nå at udvikle mange omskæringsrelaterede skavanker og senskader, som ikke er opdaget ved en evt henvendelse til forsikringselskab, eller hvad SDI Health nu er. Fx opdages mildere former for meatus stenosis typisk først, når barnet kommer i skole og hele tiden skal ud og tisse. Vil denne lidelse så blive kategoriseret som adverse effect efter tidlig omskæring, eller vil den blive kategoriseret en lidelse ved skolebarnets alder? Der er simpelthen så mange confounding factors, at det vil kræve et dybere studie i de anvendte kilder for at kunne komme til bunds i det.

På baggrund af ovenstående litteraturgennemgang undrer det mig, at styrelserne så skråsikkert holder fast på, at tidlig omskæring er at foretrække. De har ikke andet end mørketal at hænge det op på.

Og dette til trods for at styrelsen selv år efter år har fået lavet en mikroundersøgelse, der viser det modsatte.

Mikroundersøgelsen står som notatets tabel 3 på side 105:

År efter år er omskæring af 0-årige den gruppe, der bon'er ud med de fleste komplikationer. Og i betragtning af, at Thorup (2013) havde en gennemsnitsalder ved rituel omskæring på 6-7 år (som traditionen byder for tyrkerne), med den yngste på 3 måneder og den ældste på 16 ved omskæring, er det ikke sandsynligt, at gruppen af 0-årige er den største, hvad angår børneomskæringer. Ydermere har jeg et sted i Hørings-notatet læst, at der årligt omskæres langt flere voksne i Danmark, srørrelsesorden 3-4.000, end de formodede 2.000 børneomskæringer, hvor lagt de fleste er ældre end et år, ved omskæringen. I denne oversigt er den registrerede Komplikationsraten derfor signifikant højere blandt de 0-årige end for andre aldersgrupper!

Mvh

Dorte Nielsen

MLIS og litteraturhistoriker,

Pensioneret referencebibliotekar og lektor ved Institut for Informationsstudier

P. S. Der er nogle 'tekniske' formuleringer i Notatet, der springer i øjnene på udenforstående, og som jeg vil forslå styrelsen at ændre i det færdige notat:



1. Jeg vil foreslå, at Styrelsen nedgraderer omtalen af alle artiklerne om omskæringspræventive fordele i forhold til HIV og andre STD's i Afrika. For det første foregår smitten i Afrika i heteroseksuelle miljøer med mange smittede kvinder, mens den i vesten typisk foregår i homoseksuelle miljøer og mellem stiknarkomaner. Og STD kan aldrig være en grund til at omskære børn før den kønsmodne alder. Ydermere kan vi nu vaccinere mod HPV i Danmark, og vi har en så god medicinering af hiv/ aids, at sygdomme funktionelt er ved at være udryddet.

På grund af den forskellige seksualkultur og bedre toilet- og badeforhold er smittenrisikoen meget mindre i vesten end i Afrika. Unge kvinder, der er nødt til at forrette deres nødtørft i det åbne rum, har altid været udsatte.

Hvis vi skal sammenligne os med et vestligt land med høj omskæringsrate, må det blive USA. Men til trods for, at omskæringsraten i USA er kæmpehøj, men lav blandt etniske danskere, er forekomsten af hiv og anden SDI adskillige gange højere i USA end i DK.

1. Bilag 1. Arbejdsgruppe (side 66) springer de to metodespecialister i øjnene.

Hvorfor en metodespecialist fra Parker-instituttet, der forsker i artrose?

Og hvorfor en metodespecialist fra Cochrane-centret i Australien af alle steder? Der er jo et dansk Cochrane center, og synet på omskæring er stadig meget forskelligt i Australien og i Danmark.

1. På samme sted står, at Morten Frisch er tilsagt som privatperson, altså ikke som repræsentant for seruminstitutet. Retvisende. Men et andet sted, som jeg ikke lige kan finde, (i et af bilagene, tror jeg), står der, at Styrelsen har hidkaldt flere eksperter fra mave-tarm-kirurgisk afdeling på Hvidovre Hospital. Det kan ganske enkelt ikke være rigtigt, at den afdeling har en faglig ekspertise, som er relevant for at lave dette notat. Jeg tror snarere, at m fl er tilkaldt som privatperson(er), fordi han/ de af personlig interesse har udfærdiget en review article om seksuel tilfredsstillelse blandt omskårne og ikke-omskårne mænd. Det er ikke noget en mave-tarm-kirurgisk afdeling beskæftiger sig med. Jeg vil derfor foreslå at ændre til privatperson, for det er som privatperson(er), de person(er) er indkaldt, ikke som repræsentanter for mave-tarm-kirurgisk afdeling.