

20.01.2014

Høringssvar

En væsentlig ændring i Sundhedsstyrelsens forslag til Vejledning om omskæring af drenge (2014) i forhold til den tidligere 2005-udgave er tilføjelse af afsnittet:

Omskæringer på drengebørn giver færre umiddelbare komplikationer, når det foretages i de første uger af barnets levetid. Derfor anbefaler Sundhedsstyrelsen, ud fra et sundhedsfagligt og patientsikkerhedsmæssig synspunkt, at børn, der er ældre end to måneder, får indgrebet foretaget på et lægeligt behandlingssted, hvor der kan iagttages sædvanlige praktiske og hygiejniske forhold.

Længere nede i Vejledningsforslaget står:

Smertelindring

Lægen skal sikre sig, at alle børn, også spædbørn, er smertedækket nødvendigt, tilstrækkeligt og tidssvarende under indgrebet og i den postoperative periode. Der skal ved valg af smertelindring tages hensyn til barnets alder, modenhedsgrad og øvrige medicinske forhold. Den smertelindring, der vælges, skal desuden være så god som mulig med så lille risiko for bivirkninger og komplikationer som muligt.

Disse to udsagn stemmer dårligt overens, idet spædbørn bør mindst skal være 6 måneder og hellere et år for at kunne lægges i fuld narkose, hvilket er den eneste form for smertelindring, der kan betegnes som værende "nødvendig, tilstrækkelig og tidssvarende" ved en omskæring set fra barnets perspektiv. Af samme grund foretager Privathospitalet Aros ingen ikke-medicinsk indikerede omskæringer børn, der er under 1 år og vejer mindre end 10 kg.

Jeg har således to hovedindvendinger mod dette forslag til ny vejledning:

1. Implikationerne af det udokumenterede udsagn "Omskæringer på drengebørn giver færre umiddelbare komplikationer, når det foretages i de første uger af barnets levetid"
2. Uoverensstemmelsen mellem på den ene side den implicite anbefaling af tidlig omskæring – færre komplikationer – og kravet om "nødvendig, tilstrækkelig og tidssvarende" smertedækning ved drengeomskæring

"Omskæringer på drengebørn giver færre umiddelbare komplikationer, når det foretages i de første uger af barnets levetid"

Lignende formuleringer findes i Sundhedsstyrelsens *Omskæring af drengebørn - Notat* (2013). Da dette Notat faktisk anfører noget, der ligner dokumentation, vil jeg i min kritik af Vejledningen tage udgangspunkt i denne dokumentation, som jeg vil antage også udgør dokumentationen for forslaget til Vejledning.

I Notatets afsnit 2.6 "Komplikationer til omskæring" står:

Videnskabelige undersøgelser tyder på, at der er færre komplikationer, hvis det raske drengebarn omskæres i den nyfødte periode og under optimale forhold (erfaren læge og sterile forhold).¹ Dette kan forklares ved,

¹ Weiss et al., Complications of circumcision in male neonates, infants and children: a systematic review, BMC Urology 2010, Feb 16;10:2. <http://www.biomedcentral.com/1471-2490/10/2>

20.01.2014

at barnet i den nyfødte periode har moderens antistoffer til at bekæmpe en eventuel infektion, at det er mindre forhold, som opereres på, og at indgrebet ikke kræver syning. Ydermere er helingsprocessen hos nyfødte god. Komplikationsraten til en hvilken som helst operation vil altid afhænge af barnets alder ved indgrebet, den kirurgiske teknik, indikationen, udførerens kompetencer, under hvilke forhold indgrebet bliver udført, og barnets øvrige helbredsforhold. (Op.sit. side 11)

Dette opsummeres i konklusionen således:

Da litteraturen tyder på flere komplikationer, jo ældre barnet er, kan man overveje at stille krav om, at drengebørn, der skal omskæres ud over de første leveuger, får indgrebet foretaget på en lægeklinik eller på sygehus. (Op.sit. side 20)

Jeg har i en årrække arbejdet med søgning og formidling af information og litteratur, herunder vurdering af kilder, og de sidste 13 år af min karriere har jeg haft et lektorat på Danmarks Biblioteksskole, Institut for Informationsstudier. Min spidskompetence er litteratursøgning, og jeg besluttede mig derfor for at anvende denne til at nærlæse og vurdere dette dokument.

Weiss et al. 2010

Dokumentationen udgøres af ét metastudium, og titlen, "Complications of circumcision in male neonates, infants and children : a systematic review", ser ud som om, den sidder lige i skabet. Men allerede konklusionen, som den gengives i abstraktet, giver bange anelser. Der står:

Conclusions

Studies report few severe complications following circumcision. However, mild or moderate complications are seen, *especially when circumcision is undertaken at older ages, by inexperienced providers or in non-sterile conditions*. Pediatric circumcision will continue to be practiced for cultural, medical and as a long-term HIV/STI prevention strategy. Risk-reduction strategies including improved training of providers, and provision of appropriate sterile equipment, are urgently needed. (Op. cit. side 1) [min fremhævnings / DN]

"especially when circumcision is undertaken at older ages, by inexperienced providers or in non-sterile conditions"???

Videnskabelige artikler er som regel opbygget på den måde, at der først redegøres for formålet med undersøgelsen (Background), derefter metoden, resultater, diskussion og konklusion.

Undersøgelsens formål

Denne undersøgelse er blevet til i slipstrømmen af de omskæringsprogrammer, der pt kører i 3. verdens-lande, især i det sydlige og det østlige Afrika, hvor der er stor spredning af HIV/AIDS via heteroseksuelle forhold. Programmerne er egl. startet med omskæring af voksne mænd, men har - forudsigeligt - spredt sig til også at omfatte drenge.

Undersøgelsen er påbegyndt i 2007, og på det tidspunkt var inddragelse af børn i programmet endnu under overvejelse. Det er disse pilotprojekter, der også skal omfatte nyfødte (neonates = 1-28 dage), spædbørn (infants = 28 dage-11 måneder) og børn (children = 12 måneder-12 år), Weiss et al. ønsker at berige med tilgængelig viden ved at foretage en metaundersøgelse.

20.01.2014

Pilot projects for neonatal and infant circumcisions are now being considered in several African countries, and to inform these programs, we undertook a systematic review of practices of paediatric circumcision, including prevalence, age at circumcision, types and training of providers, circumcision methods used, frequency of complications and cost. (Op. Cit. Side2)

Metode

Weiss et al. (2010) er en review article. Det vil sige, at metoden består i at afsøge videnskabelige databaser, for derefter at uddrage viden og konkludere på resultatet

Afsøgte databaser og søgestrategi

PubMed, Healthline, LILACS og Cochrane Central Register, som alle er afsøgt med MeSH (Medical Subject Headings), altså kontrollerede termer som stammer fra den store videnskabelige medicinske tesaurus. Endvidere har Weiss et al. afsøgt "relevant databases" for arabisk litteratur, hvad det så omfatter?

Der er ikke nøje gjort rede for søgeformuleringerne, så det er ikke muligt at eftergøre søgningerne, men fælles for søgningerne er, at de alle er opbygget som blok-søgninger, der indeholder blokkene

- Grundtemaet: Mandlig omskæring /m synonymer er det emne, som alle poster *skal* handle om
- Aldersfacet: Infant, newborns neonale ...
- Geografisk facet: Africa, Asia, Arabic
- Komplikations-facet: Intraoperative Complications, Postoperative Complications, Adverse effects ...

Første søgning er udført November 2007, anden supplerende søgning udført februar 2009.

Det kan umiddelbart undre, at Weiss et al. anvender den geografiske facet, der allerede ved hoveddøren afviser alle artikler, der omhandler vestlige forhold, og kun medtager forhold i Afrika, Asien og arabisk-talende lande. Betænker man undersøgelsens formål og målgruppe, giver det imidlertid god mening: Formålet er at vejlede de nye pilotprojekter i det sydlige og østlige Afrika, der nu også vil inkludere nyfødt, spæde og drengebørn, og Weiss et al. gør eksplicit opmærksom på formålet med geografi-facetten: Vestlige forhold skal elimineres fra søgeresultaterne.

Limitering af søgeresultatet

Weiss et al. får et søgeresultat på 1.349 poster, hvilket er et uoverkommeligt stort resultat.

Abstrakts læses igennem, og der udvælges 223 papers "with information on complications". Med den anførte søgeformulering kan man undre sig over, at ikke alle poster har indeholdt "information on complications". Det kan muligvis skyldes, at Weiss et al i nogle af søgningerne har accepteret søgetermen "complications" som subheading?

Men disse 223.poster må altså være vurderet særlig centrale, så den fulde tekst gennemlæses, og ud fra disse gennemlæsninger udvælges 52 undersøgelser fra 21 lande, som kommer til at indgå i undersøgelsen.

20.01.2014

Ved udvælgelsen lægges vægt på, at undersøgelsen ikke kun må omhandle enkelttilfælde, og de skal være prospektive, dvs pege fremad. Være handlingsorienterede og handlingsanvisende, formoder jeg. Formålet er jo, at fremtiden skal lære af fortidens erfaringer med omskæring i U-lande.

Adskillige af de udvalgte artikler handler om enkelte omskæringsteknikker, Gomco Clamp, Tara Clamp, Dorsal Slit og Plastibell, hvor der redegøres for, hvilke aldersgrupper de enkelte klemmer eller afsnørings-devices egner sig bedst til.

Complications following neonatal or infant circumcision

Weiss et al. identificerer 16 artikler, der handler om komplikationer. Jeg har gennemlæst de første 6 af disse.

Den første af disse er:

Ben Chaim J, Livne PM, Binyamini J, Hardak B, Ben-Meir D, Mor Y: "Complications of circumcision in Israel: a one year multicenter survey". - Isr Med Assoc J 2005, 7:368-370. Tid: 2001

Sted: Israel, non medical settings

Population: 20.000

Alder v omsk: 8 dage

Komplikationer: 66, heraf 55 v/ mohel, 11 med læge involveret

Akut blødning: 16 tilfælde, hvoraf 8 krævede sutur.

Infektion i såret: 2 tilfælde

Delvis amputation af glans: 1 tilfælde (mohel)

Sen-komplikationer m om-operation:

"Overskydende hud": 38 tilfælde

"Skævvredet penis": 5 tilfælde

For meget hud fjernet, forhudsfor snævring, indlejret cyste: 4 tilfælde

Komplikationsraten hævdes at være lav - men i artikler, der citerer denne, anføres masser af komplikationer ved israelske omskæringer, bl a blødning, infektioner og overrepræsentation af urinvejs-infektioner i barnets 2. og 3. leveuge, altså den tid, hvor barnet ligger med et åbent operationssår i en ble. En tilsvarende høj rate for urinvejsinfektioner i 2. og 3. leveuge fandtes ikke tilsvarende hos spæde pigebørn.

Se <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/m/pubmed/?term=Complications+of+circumcision+in+Israel>

Det kan undre, at kompliaktionsraten er så uhyre lav: 66 ud af næsten 20.000 omskæringer. Danske læger og rigshospitalet kalkulerer dog med en komplikationsrate på 2-5%? Spørgsmålet er: Hvorledes registreres komplikationer i det pågældende land?

Det kan undreligeledes undre, at denne artikel overhovedet er sluppet igennem de søgeformuleringer, som Weiss et al. hævder at have benyttet, idet Israel hverken er et afrikansk, asiatisk eller arabisk-talende land, og dermed overhovedet ikke opfylder den påståede geografiske afgrænsning. Endvidere

20.01.2014

er omskæringerne foretaget af rabbinere, som vel ikke følger med ud i de lokale Afrikanske pilotprojekter, som artiklen hævder at ville understøtte?

Andre artikler, der indgår i undersøgelsen, omhandler ligeledes lande, der ikke opfylder Weiss et al's kriterier. Der er således refereret enkeltstudier fra UK, USA, Canada, Holland og Danmark. Både den danske og den engelske artikel beskriver studie af medicinsk indikerede omskæring (balanitis og phimosis) foretaget med plastibell.

Inden for den deskriptive statistik er det almindelig kendt, at man ikke engang bør sammenligne folketællinger eller bruttonationalprodukter fra flere lande, hvis ikke det er den samme internationale instans – altså ikke nationale – der har stået for tællingerne eller opgørelserne. Nationale tællinger er simpelthen foretaget så forskelligt, at tallene rent statistisk ikke er sammenlignelige. Men Weiss et al. sammenligner lystigt æbler og bananer –uden skræl! – på tværs af landegrænser. Og de har ingen anelse om, hvorledes oplysningerne om komplikationer er indsamlet. Studiet er fuldstændig ubrugeligt, både fordi

1. det er fuldstændig uigennemskueligt, hvorledes Weiss et al. i virkeligheden har foretaget deres søgninger og afgrænsninger, for resultatet af deres søgninger har er på ingen måde i overensstemmelse med det, de siger, de har gjort. Det vil være fuldstændig umuligt at gentage deres metode og nå til et lignende resultat.
2. Hverken vi eller Weiss et al. har nogen anelse om, hvorledes oplysningerne om komplikationer er indhentet i de respektive undersøgelser, der ikke engang regner de samme hændelser med til komplikationer..

Men først og fremmest må man undre sig over, at Sundhedsstyrelsen til grund for sin anbefaling af ekstremt tidlig omskæring af danske børn lægger en artikel, der er udarbejdet med det ene formål rent teknisk at facilitere et pilotprojekt i 3. verdenslande, hvor man allerede i abstraktets korfattede gengivelse af konklusionen kan læse, at der ses flere komplikationer, når omskæring foretages på ældre patienter "by inexperienced providers or in non-sterile conditions". Under de vilkår foregår danske omskæring forhåbentlig ikke!

Hvis interesser?

Og bemærk: Undersøgelsen er lavet med omskærers synsvinkel – ikke med patientens. Det medfører et særligt syn på komplikationer, hvor kun sådanne, som er "medical per se" anses som komplikationer. Synet på komplikationer, er omskærers - kan han gøres ansvarlig for en fejl? – ikke patientens eventuelle lidelser som følge af for eksempel nødvendigheden af en reoperation. For eksempel anses det ikke for en komplikation, hvis der er efterladt "for meget" forhud, skønt man må antage, at hvis formålet er at nedsætte HIV/AIDS-smitte gennem heteroseksuel kontakt, så er "for meget forhud" vel en fejl, der kræver reoperation til skade for patienten. Rationalet i de afrikanske omskæringskampagner er jo netop, at virus ikke skal have nogen kringelkroge at gemme sig i!

20.01.2014

Further, a major advantage of neonatal circumcision is that suturing is not usually necessary, whereas it is commonly needed for circumcisions in the post-neonatal period. (Weiss et al. side 8)

Det er da udelukkende en fordel for kirurgen/ omskæreren, og evt for den, der skal betale sypigens løn. Et væld af de komplikationer, som forældre beskriver i de sociale netværk, men tilsyneladende aldrig klager over, skyldes netop vedhæftninger og ikke ønskede sammenvoksninger, evt i form af broer / bridges, der skyldes, at det spæde barn ligger med to åbne slimhinder, og ingen suturer. Som det vil fremgå nedenfor, er en væsentlig årsag til at bruge klemmer/ clamps på spædbørn, at klemmerne knuser vævet, således at blødningen nedsættes, når snittet lægges, ganske enkelt fordi klemmen har smadret de blodforsynende kapilærer. Når voksne skal sys, skyldes det, at man ikke bruger klemmer til dem. Det anbefales i hvert fald ikke i dette studium. Men barnet har ingen glæde af – uden adækvat bedøvelse - at få kvast for huden inden der skæres. Den oplevelse ville det sikkert gerne være foruden. Men det er sikkert meget praktisk for omskæreren, at han/ hun ikke skal stå og brodere petit point i kapløb med tiden. Og godt for regningen. Der tales en del om cost-benefit i disse skrifter ☺

To paradigmer

Som det vil fremgå af det følgende, er der en divergens mellem to forskellige forskningskulturer: En amerikansk (og Israelsk) kultur, hvor over 90% af den voksne mandlige befolkning er omskåret – altså både læger, forskere og den undersøgte population, og en tilsvarende europæisk kultur, hvor over 90% tilsvarende er intakte. Her er tale om to videnskabelige paradigmer, der hver for sig har vanskeligt ved at skaffe uskadet 'forsøgsmateriale' fra mindretallet. I det store perspektiv bør man notere sig, at i USA, hvor 90% af den seksuelt aktive befolkning er omskåret, er raten af HIV AIDS-smittede 300% større end HIV/AIDS raten i Europa, hvor 90% er intakte. Og USA og Europa/ Danmark er dog langt mere sammenlignelige samfund end fx Danmark og tredjeverdenlande, som Østafrika, Pakistan og Indien.

Men først må vi omkring

Forhudens fysiologi og funktion hos det spæde barn.

Langt de fleste pattedyr er skabt, så hannens penis ligger gemt i en slimhinde-skede i bughulen, når den ikke er i brug. En gang i løbet af evolutionen, da menneskenes forfædre var kravlet ned fra træerne og havde rejst sig på to, er mandens penis gledet ud af bughulen, og slimhinde-skeden er fulgt med som beskyttende forhud. En penis er ikke beregnet til at være et eksternt organ udsat for slid og skader.

På ydersiden er mandens forhud dækket af hud. På indersiden er den dækket af slimhinde. Hos det spæde barn er forhudens slimhinde-inderside vokset fast til glans' slimhinde. De er ét kød. Foran urinrørsåbningen slutter den fastvoksede forhud på den intakte dreng i en lille tap. Denne tap er på indersiden dækket af et urinsyreolerant epitel, og den danner således et sterilt rum foran urinrørsåbningen.

- fysisk, fordi den kun åbnes af presset, når barnet tisser, derefter klapper den sammen igen.
- kemisk, fordi urin, der ikke har været i kontakt med luften, er sterilt, og fordi bakterier ikke kan trives i det urinsure miljø, der findes i den lille tap.

20.01.2014

Dette er yderst hensigtsmæssigt. Modsat de fleste dyreunger fødes menneskebørn ufærdige og særdeles hjælpeløse. Hvis ikke menneskebørns hoveder havde været så store i forhold til kvinders fødselsveje, burde de være blevet i livmoderen meget længere. Eller vi burde have været pungdyr.

Men nu fødes menneskebarnet, før det er i stand til selv at bevæge sig rundt og flytte sig fra egen urin og afføring, og i den situation tjener forhuden og den lille tap som naturens egen geniale sterile indpakning. Den fastvoksede forhud beskytter simpelthen meget effektivt både glans og urinrørsåbningen og derved urinvejene mod infektioner og deraf følgende skader, fx urinrørsforsnævring. Men kun så længe forseglingen ikke brydes.

Derfor er det uhensigtsmæssigt at omskære et spædbarn uden særdeles tungtvejende medicinske indikationer, idet man dermed bryder naturens egen sterile indpakning. Opererer man før forhuden har løsnet sig naturligt – Fuld løsning mellem glans og forhuden er typisk tilendebragt et sted mellem 7-årsalderen og puberteten med store individuelle forskelle. Omskærer man tidligere, bliver operationssåret uforholdsmæssigt større, idet såret ikke bare udgør en 'krave', hvor forhuden er skåret af, hele glans' overflade er et åbent sår efter en infantil omskæring. Og ikke bare såret, men også den nu ubeskyttede urinrørsåbning skal opbevares i en lortebule, hvor det udsættes for alskens infektioner.

Registrering af skader og komplikationer

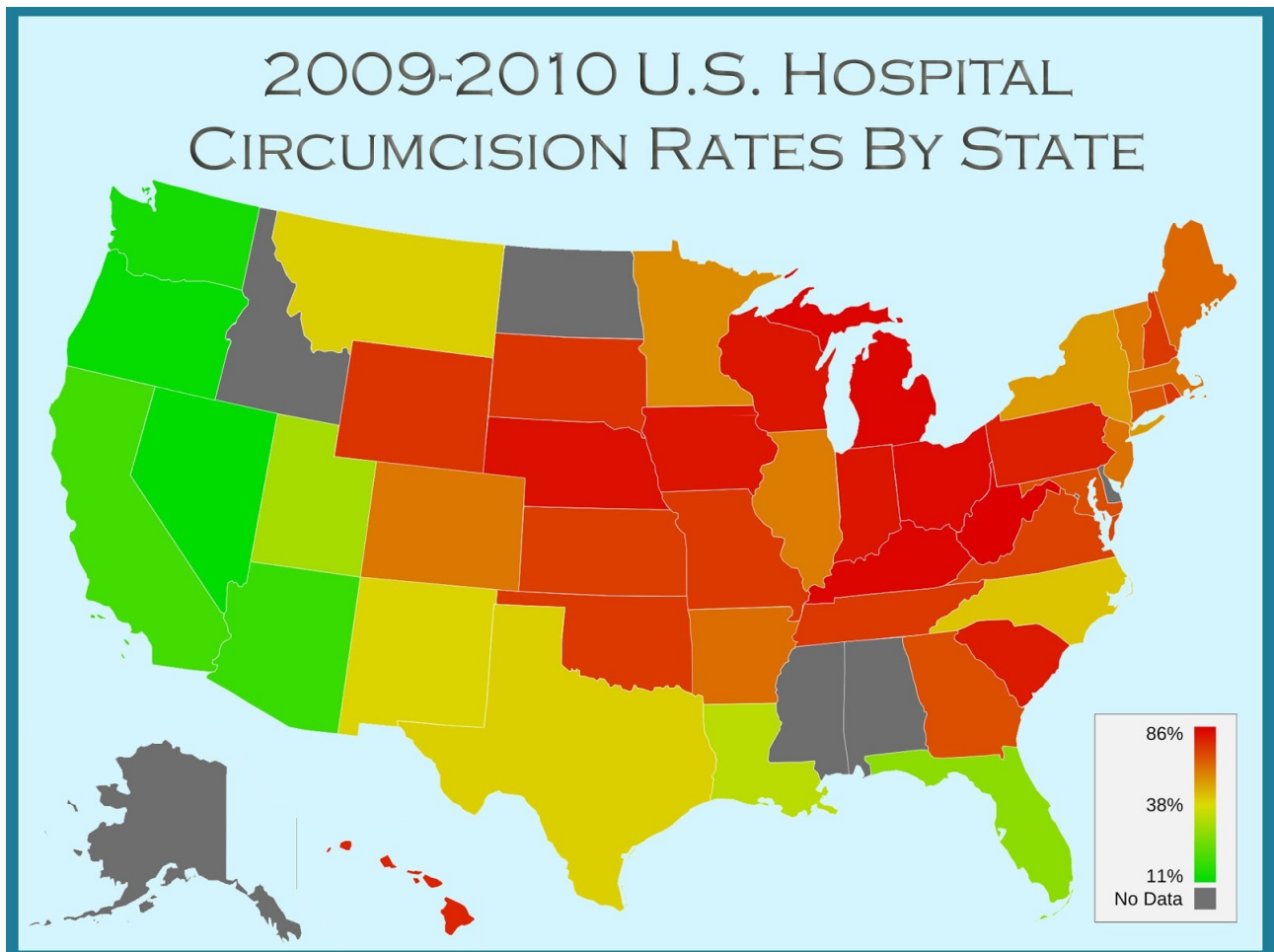
Når disse kun for et fåtals vedkommende registreres, skyldes det, at forældre, der oplever infektioner, vedhæftninger, hudbroer mmm *ikke* klager. De henvender sig selvfølgelig til sundhedssystemet og får behandlet skaden, men de *klager* ikke over skader, de selv har påført deres barn. Og så længe de ikke klager, registreres komplikationen ikke. Jeg fungerer som frivillig informationsmedarbejder i flere fora på de sociale medier, hvor forældre – typisk vordende og nybagte mødre- udveksler erfaringer, og søger råd og vejledning. Der er selvfølgelig flest amerikanske, men også enkelte danske. Der rapporteres jævnligt om komplikationer i form af fastvoksninger og infektioner hos nyopererede babyer, men hvis det bare *antydtes*, at infektion og fasthæftning kunne have noget at gøre med omskæringen, går de unge mødre i *lodret* fornægtelse. Dels er de hjernevasket med, at omskæring er renligt, og derfor er de fuldstændig overbevist om, at det ville have været endnu værre uden omskæring. Dels har de uhyre vanskeligt ved at erkende, at det er dem selv, der har påført deres barn denne skade, denne smerte. Og det ville de jo skulle erkende for at kunne klage over en omskæring.

Det har naturligvis undret mig, og jeg har diskuteret det med en tidligere studiekammerat, der er en dedikeret jordemoder. Hun siger: Spædbørnsforældre med et såret grædende barn er så bekymrede og så stressede, at de kun meget sjældent vil have overskud til også at klage. Al deres bekymring, al deres opmærksomhed går på at lindre det lille væsen for enhver pris.

Når nogle amerikanske undersøgelser viser relativt flere infektioner hos intakte drengebørn end hos omskårne skyldes det flere ting.

Siden 2. Verdenskrig og indtil for nylig blev 90 % af alle drengebørn i USA omskåret rutinemæssigt. Det betød, at de blev omskåret allerede inden mor og barn forlod hospitalet, dvs. inden for de første par dage efter fødslen. Det var stort set udelukkende latinoerne, der ikke omskar rutinemæssigt – men mange af deres børn er røget med i købet, hvis fødslen foregik på hospital, hvilket har medført en del sagsanlæg mod omskærende læger og hospitaler.

20.01.2014



I dag er hospitalernes rutinemæssige omskæringer nede på ca. 50 %, men med store variationer fra stat til stat. Hvad der sker, når mor og barn er udskrevet, findes der ikke statistikker over.

Kilde: "Circumcision Statistics" @ <http://www.mgmbill.org/statistics.htm>

Det betyder, at 90% af seksuelt aktive mænd i USA – inklusive pædiatere, uruloger, børnefædre og bedstefædre – er omskårne, og småbørnsforældre har i generationer ikke haft nogen tradition for at omgås intakte børnepenisser.

Man har sagt, at "circumcision is a treatment in search of a disease". Da omskæring vandt fodfæste i kristne vestlige lande omkring 1860, hovedsageligt i den angelsaksiske verden, var begrundelsen, at det skulle hindre barnet i at masturbere. Siden blev det et sundhedsflip orkestreret af Kellogs, vitalisten og pinsemissionæren, der opfandt cornflakes. Efter de to verdenskrige, hvor amerikanske soldater kom hjem fra hhv skyttegrave og Nordafrika med 'sjove' sygdomme, som deres koner og kærester ikke var specielt glade for, boomede omskæringen til de 90 %. Nu var begrundelsen renlighed og beskyttelse mod seksuelt overførte sygdomme = sexual transmittet diseases [STD].

Derfor ligger renligheden langt fremme i bevidstheden på de amerikanske pædiatere og andre sundhedspersoner, der ikke selv har en forhud. Mange er af den opfattelse, at forældre bør trække forhuden på det intakte barn tilbage, og vaske under den med sæbe. Det er ikke så ligetil, fordi de to slimhinder på hhv glans og forhuden er vokset sammen. At trække forhuden tilbage med magt betyder

20.01.2014

at få de to slimhinder fra hinanden. Det svarer til første halvdel af den neonatale omskæring, og ved tvungen tilbagetrækning brydes forseglingen af naturens egen sterile indpakning. Når de to slimhinder flås helt eller delvis fra hinanden, dannes sår og rifter, som er modtagelige for infektion. Som hvis man flåede en negle af barnet for at rense under dem. Sår og rifter danner arvæv, og arvæv er hos mange mennesker mindre elastisk end ubeskadiget væv. Når barnet vokser til, kan arvævet derfor medføre forhudsfor snævring. Phimosis.

Forældre anbefales også jævnligt at vaske den lille tap indvendig med sæbe. Sæbe er basisk, og derved forstyrres det urinsure miljø i tappen, og der bliver fri adgang for bakterierne til barnets urinveje. Hvad enten for huden trækkes tilbage med vold eller tappen vaskes indvendig med sæbe, eksponeres urinrørsåbningen for infektioner, der i uheldige tilfælde kan føre til urinrørsfor snævring.

Barnet græder, og mange forældre opgiver igen. Men første gang barnet kommer til spædbørnsundersøgelse, oplever forældre stadig, at lægen trækker barnets forhud tilbage for at se, om alt ser fint ud indenunder. For på de sociale medier, hvor bekymrede mødre udveksler erfaringer, flyder med den slags beretninger.

Proceduren med tvungen tilbagetrækning af det intakte spædbarns forhud florerer stadig mange steder, hvilket betyder, at forekomsten af infektioner under for huden og i urinvejene vokser, ligesom det også medfører øget forekomst af hhv urinvejsfor snævring og forhudsfor snævring hos det intakte barn. Den manglende viden blandt sundhedspersonale og forældre, om hvorledes man plejer en intakt penis, er med til at skabe en overrepræsentation af infektioner, plus for snævring i urinrør og urinveje, som igen kan føre til infektioner. Selve det amerikanske sundhedssystem ageren medvirker således til en overrepræsentation af infektioner og de deraf følgende komplikationer hos det intakte barn.

Desværre har renlighedsvanviddet med tvungen tilbagetrækning og sæbevask under for huden også været udbredt i DK. Jeg har veninder, der er uddannet som hhv sygeplejerske og jordemoder i 1970'erne. På det tidspunkt blev der stadig undervist på uddannelserne i, at tvungen tilbagetrækning og sæbevask var best practice. Men som jordemoderen sagde: Jeg har nu aldrig gjort det, for det virker bare så forkert!

Men denne påvirkning af forsøgsresultater bør man have i tankerne, når AAP skriver, først om amerikanske undersøgelser, senere om europæiske

There have been several studies published in the medical literature over the past 15 years that address the association between circumcision status and UTI.^{62–68} Because the majority of UTI in males occur during the first year of life, almost all the studies that examine the relationship between UTI and circumcision status focus on this period. All studies have shown an increased risk of UTI in uncircumcised males, with the greatest risk in infants younger than 1 year of age. Initial retrospective studies suggested that uncircumcised male infants were 10 to 20 times more likely to develop UTI than were circumcised male infants.⁶² A review published in 1993 summarized the data from nine studies and reported that uncircumcised male infants had a 12.0-fold increased risk of UTI compared with circumcised infant males.⁶⁹ More recent studies using cohort and case– control design also support an association, although reduced in magnitude.^{63,64,67,70–72} These studies have found a three to seven times increased risk of UTI in uncircumcised male infants compared with that in circumcised male infants. The proportion of male infants who have symptomatic UTI during the first year of life is somewhat difficult to estimate because the rate varies among studies. A study at an urban emergency department found that 2.5% of febrile male infants, 60 days of age had UTI.⁷¹ Data from Europe, based on a largely uncircumcised population, report UTI rates of 1.2% for infant boys.⁷³ The number is similar to the rates of 0.7% to 1.4% reported for uncircumcised males in the United States and Canada.^{72,74} In comparison, UTI rates for circumcised male infants in the United States and Canada are reported to be 0.12% to 0.19%.^{72,74} Although these cross-cultural data do not provide information on

20.01.2014

specific individual risk factors, the similarity of European and American UTI rates for uncircumcised male infants support an association between circumcision status and UTI. Using these rates and the increased risks suggested from the literature, one can estimate that 7 to 14 of 1000 uncircumcised male infants will develop a UTI during the first year of life, compared with 1 to 2 of 1000 circumcised male infants.

Kilde: "Circumcision Policy Statement". - AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS, Task Force on Circumcision. - In: *Pediatrics*, Vol. 103 No. 3 March 1999. - Side 690.

<http://pediatrics.aappublications.org/content/103/3/686.full.pdf>

Trods alt et så lavt antal, at det aldrig kan retfærdiggøre at omskære 1000 raske drengebørn for at redde mellem 1 og 12 drenge for en infektion, der kan slås ned med antibiotika.

Misforhold mellem anbefaling af tidlig omskæring og optimal smertelindring

Ved operationen af et spædbarn er det ikke muligt at smertelindre optimalt.

I sit Notat fra 2013 om drengeomskæring beskriver Sundhedsstyrelsen i afsnit "2.2 Smertedækning ved omskæring" følgende fire metoder:

1. Sukkervand
2. Lokalbedøvende creme
3. Nerveblokade
4. Fuld bedøvelse

1. Sukkervand

Sundhedsstyrelsen skriver:

"Studier har vist, at sukkervand af en vis koncentration (over 25 %), givet i munden under indgrebet på den nyfødte, kan have en vis smertelindrende effekt".² Jeg har læst den anførte kilde³.

Skogsdal (1997) er beskrivelsen et enkelt-studie, ikke en metaundersøgelse. Skogsdal undersøger sukkervands indflydelse på 120 nyfødte under hjælpriktest, og omskæring indgår overhovedet ikke i forsøget. Skogsdals konklusion er, at en mere næringsrig sukkerblanding (30 %) har en vis smertelindrende effekt ved hjælpriktest, mens en 10 % blanding ikke har.

I Skogsdals referencer forekommer imidlertid

Blass E, Hoffmeyer L. "Sucrose as an analgesic for newborn infants". - *Pediatrics* 1991; 87: 215-18⁴

Den har jeg ligeledes læst. Blass (1991) udfører to forsøg med sukkervand: Et forsøg med hjælpriktest og et forsøg med omskæring. Ved omskæringsforsøget består populationen af 30 spædbørn (infants), der inddeles i 3 grupper af 10

1. Den ene gruppe omskæres uden nogen form for bedøvelse (kontrolgruppen).
2. Den anden gruppe får en sut i form af en klud vædet med vand
3. Den tredje gruppe får en sut i form af en klud vædet med sukkervand

Under omskæringerne optages barnets gråd og skrig på kassettebånd. Derefter får uvildige lyttere lov at høre båndene og afgøre, hvem der skrider højest.

Gruppe 1 skrider højest, gruppe 2 næsthøjest, mens gruppe 3 skrider mindst.

Så meget for den videnskabelighed.

Artiklerne er temmelig gamle, og virker mildt sagt ikke særlig tilforladelige i deres metode til at vurdere smerte og smertelindring – hvordan forholder de sig til de målinger, der viser tårnhøjt

² Skogsdal et al., "Analgesia in newborns given oral glucose". - *Acta Paediatrica*, 1997, 86: 217-220

³ <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1651-2227.1997.tb08872.x/pdf>

⁴ <http://pediatrics.aappublications.org/content/87/2/215.full.pdf+html>

20.01.2014

cortisolindhold i blodet og dermed i hjernen på nyfødte og spædbørn under omskæring? De forholder sig overhovedet ikke.

For at komme længere frem i tid, lavede jeg en citationssøgning, for at se, hvem, der havde citeret de to artikler. Og fandt øjeblikkeligt følgende reviewarticle i novembernummeret 2012 af *Pediatrics*:

Harrison et al. (2012) "Sucrose for Procedural Pain Management in Infants" . – In: *Pediatrics* 2012; 130:5 918-925⁵

Hovedkonklusionen er, at spædbarnets smerterespons ændres ved indgivelse af sukkervand, men intet tyder på at smerteoplevelsen ændres eller lindres. Spædbørn har en iboende sutterefleks og en ubetinget synkerefleks. Sutterefleksen virker stærkere, jo mere næringsrig den væske, man hælder på dem er.

Så det Blass (1991) og senere Skogsdal (1997) har vist, er, at spædbørn ikke kan skride, samtidig med, at de sutter og synker. Og at jo mere næringsrig den tilbudte væske er, jo mere sutter de.

2. Lokalbedøvende creme / EMLA

EMLA-creme er en lokalbedøvende creme. Læser man indlægssedlen, der ligger frit tilgængelig på nettet, ser man, at cremen udelukkende er beregnet til overfladebedøvelse, og den anbefales til påsmøring af huden ved mindre overfladiske indgreb, fx før vaccinationer og blodprøvetagning.

EMLA kan derfor være udmærket til lokalbedøvelse af prik-stedet, hvis barnet skal have nerveblokade eller i fuld narkose. EMLA-creme er totalt utilstrækkelig til smertelindring af selve omskæringen, der jo ikke kun er overfladisk. Forhuden kan med sin opbygning med hud på ydersiden og slimhinde på indersiden sammenlignes med et øjenlåg eller en overlæbe. Jeg tror ikke at *nogen* ville ønske at få skåret et øjenlåg eller en overlæbe af uden anden smertelindring end lidt EMLA-creme på huden?

3. Nerveblok

SST oplyser at nerveblokade foretages ved to injektioner, der lægges ovenfor penis som 10 minutter i 2. Injektionerne beskrives som smertevoldende. Jeg har set videooptagelser af processen, så jeg tror det. Derfor ville det efter min vurdering være en vildt god idé at bedøve injektionsstedet med EMLA-creme.

Problemet med 13:50-nerveblokaden er imidlertid, at den ikke får fat i penilnerven, der løber på bagsiden af penis. Penil-nerven kan – så vidt jeg har kunnet læse mig til – kun rammes med injektion i selve glans, og *det* må være særdeles smertefuldt. Jeg tror faktisk, det er den bedøvelsesform, de bruger på Stanford Universitys Medical Schools instruktionsvideo.

4. Fuld bedøvelse

SST oplyser selv, at fuld bedøvelse ikke bør anvendes før barnet er mindst 6 måneder gammelt og kun, når det er absolut nødvendigt.

Privathospitalet Aros har længe arbejdet i overensstemmelse med de krav, som SST nu opstiller i sit forslag til ny Vejledning om drengeomskæring :

"Den smertelindring, der vælges, skal desuden være så god som mulig med så lille risiko for bivirkninger og komplikationer som muligt."

I konsekvens heraf foretager Aros ingen rituelle omskæringer, før barnet er mindst ét år gammelt og vejer mindst 10 kg. Heraf ses, at SST's to udsagn trækker i hver sin modsatrettede retning: Indirekte anbefaling af omskæring indenfor de første to levemånedes – for det bliver resultatet, når bekymrede forældre fra en omskærende kultur skal beslutte, hvornår deres børn skal omskæres. De vil

⁵ <http://pediatrics.aappublications.org/content/130/5/918.full>

20.01.2014

naturligvis vælge det tidspunkt, hvor SST, det højeste rådgivende organ udnævner til den periode, hvor der er færrest komplikationer. Krav om optimal smertelindring Begge dele kan ikke lade sig gøre.

Ovenstående gennemgang peger på to nye problemstillinger, som SST hverken tager højde for i Notatet eller i den ny vejledning:

- Kendskabet til etnologiske forskelle i omskæringsskikke.
- Det psykiske traume, som barnet påføres ved ubedøvet omskæring.

Kulturbetingede omskæringsskikke

Jødisk omskæring – en enhedskultur

Den jødiske omskæringskultur er en enhedskultur. Skønt der lever jøder over hele verden, har de et fælles tilhørsforhold. De føler sig som udgået fra samme stamme, af Abrahams slægt. De omskærer i overensstemmelse med den (mytiske) pagt, som Abraham i flg. gamle testamente / Toraen indgik med Herren / Jahve engang i bronzealderen og nedskrevet omkring år 800, da skriftsproget nåede deres stamme i Mellemøsten. Altså på 8. dagen.

I de oprindelige omskæringer i bronzealderen bortskar man kun tappen, så urinrørsåbningen var blottet, mens glans stadig var beskyttet. Nogle religionshistorikere mener, at det på det tidspunkt var almindeligt med menneskeofringer, hvilket jo bekræftes af at Abraham beslutter at ofre sit kæreste eje: sin eneste søn Isak med hustruen, Sara. Men i sidste øjeblik sender herren en engel, der stopper ofringsprojektet. Der findes religionshistorikere, der mener, at indføring af omskæring var et udtryk for en ny tid, hvor man efter princippet pars-por-toto gik over til at ofre et lille stykke, som man mente barnet godt kunne undvære, i stedet for at ofre hele barnet. På det tidspunkt vidste man ikke så meget om forhudens fysiologi, så måske var det nærliggende at tænke sig, at barnet godt kunne undvære den lille tap, når man alligevel ikke vidste noget om sterile rum, bakteriologi og nerveender.

Først langt senere – flere hundrede år efter vor tidsregning – gik jøderne over til den fulde omskæring. Begrundelsen var ikke religiøs, men praktisk, idet jødernes ældste insisterede på, at jøderne med sikkerhed skulle kunne skelnes fra grækerne, der aldrig har omskåret, og som jøderne på det tidspunkt havde tæt samkvem med.

Men altså: Jøder føler sig som en enhedskultur, de omskærer på 8.-dagen, og siden ca. 100 år efter Kristi fødsel en fuld omskæring. I dag lægger flere og flere ikke-ortodokse jøder dog afstand til den barbariske skik, men forsøger dog stadig at vedligeholde en blodrite ved at indføre mildere omskæringsformer end den fuldstændige, fx et prik med en nål i forhudens. Og selv i Israel er der intellektuelle jøder, der slet ikke omskærer.

Muslimsk omskæring – heterogen og afhængig af den lokale kultur

Muslimsk kultur er ikke en enhedskultur, rundt omkring på jordkloden findes mange forskellige skikke blandt muslimer, herunder forskellige omskæringsskikke. Det skyldes blandt andet, at Islam er opstået i Mellemøsten, da Herren / Allah åbenbarede sig for Profeten Muhammed og dikterede ham Quranen, som anses for at være Allahs egne ufiltrerede ord. Muhammed, der var analfabet, dikterede straks videre til en skrivekyndig, og således blev koranen til kort før år 600. Siden har andre skriftkloge mænd skrevet yderligere visdomsord ned i nogle skrifter, kaldet Haditherne, Men hvor koranen er Allahs ord, er Haditherne menneskers ord. Omskæring omtales ikke i koranen, men nok i Haditherne. Mennesker snakker om det, ikke Allah.

Menneskene siger, at Muhammed var født perfekt, og at han var født omskåret. Det kan jo ikke lade sig gøre. Muhammed kan være født uden forhud – det ville ikke være et større mirakel end de kristnes jomfrufødsel – men han kan ikke være født omskåret, for det er en operation udført ved kniv. Derfor er der delte meninger mellem muslimer, om hvorvidt omskæring er et must. Se fx

20.01.2014

www.quranicpath.com/circumcision.html der er fremstillet af muslimer, der ikke mener, der er belæg for at omskære indenfor Islam.

Men ikke nok med det: Islam har ikke spredt sig som en stammekultur, Islam har spredt sig til de mest forskelligtartede dele af verden gennem mission.

Der findes et stort videnskabeligt fagleksikon, *Encyclopaedia of Islam*. Heri findes en fremragende artikel om omskæring, "Circumcision", hvoraf det fremgår, at der er utroligt store forskelle på alder for mandlig omskæring i forskellige kulturer world wide. Jeg har ikke læst artiklen for nylig, så følgende tal må tages med forbehold.

Nogle kulturer omskærer neonatalt, helt i stil med jøderne.

Tyrkere i Tyrkiet omskærer typisk når drengene er 6-7 år. De har altså nået en alder, hvor de kan opfylde SST's krav om fuld smertelindring – de kan lægges i fuld narkose, og de slipper derfor for det smertetraume, der kan forfølge mere skrøbelige sind resten af livet. Operationssåret skal ikke under healing opbevares i en ble, og for huden er om ikke helt løsnet, så i hvert fald i færd med at løsne sig ved egen kraft, hvilket betyder mindre sårning af glans.

Andre kulturer som fx indonesere i Indonesiske omskærer traditionelt som en overgangsrite i forbindelse med puberteten. *Encyclopaedia of Islam* ligger online-tilgængelig på Det kongelige Biblioteks hjemmeside under faget Teologi.

<http://www.teol.ku.dk/bibliotek/>

Her kan forskere med udvidet forskeradgang til KB logge ind og læse artiklen direkte. Alle vi andre må drage ned på KB's læsesal for at læse den dér – eller bestille den gennem sit lokale bibliotek.

Hvorfor er denne viden om heterogenitet i de islamiske kulturer vigtig? Fordi dansk omskæringslæger – og nu også SST med sit nye forslag – er med til at presse muslimske forældre til tidligere omskæring, end deres drengebørn ville være udsat for i det land, hvorfra deres forfædre er udvandret. Jeg har erfaret det på sitet www.min-mave.dk, hvor herboende kvinder diskuterer graviditet, fødsel og andre emner af relevans for vordende og nybagte mødre.

Her er jeg blevet følgende anekdotiske fortælling leveret af en glad moder:

Hun og hendes mand havde henvendt sig på en navngivet kirurgisk klinik i Kbh med henblik på, at få deres søn omskåret. Sønnen var da 5 uger gammel, og den "utroligt flinke og dygtige omskærende læge" – ligeledes navngivet - havde forklaret dem, at 5 uger var den helt rigtige alder at omskære på.

Hvorfor er mødrene glade for at få det at vide? Af to grunde:

- De vil deres barn det bedste, så hvis danske læger og SST bedyrer, at 5 uger eller 2 måneder er optimalt og giver mindst komplikationer, så vælger de selvfølgelig den løsning, som disse myndigheder anbefaler.
- Ubedøvede eller utilstrækkeligt bedøvede omskæringer er langt billigere.
En rituel omskæring af et spædbarn ved den "flinke og dygtige" omskæringslæge med egen klinik koster, koster 2-3000 kr. for en omskæring i én eller anden form for lokalbedøvelse.
En rituel omskæring på Privathospitalet Aros af en 1-årig / 10 kg i fuld narkose koster over 8000 kr. Klinikkerne reklamerer ikke med, at de udfører rituelle omskæringer. Men man kan finde det på prislisterne, der ligger tilgængelige på klinikernes hjemmesider.

Til gengæld giver Sygeforsikringen Danmark tilskud til forsikrede forældre, til trods for at selskabet ellers ikke giver tilskud til kosmetiske operationer – og slet ikke på småbørn.

20.01.2014

Livslange posttraumatiske eftervirkninger efter onskæring af spædbørn

Det har undret mig såre, at SST i sit notat om drengeomskæring (2013) fuldstændig forbigår dette emne, der jo burde indgå som et væsentligt aspekt i overvejelser, der skal føre til anbefaling af om et lovforslag om evt. indførelse af mindste lavalder for drengeomskæring skal nyde fremme. Hvis det har indgået i overvejelserne vedr. udarbejdelsen af forslag til Vejledning om drengeomskæring (2014), har det i hvert fald ikke sat sig spor.

Da jeg ikke har tid til at foretage den store informationssøgning lige nu, vil jeg blot henvise til et par dokumenter til at starte med for at opbygge en præliminær viden inden den store forkromede litteratursøgning i videnskabelige databaser.

Psykoanalysens fader, Sigmund Freud, er verdensberømt for at have indført det underbevidste som en kategori til at beskrive psyken. Fra sindets ubevidste dyb hentede han Oedipuskomplekset, ifølge hvilket ethvert drengebarn livslangt martres af frygten for, at faderen skal skære kønsorganet af ham. Drengen tror ligeledes, at fordi hans søstre ingen penis har, så skyldes det, at faderen allerede har skåret deres af. Derfor søger barnet kærlighed hos sin mor, men hader sin far.

Da Jeg første gang hørte om det kompleks, tænkte jeg, at Freud var bindegale.

Da jeg første gang så billeder fra en omskæring i et mellemøstligt tidsskrift, forstod jeg, at Freud ikke var gal, men at han generaliserede sit eget traume, der er specifikt for omskårne drenge, til at gælde hele menneskeheden.

I den jødiske tradition indgår oprindeligt, at faderen selv skulle omskære sine sønner, ligesom Abraham omskar sine, og faderen får faktisk tilbudt at føre kniven, hvis det er en mohel, der foretager omskæringen. De fleste gange takker fædrene nej, men på de sociale medier kan man finde beretninger om fædre, der til trods for en naturlig tilbageholdenhed overfor noget så drastisk, alligevel takkede ja, fik et kick ud af det, og nu føler sig utroligt forbunden med deres sønner, fordi de fik lov at udføre denne blodrite på sønnen.

Circumcision, The Hidden Trauma : How an American Cultural Practice Affects Infants and Ultimately Us All / by Ronald Goldman. - 1991

<http://www.amazon.com/Circumcision-The-Hidden-Trauma-Ultimately/dp/0964489538> er en er en klassiker på området.

Lav en citationssøgning, og resultaterne vælter frem!

Bogen findes på Statsbiblioteket i Aarhus, hvor jeg har lånt den.

Psychology today er et amerikansk videnskabsformidlemde tidsskrift, der forbilledligt dokumenterer sine artikler med videnskabelige referencer. Tidsskriftet har udgivet to temanumre med interesse for dette emne. Begge er onlinetilgængelige.

- "Myths about Circumcision You Likely Believe - Circumcision does great harm to babies" / Published on September 11, 2011 by Darcia Narvaez, Ph.D. in Moral Landscapes
<http://www.psychologytoday.com/blog/moral-landscapes/201109/myths-about-circumcision-you-likely-believe>
- "Ten Things Everyone Should Know About Babies : Ignorance about babies is undermining society" / by Darcia Narvaez, Ph.D. in Moral Landscapes. – Published December 8, 2013 @ <http://www.psychologytoday.com/blog/moral-landscapes/201312/ten-things-everyone-should-know-about-babies>

Spædbarnspsykologi findes ikke som speciale i Danmark. I 2008 udkom et temanummer af tidsskriftet *Psyke & Logos*, der angiveligt handlede om spædbarnspsykologi, men det handlede ikke om barnets psykologi, men derimod om barnets indflydelse på forældrenes psykologi og på familiens gruppepsykologi.

Men specialet spædbarnspsykologi findes i Californien, hvor David D. Chamberlain beskæftiger sig med emnet. Han har skrevet bøger – jeg har ikke læst dem – og der ligger en del artikler af Chamberlain på nettet, ligesom der ligger interviews på Youtube og Vimeo.

Ovenstående foregiver på ingen måde at være en udtømmende udforskning af emnet posttraumatisk stress hos spædbørn som følge af omskæring. Det er udelukkende tænkt som henvisninger til preliminær læsning og orientering, inden en mere videnskabelig søgning sættes i værk. For jo mere, man ved om et emne, jo bedre er man til at søge – og til at genkende et svar, når man ser det.

Afsluttende overvejelser vedrørende SST's litteratur- og informationssøgning

Jeg har naturligvis undret mig umådeligt over, hvorledes det er gået til at SST's litteratur- og informationssøgning har været så mangelfuld, og hvorledes helt væsentlige aspekt har kunnet undgå SST's opmærksomhed?

Først tænkte jeg, at det måtte skyldes en mangelfuld aspektanalyse. En aspektanalyse er en intellektuel øvelse, man udfører inden man går i gang med sin litteratursøgning. Aspektanalysen er en metode til at identificere de væsentlige kilder om emnet. Jeg tænkte, at SST havde glemt at udføre en sådan analyse og derved havde overset det væsentlige psykiske aspekt ved drenges omskæring. Det er trods alt følelse og lærende bevidsthedsvæsen, vi har med at gøre. Også spædbørn har en hjerne, og de lærer vanvittig hurtigt i forhold til, indlæringshastigheden senere i livet.

Hvis SST havde sprunget aspektanalysen over, kunne det forklare, hvorfor de har glemt det psykologiske aspekt og dermed er gået glip af den meget væsentlige videnskabelige kilde: databasen PsycInfo, der analyserer alle de psykologiske og psykiatriske tidsskrifter, som ikke er med i Medline/ PubMed.

Så var de af vanvare gået direkte til PubMed, som de kender så godt, men som udelukkende giver svar på de rent medicinske spørgsmål. OK, der findes psykiatriske tidsskrifter der indekseres til PubMed, men de indekseres anderledes, end de gør i PsycInfo. Den der betaler, bestemmer vinklingen i en database, og PsycInfo er oprettet og betalt af the American Psychological Association.

Det ville være en uheldig, ja en direkte utilgivelig brøler begået af en Styrelse, som jo ikke alene skal være ministerens rådgiver på det medicinske område, men på hele sundhedsområdet.

Men jo mere jeg læste i det famøse Notat, des mere blev jeg i tvivl, om SST overhovedet har foretaget *nogen* kvalificeret litteratursøgning? Intet i notatet tyder på, at der er foretaget en systematisk informationssøgning i PubMed eller i det dansk Cochrane-Center for den sags skyld?

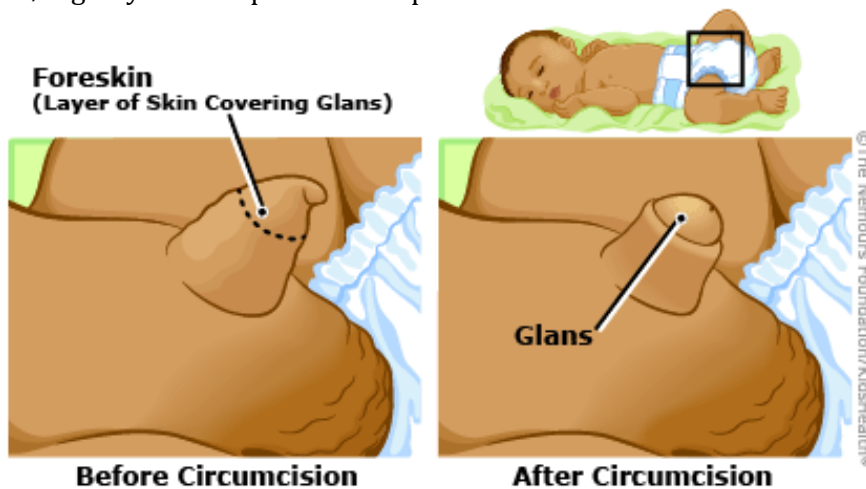
For mig ser det ud som om, SST har lavet en form for partshøring blandt interessenterne, plus et par fagfolk i urulogi og pædiatri inomhus. Og så har SST taget de referencer, de enkelte interessenter har fremsendt eller medbragt, og skrevet dem ind i notatet som dokumentation. Bedst forberedt var Mosaik Trossamfund, der medbragte det White-paper, de havde fremstillet i forlængelse af den tyske sag, hvor højesteretten i Köln gjorde en læge ansvarlig for en mislykket omskæring. Det Whitepaper er velskrevet. Det er god formidling, men tro mig – god og uvildig informationssøgning er det ikke.

De to referencer, der i SST's notat anføres som dokumentation for, at tidlig omskæring er bedre end sen (Wiess et al's afdækning af omskæringsforhold i U-lande), og at sukkervand kan smertestille spædbørn ved omskæring (Skogland 1997) er begge hentet fra Mosaik Trossamfunds Whitepaper, og SST har ukritisk og ureflekteret copy-pastet dem ind i Notatet. Hvorfor syntes SST ikke det var underligt at dokumentere fordelene ved tidligere omskæring med en metaundersøgelse, hvor formålet er at hjælpe rutinerede omskærere i gang i Afrika, hvor metoden er uigennemskuelig (ikke reproducerbar), og hvor det allerede af abstractet fremgår, at omskæring af ældre børn foregår under uhygiejniske forhold og ved kvaksalvere?

20.01.2014

Hvorfor fandt SST ikke metaundersøgelsen af sukkervands virkning som smertelindring på spædbørn, når de dog andetsteds i Notatet henviser til andre undersøgelser i netop *Pediatrics*, novembernummer 2012. Nogenlunde samtidig med at de fik opdraget fra ministeren? Og hvorfor dokumenterer de sukkervands udokumenterede 'virkning' med en artikel fra 1997, som handler om en enkeltstående undersøgelse ved hjælprik? Enten har de ikke selv læst de artikler, som de bruger som dokumentation. Eller også er de fuldstændig uegnede til at varetage deres hverv som rådgivere. Det ene udelukker ikke det andet.

Jeg tror, at SST fra starten har haft en idylliserende opfattelse af omskæring, sådan som mange danskere har, når de tror på fortællingen "just a snip". SST's valg af illustrationer tyder også på en unødigt idylliseret opfattelse af operationen:



Når virkeligheden ser således ud:

<http://www.nocirc.org/>

se den 20 minutter lange oplysningsvideo til højre i skærbilledet.

20.01.2014

Og når de bare 6 minutter, en omskæring varer, kan gøre så stor en forskel på udtrykket i et lille barneansigt:



Før omskæring:
Harmonisk og afslappet, lykkeligt sovende drengebarn



Efter omskæringen: Traumatiseret og desillusioneret. Bemærk krystallerne fra sukkervandet omkring munden.

De to portrætter af det hhv harmoniske og martrede barn er taget af en amerikansk moder, der fortrød, og delte sin sorg på internettets sociale fora.

SST har ikke på forhånd vidst tilstrækkeligt om emnet, til at de kunne lave en kvalificeret litteratursøgning, og de har derfor langt hen ad vejen forladt sig på interessenternes medbragte mere eller mindre tendentiøse litteratur. Så meget vil jeg sige: En anden gang skulle SST købe sig til assistance på Fakultetsbiblioteket for natur- og sundhedsvidenskab, på Cochrane Centret, eller hos den fremragende fagbibliotekar, Edith Clausen, på Institut for Klinisk Medicin - Århus Sygehus <http://pure.au.dk/portal/da/edith.clausen@aarhus.rm.dk>

SST bør ikke i fremtiden forlade sig på tilfældige interessenters litteratursøgningskompetencer, heller ikke selv om nogle af disse interessenter er fremragende formidlere. Det er jo ikke uvæsentligt, om ministeren og offentligheden informeres retvisende. Slet ikke i dette tilfælde, hvor det handler om småbitte børns velfærd.

20.01.2014

Kort om langtidsvirkninger af mandlig omskæring

At omskæring også handler om, at voksne mænd allerede som spæde afskæres fra muligheden for fuld seksuel tilfredsstillelse, skal jeg ikke komme ind på her, skønt det oprindeligt var min motivation for at beskæftige mig med emnet. Min første kæreste var amerikaner, han var 19 og han var omskåret. Få år senere traf jeg den mand, jeg skulle blive gift med. Han var en del ældre end jeg, han var 35, han var omskåret som lille barn, og han var pæredansk. Han døde for nogle år siden i en alder af 74. Siden har jeg haft to jødiske elskere, én på ca 45 og én på ca 65. Jeg har altså over en årrække over godt 40 i praksis kunnet følge omskårne mænds seksualitet fra alderen 19 til alderen godt 70.

De fremadskridende problemer, vi oplevede, forestillede jeg mig ikke havde noget med omskæringen at gøre, det faldt mig aldrig ind, at det kunne have været anderledes. Ikke før jeg for nogle år siden tilfældigt fik en informationssøgningsopgave – desværre ikke for Sundhedsstyrelsen ☺ - og jeg genkendte hver eneste fucking problem, der skildres som langtidsvirkninger, herunder mangelen på evnen til at opnå fuldstændig orgasme. Kønndriften er normal, den styres af testosteronet, ikke af forhuden, erektionen er normal, ejakulationen er normal – men de skal arbejde hårdere på at få den. Men den fuldstændige orgasme med den efterfølgende afslapning og sammensmeltning med partneren – den opnår de aldrig. Men deres krop efterstræber den altid, og derfor efterstræber de til stadighed det for altid uopnåelige. Det er tantalus kvaler, der ikke bliver mindre af, at glans' følsomheden gradvis reduceres med alderen, så den til sidst bliver nærmest følelsesløs. I den første forelskelse er det naturligvis dejligt at være så efterstræbt – i hver fald hvis forelskelsen er gengældt – men i længden bliver det utroligt trættende at være efterstræbt af en person, der ikke på noget tidspunkt bliver så tilfredsstillet, at han kan holde op med at efterstræbe det uopnåelige – og som kan hårdt, tørt og længe – hver gang.

Jeg er dog lidt stolt af, at jeg har næsten lige så mange 'forsøgspersoner' i mit livs uafvidende eksperiment med omskårne mænd, nemlig 4, heraf 2 jøder, som Morten Frisch har i sin spørgeskemaundersøgelse, hvor der deltager 2 jøder og 5 muslimer. Men modsat deltagerne i en spørgeskemaundersøgelse har mine forsøgspersoner ingen mulighed for at lyve om resultatet, hvis de ønsker at skåne deres kulturs barbariske skik.

Fremtidsudsigter for generering af ny viden

Som det fremgår af ovenstående, har jeg selv været stærebblind, skønt omskæringstragedien har udspillet mig på mit livs scene i fire akter, uden at jeg anede, hvad det var, jeg bevidnede. Og hvis ikke jeg havde fået den opgave om at søge litteratur om omskæring, havde jeg aldrig opdaget mønsteret. Så måske her jeg ikke så meget at lade Sundhedsstyrelsen høre.

Når viden om mønstre på dette område er eksploderet de seneste to årtier, skyldes det udelukkende at Internettet efter opfindelsen af world wide web er blevet hvermands eje i den vestlige verden, så alle der er uddannede nok til at kunne læse og forstå, og som disponerer over en PC med internetadgang, kan søge information. Vidensgenereringen fik et yderligere boost med introduktionen af de sociale medier for bare ti år siden. Det gjorde det muligt for omskårne mænd at kommunikere og dele erfaringer uafhængigt af geografisk nærhed. Det er desværre ikke engang noget, jeg selv har fundet på, det er noget, jeg har læst i Hufflington Post, jeg kan bare ikke finde artiklen lige nu.

Tidligere blev omskårne mænd marginaliseret i deres nærmiljø, hvis de udtrykte utilfredshed med at være blevet omskåret. Fuldstændig som fx Jehovas Vidner bliver marginaliseret, hvis de forlader troen. Herhjemme har vi set en Kjeld Koplev, der nærmest bliver hængt ud som pivskid og tøsedreng, skønt

20.01.2014

han har nosser nok til at protestere over sit tab, offentlig og højlydt, uden at ryste på hånden og uden at ligge underfor gruppepresset fra de øvrige omskårne.

I dag kan de udveksle erfaringer i betragteligt store grupper, fordi de kan arbejde virtuelt og world wide. Og summen af den viden, der udgøres af deres private erfaringer og deres indhentning af videnskabelig litteratur, gør det muligt at tegne meget store mønstre, som igen gør det muligt på én gang at profetere af den videnskabelige viden og at perspektivere den.

Èn eller anden forsker burde kaste sig over det emne ☺

Mvh

Dorte Nielsen