



Følelser og fantasier eller fakta og rasjonell argumentasjon?

Omskjæringsdebatten i *Tidsskrift for Den norske legeforening*

AV JOY GABRIELLA DAVIDSEN

NIFU

Offentlige debatter om religiøse ritualer preges ofte av at ulike verdier, ideologier og livssyn kolliderer. Rituell omskjæring av gutter er et religiøst ritual som har vært gjenstand for mye offentlig debatt i Norge, spesielt de siste 10 årene. I denne artikkelen undersøker jeg hva som kjennetegner den medisinske debatten om omskjæring i *Tidsskrift for Den norske legeforening* mellom 2012 og 2016, og hvordan den preges av normkonflikt. Debatten oppstod i kjølvannet av Helse- og omsorgsdepartementets lovforslag om rituell omskjæring av gutter i 2011. Selv om lovforslaget hovedsakelig omhandlet hvem som kunne utføre inngrepet, omhandler debatten i tidsskriftet hvorvidt ritualet i det hele tatt bør tillates i Norge og i helsevesenet. I denne artikkelen drøfter jeg hvordan et religiøst ritual blir debattert i et medisinsk tidsskrift, hvorfor debatten fremstår så polarisert og uoversiktlig, og hvordan forholdet mellom «sekularitet» og «religion» fremstilles og diskuteres i en medisinsk kontekst. Mitt hovedfunn er at debatten mangler et felles normgrunnlag for å diskutere rituell omskjæring. Dette gjør at partene snakker forbi hverandre, og i siste instans angriper hverandres standpunkter og etos. Språket preges også av et utpreget skille mellom et

«sekulært oss» og et «religiøst dem», noe som vanskeliggjør mulighetene for en saklig og fruktbar debatt.

Nøkkelord (5-7): rituell omskjæring av gutter, medisinsk debatt, politisk anomi, diskursanalyse, religiøse minoriteter, omskjæringsloven.

INNLEDNING

«Det er oppsiktsvekkende med en medisinsk kommentarartikkel som til de grader er tuftet på personlige følelser og fantasier og så lite fakta og rasjonell argumentasjon» (Chaudhry, Knutsen, og Kirschner 2013, 264). Slike utsagn er ikke uvanlige i omskjæringsdebatten som foregikk mellom 2012 og 2016 i *Tidsskrift for Den norske legeforening*. Året 2011 ble rituell omskjæring av gutter for alvor satt på dagsordenen i norsk offentlighet. Da kom Helse- og omsorgsdepartementet ut med et forslag om lovregulering vedrørende rituell omskjæring av gutter. Forslaget angikk hvem som i hovedsak skal kunne utføre inngrepet: a) leger og andre med særskilt godkjenning, eller b) kun leger (Helse- og omsorgsdepartementet 2011). I kjølvannet av lovforslaget oppsto det en polarisert debatt i *Tidsskrift for Den norske legeforening*, som hovedsakelig gikk ut på å diskutere for eller imot rituell omskjæring av gutter i Norge, på tross av at lovforslaget altså omhandlet *hvem* som kan utføre inngrepet. Debatten som analyseres i denne artikkelen foregår frem til, og et par år etter, en særskilt lov om rituell omskjæring ble vedtatt i 2014. Formålet med loven er å sikre en forsvarlig utførelse av inngrepet og et tilgjengelig tilbud (Lov om rituell omskjæring av gutter, § 1, 2014). I denne artikkelen vil alle henvendelser til «omskjæring» referere til «rituell omskjæring av gutter», med mindre noe annet er spesifisert.

I Tyskland har den offentlige debatten om omskjæring blitt beskrevet som en «kulturkampf» og en «highly emotional debate» (Heimbach-Steins 2013, 5-6). Hendrik Pekárek (2015) har pekt på hvordan det i den juridiske omskjæringsdebatten i Tyskland har vært lite fokus på at flere verdier kan stå sterkt i samfunnet samtidig, og at debatten derfor har blitt polarisert. Tidligere forskning på den norske omskjæringsdebat-

ten i media viser at den er preget av et sensasjonalistisk og følelsesladd språk (Davidsen 2021). Som det innledende sitatet i denne artikkelen viser, beskrives også den norske *medisinske* omskjæringsdebatten som følelsesladd og usaklig. Det har imidlertid blitt viet lite oppmerksomhet til å undersøke medisinske debatter om omskjæring i Norge fra et ikke-medisinsk perspektiv, noe jeg ønsker å bidra til med denne artikkelen.

Jeg vil analysere denne debatten med fokus på normkonflikt. Dette vil jeg gjøre ved hjelp av samfunnsgeograf Anja Slettelands begrep om politisk anomi, som kan brukes til å analysere debatter og konflikter der det ikke er noe felles normgrunnlag (Sletteland 2016, 12). Med utgangspunkt i tekstempiri blir det primære forskningsspørsmålet: Hva kjennetegner den medisinske omskjæringsdebatten i *Tidsskrift for Den norske legeforening* fra og med 2012 til og med 2016, og hvordan preges debatten av normkonflikt?

Mitt hovedfunn i artikkelen er at mangelen på et felles normgrunnlag fører til en eskalering av debatten, hvor ulike diskurser kolliderer. Dette preger debattens natur ved at den fremhever skillet mellom et sekulært «oss» og et religiøst «dem», og mellom de som argumenterer *imot* og de som argumenterer *for* omskjæring. Dette er spesielt interessant i et religionsvitenskapelig perspektiv ettersom offentlige debatter om religion ofte kan være preget av at ulike verdensbilder, ideologier og livs-syn kolliderer.

TIDLIGERE FORSKNING

Debatter om omskjæring har florert i Norge, og Nord-Europa for øvrig, de siste årene. Særlig i Tyskland foreligger det ekstensiv forskning vedrørende omskjæringsdebatter og politiske spenninger rundt ritualet (Heimbach-Steins 2013; Pekárek 2015; Peppard 2019; Triadafilopoulos 2019; Yurdakul 2016). I Norge foreligger det forskning på omskjæringsdebatter i norske offentlige avismedier (Davidsen 2021; Døving og Kraft 2013; Døving 2016; Horsfjord 2021),¹ og hvorvidt omskjæring bør diskuteres som et kontroversielt tema i norsk skole (Von der Lippe

¹ En skjematisk oversikt av forskning på omskjæringsdebatt i Norge: (Davidsen 2021)

2019). Det er også blitt foretatt en stor undersøkelse knyttet til dagens lov om omskjæring, som ble vedtatt i 2014 og satt i kraft året etter, med fokus på om loven fungerer etter sin hensikt (Engebrigtsen, Aarseth, og Stene 2020).

Analysen av omskjæringsdebatter i norsk media anvender kritisk diskursteori, og ligner teoretisk sett derfor på analysen i denne artikkelen. Religionsviterne Cora Alexa Døving og Siv Ellen Kraft (2013, 181) identifiserer fire etablerte diskurser i omskjæringsdebatten i media etter høringsforslaget fra Helse- og omsorgsdepartementet i 2011. De finner blant annet at den medisinske diskursen er hegemonisk. Døving (2016) har også et eget arbeid der hun identifiserer lignende diskurser i omskjæringsdebatten, og fokuserer på fremstillinger av jøder i media. Professor i religion, livssyn og etikk Vebjørn Horsfjord (2021) har analysert mediedebatten over en 12-årsperiode fra før og etter den særskilte loven om omskjæring ble vedtatt. Han diskuterer hva omskjæringsdebatten i media *egentlig* handler om, ved å se på ulike innramminger av tekstene. Her kan vi finne likheter med Døving og Krafts arbeid, der eksempelvis den medisinske diskursen har mye til felles med innrammingen han kaller «trygg helse for barn». I min masteroppgave (Davidsen 2021) skriver jeg også om omskjæringsdebatten i media over en periode på cirka syv år, med et kildemateriale fra ni norske aviser. Dette arbeidet avdekket et bredere nett av etablerte diskurser enn tidligere forskning, og har i tillegg et tematisk fokus på andregjøring av jøder. Her finner jeg blant annet et skifte i hegemoni, hvor barnerettighetsdiskursen får definisjonsmakt.

Der tidligere analyser undersøker *mediedebatten* om omskjæring, er denne artikkelens særlige bidrag å undersøke omskjæringsdebatten i en *medisinsk* kontekst. Artikkelen bidrar til å undersøke, og forsøke å forklare, hvordan debatten eskalerer til å bli så uoversiktlig og følelsesladd, selv i en medisinsk kontekst.

KILDER OG METODE

Kildematerialet for denne artikkelen tar utgangspunkt i en debatt i *Tidsskrift for Den norske legeforening* mellom 2012 og 2016. Debatten starter med en artikkel skrevet av tre forskere, Jan Helge Solbakk, Reidar Pedersen og Anne Hambro Alnæs, som alle er tilknyttet Senter for medisinsk etikk. Ettersom de foreslår et forbud mot omskjæring, begynner en for-eller-imot-debatt i tidsskriftet. Debatten dør ut i 2016, og det er derfor her mitt kildemateriale stopper.² Med dette utgangspunktet er det til sammen 24 debattinnlegg som utgjør primærkildene for analysen, hvor noen er artikler og noen mindre kommentarinnlegg.

Gjennom nærlesning og kritisk analytisk fortolkning av innleggene identifiserte jeg tre fremtredende diskurser og fire overgripende konfliktlinjer, som jeg vil komme tilbake til. Disse diskursene og konfliktlinjene er et resultat av induktiv kvalitativ analyse.³ Forskjellige variabler ble til underveis i analysearbeidet, deriblant nøkkelbegreper, verdier og ideologiske grunnlag. Disse ble videre identifisert og gruppert til større overgripende kategorier. Jeg kom frem til at det var tre etablerte diskurser som hadde størst grad av hegemoni i debatten, og som derfor kjempet om definisjonsmakten. Når jeg skriver «kjemper om definisjonsmakt» må ikke diskursene misforstås som konsepter med agens. De må heller forstås som språk i bruk og som et middel til å videreføre ideologier og hegemonier. Diskursene er avdekket dialektisk, som vil si at de er avdekket i forhold til hverandre (Fairclough 2010, 3-4).

Denne klassifiseringen bygger på kritisk diskursteori, i tråd med tradisjonen fra Norman Fairclough (Fairclough 2010). Et mål med kritisk diskursanalyse er å avdekke og synliggjøre maktstrukturer for å problematisere samfunnsforhold. Kritisk diskursanalyse baserer seg på at det ikke finnes språklige nøytrale måter å fremstille verden på, og at uttalelser således baserer seg på ideologiske grunnlag og maktstrukturer (Grue 2011a, 112; Howarth 2000, 8-9). Konsepter kan kun forstås ut fra visse kontekster, og denne tradisjonen baseres derfor på sosialkonstruktivisme. På samme måte som en skog både kan defineres som et tegn på iboende skjønnhet og en hindring for å bygge en ny motorvei

² Jeg har også gått gjennom tidsskriftene fra 2017 til 2019.

³ Jeg brukte det digitale analyseprogrammet NVivo til å organisere analysen.

(Howarth 2000, 9), kan rituell omskjæring beskrives både som en viktig religiøs identitetsmarkør og et brudd på barnets kroppslige autonomi. Innenfor kritisk diskursanalyse er det derfor essensielt å avdekke diskurser for å undersøke hva og hvem som har ideologisk definisjonsmakt, og dermed hegemonisk evne eller rett «til å bestemme hvordan et fenomen eller en gruppe skal avgrenses og omtales» (Grue 2011b, 116).

Som nevnt innledningsvis anvender jeg Slettelands begrep om politisk anomi,⁴ som hun utviklet i en studie av Midtøsten-konflikten (2016). Her forklarer hun den eskalerende konflikten med at de ulike partene mangler et felles normgrunnlag på det diskursive, institusjonelle og strukturelle plan. Dette kan skje når de ulike debattantene opererer innenfor forskjellige normplan og således snakker forbi hverandre. De fleste debatter preges til en viss grad av politisk anomi, men tilstanden er typisk for spesielt uoversiktlige og polariserte debatter som også ofte blir oppfattet som «usaklige». Dette er fordi normkonflikter kan føre til en tilstand hvor saklige argumenter ikke lenger blir tilstrekkelige, og alternativet blir å delegitimere motstandere i debatten. Sletteland skriver at dette kan gjøres «ved å undergrave legitimiteten til vedkommendes talersted, stille spørsmål ved spesifikke faktaopplysninger eller gjøre argumentet irrelevant ved å snu premisset» (2018, 147). På denne måten preges slike debatter av at partene snakker forbi hverandre, noe som kan føre til at konfliktnivået eskalerer. Dette gjør det også vanskelig å følge én tydelig rød tråd i debatten, noe som gjør den uoversiktlig. Jeg synes at Slettelands teori egner seg godt til å analysere normkonflikt i legedebatten om omskjæring i tidsskriftet, i tillegg til å redegjøre for og «rydde» i debatten.

⁴ I denne sammenheng referer ikke begrepet «politisk» til politiske institusjoner, men til Chantal Mouffes (2005) begrep «the political» som kan beskrives som «det ontologiske grunnlaget for at interesser kan formes og forhandles i samfunnet» (Sletteland 2018, 147).

ANALYSE AV DISKURSER OG KONFLIKTLINJER I DEBATTEN

I analysen fant jeg at 13 innlegg argumenterer imot og 11 for omskjæring. De som argumenterer for omskjæring er ikke alltid positive til praksisen, men kan for eksempel argumentere for at omskjæring bør skje innenfor helsevesenets rammer for å unngå komplikasjoner ved at ukvalifiserte aktører utfører inngrepet. De som er imot, er ofte kritiske til inngrepet. Flere argumenterer for en 16-års nedre aldersgrense, eller høyere, og noen argumenterer mer generelt imot omskjæring. Dette står til forskjell fra en tidligere legedebatt i samme tidsskrift (3 innlegg), som foregikk mellom 1982–1983, der det ble diskutert om omskjæring bør foregå innenfor helsevesenets rammer eller kun innenfor de religiøse miljøene (Sander 1982; Otnes 1983; Iversen og Iversen 1982). I 1982 var omskjæringsritualets utbredelse mye mindre, med kun 104 gutter som ble omskåret i Oslo i 1982 (Vogt 2000, 163). Dette kan være en grunn til at denne tidligere debatten ikke omhandlet for eller imot omskjæring av guttebarn, slik den gjør i dag, men heller angikk hvorvidt det skulle utføres innenfor eller utenfor helsevesenets rammer.

Jeg kom, som tidligere nevnt, frem til fire fremtredende konfliktlinjer i debatten, der tre ulike diskurser kjemper om definisjonsmakten innenfor konfliktlinjene. Fordi diskursene har forskjellig ideologisk hjemmel, preges debatten av normkonflikt. Én av dem, den medisinske diskursen, har også normkonflikt internt. Tabellen på neste side viser en oversikt over diskursene og konfliktlinjene i debatten, som jeg vil gjøre rede for videre, for så å bruke dem som utgangspunkt til å drøfte debatten. Til slutt vil jeg diskutere hvordan alle konfliktlinjene preges av en diskusjon om definisjonsmakt, kjennetegnet av delegitimering av meningsmotstandernes etos. Som vist i skjemaet, lokaliserte jeg én felles diskurs, den medisinske. De to andre diskursene er stort sett spesifikt knyttet til argumenter *for* eller *imot*, som vist i tabellen på neste side.

De tre diskursene som dominerer i legedebatten, og som derfor blir grunnlaget for videre analyse, er: 1) den medisinske diskursen, 2) barnerettighetsdiskursen og 3) minoritetsdiskursen. Jeg lokaliserte også andre diskurser, som forvaltningsdiskursen og likestillingsdiskursen, men har valgt å fokusere på de mest hegemoniske diskursene som kjem-

Konfliktlinjer: ➡ Diskurser: ↓	1. Hva gjør inngrepet etisk forsvarlig?	2. Hva er grunnpremisset i argumentasjonen?	3. Syn på rituell omskjæring av gutter	4. Hva er barnets beste?
Medisinsk diskurs (for)	Fordelene må veie opp for ulemper.	Ekstensiv internasjonal forskning tilsier at omskjæring er trygt, og derfor forsvarlig.	Det finnes flere medisinske fordeler enn ulemper.	Bør utføres innenfor helsevesenet for å unngå komplikasjoner.
Medisinsk diskurs (imot)	Inngrepet bør bevises som helsehjelp.	Store deler av forskningen som støtter omskjæring er ikke aktuell i Norge.	Det er et irreversibelt, smertefullt og unødvendig inngrep.	Omskjæring som ikke gjøres på medisinsk grunnlag bør forbys.
Minoritetsdiskurs (for)	Minoritetsrettigheter bør overholdes, så lenge inngrepet er medisinsk trygt.	Det er et svært viktig ritual for flere minoriteter, men et tabu i Norge.	Et viktig religiøst ritual for minoriteter, og trygt å gjennomføre innenfor helsevesenet.	Barns mulighet til å være delaktig i sin families religiøse praksis.
Barnerettighetsdiskurs (imot)	Inngrepet må overholde barnets kroppslige autonomi.	Barnets kroppslige autonomi er viktigst, og samtykke er derfor essensielt.	Det er et etisk problematisk ritual fordi det bryter med barns rettigheter.	En aldersgrense på ca. 16 år for å beskytte barnets kroppslige autonomi.

per om definisjonsmakt i debatten. Jeg finner lignende diskurser som tidligere forskning på omskjæringsdebatt i media, og inndelingen minner spesielt om Døvings (2016, 6). Dette tilsier at de etablerte diskursene som har definisjonsmakt i media også har det i legedebatten. Mitt fokus på konfliktlinjer kan imidlertid gi en dypere forståelse av *hvordan* diskursene kjemper om definisjonsmakten.

Den medisinske diskursen er størst i legedebatten, og henter hjemmel fra medisinske argumenter. Her brukes et helsefaglig språk, og god helse blir fremsatt som en viktig ideologisk verdi. Hvordan man kommer frem til god helse er det derimot uenighet i. Det er derfor en tydelig normkonflikt innenfor den medisinske diskursen mellom de som argumenterer for og imot omskjæring, som vist i tabellen over. Jeg vil gå nærmere inn på hva denne normkonflikten innebærer nedenfor. Minoritetsdiskursen er også en av de mest fremtredende diskursene i debatten og har minoriteters rettigheter, religionsfrihet og foreldres oppdragsrett som nøkkelkonsepter. Ideologisk er pluralisme og multikulturalisme viktig, og debattens hovedspørsmål blir derfor belyst med disse verdiene i fokus. Barnerettighetsdiskursen er den siste diskursen jeg vil legge frem i denne artikkelen. Her veier barnets rettigheter tyngst. Henvisninger til barns beste, kroppslige autonomi, selvbestemmelse og samtykke er fremtredende. For å nærmere forklare hvordan de overnevnte diskursene kjemper om definisjonsmakten i debatten, har jeg kommet frem til fire konfliktlinjer i analysen.

Konfliktlinjene består av spørsmål med ulike svar som går igjen i debatten. Jeg kategoriserer disse svarene innenfor de tre diskursene. Det første er spørsmålet om hvorvidt omskjæring er etisk forsvarlig, og hva som i så fall gjør det forsvarlig. Den neste konfliktlinjen angår hva som ligger til grunn for argumentasjonen i debatten. Denne konfliktlinjen omhandler hva debattantene stadig kommer tilbake til som et grunnleggende premiss for videre diskusjon. Den tredje konfliktlinjen handler om hvordan omskjæring portretteres av debattantene. Dette er viktig fordi det avslører en verdivurdering av selve inngrepet. Hvordan denne verdivurderingen påvirker videre argumentasjon vil være viktig for å avdekke maktstrukturer. Den fjerde og siste konfliktlinjen angår hva som er barnets, eller nærmere sagt guttens, beste. Er det eksempelvis til barnets beste at inngrepet utføres innenfor helsevesenet for å unngå alvorlige komplikasjoner, eller er barnets beste en aldersgrense på inngrepet, slik at gutten kan samtykke? Nå som jeg har gjort kort rede for diskursene og konfliktlinjene, vil jeg gå nærmere inn på analysen av de fire konfliktlinjene.

1. ETISK FORSVARLIGHET – HVILKEN PLESS HAR MEDISINSK BEGRUNNELSE I DEBATTEN OM OMSKJÆRING?

Den første konfliktlinjen i debatten handler om hvorvidt omskjæring er etisk forsvarlig. Her finnes det først og fremst en intern konflikt innenfor den medisinske diskursen. Artiklene som argumenterer *for* baserer seg på en vurdering av de medisinske implikasjonene ved inngrepet. Hvis fordelene veier opp for ulempene, kan inngrepet være forsvarlig innenfor det norske helsevesenet. I en artikkel skriver eksempelvis professorer ved Universitetet i Oslo Michael Bretthauer og Erlend Hem (2015b, 1926) at: «medisinske tiltak bør begrunnes ut fra systematiske vurderinger av positive og negative helseeffekter, fremskaffet ved god forskning», og «Når det offentlige helsevesen skal tilby omskjæring, må det prioriteres mot andre helsetiltak».

De fleste som er *imot*, innenfor den medisinske diskursen, skriver derimot at inngrepet ikke er helsehjelp og derfor *ikke* bør diskuteres medisinsk, slik som i denne artikkelen: «Å tillegge rituell omskjæring en medisinsk begrunnelse synes søkt», og at «medisinske begrunnelser for omskjæring ikke har noen plass i diskusjonen om rituell omskjæring» (Aarseth 2016, 10). Her er altså argumentet snudd: Der for-siden ønsker å vurdere gutteomskjæring opp mot andre helsetiltak, skriver mot-siden at medisinske diskusjoner er irrelevante for å vurdere et *rituelt* inngrep. Det at argumentet snus er et tydelig tegn på politisk anomi, ettersom det ikke foreligger noen felles forståelse for hvilke regler som gjør inngrepet etisk forsvarlig. Dette fører til at debatten møter en blindvei: Uansett hvor mange argumenter for-siden legger frem, vil siden imot fortsatt legge til grunn at inngrepet er *rituelt*, og ikke *medisinsk* begrunnet, noe som delegitimerer helsefordelene.

Innenfor minoritetsdiskursen virker konsensusen å være at rituell omskjæring er etisk forsvarlig fordi det er et viktig ritual for flere minoriteter, så lenge det også kan forsvares som medisinsk trygt. Bretthauer og Hem (2016, 10) skriver eksempelvis at: «Politiske beslutninger skal være basert på flertallsavgjørelser, men slik er det ikke i forskningen». Rituell omskjæring kan med andre ord være etisk forsvarlig, selv om det ikke har aksept i majoritetskulturen (se også Bretthauer og Hem

2015a). Dette argumentet har hjemmel i den ideologiske idéen om pluralisme, fordi det åpner for flere sannheter enn bare majoritetens. Utdraget tyder også på interdiskursivitet mellom minoritetsdiskursen og den medisinske diskursen *for*, fordi medisinsk forskning fremholdes som viktigere enn majoritetens hegemoni.

Innenfor barnerettighetsdiskursen blir inngrepet ansett som uforsvarlig fordi det ikke overholder barnets kroppslige autonomi og integritet. På grunn av dette bør ikke de medisinske implikasjonene diskuteres fordi det er sekundært til barnets autonomi, noe som eksempelvis uttrykkes her:

Et siste argument forfatterne fremfører er at det er mindre komplikasjoner når inngrepet utføres i ung alder. Dette kan likevel ikke overstyre individets autonomi – retten til å bestemme over egen kropp, og å selv ta beslutningen om å gjennomføre et irreversibelt inngrep (Vartdal 2016, 8).

Dette utdraget viser også en interdiskursivitet mellom barnerettighetsdiskursen og den medisinske diskursen *imot*, fordi barnets kroppslige autonomi fremholdes som viktigere enn medisinske fordeler ved inngrepet. Innenfor denne konfliktlinjen oppstår politisk anomi fordi aktører innenfor den medisinske diskursen *for* og minoritetsdiskursen vil diskutere medisinske fordeler og ulemper ved inngrepet for å vurdere om inngrepet er medisinsk forsvarlig. På den andre siden er det innenfor barnerettighetsdiskursen og den medisinske diskursen *imot* en idé om at de medisinske aspektene er irrelevante fordi de legger til grunn andre premisser som viktigere.

2. KULTURELLE FØLELSER OG HOLDNINGER – HVA ER GRUNNPREMISSET I DISKURSENE?

Den andre konfliktlinjen i debatten angår hva som legges frem som det viktigste grunnpremisset i debatten. Innenfor den medisinske diskursen har de som argumenterer *for* og *imot* en strukturell likhet i sitt grunnpremiss: begge sider argumenterer for at motstanderens forskning er illegitim av ulike grunner. Her mangler det et felles normgrunnlag for

hva som utgjør legitim og relevant medisinsk forskning. Dette fører til at partene ikke tar hverandres argumenter seriøst, og det oppstår politisk anomi.

Da omskjæring er vanligere på kontinenter som Nord-Amerika og Afrika, er mange av de store randomiserte studiene gjort med utgangspunkt i disse kontinentene. Flere av disse studiene viser en fordel ved omskjæring av guttebarn for å unngå tidlig urinveisinfeksjon, fimose, og senere plager som AIDS og HPV (AAP 2012; Kohn 2016). De som argumenterer for omskjæring trekker frem slike studier som bevis på at omskjæring av gutter har få ulemper, og kan ha noen fordeler. I tillegg påpeker de svakhetene ved de mindre og færre studiene som er utført i vestlige land. Flere legger samtidig vekt på at de ikke anbefaler omskjæring for *alle* guttebarn, men at forskningen tilsier at inngrepet ikke er skadelig: «Konklusjonen er at mannlig omskjæring har flere positive helsegevinster. Ingen mener imidlertid at alle guttebarn skal omskjæres» (Bretthauer og Hem 2015b, 1926).

De som argumenterer imot skriver imidlertid at forskningen som er i omskjærings favør, og som blir trukket frem av de som argumenterer for omskjæring, er påvirket av kulturelt forutinntatte holdninger. Dette er også blitt skrevet om i den internasjonale medisinske litteraturen (Frisch mfl. 2013). Hovedargumentasjonen er at inngrepet er vanligere der studiene er gjennomført, eller irrelevant i en norsk kontekst (se f.eks. Markestad 2016). De som mener at majoriteten av forskningen som er for omskjæring ikke er gyldig, grunnet forutinntatte holdninger, referer eksempelvis til en studie utført i Danmark som viser ulemper ved mannlig omskjæring, i form av blant annet nedsatt seksuell nytelse (Frisch, Lindholm, og Grønbæk 2011). De hevder at slike studier er utført på et mer objektivt grunnlag, da omskjæring ikke er et like vanlig inngrep i skandinaviske land. Studiene blir imidlertid ikke kun diskreditert på grunn av en påstått kulturell forutinntatthet. De som er imot omskjæring poengterer også at studier som utføres i Skandinavia er mer relevante for Norge hvor eksempelvis AIDS ikke er et stort samfunnsproblem (se f.eks. Blomkvist og Eika 2016).

Minoritetsdiskursen har som grunnpremiss at inngrepet er svært viktig for visse minoriteter, men at dette skaper blest i Norge hvor omskjæring er et tabu (se f.eks. Chaudhry mfl. 2016). Bretthauer og Hem skriver at debatten preges av «kulturelle følelser» (2016, 10), og bedriftsrådgiver og skribent Leif Knutsen skriver at: «I et land der normen blant majoriteten er å la være å omskjære guttebarna, er det forståelig at skikken vil skape forundring og forskrekkelse hos mange og hysteri hos enkelte» (2012, 1214). Overlege Jon Henrik Laake poengterer også hvordan det finnes flere inngrep som gjøres i Norge der «indikasjonen er tvilsom og nytteeffekten udokumentert» (2013, 1556). Han setter videre spørsmålstegn ved hvorvidt motstanden mot omskjæring er en symbolsak eller om motstandere av omskjæring også vil engasjere seg like sterkt i en debatt vedrørende «andre former for udokumentert behandling» (Laake 2013:1556). De som er for omskjæring i debatten opplever altså at argumentasjonen imot er preget av at inngrepet er svært uvanlig i en norsk kontekst. Interessant nok foreligger det altså argumenter på begge sider som tilsier at meningsmotstanderen sin forskning eller posisjon er illegitim grunnet den kulturelle konteksten den befinner seg i.

Behovet for å delegitimere motstanderen ved å skylle på kulturell forutinntatthet kan komme av at det innenfor de ulike diskursene er ulike grunnpremiss. Debatten mangler dermed et felles normgrunnlag og preges derfor av politisk anomi. Med andre ord finnes det en tilstand av kolliderende normer fordi debattantene ikke blir enige i hvilke medisinske grunnpremiss som skal ligge til grunn for å vurdere om omskjæring er etisk forsvarlig. Spesielt innenfor den medisinske diskursen er det en grunnleggende uenighet i hva som anses som legitim og relevant forskning, og dermed hva som kan legge grunnlaget for god argumentasjon. Løsningen blir derfor, som Sletteland skriver om, å undergrave legitimiteten til den andres talersted ved å stille spørsmål ved spesifikke faktaopplysninger (holdbarheten og relevansen av den andres forskning) og gjøre argumentet irrelevant (anklage den andre for å være farget av kulturelt forutinntatte holdninger eller forskningsresultater).

Hvorfor kulturell forutinntatthet og «følelser» blir et så stort tema i omskjæringsdebatten i tidsskriftet kan ha en sammenheng med at omskjæring er i skjæringspunktet mellom kropp og kultur. Sosialantropolog Mary Douglas skriver om hvordan det er en kontinuerlig meningsutveksling mellom den fysiske kroppen og den sosiale «kroppen» som den opererer innenfor (1996, 69). Dette kan forklare hvordan kroppslige ritualer skaper så mye uenighet, ettersom idéer om hvordan kroppen skal utfolde seg på ulike måte uttrykker sosialt press og kulturell påvirkning. I dette tilfellet virker det som at de ulike debattantene oppfatter de andre som påvirket av forutinntatte holdninger fordi forståelser av kroppen står i sammenheng med ulike diskurser. Douglas skriver: «there can be no natural way of considering the body that does not involve at the same time a social dimension» (1996, 74). Oppfatninger av hvordan kroppen bør være finnes altså ikke utenfor diskurser. Dette kan føre til et høyt konfliktnivå når ulike diskurser kolliderer i en debatt som omhandler omskjæring som har en så tydelig fot både innenfor den fysiske kroppen, som kirurgisk inngrep, og den kulturelle kroppen, som ritual.

3. BURDE RITUALER ENDRES FOR Å TILPASSE MAJORITETSSAMFUNNET? – SYN PÅ RITUELL OMSKJÆRING

Den tredje konfliktlinjen i debatten omhandler hvilket syn debattantene har på gutteomskjæring som et religiøst ritual. De som er for innenfor den medisinske diskursen skriver at omskjæring har: «flere positive helsegevinster» (Bretthauer og Hem 2015b, 1926), og at det finnes: «et klart og utvetydig standpunkt fra verdens fremste barneleger, gynekologer og fødselsleger» (Chaudhry, Knutsen, og Kirschner 2013, 265). De som er imot fremstiller imidlertid rituallet som et inngrep som er: «irreversibelt, smertefullt og kan medføre alvorlige komplikasjoner» (Markestad, Lindboe, og Nordhov 2013, 1061), og unødvendig fordi det faller utenfor helsehjelp (se f.eks. Haug og Dimmen 2016).

Innenfor barnerettighetsdiskursen blir rituallet omtalt som etisk problematisk grunnet barns mangel på samtykkekompetanse, noe som fører

til at flere sår tvil om ritualets betydning for de religiøse gruppene det gjelder. Den pensjonerte barnelegen Helene Pande skriver at:

Det er vel kjent at for jødene er omskjæring et religiøst påbud (1. Mos. 17) og det bør et hvert sivilisert menneske ha dyp respekt for. Det er imidlertid interessant at Internett-søk på «Jews against circumcision» gir 180 000 svar med mange gode motargumenter. Altså blir det diskutert også hos dem (2013, 265).

I tillegg til å trekke omskjærings rituelle betydning i tvil innenfor jødedommen, blir ritualets betydning i islam også satt spørsmålsteget ved. Pande skriver at: «For muslimene har jeg forstått at det ikke er noe religiøst påbud, men et spørsmål om renslighet og tradisjon. Tradisjoner har man lov å sette spørsmålsteget ved» (2013, 265). Det kan være at Pande oppfatter gutteomskjæring i islam som mindre viktig fordi det ikke nevnes i koranen, men i hadithene,⁵ ettersom hun beskriver påbudet fra 1. Mosebok som noe man bør ha «dyp respekt for» (Greenberg 2018, 193). Pandes beskrivelser av omskjæringspraksisen innenfor islam diskrediteres imidlertid ved å knytte praksisen til andre kategorier enn religion, nemlig renslighet og tradisjon.

Det at Pande skiller mellom omskjæring med religion som begrunnelse og omskjæring med renslighet som begrunnelse kan være grunnet en begrenset forståelse av religionsbegrepet. Dette er typisk for fremstillinger av religion, blant annet i media der protestantisk kristendom ofte fungerer som ramme og referansepunkt for andre religioner (Døving og Kraft 2013, 21). Her er tro ofte i fokus for hva som refereres til som religion, og andre aspekter som hygiene og helse oppfattes som noe «utenfor» religionskategorien. Døving og Kraft poengterer imidlertid at renhetsforestillinger har vært knyttet til religion, både i islam og jødedom: «I mange religioner, men i jødedom spesielt, er ideen om at medisinsk kunnskap ble etablert allerede i 'tidlig tid' og da fikk form av religiøse påbud, svært utbredt» (2013, 189). Religionsdefinisjonen som Pande konstruerer er essensialistisk, hvor religion er noe *sui generis* («eget») som skilles fra andre aspekter ved kultur og samfunn. Tid-

⁵ Hadithene – fortellinger om profeten Muhammad. En del av tradisjonen og brukes som eksempel for hva som er riktig og god levemåte for muslimer.

ligere forskning viser også at et protestantisk religionssyn preger omskjæringsdebatter i norsk media (Horsfjord 2021, 85-88; Davidsen 2021, 81-85).

Pande fremstiller religion som en egen kategori, og som noe annet enn tradisjon. Hun beskriver religion som noe med mer legitimitet enn tradisjon, og setter omskjæring innenfor den sistnevnte kategorien for å diskreditere inngrepets betydning hos muslimer. Dette inngår i hva Døving og Kraft også finner i den norske omskjæringsdebatten i media der de identifiserer en «autentisitetsdiskurs» (2013, 187). Dette innebærer at jødiske praksiser fremstilles som mer autentiske enn muslimske, og jødedom får derfor forrang for islam. En slik autentisitetsvurdering kommer også frem i den tidligere nevnte kortere debatten fra 1982–1983 i samme tidsskrift (Davidsen 2021, 59). Her diskrediteres nordamerikanernes omskjæringspraksis, og den beskrives som «en nokså ureflektert tradisjon» fordi den ikke gjøres ut fra «ufravikelig religiøs overbevisning» (Otnes 1983, 2218). Her blir også religion fremstilt som mer autentisk enn tradisjon. I det tidligere utdraget sår Pande imidlertid også tvil om inngrepet innenfor jødedom, selv om hun her definerer det som «et religiøst påbud». Pande anvender altså kategorien religion både som *åpen og foranderlig*, der hun forstår omskjæring som religiøst, og *lukket og uforanderlig*, der hun definerer omskjæring som tradisjon. Religionskategorien blir på denne måten definert forskjellig i ulike sammenhenger for å diskreditere omskjæring som ritual innenfor både islam og jødedom.

I en annen artikkel blir det uttrykt at: «Vår utfordring til de aktuelle religiøse gruppene er at de finner frem til alternative ritualer som kan ha generell aksept i vår kulturkrets i dag. [...] det er rimelig at det fortsatt skjer endringer i takt med ny kunnskap og endringer i etiske og juridiske normer» (Markestad, Lindboe, og Nordhov 2013, 1061). Her blir altså en endring eller fjerning av ritualer innenfor de religiøse miljøene foreslått. Dette argumentet har ideologisk hjemmel i et sekulært verdensbilde, hvor verdier som «etiske og juridiske normer» oppfattes som objektive, rasjonelle og universelle, mens religiøse verdier oppfattes som det motsatte. I tillegg blir majoritetskulturen («vår kulturkrets»)

knyttet opp mot slike sekulære verdier. Dette viser en underliggende konflikt i debatten mellom et sekulært «oss» og et religiøst «dem». Dette inngår i en opplysningsdiskurs som også var prevalent i den norske mediedebatten om omskjæring (Davidsen 2021, 56-58). En slik opplysningsdiskurs kan ses i sammenheng med hva Horsfjord kaller et fremgangsnarrativ (2021, 87). Dette finner jeg flere steder i debatten blant dem som argumenterer imot omskjæring. Eksempelvis skriver veterinær Geir Erik Berge i debatten:

At leger i Norge skal pålegges å gjøre unødvendige inngrep fordi det er så mange andre som gjør dette i verden, er en skremmende ny praksis fra helseministeren. Jeg tør ikke tenke på hva han med denne begrunnelsen vil kunne finne på å innføre overfor kvinner og homofile, når vi vet over hva disse gruppene systematisk utsettes for mange andre steder i verden (2014a, 1029).

Det at omskjæring begrunnes med kultur, religion og/eller tradisjon er ikke legitime argumenter for å tillate inngrepet, ifølge Berge. Dette blir også tydelig når han skriver: «Så må vi velge: Skal grunnleggende menneskerettigheter eller tradisjon og eldgamle offerritualer veie tyngst?» (Berge 2014b, 1448). Med begrepet «grunnleggende menneskerettigheter» referer Berge til barnets rett til å samtykke. Det er altså en sammenheng mellom barnerettighetsdiskursen og en opplysningsdiskurs og et fremgangsnarrativ. Horsfjord skriver også om mediedebatten at: «Slike framgangsnarrativer er det mange av [...] når barns selvbestemmelse er innrammingen» (2021, 87).

Et slikt syn er i direkte motsetning til minoritetsdiskursen som legger vekt på at: «For noen grupper i samfunnet vårt er omskjæring en meget viktig del av deres kulturelle og/eller religiøse identitet» (Schultz 2013, 1556). Her blir altså omskjæring sett på som et viktig religiøst ritual for minoriteter, og derfor noe som bør tillates. Denne argumentasjonen har hjemmel i ideologiske verdier som pluralisme, men også menneskerettigheter som religionsfrihet, noe jeg vil utdype i neste del.

Vi ser altså to forskjellige måter å ramme inn religiøse og/eller kulturelle ritualer. På den ene siden er det en opplysningsdiskurs/et fremgangsnarrativ som tilsier at kulturell eller religiøs begrunnelse ikke gjør

et inngrep mer legitimt. Slike ritualer knyttes til noe som svake grupper i samfunnet «utsettes for» og som derfor bør forsvinne i takt med fremgang og «opplysningstidsverdier» som menneskerettigheter og kunnskap. På den andre siden, innenfor en minoritetsdiskurs, legitimeres omskjæringspraksisen nettopp *fordi* det knyttes til religiøs og kulturell identitet, spesielt fordi det gjelder religiøse minoriteter. Omskjæring tillegges altså mer *og* mindre legitimitet i kraft av å være «religiøst».

4. BARNES BESTE – RELIGIØS IDENTITET ELLER KROPPSLIG AUTONOMI?

Innenfor barnerettighetsdiskursen blir barnets beste ofte adressert. Her er barnets kroppslige autonomi fremsatt som viktigst, og en aldersgrense på cirka 16 år er derfor foreslått av flere (se f.eks. Lindboe 2015). I minoritetsdiskursen blir imidlertid barnets beste uttrykt som barnets mulighet til å være delaktig i familiens religion gjennom omskjæring. Derfor er det viktig at familiene det gjelder kan få inngrepet utført innenfor helsevesenets trygge rammer (se f.eks. Heidari 2012). Her ser vi en normkonflikt angående hva som skal anses som barns beste: kroppslig integritet og autonomi eller religiøs identitet og tilhørighet. Både minoritets- og barnerettighetsdiskursen henter hjemmel fra menneskerettigheter. På tross av et felles utgangspunkt er det forskjell i *hvilke* menneskerettighetsforskrifter disse to diskursene henter hjemmel fra. Der minoritetsdiskursen vektlegger sivile rettigheter som religionsfrihet og minoriteters rettigheter, har barnerettighetsdiskursen hjemmel i barns rettigheter, noe som påvirker deres syn på hva som er guttebarnets beste. Dette fører til at diskursene er plassert på motsatt ende av spekteret i for-og-imot-debatten omkring omskjæring av gutter, og kategorisert som to forskjellige diskurser, ikke én felles menneskerettighetsdiskurs.

I den medisinske diskursen argumenterer de som er for at det er til barns beste å utføre inngrepet innenfor helsevesenets rammer for å hindre unødvendige komplikasjoner (se f.eks. Heidari 2012). Noen sammenligner det også med abort: «Som en sammenlikning husker noen av oss, og har sett i andre land, hva det fører til når man forbyr abort.

Hvis vi virkelig ønsker det beste for disse guttene, sørger vi for at omskjæringen skjer under optimale forhold av kvalifiserte leger» (Schultz 2013, 1556). Solbakk, Pedersen og Alnæs argumenterer imidlertid for at en slik holdning sender «et signal om at staten aksepterer at guttebarn uten samtykkekompetanse skal kunne utsettes for etisk problematiske inngrep» (2012, 135). Pande hevder også at: «Med eller uten lisens bør man holdes ansvarlig og eventuelt straffes for å utføre dårlig kirurgisk håndverk» (2012, 2362). De som er imot, uttrykker altså at man ikke bør tillate det de oppfatter som et etisk problematisk inngrep innenfor helsevesenet.

Vurderingen av inngrepet påvirker hvordan de ulike sidene tolker hva som er best for guttebarnet. De som hevder at inngrepet ikke er spesielt skadelig argumenterer også for at det bør utføres innenfor helsevesenets rammer for å holde komplikasjonene marginale. De som tolker omskjæring som grunnleggende etisk feil hevder imidlertid at det derfor ikke kan godkjennes av helsevesenet. Partene snakker forbi hverandre grunnet en grunnleggende uenighet i hvor skadelig inngrepet er. Dette går tilbake til hvilken forskning som bør ligge til grunn for en vurdering av inngrepet. Uten en felles enighet her kan ikke partene argumentere på samme grunnlag, og kampen om definisjonsmakten fortsetter.

«Selv er jeg ikke praktiserende kristen» – om definisjonsmakt og etos
 Konflikten om *hvem* som skal ha definisjonsmakt innenfor de ulike konfliktlinjene preger debatten. Som følge av de mange normkonfliktene forsøker debattantene å delegitimere hverandres *etos* (Grue 2015, 67), og legitimere sin egen. Dette begynner allerede i den første artikkelen i debatten: «'mange' av dem som har uttalt seg om de medisinske fordelene ved omskjæring av guttebarn, har en kulturell og religiøs interesse av å legitimere denne praksisen» (Solbakk, Pedersen, og Alnæs 2012, 134). Artikkelforfatterne anklager altså de som argumenterer for omskjæring for å gjøre det grunnet deres religiøse og/eller kulturelle ståsted. Lege, og tidligere leder i Det mosaiske trossamfunn, Rolf Kirschner svarer i sitt innlegg:

Undertegnede, som vel representerer «mange av dem» som tidsskriftsinnlegget sikter til, er noe forbauset over at det tilsynelatende skulle være forbudt å ha meninger og ytringer om medisinske fakta med annen kulturell og religiøs bakgrunn enn den lutherske. Vi ville aldri nekte Solbakk å ha sine meninger, selv med hans bakgrunn som teolog i henhold til Den norske statskirken (2012, 508).

Kirschner er altså skeptisk til at personlig interesse av å legitimere gutteomskjæring hindrer en legitim vurdering av inngrepet. Solbakk svarer tilbake med fokus på å legitimere sin egen etos:

For det første mener han at det er den lutherske teologen i meg som har tatt frem slåsshansken. Da overser han helt at mine to medforfattere, som er henholdsvis lege og filosof [...] og medisinsk antropolog [...]. For det tredje glemmer han i farten å nevne at jeg ikke er praktiserende prest [...] og at jeg dessuten har to andre akademiske bein å stå på (medisin og filosofi). [...] For det fjerde unnlater han å nevne at mange prester i Den norske kirke faktisk støtter Kirschner i at rituell omskjæring bør kunne tilbys ved offentlige sykehus i Norge [...]. Selv er jeg ikke praktiserende kristen, [...] (2012, 786).

Ved å forsøke å avkrefte sine eventuelle egne religiøse forutinntatte holdninger, bekrefter han hva han uttrykker i sin første artikkel: at en kulturell og religiøs interesse av å legitimere praksisen gjør det umulig å ha en verdifull medisinsk mening om den. Et slikt standpunkt fremhever en dikotomi mellom et *objektivt* «sekulært oss» og et *subjektivt* «religiøst dem».

ET SEKULÆRT «OSS» OG ET RELIGIØST «DEM» - KONKLUDERENDE TANKER
Innledningsvis dro jeg frem et sitat fra debatten hvor noen uttrykket frustrasjon over at meningsmotstanderens «personlige følelser og fantasier» ble dratt inn i en medisinsk debatt. Ved første øyekast er debatten, om ikke tuftet på personlige følelser og fantasier, svært uoversiktlig, polarisert og til tider «usaklig». Ved å anvende Slettelands begrep om politisk anomi har jeg kunnet «rydde» i debatten ved å avdekke hvordan tre diskurser kjemper om definisjonsmakten gjennom fire overgripende

konfliktlinjer. Normkonflikten i debatten fører til at deltakerne ikke kun kan bero på «fakta og rasjonell argumentasjon», men må ty til å delegitimere meningsmotstanderen, som kan gjøres ved å:

1. «undergrave legitimiteten til vedkommendes talersted» (Sletteland 2018, 147), noe som preger denne debatten gjennom delegitimering av den andres etos, med fokus på hvordan religiøse og kulturelle interessekonflikter står i veien for en riktig vurdering av omskjæring.
2. «stille spørsmål ved spesifikke faktaopplysninger» (Sletteland 2018, 147), noe som preger debatten ved at partene setter spørsmålstegn ved kvaliteten, relevansen og objektiviteten av hverandres kilder (medisinske forskning). Dette er ikke grunnlag for eskalering i seg selv, da det å stille spørsmålstegn ved motstanderens faktaopplysninger kan være grunnlag for saklig og produktiv debatt. Det forårsaker likevel en tilstand av kaos i denne debatten fordi det ikke foreligger noen konsensus om hvilken forskning som er legitim eller relevant i en norsk kontekst.
3. Og til slutt «gjøre argumentet irrelevant ved å snu premisset» (Sletteland 2018, 147), noe som preger debatten i diskusjoner om hvorvidt man i det hele tatt bør diskutere de *medisinske* implikasjonene ved et *rituelt* inngrep. I tillegg blir det satt spørsmålstegn ved ritualets legitimitet og betydning innenfor jødedom og islam. Dette snur premisset om at omskjæring er viktig for menneskene som tilhører disse religiøse tradisjonene.

Jeg har funnet at mangelen på felles normer, for blant annet medisinsk forskning, religiøs legitimitet og barns beste, fører til en tilstand av kaos i debatten som forsterker skillet mellom et sekulært «oss» og et religiøst «dem». Disse to sidene er også preget av en underliggende ideologisk konflikt mellom henholdsvis *barns autonomi* og *pluralisme*. Hvorvidt den medisinske debattens manglende konsensus legger grunnlaget for en polarisert og følelsesladd omskjæringsdebatt i norsk offentlighet for øvrig, er ikke mulig å fastslå fra mitt materiale, men vil være en interessant problemstilling for videre forskning.

LITTERATUR

- AAP (American Academy of Pediatrics) Task Force on Circumcision. 2012. «Male circumcision». *Pediatrics* 130 (3): e756-e785. DOI: 10.1542/peds.2012-1989.
- Berge, Geir Erik. 2014a. «Dyrevelferdsloven bør utvides til også å omfatte barn». *Tidsskrift for Den norske legeforening* 10 (134): 1029. <https://tidsskriftet.no/2014/05/kommentar-og-debatt/dyrevelferdsloven-bor-utvides-til-ogsaa-omfatte-barn>.
- Berge, Geir Erik. 2014b. «G.E. Berge svarer». *Tidsskrift for Den norske legeforening* 15 (134): 1448. <https://tidsskriftet.no/2014/08/brev-til-redaktoren/ge-berge-svarer>.
- Blomkvist, Andreas Wahl, og Fredrik Eika. 2016. «Re: Omskjæring av gutter». *Tidsskrift for Den norske legeforening* 136 (1): 8. <https://tidsskriftet.no/2016/01/brev-til-redaktoren/re-omskjaering-av-gutter-1>.
- Brethauer, Michael, og Erlend Hem. 2015a. «M. Brethauer & E. Hem svarer». *Tidsskrift for Den norske legeforening* 135 (23–24): 2130. <https://tidsskriftet.no/2015/12/brev-til-redaktoren/m-brethauer-e-hem-svarer>.
- Brethauer, Michael, og Erlend Hem. 2015b. «Omskjæring av gutter». *Tidsskrift for Den norske legeforening* 135 (21): 1926. <https://tidsskriftet.no/2015/11/kommentar-og-debatt/omskjaering-av-gutter>.
- Brethauer, Michael, og Erlend Hem. 2016. «M. Brethauer & E. Hem svarer». *Tidsskrift for Den norske legeforening* 136 (1): 10. <https://tidsskriftet.no/sites/default/files/pdf2016—10.pdf>.
- Chaudhry, Farrukh A., Leif Knutsen, og Rolf Kirschner. 2013. «Barneleger, gynekologer og fødselsleger er positive til gutteomskjæring». *Tidsskrift for Den norske legeforening* 133 (3): 264-265. <https://tidsskriftet.no/2013/02/brev-til-redaktoren/barneleger-gynekologer-og-fodselsleger-er-positive-til-gutteomskjaering>.
- Chaudhry, Farrukh A., Leif Knutsen, Leoni Abrahamsen Kohn, og Rolf Kirschner. 2016. «Re: Omskjæring av gutter». *Tidsskrift for Den norske legeforening* 136 (2): 106. <https://tidsskriftet.no/sites/default/files/pdf2016—106.pdf>.

- Davidsen, Joy Gabriella. 2021. «'Forhistoriske overgrep mot småbarn': Omskjæringsdebatten i norske avismedier og andregjøring av jøder». Masteroppgave, Universitetet i Oslo. <http://urn.nb.no/URN:NBN:no-91058>
- Douglas, Mary. 1996. *Natural Symbols: Explorations in Cosmology*. 4. utg. London & New York: Routledge.
- Døving, Cora Alexa. 2016. «Jews in the News - Representations of Judaism and the Jewish Minority in the Norwegian Contemporary Press». *Journal of Media and Religion* 15 (1): 1–14. DOI: 10.1080/15348423.2015.1131039
- Døving, Cora Alexa, og Siv-Ellen Kraft. 2013. *Religion i pressen*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Engebriqtsen, Ada I., Monica Five Aarseth, og Nora Stene. 2020. *En godt bevart statshemmelighet? Evaluering av lov om rituell omskjæring av gutter*. NOVA, OsloMet, Oslo. <https://hdl.handle.net/20.500.12199/6468>.
- Fairclough, Norman. 2010. *Critical Discourse Analysis: The Critical Study of Language*. 2. utg. New York: Longman.
- Frisch, Morten, Yves Aigrain, Vidmantas Barauskas, Ragnar Bjarnason, Su-Anna Boddy, Piotr Czauderna, Robert P. E. de Gier mfl. 2013. «Cultural bias in the AAP's 2012 Technical Report and Policy Statement on male circumcision». *Pediatrics* 131 (4): 796–800. DOI: 10.1542/peds.2012-2896.
- Frisch, Morten, Morten Lindholm, og Morten Grønbæk. 2011. «Male circumcision and sexual function in men and women: a survey-based, cross-sectional study in Denmark». *International Journal of Epidemiology* 40 (5): 1367–1381. DOI: 10.1093/ije/dyr104.
- Greenberg, Yudit Kornberg. 2018. *The Body in Religion: Cross-Cultural Perspectives*. London: Bloomsbury Academic.
- Grue, Jan. 2011a. «Hva er kritisk diskursanalyse?». I *Diskursanalyse i praksis: metode og analyse*, redigert av Tonje Raddum Hitching, Anne Birgitta Nilsen og Aslaug Veum, 112–115. Kristiansand: Høyskoleforlaget.

- Grue, Jan. 2011b. «Maktbegrepet i kritisk diskursanalyse: mellom medisinske og sosiale forståelser av funksjonshemming». I *Diskursanalyse i praksis: metode og analyse*, redigert av Tonje Raddum Hitching, Anne Birgitta Nilsen og Aslaug Veum, 116-135. Kristiansand: Høyskoleforlaget.
- Grue, Jan. 2015. *Teori i praksis: Analysestrategier i akademisk arbeid*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Haug, Erik Skaaheim og Magne Dimmen. 2016. «Re: Omskjæring av gutter». *Tidsskrift for Den norske legeforening* 136 (1): 9. <https://tidsskriftet.no/sites/default/files/pdf2016—9.pdf>.
- Heidari, Ayad. 2012. «Rituell omskjæring er helsehjelp». *Tidsskrift for Den norske legeforening* 132 (5): 508–509. <https://tidsskriftet.no/2012/03/brev-til-redaktoren/rituell-omskjaering-er-helsehjelp>.
- Heimbach-Steins, Marianne. 2013. «Religious Freedom and the German Circumcision Debate». *Robert Shuman Centre for Advanced Studies RELIGIOWEST* 18: 1-17. <http://hdl.handle.net/1814/26335>.
- Helse- og omsorgsdepartementet. *Høringsnotat: Rituell omskjæring av gutter*, 2011. <https://www.regjeringen.no/contentassets/c0822b4daed6418988f2daace1e09d6d/hoeringsnotat.pdf>.
- Horsfjord, Vebjørn. 2021. «Om skjæring - hva handler omskjæringsdebatten “egentlig” om?» *DIN – tidsskrift for religion og kultur* (1-2): 67–91. <http://ojs.novus.no/index.php/DIN/article/view/1908/1882>.
- Howarth, David R. 2000. *Discourse*. Buckingham: Open University Press.
- Iversen, Irma, og Torbjørn Iversen. 1982. «Rituell omskjæring av gutter». *Tidsskrift for den Norske Lægeforening* 27 (102): 1388–1389.
- Kirschner, Rolf. 2012. «Om rituell omskjæring og helsehjelp». *Tidsskrift for Den norske legeforening* 132 (5): 508. <https://tidsskriftet.no/2012/03/brev-til-redaktoren/om-rituell-omskjaering-og-helsehjelp>.
- Knutsen, Leif. 2012. «Uansvarlig om mannlig omskjæring». *Tidsskrift for Den norske legeforening* 132 (10): 1214. <https://tidsskriftet.no/2012/05/kommentarartikkel/uansvarlig-om-mannlig-omskjaering>.

- Kohn, Leoni Abrahamsen. 2016. «Mannlig omskjæring - en gjennomgang». Prosjektoppgave, Universitetet i Oslo. <http://urn.nb.no/URN:NBN:no-56011>
- Lindboe, Anne. 2015. «Re: Omskjæring av gutter». *Tidsskrift for Den norske legeforening* 135 (23–24): 2130. <https://tidsskriftet.no/2015/11/kommentar/re-omskjaering-av-gutter-0>.
- Lov om rituell omskjæring av gutter. LOV-2014-06-20-40. <https://lov-data.no/dokument/LTI/lov/2014-06-20-40>.
- Laake, Jon Henrik. 2013. «Motstand mot omskjæring: en symbolsak?». *Tidsskrift for Den norske legeforening* 133 (15): 1556. DOI: 10.4045/tidsskr.13.0874.
- Markestad, Trond. 2016. «Re: Omskjæring av gutter». *Tidsskrift for Den norske legeforening* 136 (1): 9. <https://tidsskriftet.no/sites/default/files/pdf2016—9.pdf>.
- Markestad, Trond, Anne Lindboe, og Solveig Marianne Nordhov. 2013. «Internasjonal legemotstand mot omskjæring av smågutter». *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 133 (10): 1061. DOI: 10.4045/tidsskr.13.0449.
- Otnes, Brynjulf. 1983. «Omskjæring hos gutter». *Tidsskrift for den Norske Lægeforening* 33 (103): 2217–2218.
- Pande, Helene. 2012. «Omskjæring kun på medisinsk indikasjon». *Tidsskrift for Den norske legeforening* 132 (21): 2362. DOI: 10.4045/tidsskr.12.1114.
- Pande, Helene. 2013. «H. Pande svarer». *Tidsskrift for Den norske legeforening* 133 (3): 265. <https://tidsskriftet.no/sites/default/files/pdf2013—264-5.pdf>.
- Pekárek, Hendrik. 2015. «Circumcision Indecision in Germany». *Journal of law, religion and state* 4 (1): 1–48. DOI: 10.1163/22124810-00401001.
- Peppard, Michael. 2019. «Law and Liberty: Circumcision Discourse from Galatia to Germany». I *Law and Lawlessness in Early Judaism and Early Christianity*, redigert av David Lincicum, Ruth Sheridan og Charles M. Stang. Tübingen: Mohr Siebeck.

- Sander, Sten. 1982. «Rituell omskjæring av gutter i Norge». *Tidsskrift for den Norske Lægeforening* 31 (102): 1663.
- Schultz, Alexander. 2013. «Rituell omskjæring i den globale verden». *Tidsskrift for Den norske legeforening* 133 (15): 1556. DOI: 10.4045/tidsskr.13.0873.
- Sletteland, Anja. 2016. «The battle over the Israel-Palestine conflict: A study of international political anomie». PhD, University of Oslo.
- Sletteland, Anja. 2018. «Da #metoo kom til Norge: Et ufullendt normskifte mot seksuell trakassering». *Tidsskrift for kjønnsforskning* 42 (3): 142–161. DOI: 10.18261/issn.1891-1781-2018-03-02.
- Solbakk, Jan Helge. 2012. «Vikarierende motiver om rituell omskjæring og helsehjelp». *Tidsskrift for Den norske legeforening* 132 (7): 786. DOI: 10.4045/tidsskr.12.0233.
- Solbakk, Jan Helge, Reidar Pedersen, og Anne Hambro Alnæs. 2012. «Rituell omskjæring er ikke helsehjelp». *Tidsskrift for Den norske legeforening* 132 (2): 134–135. DOI: 10.4045/tidsskr.11.1439.
- Triadafilopoulos, Triadafilos. 2019. «Religious groups, liberal-democratic states and competitive boundary making: The debate over ritual male circumcision in Germany». *Ethnicities* 19 (4): 654–673. DOI: 10.1177/1468796819843540.
- Vartdal, Vegard Weyergang. 2016. «Re: Omskjæring av gutter». *Tidsskrift for Den norske legeforening* 136 (1): 8–9. DOI: 10.4045/tidsskr.15.1303.
- Vogt, Kari. 2000. *Islam på norsk: Moskeer og islamske organisasjoner i Norge*. Oslo: Cappelen Damm.
- Von Der Lippe, Marie. 2019. «Teaching controversial issues in RE: the case of ritual circumcision». *British journal of religious education* 43 (4): 1–11. DOI: 10.1080/01416200.2019.1638227.
- Yurdakul, Gökçe. 2016. «Jews, Muslims and the Ritual Male Circumcision Debate: Religious Diversity and Social Inclusion in Germany». *Social inclusion* 4 (2): 77–86. DOI: 10.17645/si.v4i2.494.
- Aarseth, Svein. 2016. «Re: Omskjæring av gutter». *Tidsskrift for Den norske legeforening* 136 (1): 10. <https://tidsskriftet.no/sites/default/files/pdf2016—10.pdf>.

ABSTRACT

Public debates about religious matters are often characterized by colliding worldviews and ideologies. Ritual circumcision of boys has been subject to extensive public debate in Norway, especially in the last decade. In this article, I analyse the medical debate about circumcision in *The Journal of the Norwegian Medical Association (Tidsskrift for Den norske legeforening)*, between 2012 and 2016, and how it is characterized by conflicting norms. The debate proceeds the Ministry of Health and Care Services' bill, concerning circumcision of boys, in 2011. Although the bill primarily seeks to regulate *who* can perform the procedure, the medical debate mainly focuses on discussing whether ritual circumcision of boys should be prohibited in Norway. In this article, I analyse how a religious ritual is debated in a medical journal, why the debate has such a polarized and emotional nature, and how the relationship between the “secular” and the “religious” are discussed in a medical context. My main finding is that because of a lack of common normative ground in the debate, the parties for and against circumcision of boys talk at cross-purposes and attack the opponent's viewpoints and ethos. The language is also characterized by a boundary between a “secular us” and a “religious them”, which in turn can make it difficult to have a civil and valuable dialogue across differing ideologies and worldviews.

Keywords: Circumcision of boys, medical debate, political anomie, discourse analysis, minority rituals, law on circumcision.