

Bestrijding vrouwelijke genitale verminking

Onderbouwing advies

Onderbouwing advies uitgebracht bij het advies Bestrijding vrouwelijke
genitale verminking van de Commissie Bestrijding Vrouwelijke Genitale
Verminking

Zoetermeer, 2005

Secretariaat Commissie Bestrijding Vrouwelijke Genitale Verminking

Postbus 7100
2701 AC Zoetermeer
Tel 079 368 73 11
Fax 079 362 14 87
E-mail mail@rvz.net

Colofon

Ontwerp: 2D3D, Den Haag
Druk: Quantes, Rijswijk
Uitgave: 2005
Publicatienummer: VGV05/03
ISBN 90 5732 146 7

*U kunt deze publicatie bestellen of downloaden via de website van de
Commissie Bestrijding Vrouwelijke Genitale Verminking
(www.commissie-fgm.nl) of telefonisch bij de RVZ (079 3687 311).*

© Raad voor de Volksgezondheid en Zorg

Inhoudsopgave

| | |
|---|------------|
| Argumentatiedocument voor de selectie van maatregelen ter verbetering van handhaving | 5 |
| Morele aspecten van bestrijding van VGV | 17 |
| Notitie voor de besluitvorming over voorlichting en deskundigheidsbevordering | 32 |
| Globale berekening extra kosten implementatie advies bestrijding vrouwelijke genitale verminking | 71 |
| Verslag van de consultatieve bijeenkomst VGV gehouden op 8 oktober 2004 in de Jaarbeurs te Utrecht | 74 |
| Verslag van de consultatieve bijeenkomst VGV gehouden op 9 oktober 2004 bij SBSS in Den Haag | 78 |
| Verslag bezoeken zelforganisaties | 81 |
| Verslag interview met mevrouw C. Hanciles en mevrouw C.J. Knoops-Hamburger | 83 |
| Reacties op site www.commissie-fgm.nl | 89 |
| Bijlagen | |
| 1 Literatuur | 99 |
| 2 Lijst van afkortingen | 105 |

Argumentatiedocument voor de selectie van maatregelen ter verbetering van handhaving

Toelichting op de functie van dit document voor de lezer

Dit document is een van de werkdocumenten van de commissie. De notitie is opgesteld door het secretariaat. Het document bevat de meest relevante argumenten die de commissie heeft betrokken bij het selectieproces van de maatregelen ter verbetering van de handhaving. De commissie heeft deze argumenten in de loop van haar werkzaamheden verzameld. Overige onderbouwing is te vinden in de studie van het Willem Pompe Instituut en in de achtergrondstudie over morele aspecten. De redeneerlijn en de uiteindelijke keuze van de commissie worden beschreven in hoofdstuk 2, 3 en 4 van de hoofdtekst. Omwille van de leesbaarheid zijn in de hoofdtekst alleen de, voor de commissie, doorslaggevende argumenten genoemd.

1 Inleiding en vragen aan de commissie

De commissie heeft in de eerste vergadering besloten om in haar besluitvorming over verbetering van de handhaving te starten met een inventarisatie van alle mogelijke maatregelen. De gedachte was om deze maatregelen vervolgens te beoordelen aan de hand van een aantal criteria en zo de gewenste maatregelen te selecteren. Het secretariaat heeft dit argumentatiedocument opgesteld om de besluitvorming van de commissie op dit gebied te ondersteunen.

Het document geeft eerst een inventarisatie van alle mogelijke maatregelen. Deze zijn in een schema in paragraaf 2 bijgevoegd. In dit schema wordt duidelijk uit welke aspecten de maatregelen bestaan. Bij elke vertakking wordt een nieuw aspect toegevoegd. Het gaat daarbij om:

1. Controle al of niet verplicht stellen.
2. Controle van alleen de meisjes uit de risicogroep of ook andere kinderen.
3. Controle met of zonder een gedegen lichamelijk onderzoek (met inspectie van de uitwendige geslachtsorganen).
4. Controle door de politiearts, de reguliere arts of alertheid van derden en daaraan gerelateerd.
5. Het al dan niet instellen van meldplicht voor medische professionals.
6. Het al dan niet overgaan tot specifieke strafbaarstelling.
7. Het al dan niet aanpassen van de verjaringstermijn.

In paragraaf 3 van dit document zijn deze aspecten voorzien van argumenten vóór en tegen. De argumenten komen uit de interviews, de achtergrondstudie van het Willem Pompe Instituut (WPI) en uit de bestudeerde literatuur. Deze argumenten dienen als basis voor de selectie van de set van maatregelen.

Voor de volledigheid vermelden wij hier nogmaals de criteria die de commissie besloten heeft te hanteren bij de selectie van de maatregelen. Het gaat om effectiviteit, (juridische) haalbaarheid, morele overwegingen, kosten en eventuele ongewenste neveneffecten. Tevens vermelden wij hier dat de commissie de volgende uitgangspunten heeft gekozen bij haar werkzaamheden:

1. De commissie stelt vast dat er in alle geledingen van de samenleving steeds meer het belang wordt gevoeld van een betere gezondheidsbescherming en begeleiding van kinderen, ook als dat leidt tot meer inmenging in het gezin en de persoonlijke levenssfeer dan op dit moment gebruikelijk is.
2. De commissie is van mening dat bij goed medisch handelen een gedegen lichamelijk onderzoek met inspectie van de uitwendige geslachtsorganen hoort.
3. De commissie is van mening dat het, voor het signaleren van problemen, gewenst is om zoveel mogelijk aan te sluiten bij de bestaande structuren en bij waardevolle ontwikkelingen

2 Overzicht maatregelen verbetering handhaving VGV

Zie bijgevoegd A3-vel.

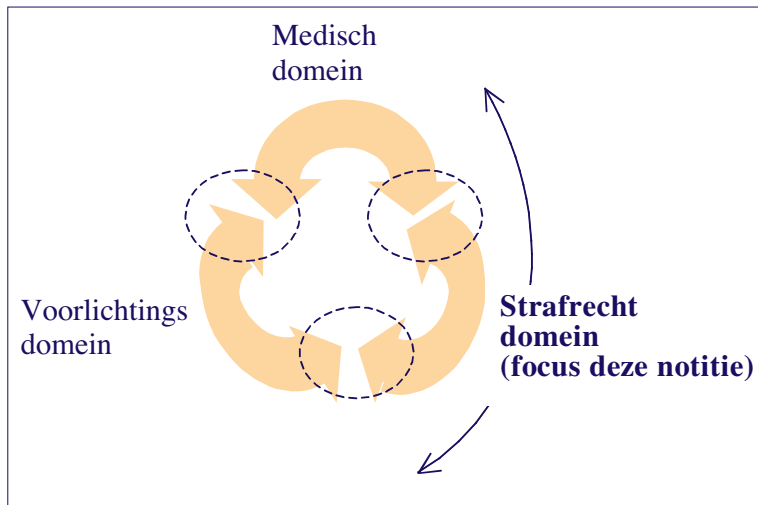
3 Bespreking mogelijke maatregelen voor bestrijding VGV

In de eerste vergadering heeft de commissie besloten dat:

‘Vrouwelijke genitale verminking in strijd is met de lichamelijke integriteit en de overige rechten van de mens.’¹ De commissie stelt zich ten doel met haar advies een bijdrage te leveren aan effectieve bestrijding van vrouwelijke genitale verminking in Nederland. Deze paragraaf bespreekt de maatregelen met betrekking tot controle die aan de doelstelling van de commissie bijdragen. Het gaat om maatregelen 1-23 op het bijgevoegde A3 vel. Zoals hiervoor al gesteld is een uitgebreide juridische onderbouwing tevens te vinden in de studie van het Willem Pompe Instituut.

3.1 Inleiding

Alvorens over te gaan tot de opsomming van argumenten vóór en tegen bij de maatregelen ter verbetering van de handhaving van het verbod, is het belangrijk om te constateren dat het instellen en handhaven van een wettelijk verbod altijd hand in hand dient te gaan met maatregelen op het gebied van preventie en voorlichting. Maatregelen op dat gebied worden uitgebreid besproken in het document ‘Voorlichting en deskundigheidsbevordering’. In het advies zal hieraan een apart hoofdstuk gewijd worden. Zoals de volgende figuur al aangeeft zijn de maatregelen op de verschillende gebieden echter niet geheel te scheiden en scherp af te bakenen. Integratie en overlap zijn waarschijnlijk zelfs wenselijk en noodzakelijk. Daarom liggen de argumenten die hierna aangevoerd worden niet uitsluitend op het gebied van het strafrecht.



Als eerste dient de commissie het gezamenlijk vertrekpunt vast te stellen voor de selectie van maatregelen.

Stelling met betrekking tot uitgangspunt: de commissie is van mening dat de handhaving van de strafbaarstelling verbeterd moet worden.

Argumenten vóór:

- Het is de opdracht van het kabinet.
- Normstelling zonder reële pakkans is krachteloos.
- Veel geïnterviewden zijn van mening dat strafbaar stellen (inclusief handhaving) een voorwaarde is voor preventie.
- Er is in Nederland nog nooit een arrestatie of een vervolging geweest.
- Het preventieve effect van een vervolging zou zeer groot zijn.

Argumenten tegen:

- Het WPI stelt vast dat het niet te bewijzen is dat het aanbrengen van een verandering in de juridische maatregelen de pakkans zal vergroten. Het lijkt wel dat in Frankrijk – waar een vorm van gestructureerde controles wordt toegepast (zij het op basis van vrijwilligheid en binnen het medisch domein) - de pakkans groter is dan in andere landen in Europa.

Verbetering van de handhaving kan op (met een combinatie van) twee manieren. Ten eerste door intensivering van de opsporing en ten tweede door verhoging van de kans om te kunnen vervolgen en veroordelen. Hierna worden de maatregelen besproken in de vorm van stellingen met argumenten voor en tegen. Deze argumentatie betreft besnijdenis bij meisjes tot 19 jaar.

3.2 Overzicht van de argumenten bij maatregelen ter verbetering van opsporing van VGV

Het verplichte karakter van de controle

Argumenten vóór:

1. Door het verplichte karakter is er een grotere kans dat VGV opgespoord wordt. Literatuur en empirisch onderzoek over de effectiviteit van deze specifieke maatregel ontbreken echter.
2. Uit de interviews is duidelijk geworden dat het verplichte karakter zeer waarschijnlijk een sterk afschrikwekkend effect zal hebben. Dit is op zich in lijn met de opdracht van de commissie om een controlesysteem te ontwikkelen waarvan een preventieve werking uitgaat.
3. Indien geen verplichting opgelegd wordt is het de vraag of de maatregel effectief kan zijn. De risicogroep zal zich dan aan controle onttrekken en kan zich beroepen op autonomie van ouders.

Argumenten tegen:

1. De bevoegdheid om deelname aan controle af te dwingen met het doel een strafbaar feit op te sporen kan in ons rechtsbestel alleen gericht zijn op de verdachte, niet op het slachtoffer
2. Verplichte controle in het belang van de volksgezondheid kan in ons land alleen wanneer er sprake is van gevaar voor het leven en/of de gezondheid van anderen (vgl. Infectieziektenwet) en zelfs dan alleen als uiterste redmiddel.
3. Het is in moreel opzicht de vraag of het doel - afschrikkingseffect en opsporingskansen vergroten - dit zware middel van verplichte controle, waaronder lichamelijk onderzoek, rechtvaardigt vanwege de mogelijk schadelijke gevolgen, zoals schending van de lichamelijke en psychische integriteit van het meisje.
4. Het druist in tegen het principe van autonomie van de ouders.
5. Geen enkel Europees land kent verplichte controles. In de internationale literatuur zijn daarvan geen voorbeelden gevonden. Het is de vraag of Nederland het zich in de Europese context kan permitteren een verplichte controle op te zetten en daarmee wellicht een migratiegolf naar andere lidstaten te veroorzaken. De verwachting is namelijk dat deze maatregel migratie naar andere Europese landen tot gevolg zal hebben. De emigratiecijfers van het CBS laatste halfjaar 2003 en eerste halfjaar 2004 laten een stijging zien.
6. De combinatie van verplichte controle met de reguliere, vrijwillige controle van het consultatiebureau en de jeugdartsen is problematisch en vereist zeer duidelijke of zelfs schriftelijke communicatie.
7. Het opzetten van een aparte structuur voor verplichte controles is kostbaar.
8. De algemene opinie is dat, als deze verplichte controles meelopen in de reguliere controles van de JGZ, de risicogroep zich zal onttrekken aan de controles. Dit is niet te bewijzen. Maar als het zou gebeuren is dit onwenselijk, omdat juist onder deze groepen vaak ook andere risi-

co's voorkomen. Controle op de naleving van de verplichting is dan vereist.

9. In moreel opzicht is het de vraag of het middel van verplichte controle wel in redelijke verhouding staat tot het gestelde doel (proportionaliteitsprincipe).
10. Er zijn andere manieren om, ook zonder het opleggen van een verplichting, de mogelijkheden voor ouders om zich te onttrekken aan controle van hun kinderen te minimaliseren. De procedure niet-verschijnen zonder bericht zoals die wordt gevolgd door de JGZ en het AMK kan hiervoor benut worden.

Breedte van de groep

Argumenten vóór uitsluitend controleren van de meisjes uit de risicogroep op VGV:

1. Er is in principe bij een aantal risicogroepen voldoende aanleiding om systematische controles van uitsluitend de risicogroep uit te voeren (volgens incidentiegegevens van de WHO wordt in sommige thuislanden 98% van de meisjes besneden).
2. De controles van de meisjes uit de risicogroep kunnen zeer gericht worden uitgevoerd. Dit bespaart kosten en tijd. Meisjes uit andere delen van de bevolking hoeven niet gecontroleerd te worden (900.000 meisjes).
3. Het is moreel niet te rechtvaardigen, omdat het onnodig belastend is om alle meisjes te controleren vanwege een ongeoorloofde praktijk die in een relatief kleine en tamelijk goed te traceren groep meisjes voorkomt.

Argumenten tegen uitsluitend controleren van meisjes uit de risicogroepen op VGV:

1. Bij verplichte controle van meisjes uit de risicogroepen in het kader van de opsporing van een strafbaar feit moet er sprake zijn van een 'op de persoon gerichte verdenking' en niet een 'op de groep gerichte verdenking', wil controle juridisch haalbaar zijn. De 98% incidentie van VGV onder diverse groepen biedt geen reden voor een verdenking van de persoon. Dit betekent dat er problemen ontstaan bij controle en bij vervolging.
2. Verplichte controle van meisjes uit de risicogroepen is in strijd met het anti-discriminatiebeginsel, dat zowel in nationale als internationale regelgeving sterk verankerd is.
3. Het is in moreel opzicht onaanvaardbaar om verdenking uitsluitend te baseren op etnisch-culturele afkomst. Het stigmatiseert minderheidsgroepen waar VGV niet of minder voorkomt.
4. Controle van meisjes uit de risicogroepen (indien binnen het medisch domein) vereist 'ruiteren' van de status van deze meisjes. Daarvoor is er een beperkt draagvlak bij een deel van de professionals (huisartsen, gynaecologen en verloskundigen). Men vreest misbruik

van de registratiegegevens en men is bang dat deze gegevens de kinderen lang blijven ‘achtervolgen’. De Jeugdgezondheidszorg (JGZ) heeft overigens aangegeven wel bereid te zijn om risicokenmerken te registreren.

Argumenten vóór controle van een grotere groep op VGV (alle kinderen):

1. Bij controle van grotere groepen wordt recht gedaan aan het non-discriminatiebeginsel. Controle van grotere groepen maakt het mogelijk om een periodiek gezondheidsonderzoek naar meer aandoeningen (seksueel misbruik, andere vormen van kindermishandeling, allergieën, huid-aandoeningen, groeiachterstand, overgewicht en verwondingen) te doen.

Argumenten tegen controle van een grotere groep op VGV (alle kinderen):

1. Bij controle van grote groepen kinderen staan doel en middel niet in een redelijke verhouding tot elkaar. Er moet dan een bredere doelstelling dan alleen VGV gekozen worden.
2. Controle van grote groepen kinderen brengt ook hoge kosten mee.
3. Het belast een aantal kinderen die zeker niet tot de risicogroep voor VGV behoren met een onnodig onderzoek (dit argument weegt minder zwaar indien er andere argumenten zijn om ook deze kinderen te controleren).

Controle met gedegen lichamelijk onderzoek (inclusief inspectie van de uitwendige geslachtsorganen)

Argumenten vóór controle met gedegen lichamelijk onderzoek (met inspectie van de uitwendige geslachtsorganen):

1. Er zijn, naast VGV, ook andere redenen om bij meisjes regelmatige inspectie van de uitwendige geslachtsorganen uit te voeren. Men kan denken aan andere vormen van mishandeling en seksueel misbruik. Deze problemen lijken dermate ernstig dat afwachten van verder wetenschappelijk onderzoek niet gepast is. Bovendien biedt deze maatregel de mogelijkheid meer informatie over aard en omvang te verzamelen (zie ook argument 1. hierna).
2. Het wettelijk basistakenpakket Jeugdgezondheidszorg zoals vastgelegd in de WCPV voorziet in de mogelijkheid van inspectie van de uitwendige geslachtsorganen bij de reguliere JGZ-contactmomenten.
3. De meer ernstige vormen van VGV zullen zeker opgespoord kunnen worden door inspectie van de uitwendige geslachtsorganen.
4. Bij goed medisch handelen hoort een lichamelijk onderzoek met inspectie van de uitwendige geslachtsorganen.
5. Het achterwege laten van inspectie van de uitwendige geslachtsorganen suggereert dat er, ook bij het bezoek aan artsen, een taboe ligt op

dit deel van het lichaam. Dit zou het moeilijker kunnen maken voor kinderen om problemen op dit gebied te bespreken.

6. De reactie van het kind op de suggestie van een inspectie van de uitwendige geslachtsorganen geeft veel informatie over eventuele problemen in dit gebied.

Argumenten tegen controle met gedegen lichamelijk onderzoek (met inspectie van de uitwendige geslachtsorganen):

1. De JGZ streeft ernaar het uniforme deel van het pakket zo veel mogelijk op basis van evidence samen te stellen. Het feit dat de omvang van VGV (en breder van kindermishandeling en seksueel misbruik) niet bekend is, is hierbij een probleem. Dit betekent namelijk dat een screeningsmethode niet getoetst kan worden. Het is immers niet duidelijk hoe vaak de methode een positieve uitkomst moet hebben.
2. Bij inspectie van de uitwendige geslachtsorganen is het probleem dat voor het vaststellen van de lichtere vormen van VGV speciale deskundigheid nodig is. De JGZ-arts zou hierop getraind kunnen worden. Maar het is de vraag of deze arts voldoende gelegenheid krijgt om ervaring op te doen en te behouden. Infibulatie is uiteraard wel te zien, maar die vorm van VGV brengt zo veel klachten mee dat onderzoek in dat geval beperkte meerwaarde heeft boven een goede anamnese en de informatie die de school levert (verzuim, niet meedoen met gymnastiek, incontinent, lang op de wc zitten).
3. De verwachting is dat inspectie van uitwendige geslachtsorganen veel negatieve reacties zal opwekken (niet alleen bij de risicogroep, maar ook bij autochtone ouders).
4. Inspectie van de uitwendige geslachtsorganen gaat vaak gepaard met schaamte in veel culturen. Dit geldt ook voor sommige autochtone religieuze groepen. Controle is dus een belasting.
5. Veel onderzoek door de JGZ wordt nu op scholen uitgevoerd. De faciliteiten daar zijn niet toegerust op het doen van dergelijk onderzoek.

Controlerende/signalerende persoon

Argumenten vóór controle door politieartsen/forensisch geneeskundigen:

1. De inzet van politieartsen/forensisch geneeskundigen omzeilt het probleem van de controversiële melding door reguliere artsen (geheimhoudingsplicht). De controle is meteen de start van de bewijsvoering.
2. Door de inzet van politieartsen/forensisch geneeskundigen kan dossiervorming binnen het juridisch domein plaatsvinden (geen geheimhoudingsplicht). Daardoor zal mogelijk de bewijsvoering bij verdenking op VGV makkelijker zijn.

Argumenten tegen controle door politieartsen/forensisch geneeskundigen:

1. De inzet van politieartsen stuit op problemen. Politieartsen hebben in de huidige situatie, naast hun functie als bedrijfsarts, een taak bij het vaststellen van een misdrijf. Zij doen lichamelijk onderzoek indien er sprake is van 'een op de persoon gespecificeerde verdenking'. Politieartsen bevestigen dus een verdenking en worden niet ingezet voor opsporing.
2. Het controleren van jonge kinderen door politieartsen is een zeer belastende aangelegenheid voor de betrokkenen. Controle moet in een zo vertrouwd mogelijke en dus reguliere setting van gezondheidsonderzoek plaatsvinden. De JGZ komt daarvoor het meest in aanmerking.
3. De huidige capaciteit van forensisch geneeskundigen is veel te krap om deze onderzoeken te doen. Bovendien vereist dit een aparte infrastructuur. Dat is kostbaar.

Argumenten vóór controle door reguliere artsen:

1. Met deze maatregel kan secundaire preventie plaatsvinden. Zo kan snelle doorverwijzing naar een kindergynaecoloog een hersteloperatie mogelijk maken en verdere schade voorkomen (bijvoorbeeld recidiverende urineweginfecties, nierschade en fistelvorming).
2. In Frankrijk is VGV opgespoord door reguliere artsen. Hiervoor is dan wel meldplicht of ten minste meldrecht voor artsen noodzakelijk. Frankrijk kent meldplicht en kende destijds een uitgebreide en kwalitatief goede consultatiebureauzorg (Foblet, 1992). Daarnaast betrof het de Malinese bevolkingsgroep. Deze groep besnijdt haar dochters zeer jong.
3. Door de inzet van reguliere artsen is het mogelijk deze controles mee te laten lopen in de controles op het consultatiebureau en de controles door de jeugdarts (mits deze vrijwillig is).
4. Door de inzet van reguliere artsen is de controle minder bedreigend voor het kind.
5. De inzet van reguliere artsen laat zich goed combineren met preventie en voorlichting.

Argumenten tegen controle door reguliere artsen:

1. In wezen wordt hiermee een opsporingstaak aan hulpverleners opgelegd (als de controles verplicht zijn). Dit argument geldt uitsluitend indien de controles verplicht zijn. Het instellen van verplichte controles door reguliere artsen druist in tegen het uitgangspunt van de WGBO, namelijk dat handelingen op het gebied der geneeskunst op basis van wilsovereenstemming (informed consent) worden uitgevoerd.
2. In moreel opzicht is deze maatregel in strijd met de beroepsethiek. Het kan namelijk de vertrouwensrelatie tussen arts en cliënt schaden,

omdat het beroepsgeheim - waar het besnijdenis betreft - geschonden moet worden.

3. Het is de vraag of de controle door reguliere artsen effectief zal zijn. De huidige meldcode van de KNMG maakt het namelijk moeilijk voor artsen om te melden bij het AMK. Dus, zelfs als een besnijdenis gevonden wordt, dan kan de Nederlandse arts niet veel doen. Dit in tegenstelling tot de Franse arts die een meldplicht heeft (onderzoek W. Pompe Instituut). Effectieve controle door reguliere artsen impliceert een meldplicht of ten minste een op VGV toegesneden meldcode voor artsen (zie ook bij argumentatie meldplicht hierna).

Argumenten vóór signalering door derden:

1. In de directe sociale omgeving zijn de onderwijzers waarschijnlijk de meest aangewezen groep om signalen van het kind op te vangen.
2. De onderwijzers en hulpverleners uit de wijk (lieft uit de risicogroep) zijn waarschijnlijk de enigen die door tijdige melding een besnijdenis kunnen voorkomen.
3. Bij kindermishandeling is melding door derden effectief gebleken (toename aantal meldingen). Het aantal contacten is in de periode 1993-2003 toegenomen van ruim 13.000 naar ruim 28.000. Daarvan was 52% afkomstig van particulieren en uit het onderwijs.
4. Melding door derden interfereert niet of nauwelijks met preventie en voorlichting.
5. De politie wordt met enige regelmaat benaderd door mensen die een verdenking van besnijdenis willen melden. Momenteel kan de politie daar niets mee.
6. Veel geïnterviewden geven aan dat er in Nederland geen besnijdenis plaatsvindt (Men vertrekt naar Engeland, Italië en de thuislanden. Een langdurige vakantie of een boeking voor een enkele reis kan aanleiding geven tot verdenking. Vaak is onderwijzend personeel op de hoogte van dergelijke plannen.)

Argumenten tegen signalering door derden:

1. Het kan leiden tot willekeur, misbruik en stigmatisering.
2. Signalering door derden is aspecifiek. Het kan fout positieve meldingen opleveren.
3. Bij melding van verdenking door derden is er een kans dat besnijdenis op steeds jongere leeftijd zal plaatsvinden. Er is toch al een tendens naar besnijden op jongere leeftijd.
4. Het is te verwachten dat het aantal meldingen bij het AMK zal toenemen. Het AMK moet toegerust worden voor deze taak, dat brengt

kosten mee. Momenteel ontvangt het AMK 30.000 meldingen/adviesvragen.

3.3 Overzicht van argumenten bij maatregelen ter verbetering van vervolging van VGV

Meldplicht/aangifteplicht

Argumenten vóór meldplicht/aangifteplicht:

1. Beslissing omtrent al dan niet vervolgen wordt zo gelegd waar deze thuishoort: bij het Openbaar Ministerie. Daarmee wordt oneigenlijk sepot uitgesloten.
2. Schept voor beroepsbeoefenaren duidelijkheid over hoe te handelen in geval van ontdekking VGV en neemt daarmee een zware last van hun schouders (conflict van plichten).
3. Is de meest trefzekere manier om het delict 'te ontsluiten'.
4. De in Frankrijk bestaande meldplicht heeft ertoe geleid dat veel zaken (besnijdenissen) aan het licht zijn gekomen en met succes zijn vervolgd.

Argumenten tegen meldplicht/aangifteplicht:

1. Betekent dat concreet moet worden aangegeven wanneer melding verplicht is (meldcode).
2. Ontneemt hulpverleners de mogelijkheid tot afweging van belangen. Daarmee kan ook de onbelemmerde toegang tot de zorg in het geding komen en justitiële belangen gaan mogelijk prevaleren boven zorgbelangen.
3. Kan de vertrouwensrelatie tussen hulpverlener en cliënt schaden.

Specifieke strafbaarstelling

Argumenten vóór specifieke strafbaarstelling:

1. Verschaft duidelijkheid; stelt in staat het delict af te grenzen (bijv. van jongensbesnijdenis).
2. Bekendheid met strafbaarstelling wordt verhoogd; maakt duidelijker dat dit gebruik verboden is in Nederland.
3. Specifieke strafbaarstelling heeft een duidelijke signaalfunctie en beperkt daarmee de mogelijkheid om een beroep te doen op rechtsdwaling: ouders die hun dochter laten besnijden zullen dit niet als kindermishandeling herkennen. In een strafzaak kan dit tot uiting komen in beroep op rechtsdwaling: ouders hebben gedwaald over de strafbaarheid van de besnijdenis. Dit is begrijpelijk, aangezien zij vanuit hun culturele achtergrond deze niet als mishandeling ervaren. Neemt de wederrechtelijkheid weg. Men kan daartegenover stellen: iedereen wordt geacht de wet te kennen. Is te simpel: normadressanten zijn immigranten. Mogen, waar het gaat om een geïmporteerd

delict, dezelfde eisen worden gesteld aan het rechtsbewustzijn van de burger als waar het reguliere delicten betreft?

4. Specifieke strafbaarstelling biedt de potentiële dader tevens een handvat om, met een beroep op de wettelijke norm, weerstand te bieden tegen het cultureel bepaalde appèl besnijdenis te laten uitvoeren. Het is immers niet hun persoonlijke morele oordeel dat hen doet afzien van de besnijdenis, maar de strafbaarstelling en daarop bedreigende sanctie door de Nederlandse wetgever.
5. Specifieke strafbaarstelling doet recht aan de verplichting van de wetgever om op voorhand duidelijke normen te stellen.
6. Kan ertoe leiden dat de publieke discussie goed op gang komt en de kennis bij instanties als politie, justitie en bij de hulpverlening toeneemt.
7. Biedt mogelijkheid bewijslast voor het OM te verlichten of om te keren: uitgangspunt van de bepaling kan zijn dat zonder medewerking van ouders de besnijdenis niet zal plaatsvinden. Ouders handelen in strijd met hun zorgplicht als besnijdenis toch plaatsvindt. Zij zullen moeten aantonen dat de besnijdenis tegen hun wil heeft plaatsgevonden.

Argumenten tegen specifieke strafbaarstelling:

1. Huidige strafwet biedt voldoende mogelijkheden om plegers, medeplegers en medeplichtingen van meisjesbesnijdenis te kunnen vervolgen. Praktijk in andere Europese landen waar VGV als apart strafbaar feit in het strafrecht is opgenomen laat bovendien zien dat dit niet heeft geleid tot strafzaken.
2. Subsidiariteitsbeginsel: als kan worden volstaan met algemene strafbepalingen dan geen specifieke; dit geldt temeer wanneer nog onvoldoende is getracht de bestaande (algemene) bepalingen te handhaven.
3. De omschrijvingen in een specifieke strafbaarstelling zijn nauwkeuriger en scherper afgebakend dan in een algemene strafbaarstelling. Dit maakt de bewijsvoering moeilijker.
4. Criminalisering van meisjesbesnijdenis via specifieke delictsommschrijving kan worden opgevat als een aanval op bepaalde etnische groepen; dit zal de dialoog met die groepen moeilijker maken; daarmee neemt de kans toe dat de praktijk in de illegaliteit verdwijnt.
5. Bovendien raakt daarmee de noodzaak tot ondersteuning van preventie vanuit de bredere samenleving op zijn best op de achtergrond. Scholing van hulp- en zorgverleners is dan niet meer noodzakelijk. Kan een excuus zijn om verdere stappen ter preventie te laten liggen.
6. Kan de indruk wekken dat meisjesbesnijdenis geen vorm van kindermishandeling is en dus niet onder art. 300-303 Sr valt.
7. Brengt risico voor fragmentarisering van de samenleving mee. Wie bepaalt of en waarom een specifieke strafbaarstelling in welk geval gerechtvaardigd is? Wat staat er aan in de weg om allerlei andere met evenveel recht bepleite minderheidsstandpunten in de strafwet te ver-

disconteren via specifieke strafbaarstellingen? Risico op erosie rechtsbescherming.

8. Symboolwetgeving: gezien de bestaande opsporingsproblemen lijkt specifieke bepaling gedoemd te verworden tot (louter) symboolwetgeving. Moet worden vermeden; strafbepalingen zijn bedoeld om te worden gehandhaafd.

Verlenging van de verjaringstermijn

Argumenten voor verlenging:

1. geeft besneden meisjes de gelegenheid te gaan beseffen dat VGV strafwaardig is. Daarvoor is tijd nodig. Dat inzicht zal ook van 'buitenaf' gevoed moeten worden.
2. jonge kinderen doen uit zichzelf bijna nooit aangifte van strafbare feiten gepleegd door hun ouders uit loyaliteit en afhankelijkheid.

Argumenten tegen verlenging:

1. kans op bewijsgaringsproblemen wordt groter.

3.4 Beschouwing

Uit voorgaande opsomming wordt duidelijk dat er drie dilemma's zijn aan te wijzen:

1. Het eerste dilemma is dat er, bij controle van alle meisjes uit de risicogroep, in principe sprake is van discriminatie en dus van schending van een van de mensenrechten. Aan de andere kant is deze maatregel erop gericht om de schending van een ander recht, namelijk het recht op lichamelijke integriteit, te voorkomen c.q. te bestrijden. Daarbij is het natuurlijk de vraag of discriminatie onontkoombaar is om op een ook praktisch uitvoerbare wijze schending van de integriteit te voorkomen.
2. Een tweede dilemma is verplichten versus het autonomiebeginsel. Het probleem hierbij is dat verplichte controles (dus onvrijwillige controles) misschien in het belang van het kind (lees de patiënt) zijn, maar anderzijds strijden met de wilsovereenkomst (de vrijwilligheid) die de basis is van de arts-patiëntrelatie. Er zijn wel voorbeelden waarin verplichte behandeling of controle wordt opgelegd aan de patiënt. Dit kan bijvoorbeeld gebeuren bij een infectieziekte wanneer er gevaar dreigt voor de volksgezondheid.
3. Een derde dilemma is dat de wens om op te sporen, gecombineerd met de aard van het delict (je hebt een arts nodig om VGV op te sporen) in conflict is met het beroepsgeheim en de beroepsethiek van artsen. Het is de vraag hoe de afweging tussen de individuele en de collectieve belangen hier gemaakt moet worden en waar het belang van het kind het meest mee gediend is.

Morele aspecten van bestrijding van VGV

Inleiding

Bij de afweging wat de meest effectieve maatregelen kunnen zijn om de praktijk van meisjesbesnijdenis in Nederland uit te bannen, spelen ook allerlei morele vragen, opvattingen en argumenten een rol. In het eerste deel van deze achtergrondstudie worden de moreel relevante vragen, argumenten en afwegingen in kaart gebracht en geanalyseerd. Doel hiervan is te onderzoeken of de in het advies voorgestelde maatregelen ook in moreel opzicht te rechtvaardigen zijn.

Aangezien het morele debat rondom meisjesbesnijdenis hier maar in beperkte omvang besproken kan worden, is voor de afbakening ervan de redeneerlijn van het advies aangehouden. Dat betekent dat het standpunt dat de commissie heeft ingenomen het vertrekpunt vormt voor deze studie. Een tweede beperking is dat niet alle maatregelen aan bod komen, maar alleen die aanbevolen maatregelen waarover in moreel opzicht iets te zeggen valt.

In het tweede onderdeel in deze studie komen in kort bestek veelgenoemde kwesties aan de orde die zijdelings samenhangen met het advies. Het betreft hier de terminologiekeuze 'vrouwelijke genitale verminking'. Een tweede kwestie is hoe VGV zich verhoudt tot andere vormen van onomkeerbare ingrepen die de lichamelijke integriteit schenden, zoals piercings en tatoeages.

Ten slotte wordt vanuit politiek-filosofisch perspectief geschetst hoe de bestrijding van meisjesbesnijdenis in moreel opzicht binnen het perspectief van de huidige samenleving gerechtvaardigd kan worden.

1 Morele aspecten van maatregelen

VGV is in Nederland via algemene wetgeving verboden. Feit is dat handhaving van de wet tekortschiet. De commissie is daarom gevraagd te onderzoeken hoe de handhaving van het verbod op VGV verbeterd kan worden. De commissie zoekt naar oplossingen langs twee sporen:

1. Hoe kan handhaving – i.c. opsporing en vervolging - verbeterd worden?
2. Hoe kunnen voorlichting en deskundigheid verbeterd worden?

Deze studie concentreert zich op de maatregelen die worden voorgesteld in het kader van handhaving van de wet.

1.1 Handhaving verbeteren

Bij handhaving van de wet gaat het om opsporing en vervolging. De hier besproken morele argumenten hebben vooral betrekking op het onderdeel opsporing. Aan de orde komen:

- a. inspectie uitwendige geslachtsorganen;
- b. meldplicht invoeren;
- c. verplichting van de controle.

a. Inspectie uitwendige geslachtsorganen

Standpunt commissie:

In het kader van de verbetering van de opsporingsmogelijkheden stelt de commissie voor dat het periodiek gezondheidsonderzoek uitgebreid moet worden. Regelmatige inspectie van de uitwendige geslachtsorganen moet niet ophouden na de leeftijd van 3 jaar en 9 maanden, maar zal ook daarna onderdeel moeten zijn van de controles van de Jeugdgezondheidszorg (JGZ). Het wettelijk kader hiervoor is aanwezig, het vergt vooral aanpassing van de richtlijn en de uitvoeringspraktijk. Het doel van deze maatregel is om niet alleen VGV, maar ook incest en andere vormen van kindermishandeling en (seksueel) geweld op het spoor te komen. De JGZ-artsen en verpleegkundigen zullen dit onderzoek uitvoeren op basis van hun professionele beoordeling van het risico bij het betrokken kind.

Welke morele vragen en argumenten zijn hierbij aan de orde?

Waarom controleren en welk doel dient het?

Controleren is nodig om te kunnen vaststellen of besnijdenis heeft plaatsgevonden en daders en medeplichtigen (i.c. besnijdster en ouders/familie) te kunnen opsporen. Morele redenen om daders en medeplichtigen op te sporen zijn vooral erkenning voor het ervaren leed van besneden meisjes en het voorkomen van onnodig leed bij andere dochters of dochters van anderen (naasten, omgeving).

Ook zal van een actieve controle op overtreding van het wettelijk verbod een preventieve werking uitgaan: het risico dat besnijdenis zal worden uitgevoerd bij de dochter(s) van andere ouders kan er door afnemen.

Wie controleren: alle kinderen of alleen de meisjes bij wie besnijdenis te verwachten is?

De commissie adviseert, mede op basis van uitkomsten van juridisch onderzoek, om controle mogelijk te maken bij *alle* in Nederland woonachtige kinderen. Een specifieke groep controleren in het kader van opsporing is strijdig met het juridische en ook met het moreel geldende non-discriminatiebeginsel.

Tegen dit standpunt is in te brengen dat het moreel moeilijk te rechtvaardigen is om controle van alle meisjes mogelijk te maken op een praktijk die een kleine groep betreft. Nu geldt ook voor andere typen bevolkings-

onderzoek dat een grote groep gescreend wordt op aandoeningen die in een kleine groep voorkomt. Toch ligt het in dit geval anders. Het verschil is dat meisjesbesnijdenis in specifieke, dus tamelijk goed te traceren groepen voorkomt. Het is dus vrijwel zeker dat bij meisjes die niet tot die groep behoren de besnijdenis niet aangetroffen zal worden.

Het voorstel van de commissie dat controle alleen te rechtvaardigen is als ook op andere risicokenmerken dan VGV, lichamelijk onderzoek wordt uitgevoerd, zoals incest, andere vormen van kindermishandeling, seksueel geweld, maakt het controleren van *alle* kinderen moreel minder bezwaarlijk. Dat controle op genoemde andere risicokenmerken ook nodig is en een strengere aanpak verdient, blijkt uit recente cijfers over kindermishandeling en een pleidooi vanuit de Inspectie voor de jeugdzorg om een meldplicht voor hulpverleners in te stellen.

Ook de suggestie van de commissie om de JGZ-artsen en verpleegkundigen dit onderzoek te laten uitvoeren op basis van hun professionele beoordeling van het risico bij betrokkenen geeft ruimte om het lichamelijk onderzoek gericht uit te voeren en kinderen niet onnodig te belasten met inspectie van de uitwendige geslachtsorganen.

Wie controleert en is de werkwijze moreel aanvaardbaar?

Is controle via de JGZ, waaronder lichamelijk onderzoek, een moreel aanvaardbaar middel? Ja, mits aan een aantal voorwaarden is voldaan. Zo moet het belang van het lichamelijk onderzoek ook in het belang zijn van het meisje zelf en niet alleen andere belangen dienen. Welke belang kan een meisje bij een dergelijk onderzoek hebben? De belangen liggen voor onbesneden meisjes en besneden meisjes verschillend:

- Voor een nog niet besneden meisje kan van de controle een preventieve werking uit gaan. Met andere woorden: als ouders weten dat controle via lichamelijk onderzoek gebeurt, ook weten waarom het gebeurt en weten welke juridische gevolgen besnijdenis van hun dochter voor hen heeft, is de kans groter dat ze van de besnijdenis afzien. Goede informatie, waarin bovengenoemde aspecten zijn opgenomen, dient daarom aan de controle vooraf te gaan. Niet alleen informatie over het verbod, maar ook over de wijze waarop de controle van het verbod wordt uitgevoerd. Controle kan dan bijdragen aan effectieve preventie, maar is onder deze voorwaarde ook moreel te rechtvaardigen.
- Wat is het belang van inspectie van uitwendige geslachtsorganen voor een besneden meisje? Meisjesbesnijdenis is een onomkeerbare ingreep. De ingreep zelf is niet meer terug te draaien. Er zijn desondanks twee redenen te noemen die dergelijk lichamelijk onderzoek moreel rechtvaardigen. In de eerste plaats kunnen de gevolgen van de

besnijdenis, dat wil zeggen de eventuele complicaties ervan, worden opgespoord en hiervoor kan medische en/of psychosociale zorg gezocht worden (tertiaire preventie). In de tweede plaats leidt controle bij een besneden meisje mogelijk tot vervolging en dat kan bijdragen aan erkenning van ervaren leed van het meisje.

Vanuit moreel gezichtspunt zijn er ook bezwaren aan te voeren tegen lichamelijk onderzoek en de eventuele juridische consequenties ervan. Zo kan lichamelijk onderzoek door de betrokkene als belastend of traumatiserend worden ervaren. Dit geldt voor meisjes die een besnijdenis of andere vormen van kindermishandeling aan den lijve ondervonden hebben, maar evengoed geldt dit voor meisjes die juist geen enkel risico op besnijdenis lopen en dus ook geen voordeel, maar eerder nadeel ervan ondervinden. Schaamte en schending van privacy zijn ook argumenten die tegen lichamelijk onderzoek pleiten. Vooral in sommige Afrikaanse culturen, maar ook bijvoorbeeld in orthodox religieuze kringen in Nederland spelen schaamtegevoelens een grote rol. Daarnaast zullen eventuele juridische gevolgen van besnijdenis spanningen, mogelijk ontwrichting, veroorzaken in familieverband en waarschijnlijk ook het betrokken meisje zelf niet onberoerd laten.

Om aan deze bezwaren enigszins tegemoet te komen, moet de presentatie van het lichamelijk onderzoek met grote zorgvuldigheid gebeuren door goed getrainde en gespecialiseerde, reguliere artsen of verpleegkundigen. Zij zullen bij controle niet alleen gericht moeten zijn op het opsporen van een wettelijk verboden rituele praktijk, maar juist ook aandacht moeten hebben voor de individuele belangen van de meisjes zelf en het onderzoek als normaal (regulier) moeten presenteren. Een reguliere setting van dit onderzoek, bijvoorbeeld de JGZ, lijkt het meest voor de hand liggend. Bij een zorgvuldige aanpak kan tijdige en goede voorlichting over het verbod en de controle daarop niet gemist worden. Het onderzoek moet bovendien in een passende, veilige omgeving plaatsvinden vanuit het oogpunt van privacy en schaamtegevoelens.

Is controle in het belang van anderen?

Controle van meisjes is ook in het belang van andere dochters uit hetzelfde gezin en van andere meisjes uit de directe omgeving. Controle door lichamelijk onderzoek heeft waarschijnlijk een preventieve werking: weten dat het gebeurt en wat de gevolgen zijn, weerhoudt mogelijk (andere) ouders een (volgende) besnijdenis te laten uitvoeren.

Is de controle vrijwillig of verplicht?

De controle door de JGZ vindt plaats op vrijwillige basis en kan ook niet verplicht worden, omdat dat binnen het huidige juridische kader niet mogelijk is. Er zijn echter wel juridische mogelijkheden om bij structureel niet verschijnen op de controles de ouders te bezoeken en bij een vermoede-

den van kindermishandeling een kinderbeschermingsmaatregel te treffen waardoor de betrokken ouders de ouderlijke macht (tijdelijk) wordt ontzegd.

Conclusie

Mogelijke controle van *alle* meisjes door inspectie van de uitwendige geslachtsorganen is moreel te rechtvaardigen omdat het lichamelijk onderzoek een breder belang dient dan alleen de controle op VGV bij het desbetreffende meisje. Behalve een preventieve werking, kunnen door lichamelijk onderzoek ook complicaties van besnijdenis en andere vormen van kindermishandeling opgespoord worden. Controle dient wel te voldoen aan een aantal voorwaarden:

- goede voorlichting over het verbod en de handhaving ervan bij de ouders;
- de controle door de JGZ moet worden uitgevoerd door goed getrainde artsen.
- de controle dient samen te gaan met eventuele zorg aan besneden meisjes (tertiaire preventie);
- controle dient gericht te zijn op meer risicofactoren dan alleen VGV;
- de controle dient zo gericht mogelijk, op basis van professionele beoordeling van risicokenmerken, te worden uitgevoerd.

b. Meldplicht invoeren

Standpunt commissie:

De commissie stelt zich op het standpunt dat een meldplicht voor de JGZ en andere medische beroepsbeoefenaren ingesteld moet worden. Welke morele vragen en argumenten spelen hierbij een rol?

Welke morele overwegingen spelen een rol bij invoering van een meldplicht?

Door het instellen van een meldplicht kan de handhaving van het verbod en de preventie van VGV in drie opzichten verbeterd worden in. Hierdoor kan VGV worden voorkomen (primaire preventie), worden opgespoord (secundaire preventie) en de lichamelijke en psychische gevolgen worden aangepakt (tertiaire preventie). Een meldplicht is te rechtvaardigen omdat VGV in strijd is met de rechten van kinderen: het gaat om medisch onnodige schending van de lichamelijke integriteit die wordt toegebracht aan kinderen die daarover zelf nog niet kunnen beslissen. VGV kan onmiddellijke en langdurige gezondheidsschade opleveren, zowel in fysiek, psychisch, seksueel als reproductief opzicht.

De arts/zorgverlener – zeker als deze een preventieve taak heeft – heeft vanuit zijn beroepsethiek niet alleen de plicht tot zorg voor het desbetreffende meisje, maar moet ook toekomstig leed trachten te voorkomen en zal daarom bevoegde anderen moeten inschakelen die invloed kunnen hebben op het voorkómen van de praktijk van meisjesbesnijdenis. Opsporing en vervolging van gevallen van meisjesbesnijdenis zijn daarbij

van grote betekenis. Meldplicht inzake VGV (en andere vormen van kindermishandeling) hoort bij de ‘publieke taak’ van de zorgprofessional en dient deel uit te maken van de beroepsethiek van zorgprofessionals. Meldplicht betekent dan ook dat er bij vermoeden van VGV reden is om het beroepsgeheim te doorbreken.

Hoe verhoudt een meldplicht zich tot de vertrouwensrelatie van arts en cliënt?
Het beroepsgeheim is wettelijk vastgelegd en waarborgt de vertrouwensrelatie tussen arts en cliënt. Door het invoeren van een meldplicht vervalt het beroepsgeheim en wordt de arts ontheven van zijn morele (en tuchtrechtelijk getoetste) dilemma te moeten kiezen voor *meldrecht* of zijn beroepsgeheim. Nadeel van een meldrecht is dat de grenzen onduidelijk zijn voor zowel arts als cliënt en dat dit ook de vertrouwensrelatie in gevaar kan brengen. Bij een meldrecht maakt immers de individuele zorgverlener zelf de afweging of hij of zij hiervan gebruikmaakt. Een meldplicht schept duidelijkheid in grenzen: arts en cliënt weten van tevoren waar ze aan toe zijn. De arts is gebonden aan een van hogerhand gestelde wettelijke regel. Een meldplicht hoeft dan ook de vertrouwensrelatie niet in de weg te staan.

Een bezwaar is wel dat een meldplicht mogelijk een drempel opwerpt voor betrokkenen om een arts/zorgverlener te bezoeken, waardoor de toegankelijkheid van het consultatiebureau zal afnemen. Dit kan ook belemmerend werken op de toegankelijkheid van andere consulten. Dat kan ten koste gaan van de (volks)gezondheid en van de gezondheid van de betrokken meisjes. Overigens is het de vraag of dit een sterk argument is. In Frankrijk hebben goede consultatiebureauzorg (zonder verplichting) én met meldplicht geleid tot opsporing en vervolging van VGV zonder dat het consultatiebureaubezoek afnam. Verder is het mogelijk in situaties waarin ouders hun kinderen structureel onttrekken aan de zorg die de JGZ aanbiedt en er een vermoeden van kindermishandeling of VGV bestaat, dit anoniem te melden bij het Advies- en Meldpunt Kindermishandeling (AMK).

Conclusie

Artsen en andere medische beroepsbeoefenaren kunnen door een meldplicht bijdragen aan effectieve bestrijding van VGV, zonder dat dit ten koste hoeft te gaan van de vertrouwensrelatie tussen arts en cliënt. Voorwaarde is dan wel dat cliënten/patiënten op de hoogte zijn van de meldplicht van de zorgverlener. Het belang van het kind staat daarbij voorop. Voor anderen die buiten de meldplicht vallen is er de mogelijkheid via het AMK te melden.

c. Verplichting van de controle

Standpunt commissie:

Het verplichten van de controle is op dit moment juridisch niet mogelijk en bestaat ook nergens ter wereld. De commissie stelt nu een dergelijke maatregel dan ook niet voor, maar zij adviseert op de lange termijn te onderzoeken of een algehele JGZ-controle in het kader van goede zorg voor alle kinderen verplicht zou moeten worden. Dit zal fundamentele aanpassing van wetgeving vereisen. Deze controle geldt dan voor alle minderjarige kinderen. Vooruitlopend op een eventuele toekomstige discussie hierover worden hier alvast enkele morele kwesties ter sprake gebracht.

Waarom een systeem van verplichte controle?

Stel dat de verplichting van de JGZ-controle wordt doorgevoerd, wat betekent dit dan voor de controle op VGV? Het ligt voor de hand te veronderstellen dat een verplichte controle het meest effectief kan zijn voor de opsporing van VGV. Het is echter de vraag of het voor een betere handhaving van de wet nodig zal zijn de controle op VGV te verplichten. Dit zal afhangen van de resultaten van een actiever opsporingsbeleid, zoals dat nu wordt voorgesteld. Een systeem waarbij drang en geen dwang wordt gebruikt heeft in moreel opzicht de voorkeur en kan misschien al voldoende resultaat boeken. Het is daarom van belang dat via een meting de omvang van het probleem wordt bepaald en zo na te gaan ('monitoring') of het aantal besnijdenissen van meisjes afneemt.

Is verplichte controle moreel aanvaardbaar?

Een verplichte JGZ-controle met daarbinnen een verplicht lichamelijk onderzoek is een relatief zwaar middel voor het doel dat bereikt moet worden. De maatregel lijkt niet in overeenstemming met het principe van proportionaliteit, dat wil zeggen dat het middel in redelijke verhouding staat met het beoogde doel.

Afgezien van het proportionaliteitsprincipe, roept de maatregel van *verplichte controle* ook de vraag op of dit wel het juiste middel is? Is het moreel te rechtvaardigen om *dwingend* bij meisjes een lichamelijke controle uit te voeren, waaronder de inspectie van de uitwendige geslachtsorganen?

Het is niet denkbeeldig dat meisjes die tegen hun wil inspectie van hun genitalia moeten ondergaan daaraan blijvende psychische schade, zoals een traumatische ervaring, ondervinden. Vanwege deze kans op psychische schade, maar ook vanwege de mogelijke schending van de lichamelijke integriteit van meisjes die daarmee gepaard kan gaan, is verplichte controle moreel problematisch. Het is bovendien ook moreel tegenstrijdig om in naam van het niet mogen schenden van de lichamelijke integriteit - het argument waarom meisjesbesnijdenis als verminking wordt gezien -

de psychische en lichamelijke integriteit in het kader van de controle wel te schenden.

Behalve deze zwaarwegende argumenten van lichamelijke en psychische integriteit, druist verplichte controle ook in tegen het principe van autonomie van de ouders. Uiteraard geldt dat als de belangen van het kind ernstig in gevaar zijn, de overheid moet kunnen ingrijpen en de autonomie van de ouders zal moeten wijken. Bij een verplichte JGZ-controle zal het echter moeilijk zijn voor de ouders om bezwaar te maken tegen onderzoek van de genitalia. Dit onderzoek wordt hoe dan ook opgelegd. Of zou er een mogelijkheid moeten worden geboden om op basis van een gegronde redenen (geloofsovertuiging of gewetensbezwaren) te mogen weigeren? Ook dat levert weer nieuwe problemen op. Want hoe dan te beoordelen of een weigering van lichamelijk onderzoek voortkomt uit gewetensbezwaren of om aan opsporing van VGV te ontsnappen?

Een meer praktische complicatie van verplichting is dat deze demotiverend werkt om naar het consultatiebureau te gaan. Immers, men gaat niet naar de controle omdat de betrokkene het zelf goed of verstandig vindt, maar omdat het moet. Het haalt de eigen verantwoordelijkheid en motivatie bij de burger weg. De overheid heeft beslist wat goed voor iemand is.

Conclusie

Aan het verplichten van de JGZ-controle, inclusief lichamelijk onderzoek met inspectie van de uitwendige genitalia, zijn zwaarwegende morele bezwaren verbonden. Het voorstel van de commissie om op de lange termijn te onderzoeken of de JGZ controle vanuit het oogpunt van goede zorg verplicht moet worden zal daarom nog een grondig maatschappelijk en moreel debat vergen. De hiervoor genoemde bezwaren tonen tevens aan dat verplichting van deze controle op dit moment vanuit moreel perspectief geen aan te raden optie is.

2 Veelgenoemde ‘zijdelingse’ kwesties

Twee kwesties die zijdelings verband houden worden hier kort besproken. Het betreft:

1. de terminologiekeuze Vrouwelijk Genitale Verminking;
2. VGV in verhouding tot andere vormen van onomkeerbare lichamelijke ingrepen.

2.1 Terminologie

Versillende termen voor dezelfde praktijk

In de brief van minister Hoogervorst aan de Tweede Kamer wordt gekozen voor de term vrouwelijke genitale verminking (VGV). De term sluit aan bij de Engelse term female genital mutilation (FGM) die de WHO

hanteert. In het advies is ook zoveel mogelijk de term VGV aangehouden. De commissie maakte bij aanvang van haar werkzaamheden over de terminologie de volgende opmerking:

‘De commissie besluit ook om in de definitielijst een opmerking op te nemen over de term VGV. De term is taalkundig onjuist en de commissie zal uitleggen dat het gaat om ‘verminking van vrouwelijke genitalia’ (verslag eerste commissievergadering).

In de literatuur worden verschillende termen gebruikt om de praktijk van meisjesbesnijdenis aan te duiden. Welke term gekozen wordt heeft te maken met de geschiedenis en de context waarin hij gebruikt wordt. Historisch gezien was ‘vrouwenbesnijdenis’ de gebruikelijke term. Pas toen de schade die het gevolg was de besnijdenis als zodanig erkend werd en niet analoog bleek aan die van jongensbesnijdenis, kwam de term ‘vrouwelijke genitale verminking’ in zwang.

Politieke discours

De term ‘VGV’ bevat een expliciete normatieve, veroordelende lading: besnijdenis van meisjes en vrouwen wordt gezien als verminking van de vrouwelijke genitalia. De term ‘verminking’ heeft een negatieve connotatie en verwijst naar een onaanvaardbare vorm van schending van lichamelijke integriteit. Binnen de context van een politiek die gericht is op de bestrijding van de praktijk van meisjesbesnijdenis is de keuze van de term te verklaren. Ook actiegroepen die zich inzetten voor de bestrijding van meisjesbesnijdenis gebruiken deze term. Daarnaast hebben gynaecologen in internationaal en in nationaal verband zich nadrukkelijk gekeerd tegen de praktijk van meisjesbesnijdenis.

Wetenschappelijk discours

In wetenschappelijk onderzoek prefereert men de term ‘vrouwenbesnijdenis’ of ‘meisjesbesnijdenis’. De term ‘vrouwenbesnijdenis’ is niet juist gekozen, omdat de besnijdenis meestal bij meisjes plaats vindt en de discussie ook vooral betrekking heeft op minderjarige vrouwen en meisjes. De termen vrouwenbesnijdenis en meisjesbesnijdenis worden in wetenschappelijk onderzoek bij voorkeur gebruikt omdat daarin het normatieve oordeel buiten beschouwing blijft. Het zijn neutraal beschrijvende termen.

De sociale en religieuze context van besneden meisjes en vrouwen

Vrouwen en meisjes die zelf de besnijdenis hebben ondergaan gebruiken ook bij voorkeur de meer neutrale terminologie. Ook als deze vrouwen zelf actief zijn in de bestrijding van meisjesbesnijdenis, dan nog prefereren zij de neutrale term ‘meisjesbesnijdenis’ boven de veroordelende term ‘vrouwelijke genitale verminking’. Ze vinden de term ‘vrouwelijke genitale verminking’ vaak kwetsend, omdat zij hun eigen besnijdenis niet als verminking ervaren en hun families ook niet als ‘verminkers’ zien. Ook

bijvoorbeeld religieuze leiders en islamwetenschappers die zich nadrukkelijk keren tegen de praktijk van meisjesbesnijdenis en ieder verband hiervan met de islam en de koran ontkennen, gebruiken meestal de neutrale term meisjesbesnijdenis of vrouwenbesnijdenis.

Conclusie

Afhankelijk van de context wordt de term meisjesbesnijdenis of de term VGV gehanteerd. In de beleidscontext prefereert men VGV vanwege een duidelijke stellingname die in deze term ligt besloten. In de wetenschappelijke, sociale en religieuze context gebruikt men bij voorkeur de neutrale en minder negatief geladen term ‘meisjesbesnijdenis’.

2.2 VGV in verhouding tot andere onomkeerbare, niet-medische ingrepen aan het lichaam

Waarom meisjesbesnijdenis verbieden en andere onomkeerbare, niet medische ingrepen aan het lichaam toelaten?

In dit verband valt te denken aan bijvoorbeeld tatoeages en allerlei vormen van piercings. Het betreft hier ingrepen aan het menselijk lichaam die onomkeerbaar zijn, geen medisch doel dienen, maar om esthetische redenen (verfraaiing van het lichaam) plaatsvinden. Ze kunnen de betrokkene ook een bepaalde status in de groep verschaffen. Een ander voorbeeld zijn de niet medisch noodzakelijke ingrepen zoals labiacorrecties. Dit zijn operatieve ingrepen om te grote labia minora (kleine schaamlippen) te corrigeren. De genoemde voorbeelden hebben gemeen dat ze onomkeerbaar zijn, meestal geen medisch doel dienen en het ook minderjarigen kan betreffen. Ook aan deze ingrepen zijn gezondheidsrisico's, zoals infecties, verbonden.

Wat geldt als verminking?

De kwestie is waarom meisjesbesnijdenis wél als verminking gezien wordt en andere, niet-medische, ingrepen, zoals hiervoor genoemde, kennelijk niet. Met andere woorden: waarom wordt meisjesbesnijdenis als verminking gezien en daarom verboden en allerlei andere, niet-medische ingrepen, die ook de lichamelijke integriteit aantasten niet?

Er is inderdaad in alle genoemde gevallen kans op gezondheidsschade, maar de mate waarin verschilt. Het al dan niet toelaten van onomkeerbare lichamelijke veranderingen, die geen enkel medisch doel dienen, hangt daarom ook af van het risico en de omvang van de permanente fysieke (gezondheids)schade. Daarnaast is ook de kans dat de betrokkene later zou wensen dat de ingreep nooit had plaatsgevonden een overweging. De leeftijd waarop de ingreep plaatsvindt, maakt dus ook uit. Volwassenen kunnen daarover zelf beslissen, voor minderjarigen geldt dat niet. Ouders dragen verantwoordelijkheid voor hun minderjarige kinderen en beslissen over hen. In welke mate ouders vrij zijn om naar eigen

goeddenken te handelen, hangt af van de ernst van de mogelijk permanente fysieke schade.

Grensbepaling

De opvattingen over welke fysieke schade nog wel en welke niet meer toelaatbaar is, worden onder andere bepaald door de heersende maatschappelijke en culturele opvattingen (publieke moraal) in de samenleving. In de volgende paragraaf wordt dit uitvoeriger besproken. De grenzen van al dan niet wettelijk ingrijpen, liggen niet vast, maar kunnen verschuiven door een veranderend maatschappelijk en politiek klimaat. Zo gaan er nu stemmen op om niet-medische en onomkeerbare ingrepen bij jeugdigen, zoals tatoeages en piercings, te verbieden of aan leeftijdsgrenzen te binden. Maar ook de opsporing en vervolging van kindermishandeling wordt strenger aangepakt en komt er mogelijk een wettelijk verbod op slaan.

Conclusie

Conclusie is dat een set van morele argumenten bepalend is voor de beoordeling van lichamelijke ingrepen die bij minderjarigen plaatsvinden en geen medisch doel dienen. Te denken valt aan de ernst van de fysieke schade, de afweging of degene die de ingreep ondergaat op latere (volwassen) leeftijd niet zou wensen dat de ingreep nooit had plaatsgevonden én de heersende maatschappelijke en politieke opvattingen.

3 Morele conflicten bij bestrijding van meisjesbesnijdenis

Hoe is het morele conflict dat meisjesbesnijdenis oproept in de Nederlandse samenleving te beschrijven? En hoe is bestrijding van meisjesbesnijdenis moreel te rechtvaardigen in een liberale westerse samenleving? Dat zijn de vragen die in deze paragraaf aan de orde komen.

3.1 Moreel relevante beschrijving van meisjesbesnijdenis

Velen in Nederland vinden meisjesbesnijdenis een mensonwaardige en barbaarse praktijk, die hier niet thuishoort. Het wordt in Nederland vooral afgewezen vanwege de ernstige schending van de lichamelijke integriteit ('verminking') die de praktijk tot gevolg heeft. Maar ook de onderliggende idee van onderdrukking van vrouwelijke seksualiteit wordt vaak als reden genoemd waarom meisjesbesnijdenis afgekeurd moet worden. Voorstanders ervan zien dit ritueel juist als een essentieel deel van hun culturele en sociale identiteit. Het is een oude traditie, het hoort bij de opvoeding van dochters en markeert de overgang naar volwassenwording en het volwaardig horen bij de groep. Meisjesbesnijdenis wordt niet verricht uit kwade wil, maar ouders (laten het) doen (het) uit de overtuiging dat het goed is voor de toekomst van hun dochters. Het vergroot de huwelijkskansen en het geeft status.

Behalve een culturele traditie verbinden sommigen het ook met hun religieuze achtergrond. Anderen wijzen er nadrukkelijk op dat voor de praktijk van meisjesbesnijdenis geen religieuze gronden zijn aan te voeren.

Voor voorstanders staat meisjesbesnijdenis in het teken van gemeenschapswaarden, terwijl tegenstanders meisjesbesnijdenis als aantasting van de individuele rechten van het kind zien en zich daarvoor beroepen op lichamelijke integriteit en zelfbeschikkingsrecht als fundamentele mensenrechten.

3.2 Morele rechtvaardiging van de bestrijding van meisjesbesnijdenis

Hoe is de bestrijding van meisjesbesnijdenis in moreel opzicht te rechtvaardigen? De overwegingen hierbij zijn ook van belang bij de verdere maatregelen ter bestrijding van meisjesbesnijdenis.

Grenzen aan opvoedingsvrijheid

In Nederland hebben ouders een grote mate van vrijheid om te bepalen hoe zij hun kinderen willen opvoeden en grootbrengen. Ze kunnen dat doen in de sfeer van hun eigen levensbeschouwing, godsdienstige of culturele achtergrond. Toch is het niet zo dat ouders volstrekt vrij zijn in de manier waarop zij hun kinderen opvoeden, ook al doen zij het in hun ogen op een goede manier.

Het schadeprincipe – in dit geval: onaanvaardbare schending van de lichamelijke integriteit – is dan de morele reden die overheidsingrijpen rechtvaardigt. Het schadeprincipe beperkt dus de vrijheid van individuen en groepen om het leven naar eigen inzicht in te richten en stelt daarmee een normatieve grens tussen de publieke moraal en de moraal van de privé-sfeer. De ouderlijke vrijheid bij het opvoeden houdt op waar opvoeding ontaardt in mishandeling.

Stel nu het geval dat de ouders afkomstig zijn uit een niet-westerse cultuur waar een – naar westerse maatstaven – hardhandige opvoedingsmethode een geoorloofd middel is om gedrag van kinderen te corrigeren.² En stel bovendien dat de redenen om dit te doen niet zozeer een persoonlijke keuze zijn, maar ook door de leden van de groep gedeeld worden en als moreel juist ervaren worden. Maakt het dan uit voor de Nederlandse overheid, c.q. een kinderrechter, of deze hardhandige opvoedingspraktijk van de betreffende ouder gebeurt op basis van een cultuurbepaald moreel gebod of niet?

De cultuurbepaaldheid van bepaalde praktijken verandert in principe niets aan de beoordeling van de hardhandige opvoedingspraktijk. Het maakt echter de morele rechtvaardiging ervan vanuit het perspectief van

de liberale moraal,³ waarop de Nederlandse samenleving is gebaseerd, wel complexer. Immers, een samenleving die op liberale leest is geschoeid, kenmerkt zich door een zo groot mogelijke vrijheid (autonomie) van individuen en groepen om hun leven naar eigen overtuiging in te richten en, daaruit voortvloeiend, een terughoudende en zoveel mogelijk beperkte rol (neutraliteit) van de overheid. Hoe is nu de afkeuring van een cultuurbepaalde morele praktijk te rechtvaardigen van uit het principe van neutraliteit van de overheid?

Neutraliteit – een principe dat op het gelijkheidsbeginsel is gebaseerd – houdt in dat de overheid zich niet moet inlaten met een bepaalde visie op goed leven. De overheid mag dus in principe niet de ene visie van goed leven bevoordelen boven de andere, maar dient verschillende visies op goed leven gelijk te behandelen. Toch wijst de overheid de praktijk van meisjesbesnijdenis – die gebaseerd is op een bepaalde visie van goed leven – af. Ze doet dat op basis van een westers ingevuld ‘schade’principe, namelijk het individuele recht van een kind op bescherming van lichamelijke integriteit. Dit betekent dat de overheid zich in principe niet met een bepaalde culturele en/of religieuze traditie bemoeit, tenzij daarmee praktijken gepaard gaan die niet stroken met de fundamentele waarden en normen die in Nederland gelden. De overheid kan dus op zo’n moment niet anders dan een westerse norm van goed en kwaad opleggen en beperkt daarmee ook de vrijheid van andersdenkenden om het leven naar eigen inzicht in te vullen. De autonomie of het zelfbeschikkingrecht van een individu of bepaalde groep met een andere, afwijkende opvatting wordt daarmee ingeperkt. Ook al hebben ouders volgens de opvattingen van hun cultuur het beste voor met hun dochters, in Nederland en ook in vele andere landen in de wereld wordt de praktijk van meisjesbesnijdenis als verminking beschouwd die uitgebannen dient te worden.

De overheid kan zich dus niet altijd neutraal opstellen. Ze kan namelijk – rekening houdend met principes van rechtsgelijkheid – praktijken die strijdig zijn met de fundamentele waarden en normen die in de Nederlandse samenleving als geheel gelden niet toelaten. Het is begrijpelijk dat degenen die het betreft het zullen ervaren als paternalisme of imperialisme van de westerse cultuur en moraal. De vrije(re) handelingsruimte die men in de Nederlandse samenleving dacht aan te treffen, is begrensd.

Vrije en niet-vrije kwesties

Wat heeft deze analyse tot nu toe opgeleverd ten aanzien van de kwestie van meisjesbesnijdenis? Inmiddels is duidelijk dat bepaalde praktijken van minderheidsgroepen die strijdig zijn met de heersende waarden en normen in de samenleving niet toelaatbaar zijn. De vraag is echter: waar ligt de grens? Welke praktijken zijn wel en welke zijn niet geoorloofd? En doet de cultuurbepaaldheid er nu wel of niet toe?

De scheiding tussen de publieke sfeer en privé-sfeer is onderworpen aan discussie waar normatieve grenzen gelegd moeten worden. Het is de moraal van de publieke sfeer, die gebaseerd is op een consensus over fundamentele waarden en normen die in de Nederlandse samenleving moeten gelden, die bepaalt aan welke grenzen de vrijheidsruimte voor eigen opvattingen en praktijken gebonden is. Zo zijn er kwesties die vroeger tot de publieke sfeer gerekend werden, de 'niet-vrije kwesties', die nu thuis horen in de privé-sfeer en een 'vrije kwestie' zijn of omgekeerd kan een 'vrije kwestie' door verschuivingen in waarden en normen tot een 'niet-vrije kwestie' worden.

Meisjesbesnijdenis is een relatief nieuwe praktijk die niet alleen in Nederland, maar ook in veel andere landen wordt gezien als ontoelaatbare lichamelijke verminking en dus schending van de lichamelijke integriteit. Het is een praktijk die de grenzen van de liberale moraal overschrijdt, omdat een fundamentele waarde, namelijk die van lichamelijke integriteit, op een onaanvaardbare manier geschonden wordt.

In juridisch opzicht wordt daarom meisjesbesnijdenis beschouwd als een vorm van 'kindermishandeling' en met de daarvoor bestaande wetgeving bestreden. In 1993 nam de overheid hierover een beslissing. Ze heeft toen met verwijzing naar algemene wetgeving gericht op de bestrijding van kindermishandeling bepaald dat de uitvoering van meisjesbesnijdenis wettelijk verboden is.

Universele mensenrechten

De vraag die bij het vóórkomen van een verscheidenheid van cultuurbeaalde morele opvattingen gesteld kan worden is of er geen overkoepelende, universeel geldende moraal is die het conflict van verschillende morele opvattingen kan overstijgen en als toetssteen gebruikt kan worden. De universele rechten van de mens – als overlappende consensus van verschillende morele overtuigingen – lijken hiervoor in aanmerking te komen. Toch wordt ook hiermee het morele dilemma van botsende waarden en normen niet helemaal opgelost. De 'universaliteit' van de universele mensenrechten is immers niet onomstreden en wordt dan ook niet alom onderschreven. De discussie tussen universalisten enerzijds en cultuurrelativisten anderzijds is nog niet beslist en blijft een voortdurend zoeken naar de juiste balans.

De mensenrechten hebben zich echter sinds de Universele verklaring van de rechten van de mens in 1948 steeds verder ontwikkeld en blijken geen statisch geheel. Er zijn verschillende contextuele interpretaties van mensenrechten die tot conflicten van rechten leiden. Zo krijgen onder invloed van samenlevingen met stamverbanden, zoals veel Afrikaanse samenlevingen, groepsrechten het primaat boven individuele rechten. Maar ook rechten onderling kunnen op gespannen voet met elkaar staan: het recht

niet gediscrimineerd te worden op grond van geslacht versus het recht op vrijheid van godsdienst.

Dit maakt de morele rechtvaardiging van de afkeuring van een cultuurbe-
paald vraagstuk complexer. Het betekent dat er in de samenleving als
geheel geen algehele consensus is over de geldende normen en dat min-
derheidsgroepen zich daardoor gediscrimineerd of buitengesloten kunnen
voelen. De geldende liberale politieke moraal is een moraal van compro-
missen. Moraal en cultuur zijn dynamisch van aard. Voor het draagvlak
en de geloofwaardigheid van een gemeenschappelijk geldende politieke
moraal⁴ is de participatie van zoveel mogelijk groepen en individuen aan
de dialoog hierover van groot belang. Voor degenen die vanuit hun (cul-
turele en morele) overtuiging de geldende politieke moraal niet kunnen
delen, geldt dat zij zich tevreden moeten stellen met de speelruimte die de
liberale democratie hen biedt.

Wat is op basis van deze analyse duidelijk geworden:

- Vrijheid is beperkt: afkeuring van meisjesbesnijdenis (en alle juridi-
sche maatregelen eromheen) zal mogelijk voor voorstanders van deze
praktijk moeilijk te verteren zijn: de vrijheid die men in Nederland
dacht aan te treffen is beperkt en laat niet alle cultuurgerelateerde
praktijken toe. De betrokkenen kunnen het ervaren als ongelijke vrij-
heid, maar binnen het kader van de Nederlandse politieke liberale
moraal kan het niet anders. Afkeuring van meisjesbesnijdenis
geschiedt op basis van een consensus over fundamentele rechtvaardig-
heidsprincipes uit de westerse dominante moraal.
- Diversiteit van moraal en grenzen: De grenzen tussen wat wel en niet
geoorloofd is ('vrije' en 'niet-vrije' kwesties) in de Nederlandse
samenleving worden bepaald door een overlappende consensus over
de fundamentele waarden en normen (politieke moraal) die in de
Nederlandse samenleving moet gelden. Meisjesbesnijdenis is ontoe-
laatbaar omdat in dit geval de bescherming van de lichamelijke inte-
griteit van individuen belangrijker gevonden wordt dan een traditie
die binnen een bepaalde minderheidsgroep wordt voortgezet op basis
van gemeenschapswaarden.
- Sociale cohesie. Voor sociale cohesie in de samenleving en breed
gedragen publieke moraal is het van belang dat de geldende politieke
moraal onderschreven wordt door zoveel mogelijk minderheidsgroe-
pen in de samenleving. Dat vereist participatie van deze (leden van)
groepen aan zoveel mogelijk maatschappelijke instituties in de
samenleving en een voortdurende dialoog tussen individuen en groe-
pen, waarbij consensus over de politieke moraal het streven is.

Notitie voor de besluitvorming over voorlichting en deskundigheidsbevordering

1 Inleiding

Strikt genomen maakt advisering over verbetering van voorlichting en deskundigheidsbevordering geen deel uit van de opdracht van de commissie. Er zijn echter twee redenen waarom de commissie toch aanbevelingen over deze onderwerpen zou kunnen opnemen in haar advies:

- Ten eerste omdat het strafrecht in onze samenleving altijd een ‘ultimum remedium’-functie heeft en uitsluitend effectief is in combinatie met preventie. Dat geldt zeker voor overtuigingsmisdrijven als VGV. De informatie die de commissie in de interviews, de consultatieve bijeenkomsten en tijdens de bezoeken aan de zelforganisaties heeft gekregen geeft aan dat er in de samenleving behoefte is aan meer voorlichting.
- Ten tweede omdat goede voorlichting en deskundigheid voorwaarden zijn voor effectieve uitvoering van de maatregelen op het gebied van handhaving. Zo kunnen artsen bijvoorbeeld niet goed melden als zij niet weten op welke symptomen zij moeten letten. Ditzelfde geldt voor de politie en voor het onderwijzend personeel.

Deze twee invalshoeken bepalen de structuur van deze notitie. Hoofdstuk 2 behandelt eerst de eisen die de maatregelen op het gebied van handhaving aan voorlichting en deskundigheid stellen. Vervolgens geven de (ervarings)deskundigen hun visie op de behoefte aan betere voorlichting en deskundigheid. Hoofdstuk 3 bespreekt de situatie in Nederland aan de hand van de conclusies van het rapport Strategieën ter bestrijding van meisjesbesnijdenis.⁵ Dit hoofdstuk bespreekt ook een aantal goede voorbeelden uit andere landen (bijlage 1). In hoofdstuk 4 volgt een aantal aanbevelingen om tegemoet te komen aan de gesignaleerde behoefte aan voorlichting en deskundigheidsbevordering (bijlage 2).

Uit de hiernavolgende tekst wordt duidelijk dat er veel behoefte is aan voorlichting bij de mensen uit culturen waar VGV gepraktiseerd wordt. Zelforganisaties bereiken maar een deel van deze mensen. De best practice voorbeelden tonen aan dat een combinatie van consequente handhaving van de strafbaarstelling en voorlichting door mensen uit de groepen zelf, ondersteund door goed voorlichtingsmateriaal, het meest effectief is. Nadruk op gezondheid alleen is niet voldoende. Het gaat om integratie en emancipatie, zelfstandigheid, zelfredzaamheid. Ook zijn er veel aanwijzingen dat er nog een aanzienlijk tekort aan deskundigheid is bij de medische professionals, onderwijzend personeel, politie en andere hulpverleners. Men is vaak niet op de hoogte van het bestaan van VGV, kent de symptomen en signalen niet en heeft niet de vaardigheden om VGV te bespreken. Artsen missen vaak ook de technische kennis.

2 Waaron voorlichting en deskundigheidsbevordering?

2.1 Het is een voorwaarde voor maximale benutting van de signaleringsmogelijkheden

De commissie heeft geconstateerd dat effectieve opsporing van VGV binnen het strafrecht domein niet plaatsvindt en ook weinig kans van slagen heeft. Effectieve bestrijding van VGV kan het beste bereikt worden door maximale benutting van de signaleringsmogelijkheden van medische professionals in het kader van de reguliere controlemomenten van de jeugdgezondheidszorg⁶ en de incidentele contacten met de reguliere zorg. Ook de contacten die anderen in de directe omgeving met het kind en de ouders hebben moeten maximaal benut worden. Dat kunnen opinieleiders uit de groepen zelf zijn, onderwijzend personeel, wijkagenten en hulpverleners.

De aanbevelingen van de commissie kunnen uitsluitend succesvol zijn indien zowel medici als andere direct betrokkenen alert zijn. Dat betekent dat iedereen kennis moet hebben van het bestaan van VGV en moet weten op welke signalen hij of zij moet letten. Vervolgens is het noodzakelijk dat degene die een vermoeden wil melden weet hoe hij/zij dat moet doen en waar.

Omdat het strafrecht een 'ultimum remedium'-functie heeft, is het noodzakelijk dat mensen, woonachtig in Nederland en afkomstig uit de landen waar VGV gebruikelijk is, goed voorgelicht zijn over de Nederlandse wetgeving. Zij moeten weten dat VGV verboden is in Nederland. Zij zullen zich moeten aanpassen aan de wettelijke regels in de Nederlandse situatie en ervan overtuigd raken dat VGV schadelijk is. Bij voorkeur zelfs, gaan inzien dat dit verbod in hun eigen belang is. Daar is voorlichting voor nodig. Deze constatering stellen eisen aan de communicatie door de overheid en ook door de politie. Maar vooral ook vragen zij communicatieve vaardigheden van medische professionals, hulpverleners en onderwijzend personeel en vragen zij betrokkenheid van de geestelijke leiders en sleutelfiguren uit de gemeenschappen.

2.2 De samenleving vraagt om meer informatie

De interviews met (ervarings)deskundigen, de bezoeken aan de zelforganisaties en de consultatieve bijeenkomsten leverden het volgende beeld op.

Er is behoefte aan voorlichting

In de bijeenkomsten vertelt een aantal vrouwen hoe hun mening over VGV veranderde doordat zij informatie kregen. Vooral uitleg over de uitspraken van de koran en over de gezondheidsrisico's hebben, naar hun

zeggen, grote impact op hun standpunt gehad. Opvallend was de grote opkomst op een bijeenkomst van de Islamitische universiteit waar een imam voorlichting gaf over de teksten in de koran en over de aanbevelingen van Mohammed. Een aantal religieuze leiders weerspreekt de idee dat VGV een religieuze verplichting is. Hiervan getuigen de lezingen van twee vooraanstaande imams (bijlage 3).

Een ander punt is dat veel vrouwen onbekend blijken te zijn met de symptomen van VGV en de gevolgen voor hun gezondheid. Zij brengen buikklachten, menstruatiestoornissen en problemen met seksualiteit vaak niet in verband met VGV en zoeken dus geen hulp. Enig inzicht in de anatomie van het eigen lichaam ontbreekt nogal eens. Als deze vrouwen al hulp vragen bij hun huisarts, weet deze er vaak geen raad mee. Ook daarover is dus informatie nodig. Het blijkt dat publiciteit over het verbod op VGV en het risico van een gevangenisstraf een preventieve werking heeft. Dit vormt tevens een argument dat een doorslaggevende rol kan spelen om de sociale druk op met name ouders te kunnen weerstaan. Opinieeliders uit de gemeenschappen benadrukken dat de landelijke aandacht de interesse voor de voorlichtingsbijeenkomsten van de zelforganisaties aanzienlijk heeft verhoogd. Daaruit kan geconcludeerd worden dat ook informatie over het verbod effectief is.

Zelforganisaties en scholen zijn belangrijke kanalen voor het geven van voorlichting

De algemene opinie is dat zelforganisaties de meest aangewezen instanties zijn om voorlichting te geven. De boodschap is: 'het is onze eigen verantwoordelijkheid, we willen het zelf doen'. Men zegt dat rolmodellen uit de gemeenschap zelf de meest aangewezen partijen zijn om informatie te geven. Informatie onder de titel 'gezondheidsvoorlichting' trekt de meeste mensen. Het probleem van de zelforganisaties is het geld, bijna al het werk wordt door vrijwilligers gedaan. Dat is kwetsbaar. Maar voorlichting steunt niet alleen op de zelforganisaties. Ook scholen worden regelmatig genoemd als belangrijke plaats voor voorlichting. Via de school is immers iedereen te bereiken, ook de illegalen. Als laatste noemt men de geestelijke leiders. Ook zij zijn belangrijk bij voorlichting.

In het algemeen is de ervaring dat mondelinge informatie de meeste impact heeft. De informatie moet dicht bij de mensen worden aangeboden, op plaatsen waar zij veel komen bijvoorbeeld in een buurthuis. Bijeenkomsten met een sociale component (gezamenlijke maaltijd of feest) hebben meer effect en bereiken een groter publiek dan geschreven materiaal. Iedere cultuur vraagt om een eigen aanpak en boodschap. Soms werken argumenten van gezondheid, soms is uitleg over de koran nodig om het besef door te laten dringen dat VGV niet goed is.

Momenteel worden nog veel mensen niet bereikt

Op wie moet de voorlichting gericht zijn? Veel aanwezigen benadrukken de rol van mannen bij het instandhouden van VGV. Anderen zijn van mening dat de focus moet liggen op informatie aan jongeren. Ook veelgehoord is de opmerking dat vooral ouderen nog in de veronderstelling zijn dat VGV noodzakelijk is. Het is misschien niet meer mogelijk deze mensen te overtuigen dat VGV niet goed is, maar het is wel mogelijk te bereiken dat zij afzien van VGV. De zelforganisaties benadrukken dat zij de Somaliërs goed kunnen bereiken, maar dat er nog weinig gedaan wordt voor andere groepen. Deze organisaties zijn van mening dat voorlichting en preventie niet tot Nederland beperkt zouden moeten blijven. De sociale druk uit de thuislanden is groot. Daarom is men van mening dat Nederland zich ook in internationaal verband meer moet inzetten voor de bestrijding van VGV.

3 Voorlichting en deskundigheid: de stand van zaken

3.1 Inleiding

Het rapport Strategieën ter bestrijding van meisjesbesnijdenis beschrijft de stand van zaken op het gebied van voorlichting en deskundigheid(-sbevordering) in Nederland. De belangrijkste bevindingen van het rapport zijn in dit hoofdstuk samengevat en aangevuld met een aantal goede voorbeelden uit andere landen. Deze voorbeelden zijn uitgewerkt in bijlage 1.

3.2 Nederland

Hoewel veel mensen in Nederland uit de culturen waar VGV gepraktiseerd wordt op de hoogte zijn van het verbod op VGV in Nederland, constateert het rapport dat er nog grote onbekendheid is bij hen met betrekking tot de gevaren van VGV. Dat geldt niet alleen de Somaliërs, maar vooral ook de andere vaak minder bereikbare groepen.

Het rapport geeft een duidelijk overzicht van de kennis en vaardigheden op het gebied van VGV bij de medische professionals en bij andere betrokkenen. De huisartsen, toch de poortwachters van de gezondheidszorg, zeggen niet in staat en niet bereid te zijn het onderwerp te bespreken. Het rapport stelt dat de gynaecologen relatief de meeste ervaring hebben met de behandeling van besneden vrouwen. Zij geven aan goed te weten hoe zij het onderwerp bespreekbaar moeten maken. Andere professionals geven aan bereid te zijn, maar zich niet competent te voelen, om vrouwen die besneden zijn te helpen. De JGZ-artsen en verpleegkundigen zien, volgens dit rapport, voor zichzelf primair een taak in de preventie. Zij geven aan behoefte te hebben aan meer kennis en training in het

bespreken van besnijdenis. Door het gebrek aan kennis is de alertheid van deze professionals beperkt.

Opvallend is ook de constatering in het voornoemde rapport dat er een groot gebrek aan eenduidigheid is in de richtlijnen van de beroepsgroepen.⁷ Het NHG heeft geen richtlijn voor huisartsen. Ook de LHV heeft geen standpunt ontwikkeld. De NVOG keurt het doen van een besnijdenis af. Dat geldt ook voor refibulatie na de bevalling. Het standpunt zegt echter niets over melding noch over voorlichting. De richtlijn geeft geen technische informatie. De JGZ stelt zich op het standpunt dat zij vooral een taak heeft op het gebied van primaire preventie. Het rapport constateert echter dat er geen sprake is van een systematische aanpak bij de contactmomenten van de JGZ, laat staan van signalering. Het stappenplan van de JGZ is daartoe een uitstekende, zij het nog onofficiële, poging. De Medische Opvang Asielzoeker (MOA) is momenteel bezig landelijke richtlijnen voor te bereiden.

Behalve in de opleiding van de verloskundigen is informatie over VGV geen structureel onderdeel van de medische curricula. Het voornoemde rapport beschrijft wel een aantal recente initiatieven op het gebied van scholing en vooral nascholing. De AMK's zijn volgens het rapport niet voldoende bekend met de problematiek. Datzelfde geldt voor de politie. Hoewel geen onderzoek is gedaan naar de activiteiten op de scholen, lijkt er geen sprake van geïnstitutionaliseerde aandacht. In de aanbevelingen stellen de onderzoekers dat hier een lacune ligt.

In hoofdstuk 2 benadrukten de (ervarings)deskundigen dat activiteiten van Nederland in de thuislanden belangrijk zijn omdat er vanuit deze landen veel druk op hen wordt uitgeoefend. Het rapport stelt dat er al veel gebeurt. Zo neemt Nederland deel aan diverse Europese platforms en aan activiteiten in UN-verband. De nadruk ligt vrijwel steeds op mensenrechten en gezondheid. In de volgende paragraaf zal blijken dat meer nadruk op sociaal-economische aspecten mogelijk effectiever is.

3.3 Voorbeelden uit andere landen

In bijlage 1 van deze notitie is een aantal best practice voorbeelden van bestrijding van VGV uit andere landen beschreven en ook van de bestrijding van incest c.q. kindermishandeling. De achterliggende literatuur is beschikbaar. De belangrijkste conclusies zijn hier weergegeven.

Uit deze voorbeelden blijkt dat een multidisciplinaire aanpak het meest effectief is. Aandacht voor gezondheidsrisico's en religieuze aspecten alleen volstaat niet. Langdurig effect kan alleen met emancipatie, educatie en verbetering van de sociaal economische status bereikt worden (social and economical development). Dat betekent voor de Nederlandse situatie

vooral integratie. Het TOSTAN-project in Senegal getuigt van de effectiviteit van deze aanpak.

Dat het bestrijden van VGV een langdurige zaak is, die veel overheidsaandacht vergt, bewijzen de voorbeelden uit Frankrijk, Zweden en vooral ook Burkina Faso (zie bijlage 1). De overheid moet zorgdragen voor coördinatie en voor een continue stroom van informatie en communicatie. Het gaat daarbij om informatie over strafbaarstelling en over de consequenties van overtreding. Deze blijken een wezenlijk onderdeel van effectief beleid te zijn. Daarnaast is voorlichting door middel van uitgebreid foldermateriaal effectief, zoals in Frankrijk, Denemarken en Nieuw-Zeeland ontwikkeld is, en mondelinge voorlichting. Maar ook minder conventionele middelen als indrukwekkende documenten en audiocassettes om de sociale druk uit de thuislanden te weerstaan (zie Frankrijk), toneelstukken en videomateriaal blijken effectief.

De voorbeelden uit Zweden en Frankrijk laten zien dat deskundige artsen belangrijk zijn bij de preventie (en ook bij de bestrijding) van VGV. Goed functionerende CB-bureaus met artsen die weten hoe zij met de mensen moeten omgaan zijn cruciaal geweest voor de resultaten die in Frankrijk zijn geboekt. Concentratie van kennis en vaardigheden kan de zorg voor vrouwen die besneden zijn aanzienlijk verbeteren. De African Well Woman Clinic in het Guy and St. Thomas Hospital in London is een succes. Dit centrum biedt vrouwen gespecialiseerde hulp, maar functioneert ook als kennis- en onderzoekscentrum.

De literatuur uit Canada en de Verenigde Staten, Australië en Ierland toont aan dat inzet van het medisch domein, gecombineerd met alle andere disciplines bij uitgebreide voorlichting en deskundigheidsbevordering in de bestrijding van incest en andere vormen van kindermishandeling, effectief is. Vooral de directe benadering van risicogezinnen is zeer waardevol gebleken.

4 Aanbevelingen

4.1 Inleiding

Uit de voorgaande hoofdstukken blijkt dat voor effectieve bestrijding van VGV nog een aantal zaken verbeterd moet worden. De vraag is welke maatregelen hiervoor genomen moeten worden. Om deze vraag te beantwoorden is het noodzakelijk nog even terug te gaan naar het uiteindelijke doel van de maatregelen. Dat is ten eerste om alle betrokkenen voor te lichten over het verbod en over de consequenties van overtreding en om hen te overtuigen af te zien van VGV. Voorkómen dus. Ten tweede moeten deze maatregelen de opsporing verbeteren. In de voorgaande tekst is

geconcludeerd dat met het oog hierop de deskundigheid van medische professionals, overige hulpverleners en een breed scala van andere betrokkenen verbetering behoeft.

In de volgende paragraaf komt eerst een aantal algemene aanbevelingen uit de literatuur aan de orde ten aanzien van voorlichting. Paragraaf 4.3 behandelt de maatregelen die zich richten op verbetering van de voorlichting aan de ouders, kinderen en het sociale systeem om hen heen. Daarna volgen in paragraaf 4.4 de maatregelen die nodig zijn om de mensen die deze voorlichting moeten geven en die een rol spelen bij opsporing, melding en eventuele behandeling van VGV beter toe te rusten voor hun taken. Paragraaf 4.5 geeft een samenvatting en een voorstel voor implementatie.

4.2 Algemene aanbevelingen ten aanzien van voorlichting

Uit de literatuur en uit de voorbeelden in bijlage 1 blijkt dat het bestrijden van VGV een kwestie is van doorzetten. Het is een traag en weerbaarstig proces dat structurele en langdurige inzet van alle betrokkenen vergt. Dat betekent een lange-termijn-aanpak en meerjarenplannen. Het gaat er om het gehele sociale systeem aan te pakken: vrouwen én mannen, jongeren, maar ook de ouderen, die vaak enorme druk uitoefenen.

De WHO stelt dat strafbaarstelling en serieus handhaven noodzakelijke voorwaarden zijn voor succesvolle bestrijding van VGV. Dit dient gecombineerd te worden met voorlichting over VGV, over gezondheid, over de anatomie van het eigen lichaam, over seksualiteit en veilig vrijen. Ook uitleg over de relevante teksten door religieuze leiders kunnen misverstanden over meisjesbesnijdenis als religieuze verplichting wegnemen. De WHO noemt verder mensenrechten, lichamelijke integriteit en de positie van de vrouw. Als laatste propageert de WHO in dit kader verbetering van het opleidingsniveau en de sociale ontwikkeling. Opleiding van vrouwen is een wezenlijk punt in bestrijding van VGV.

Grote betrokkenheid en commitment vanuit mensen zelf is het meest effectief gebleken. Opleggen werkt zelden. Een andere aanbeveling is om te werken met rolmodellen. Naast een nationale en netwerkbenadering (bereikt de meeste mensen) dient een lokale aanpak in de wijk of in een gemeenschap binnen één stad ingezet te worden (bereikt mensen het beste). Een betrokken overheid, die het probleem vanuit één centraal punt of departement aanpakt, is ook essentieel voor succes. Met deze algemene aanbevelingen in het achterhoofd worden in de volgende paragraaf de noodzakelijke maatregelen uitgewerkt.

4.3 Maatregelen gericht op ouders, kinderen en het sociale systeem

Om de ouders, hun kinderen en alle relevante betrokkenen uit hun sociale systeem te bereiken zijn activiteiten op de volgende drie niveaus denkbaar:

- a. algemene voorlichting;
- b. voorlichting gericht op populaties met een verhoogd risico op VGV;
- c. voorlichting gericht op meisjes met verhoogd risico.

Deze worden hierna achtereenvolgens besproken.

A. Algemene voorlichting

Toelichting

Maatregelen in het kader van algemene voorlichting zijn gericht op brede groepen (mensen uit de risicogroepen en alle anderen die mogelijk met VGV in contact komen). Het doel is hen te informeren en hen te waarschuwen. Dat betekent algemene voorlichting over wat VGV is, over het feit dat VGV verboden is, waarom het verboden is en wat de consequenties van overtreding zijn. Maar ook, net als bij kindermishandeling voor iedereen duidelijk is, dat men een verdenking moet melden en waar men dat kan doen. Daarnaast moet informatie beschikbaar zijn over de schadelijke gevolgen van VGV en de mogelijkheden om hulp te krijgen. De maatregelen moeten landelijk of regionaal ingezet worden, door de overheid en landelijk werkende instanties. Concreet kunnen zij dat doen door:

- Foldermateriaal en videomateriaal. De brochures uit Frankrijk, Nieuw-Zeeland en Denemarken zijn goede voorbeelden hiervan. Ook zijn er voorbeelden van videomateriaal uit Frankrijk.
- Aandacht voor VGV in de media; radiostations/uitzendingen speciaal voor bepaalde groepen (radio Ghanetta/ Nederlandse Moslimomroep).
- Artikelen in tijdschriften voor allochtone vrouwen en jongeren over VGV, (maar ook breder) kunnen in dit kader behulpzaam zijn.
- Een website waarop naast brede op integratie gerichte educatie en informatie, ook informatie over seksualiteit, gezondheid en VGV verkrijgbaar is. De mogelijkheid om (medisch) advies te krijgen moet onderdeel zijn van deze site.

Evaluatie huidige situatie en aanbevelingen:

Er zal een grotere inspanning gedaan moeten worden dan tot nu toe om aandacht voor VGV te vragen en te behouden. Hierbij is een belangrijke rol voor de overheid weggelegd. Het Engelse voorbeeld van de Parliamentary Group en de activiteiten van de Franse autoriteiten kunnen hierbij als voorbeeld dienen. Coördinatie vanuit een centraal punt op één departement is het meest effectief, vooral omdat bestrijding van VGV een structurele, goed gecoördineerde, inspanning vergt. Meerjarenbeleid dus.

Daarmee is nu met een kabinetsstandpunt een serieuze start gemaakt.

Wat betreft de middelen kan gesteld worden dat er al veel materiaal is. Diverse landelijk werkende organisaties bieden documentatie materiaal. Het materiaal is echter nog vooral gericht op Somaliërs en moet dus verbreed worden. Het probleem is veel meer dat het ontbreekt aan brede verspreiding en gebruik van dit materiaal. Eind november 2004 is een website voor VGV met adviesfunctie de lucht in gegaan.

B. Voorlichting gericht op populaties met een verhoogd risico op VGV

Toelichting

Naast de hiervoor genoemde bredere voorlichting is het nodig activiteiten te ontwikkelen gericht op populaties met een verhoogd risico op VGV. Daar ligt het voor de hand om de voorlichting te richten tot migranten uit de landen waar VGV geïmplementeerd wordt. Het doel is om ouders, én het gehele sociale systeem om hen heen, te overtuigen af te zien van VGV. Ook hier is het voornaamste dat zij goed geïnformeerd worden over het verbod, de controles, de meldplicht en de gevolgen van overtreding. Dat vergt een intensief en interactief proces van informeren, overtuigen en waarschuwen voor de strikte handhaving van het verbod.

Deze maatregelen moeten regionaal en in de wijk worden ingezet. Belangrijke spelers hierbij zijn de zelforganisaties, opinieleiders uit de gemeenschappen, religieuze leiders, medische professionals, hulpverleners, politie en onderwijzend personeel.

Naarmate programma's selectiever worden, wordt de vraag relevanter hoe de mensen bereikt kunnen worden. Een mogelijkheid is informatiemateriaal en informatie over specifieke activiteiten (o.a. bijeenkomsten) aan te bieden op alle plaatsen waar de doelgroepen komen. Dat kan zijn op consultatiebureaus, bij de jeugdgezondheidszorg op scholen, bij huisartsen, in gezondheidscentra, in buurthuizen en in moskeeën. Bijeenkomsten kunnen aangekondigd worden in lokale winkels en via lokale buurtbladen en media. Onder de titel 'gezondheidsvoorlichting' blijkt dit het meest effectief.

Concreet moeten de volgende acties deel uitmaken van deze vorm van voorlichting:

- Mailings en informatie aan relevante groepen. Het is wellicht mogelijk om via de GBA^s gerichte informatievoorziening te verspreiden over het verbod en over de mogelijkheden om hulp te krijgen. Ook de moskeeën zijn hiervoor logische kanalen.
- Schriftelijke informatie en, zo mogelijk, korte gesprekken op die momenten dat de doelgroep contact heeft met maatschappelijke voorzieningen zoals de jeugdgezondheidszorg 0-19 jaar. Deze voor-

lichting moet ervaren worden als onderdeel van het Nederlandse zorgsysteem en niet als voorlichting door specifiek voor dit doel in het leven geroepen organisaties.

- Bijeenkomsten georganiseerd van uit deze groepen zelf (zelforganisaties) in samenwerking met medische professionals (GG&GD), religieuze leiders en politie. Deze bijeenkomsten moeten zo breed mogelijk aangeboden worden. Bijeenkomsten uitsluitend gericht op de ouders en/of de kinderen zelf zijn doorgaans niet effectief gezien het geringe bereik onder de beoogde populatie. Op deze bijeenkomsten kan naast algemene gezondheidsvoorlichting ook VGV besproken worden. Een goed voorbeeld hoe een proces van breed gedragen verandering kan werken is het zogenoemde Pledge society voorbeeld (zie goede voorbeelden in bijlage 1).
- Via de GG&GD kan bij het halen van vaccinaties voor een reis naar Afrika informatie uitgedeeld worden. Ook het document, zoals verkrijgbaar in Frankrijk, kan daarbij aangeboden worden. Dit wordt effectiever wanneer de vaccinaties voor kinderen voor reizen naar de thuislanden uitsluitend via de GG&GD te krijgen zijn.

Evaluatie van de huidige situatie en aanbevelingen

Er is in de grote steden in Nederland een aantal zelforganisaties bezig met voorlichting over VGV. Deze organisaties richten zich echter nog voornamelijk op de Somalische bevolking. Hun bereik is dus vooral nog beperkt. Daarnaast is er te weinig standaardisatie van de aanpak en het materiaal. Het wiel wordt op veel plaatsen tegelijk uitgevonden. Er is nog te weinig sprake van een integrale benadering. De inzet van derden (artsen, politie, AMK etc.) verdient verbetering. Nederland kent trainingsprogramma's voor opleiding van sleutelfiguren uit de gemeenschappen voor het opzetten van bijeenkomsten en het geven van voorlichting. Een geïntegreerde aanpak in de wijk of in een regio blijkt echter nog vaak moeilijk te realiseren. Coördinatie van activiteiten van alle betrokkenen door een GG&GD is hiervoor essentieel.

Samenvattend betekent dit intensivering en uitbreiding van de voorlichting in wijk en regio en van de activiteiten van de zelforganisaties. Deze organisaties zullen zich op hun beurt toetsbaar moeten opstellen. De GG&GD zou activiteiten van zelforganisaties kunnen inkopen. Verder moeten ook alle andere hiervoor genoemde instanties hun betrokkenheid vergroten. Het gaat dan vooral over de gemeente, de GG&GD, de JGZ en de politie. Logische coördinatie ligt bij de gemeente/de deelraad.

C. Voorlichting gericht op meisjes met verhoogd risico

Toelichting

Er zijn meisjes die een hoog risico lopen om besneden te worden. Het is noodzakelijk extra alert te zijn bij deze gezinnen en de begeleiding voor deze gezinnen te intensiveren. Het grootste probleem dat zich hierbij aan-

dient is vast te stellen wie deze meisjes zijn en hoe ze te bereiken zijn. Daarvoor is het noodzakelijk vast te stellen wat de risicokenmerken zijn. Behalve algemene kenmerken zoals ‘afkomstig uit een land waar VGV gepraktiseerd wordt’ en ‘in de leeftijd van 3-12 jaar’, kunnen risicokenmerken bijvoorbeeld zijn:

- a. meisjes geboren uit een besneden moeder;
- b. meisjes uit een gezin met oudere dochters die in het thuisland besneden zijn;
- c. meisjes uit een gezin met veel familie in Nederland;
- d. meisjes uit een gezin dat nog niet of slecht geïntegreerd is (taal, sociale contacten, werkloosheid);
- e. meisjes uit een gezin dat regelmatig terugkeert naar het land van herkomst.

Het achterhalen van deze meisjes kan via de informatieoverdracht na de bevalling door de verloskundige of de gynaecoloog aan het consultatiebureau. Een ander deel kan in de anamnese van de CB- en de jeugdarts achterhaald worden. De school kan informatie verstrekken aan de JGZ over c., d. en e.

Deze gezinnen vragen een actieve en geïndividualiseerde benadering. Om hen te identificeren en te volgen kan een doorlopend dossier van de verloskundige via CB en GG&GD vanaf geboorte tot 19 jaar nuttig zijn. De volgende maatregelen moeten ingezet worden:

- Het aanbieden van extra gesprekken op het consultatiebureau.
- Gerichte bezoeken aan huis door de zelforganisaties en GG&GD zijn te overwegen.
- Informatie over het verbod en de hulpverlening, het aanbieden van steun bij het weerstaan van de sociale druk (bijvoorbeeld buddy vanuit de gemeenschap) is wellicht ook te overwegen.
- Het instellen van de ‘bruggenbouwers’ (bijlage 1) zoals Frankrijk deze in een aantal Afrikaanse landen heeft uitgezet kan in dit kader ook overwogen worden.
- Maar het gaat vooral om integratie en het verbeteren van de (sociale) situatie en de vooruitzichten voor deze gezinnen. Daarbij speelt de gemeente een rol.

Evaluatie huidige situatie en aanbevelingen

Zoals Van der Kwaak et al. signaleren is er nog onvoldoende structurele aandacht voor en zijn er nog onvoldoende werkafspraken over VGV bij artsen. Datzelfde geldt voor andere betrokken professionals en hulpverleners. Vooral zij zullen in staat moeten zijn risicosituaties/gezinnen te herkennen en actief preventieve maatregelen te treffen. De noodzakelijke maatregelen om de deskundigheid van deze mensen te vergroten komen in paragraaf 4.4 aan de orde.

Signaleren complicaties

Toelichting

Het signaleren van complicaties is erop gericht de (late) complicaties van VGV tijdig te herkennen en te behandelen. De activiteiten zijn gericht op adolescente meisjes en vrouwen met kinderwens of zwangeren. Zij weten niet altijd dat hun klachten (lichamelijk of psychisch) veroorzaakt kunnen worden door de besnijdenis. Deze meisjes en vrouwen worden bereikt deels via hiervoor genoemde maatregelen en deels via de reguliere gezondheidszorg door huisartsen, kinderartsen, gynaecologen en verloskundigen.

Evaluatie huidige situatie en aanbevelingen

Het belangrijkste voor deze vorm van preventie is verbetering van de deskundigheid van de betrokken medische professionals. Dit wordt verder uitgewerkt in paragraaf 4.4

4.4 Maatregelen gericht op medische professionals en andere betrokkenen

Voor effectieve preventie zijn goed geïnformeerde en getrainde mensen nodig. Het gaat om artsen en verpleegkundigen, mensen uit het hulpverleningscircuit (AMK-medewerkers), de politie,⁹ onderwijzers en de imams en andere sleutelfiguren binnen de gemeenschappen. Het OM dient op de hoogte te zijn van het verschijnsel VGV en dient de politie support te geven bij de eventuele opsporing ervan. Maar ook beleidsmakers dienen kennis te hebben van VGV. Zij moeten vooral goed op de hoogte zijn van effectieve preventieprogramma's en de 'do's en don'ts' daarbij. In bijlage 2 wordt een overzicht gegeven van de noodzakelijke activiteiten per groep.

4.5 Conclusie en aanbevelingen ten aanzien van aanpak

De WHO stelt dat een nationale en netwerkbenadering gecombineerd met een gerichte lokale benadering het meest effectief is. Het gaat om strafbaarstelling en handhaving gecombineerd met voorlichting. Centraal vervaardigd voorlichtingsmateriaal, een speciaal op VGV gerichte website, intensivering van de activiteiten van de zelforganisaties en verbetering van de deskundigheid van alle betrokkenen in en buiten de gezondheidszorg zijn cruciaal voor succes. Een integrale aanpak dus. Ook het aanpakken van de sociale druk in internationaal verband is zinvol. Dit alles leidt tot de volgende aanbevelingen:

Een sterk landelijk coördinatie- en communicatiecentrum

Uit vrijwel alle buitenlandse voorbeelden blijkt dat één sterk coördinatiecentrum direct verbonden met de nationale overheid cruciaal is voor een succesvolle aanpak. Het biedt partijen één loket voor kennis en ondersteuning en voorkomt versnippering van middelen. Welke functies moet dit centrum vervullen? Ten eerste dient dit centrum een kennisfunctie te

hebben. Het centrum verzorgt de landelijke voorlichting en voorziet alle betrokken partijen (van zelforganisaties¹⁰ tot en met artsen, het openbaar ministerie en beleidsmakers) van de gewenste informatie en kennis. Ten tweede ondersteunt het centrum de regionale initiatieven met kennis, maar mogelijk ook met financiële middelen. Op die manier wordt ook de toetsing van de effectiviteit van de inzet van deze middelen gewaarborgd. In het kader van zijn kennisfunctie volgt dit centrum de internationale ontwikkelingen.

Door centralisatie van de kennisfunctie gecombineerd met de hierna beschreven regionale aanpak wordt de huidige versnippering van kennis en activiteiten ondervangen.

De hiervoor beschreven aanpak vergt meerjarenbeleid. Er is al veel, het gaat erom de inspanningen een structureel karakter te geven.

Gerichte inspanningen

Uit het Franse voorbeeld blijkt dat één zeer actieve regio een grote spin off kan hebben voor de rest van het land. Dit zou ervoor pleiten om één of twee pilotregio's in te richten. Dit biedt de mogelijkheid om te komen tot een integrale brede aanpak van het probleem bij alle relevante culturele groepen. Daar kan ervaring opgedaan worden met kennis- en vaardighedenontwikkeling en met de ontwikkeling van een coherente aanpak met inzet van de GG&GD, JGZ, gynaecologen, verloskundigen, huisartsen en zelforganisaties, AMK en politie. Wat betreft de politie kunnen de activiteiten wellicht meelopen met de pilot 'eerwraak' die recent in de regio Den Haag gestart is. Een regiobenadering biedt ook de mogelijkheid aan te tonen of de maatregelen effectief zijn en welke kosten er mee gemoeid zijn. Eventuele ongewenste neveneffecten worden snel zichtbaar en kunnen makkelijker ondervangen worden. Ook kan op deze wijze beter met een registratiesysteem geëxperimenteerd worden. De inzet van zelforganisaties is cruciaal voor een effectieve aanpak. De GGD moet de diensten van zelforganisaties inkopen. Daarmee wordt het probleem van de vrijwilligheid en de vrijblijvendheid van de inspanning ondervangen en kunnen eisen aan kwaliteit en resultaten gesteld worden. Een polikliniek voor vrouwen gezondheidszorg conform het Engelse voorbeeld kan onderdeel zijn van een dergelijke aanpak. Op termijn kunnen de opgedane kennis en het materiaal verspreid worden naar andere regio's.

Pak de sociale druk uit de thuislanden aan

Op internationaal niveau kan het ministerie van Ontwikkelingssamenwerking in zijn contacten met de landen in kwestie hameren op instellen van een verbod op VGV. In aanvulling daarop zou ondersteuning van projecten als TOSTAN in Senegal de voorkeur moeten krijgen. Maar er is in dit kader ook een aantal directe maatregelen naar Frans voorbeeld mogelijk ('bruggenbouwers' en de eerder genoemde documenten). Het

uitsluitend via de GG&GD beschikbaar stellen van vaccinaties is een makkelijk in te stellen maatregel.

Bijlage 1

Notitie voorlichting en deskundigheid

Best practices

Algemeen

Vrijwel alle documenten die strategieën voor bestrijding van VGV bespreken geven aan dat een geïntegreerde multidisciplinaire aanpak het meest effectief is. Een benadering waarbij zowel voorlichting over de culturele, als over religieuze en gezondheidsaspecten wordt gegeven, gecombineerd met wetgeving (verbod en strafbaarstelling) en met een zeer actieve rol van de nationale overheid en de politiek is het meest succesvol. Directe communicatie met de betrokken mannen en vrouwen, ingezet door opinielers binnen de gemeenschappen zelf, is hierbij cruciaal.

In veel documenten wordt het ontbreken van data over de omvang van de problematiek als een groot probleem genoemd. Er zijn dan ook weinig kwantitatieve gegevens over de effecten van de campagnes. In de Europese landen wordt vooral de noodzaak van kennis bij zorgverleners als belangrijk punt genoemd. In het bijzonder in Zweden heeft de overheid zich ingespannen om dit punt aan te pakken.

In haar artikel 'Female genital mutilation: Have we made progress?' (Int. J. of Gynaecology and Obstetrics, april 2003) evalueert Nahid Toubia het effect van twintig jaar beleid ter bestrijding van VGV. Zij bespreekt de belangrijkste strategieën en geeft aan dat de Health risk approach en de Religious motivators approach meestal meer een verschuiving naar besnijdenis door medische professionals teweegbrengen dan een stoppen van de praktijk. Ook het aanpakken van de uitvoerders van besnijdenissen is zeer beperkt effectief. De enige aanpak, die een langdurige verandering kan bewerkstelligen, is een integrale benadering. In een dergelijk aanpak wordt aandacht besteed aan gezondheid en religie maar vooral ook aan sociale verandering, onderwijs, economische ontwikkeling en emancipatie. Dit is een langdurig proces. Een afname van 10% incidentie in vijf jaar kan getypeerd worden als een succes (Egypte).

Senegal

In Senegal heeft het zogenoemde TOSTAN-project veel succes en navolging gehad. In dit traject is vanuit één dorpsgemeenschap een proces van verandering ingezet (village empowerment). De aanpak is gebaseerd op algemene ontwikkeling van de bewoners. De bewoners krijgen educatie over democratie, mensenrechten- en gezondheidsvoorlichting, en ze leren lezen en schrijven. Vrouwenemancipatie maakt ook deel uit van deze benadering. Het dorp bepaalt zelf welke projecten het wil starten. Vanuit elk dorp worden andere dorpen benaderd in een soort keten. Deze aan-

pak heeft ertoe geleid dat VGV in Senegal vrijwel niet meer voorkomt. In 2003 hebben 606 afgevaardigden van 202 dorpen in een grote bijeenkomst verklaard dat zij afzien van VGV. Inmiddels is vanuit dit aanvankelijk individuele initiatief een NGO gegroeid die actief is in geheel West-Afrika. De TOSTAN-benadering is in 2003 door de WHO gekozen tot 'best practice' voorbeeld.

Burkina Faso

In Burkina Faso is in 1989 een voorlichtingscampagne door de overheid opgezet onder de titel National de Lutte Contre la Pratique de L'Excision. De campagne is in 2001 effectief van start gegaan en behelst een landelijke voorlichtingscampagne over de gevaren van VGV. De campagne wordt uitgevoerd door werkers in de gezondheidszorg, geestelijk leiders (zowel islamitische als christelijke), onderwijzers en gewone burgers. Het programma omvat enerzijds conventionele methoden, zoals verspreiding van informatiefolders en organisatie van voorlichtingsbijeenkomsten. Anderzijds maken ook minder gebruikelijke evenementen als toneelstukken, sketches en musicals deel uit van het programma. Tevens is de beschikbaarheid van medische voorzieningen in de dorpen vergroot. Een groot probleem is het aanzienlijke analfabetisme in dit land. Het programma heeft in 2001 de prevalentie van VGV gereduceerd van 70% naar 66%. Dat is op zichzelf geen overweldigend resultaat, maar toch niet onaanzienlijk gezien de zeer conservatieve attitude van de bevolking en de zeer beperkte middelen. Het EU-platform 'Stopfgm' noemt dit programma als best practice overheidsbeleid.

Frankrijk

In Frankrijk is er veel aandacht voor VGV. Dit geldt niet alleen voor de handhaving van de wet, maar ook voor voorlichting en deskundigheidsbevordering. Hierna volgt een korte beschrijving.

Vanuit de regio Ile-de-France, waar veel mensen wonen die afkomstig zijn uit de landen waar besnijdenis voorkomt, heeft een zeer actieve lokale commissie sterke invloed uitgeoefend op het nationale beleid in Frankrijk. Ten eerste heeft deze commissie uitgebreid foldermateriaal opgesteld voor hulpverleners, maar ook voor de betrokken bevolkingsgroepen. Deze folders zijn zelfs voor mensen die niet kunnen lezen toegankelijk. Het materiaal bevat duidelijke plaatjes en is dus voor iedereen toegankelijk. Doel van de folder is het voorkomen van VGV door mensen te informeren over het verbod en de gevolgen (gevangenisstraf). De folder dient ook als materiaal voor het personeel van de PMI (Protection Maternelle et Infantile) en wordt verspreid op verblijfsplaatsen van de Afrikaanse bevolking. Het kan zelfs door ouders gebruikt worden als middel om de sociale druk van familie te weerstaan. De folder verscheen in 1994 en heeft een enorme impact gehad. Dit kan afgeleid worden uit het feit dat er drie of vier herdrukken zijn verschenen. In de jaren daarna zijn er herhaaldelijk

herziene herdrukken verschenen. Een tweede voorbeeld van de invloed van de commissie van Ile-de-France is hun preventiecampagne. Deze is overgenomen door het ministerie van Sociale zaken en opgelegd aan de zes meest betrokken 'départements' als actieve preventierichtlijn (1994).

Maar niet alleen de regio Ile-de-France is actief. Ook de nationale overheid spant zich in. Zo stelt zij ouders die naar Afrika vertrekken verantwoordelijk voor het voorkomen van besnijdenis. Om hen te ondersteunen geeft de overheid een certificaat met 'belangwekkende stempels' uit. Ouders kunnen dit opvragen. Het certificaat is het bewijs dat het kind niet besneden is en ook niet besneden zal/mag worden. Ook vermeldt dit document dat ouders de gevangenis in gaan als het kind wel besneden wordt. Op die manier kunnen ouders zich weren tegen de sociale druk in het thuisland. Deze informatie is ook op audiocassette beschikbaar. Het secretariaat zal nog nagaan hoe effectief dit is.

Samenvattend heeft één zeer actieve regio een enorme landelijke impact gehad en heeft de Franse overheid, naast juridische maatregelen, een uitgebreid communicatietraject ingezet om VGV te bestrijden.

De hiervoor genoemde PMI-bureaus vervullen een belangrijke functie op het gebied van voorlichting (en controle). De PMI's controleren zwangeren en kinderen tot 6 jaar. Ook de verplichte vaccinaties zijn uitsluitend hier verkrijgbaar en zijn gratis. De kwaliteit van de artsen is goed en vrouwen komen graag. De PMI-richtlijnen zijn zeer duidelijk en verstrekkend. Artsen moeten informatie geven over de medische en juridische consequenties (meldplicht en gevangenisstraf) van VGV. De Académie Nationale de Médecine beveelt artsen aan om de geslachtsdelen bij ieder meisje te controleren en de bevindingen in het dossier vast te leggen. Ook bij de geboorte gebeurt dit. Als ouders komen voor vaccinaties voor een reis naar Afrika moeten zij garanderen dat zij hun kind niet laten besnijden. De arts controleert het kind voor vertrek.

De PMI kent overigens ook een uitgebreide richtlijn voor melding. Opvallend is dat, ondanks het feit dat de PMI in het verleden besnijdenissen heeft gemeld, de mensen de bureaus blijven bezoeken. Dat deze aanpak effect heeft blijkt uit de cijfers. Het PMI in Seine-Saint Denis meldde in 1985 dat 60% van de meisjes besneden was, in 2000 zijn geen besneden meisjes meer aangetroffen. Na het zesde levensjaar van het kind stoppen de controles van de PMI en verslapt de aandacht. Het is onduidelijk welk effect dit heeft.

De Académie Nationale de Médecine heeft in haar congres op 10 juni vorig jaar hernieuwd aandacht gevraagd voor het onderwerp en een aantal acties ondernomen. Deze betroffen vooral interactie tussen alle betrokken instanties om goed van elkaar te weten wat ieders rol is. Concluderend is

continue aandacht voor het onderwerp bij alle partijen de sleutel tot effect.

Engeland

Engeland kent de African Well Woman Clinic at Guy's and St. Thomas Hospitals in Londen. Dit centrum is opgezet door een verloskundige en een gynaecologe in 1997. Het centrum biedt een volledig pakket aan voorlichting (preventie) en hulpverlening aan vrouwen die klachten hebben als gevolg van VGV. Naast algemene voorlichting over gezondheid en seksualiteit, biedt het centrum hersteloperaties, psychologische hulp en counseling bij de zwangerschap. Het centrum fungeert als kenniscentrum en vervult een tweedelijnsfunctie voor huisartsen, verloskundigen en andere hulpverleners. De medewerksters van het centrum zijn speciaal getraind in het omgaan met VGV en met mensen uit de culturen waar VGV gepraktiseerd wordt. Het centrum biedt overigens ook juridische ondersteuning aan deze vrouwen.

In het eerste jaar bezochten 116 vrouwen de kliniek. In het Br. J. Obstet Gynaecol werd in februari 2001 een artikel gepubliceerd over verwijzers, de vragen en de klachten waarmee de vrouwen de kliniek bezochten. De belangrijkste redenen voor een bezoek aan de kliniek waren recidiverende blaasontstekingen, pijn bij geslachtsgemeenschap, menstruatiepijn, en onvruchtbaarheid. De meeste vrouwen meldden zich aan omdat zij zwanger waren of omdat zij een hersteloperatie wilden laten verrichten. De schrijvers van het artikel concluderen dat er veel behoefte is aan een dergelijk centrum zowel bij verwijzers als bij de vrouwen zelf en dat concentratie van de zorg voor deze vrouwen het mogelijk maakt wetenschappelijk onderzoek te doen en zodoende kennis te vergaren.

Ook de Engelse overheid is erg actief in de bestrijding van VGV. Zo is in 1995 een 'All Party Parliamentary Group on Population, Development and Reproductive Health' opgericht. Deze parlementaire groep houdt jaarlijks bijeenkomsten over VGV en volgt de voortgang van het beleid op dit gebied. De groep evalueert het beleid door bijvoorbeeld vragenlijsten te versturen aan diverse instanties over kennis van VGV en door deskundigen te horen. Op basis van deze activiteiten doet de groep aanbevelingen aan de overheid voor nieuw beleid of voor intensivering van bestaand beleid. De aanbevelingen richten zich op wetgeving, deskundigheidsbevordering, zelforganisaties, gezondheidszorg, onderzoek en ontwikkelingssamenwerking.

Zweden

In het kader van het EC Daphne-project heeft Zweden een overzicht uitgegeven van de effecten van de activiteiten ter bestrijding van VGV in de afgelopen tien jaar (S. Johnsdotter). Het actieprogramma bestond uit een aantal onderdelen.

In 1993 is de Swedish Board of Health and Welfare gestart met een uitgebreid voorlichtingsprogramma voor politie, onderwijzers, medische en andere professionals. Het programma richtte zich op voorlichting over het bespreken van het onderwerp, de medische complicaties en richtlijnen voor handelen bij verdenking. In de daaropvolgende jaren is dit initiatief voortgezet en verder uitgebreid door de Board en het ministerie van Health and Social Affairs (respectievelijke investeringen 2,7 miljoen en 34 miljoen kroon). In veel steden zijn samenwerkingsverbanden gestart en er is een grote publiekscampagne gevoerd. Onderdeel van deze campagne was een schokkende documentaire.

Johnsdotter heeft de effecten van dit beleid in kaart gebracht. De onderzoekers noemen zestien voorbeelden waarbij een directe verdenking gemeld werd na 1999. Tevens zijn vijftien meldingen van geruchten gedaan. Hoewel deze geen van alle voor de rechter zijn verschenen, concluderen de onderzoekers dat deze zaken het resultaat zijn van een zeer alert systeem en van professionals die bereid zijn te melden (Zweden kent meldrecht). Uit interviews blijkt dat vrijwel alle professionals kennis hebben van VGV en ook aangeven te melden als ze het tegenkomen. Zweden kent overigens meldplicht en sinds 1982 een specifieke strafbaarstelling. Dit geldt eveneens voor het onderwijzend personeel, andere hulpverleners en ook gewone burgers. Artsen geven aan dat zij zelden meer een patiënt krijgen die niet weet dat VGV verboden is.

Concluderend kan gesteld worden dat continue aandacht, goede en frequente communicatie en duidelijke richtlijnen zeer effectief zijn.

Denemarken

Reeds in 1999 heeft de Deense overheid een boekje uitgebracht dat sterk lijkt op de folder van de Franse autoriteiten. Er staat voor iedereen (mensen afkomstig uit culturen die besnijdenis uitvoeren, professionals, hulpverleners, onderwijzers) informatie in en is goed toegankelijk. Ook Nieuw-Zeeland heeft een zeer goede folder.

Goede voorbeelden andere delicten

In zijn notitie *Het bestrijden van kindermishandeling: welke aanpak werkt?* concludeert Jo Hermanns het volgende:

'Dat door preventieprogramma's een aanzienlijke vermindering van kindermishandeling kan plaatsvinden is inmiddels voldoende aangetoond (bijvoorbeeld Reynolds & Robertson, 2003 en Eckenrode et al., 2000). Door onder andere home visiting-programma's en een samenwerking tussen onderwijs en ouders blijkt een vermindering van tientallen procenten van de kindermishandeling gerealiseerd te kunnen worden.

Dat een gerichte aanpak ook op nationaal niveau effectief kan zijn, wordt

gesuggereerd door de sterke afname van 30 procent tot bijna 50 procent van gevallen van seksueel misbruik van kinderen in een aantal landen dat geïnvesteerd heeft in bewustzijns campagnes, wetgeving, weerbaarheidsprogramma's, preventie en behandeling op het terrein van seksueel misbruik. In landen als Canada, de USA, Australië en Ierland blijkt seksueel misbruik sinds 1990 sterk te zijn gedaald (Jones & Finckelhor, 2003). Dit blijkt zowel uit een afname van het aantal meldingen als uit een afname van de zelfrapportage van seksueel misbruik door zowel meisjes als jongens in omvangrijke populatiestudies en longitudinale jeugdmonitoren. Hoewel dergelijke maatschappelijke ontwikkelingen nooit waterdicht kunnen worden gekoppeld aan genomen maatregelen, wordt door deskundigen aangenomen dat hier wel degelijk oorzaak-gevolg relaties meespelen.

In Nederland is een dergelijke afname niet waargenomen. Het aantal meldingen van seksueel misbruik stijgt in Nederland sinds er geregistreerd wordt (1996) nog steeds. Cijfers gebaseerd op populatieonderzoek of jeugdmonitoren ontbreken helaas.'

Bijlage 2

Notitie voorlichting en deskundigheid

Maatregelen ter verbetering deskundigheid van medische professionals en andere hulpverleners

| Wie krijgt de voorlichting | Doel informatie | Welke boodschap | Wie geeft voorlichting | Welk kanaal | Huidige situatie | Voorgestelde maatregelen |
|--------------------------------|---|---|--|---------------------------------------|--|--|
| JGZ-artsen | 1. Verbeteren melding | 1. Wat is VGV? | Deskundigen binnen de beroepsgroep | Nascholing (met punten) | Weinig en ongestructureerd: | Postacademisch onderwijs verbeteren in gebieden met concentraties van mensen uit relevante Afrikaanse landen |
| JGZ-verpleegkundigen | 2. Verbeteren voorlichting aan ouders en kinderen (kennis en communicatieve vaardigheden) | 2. Wat zijn de risico factoren? | AMK deskundigen | Folder/instructie materiaal | - Postacademisch onderwijs niet aanwezig | |
| Huisartsen | | 3. Hoe maak ik het bespreekbaar? | Politie | Elektronisch of telefonisch steunpunt | - Niet opgenomen in basisopleidingen, noch vervolopleidingen | |
| Kinderartsen | 3. Verbeteren signalering complicaties | 4. Welke fysieke presentaties kent VGV? | Zelforganisaties en ervaringsdeskundigen | | | |
| MOA-verpleegkundigen en artsen | | 5. Welke complicaties zijn er? | Voorlichters kennisorganisaties | | | |
| | | 6. Wat betekent het verbod? | | | | |
| | | 7. Wat te doen bij verdenking? | | | | |

| Wie krijgt de voorlichting | Doel informatie | Welke boodschap | Wie geeft voorlichting | Welk kanaal | Huidige situatie | Voorgestelde maatregelen |
|--------------------------------|--|--|--|--|---|---|
| Gynaecologen Verloskundigen | <ol style="list-style-type: none"> 1. Verbeteren hulpverlening bij subfertiliteit, zwangerschap en partus 2. Verbeteren signalering complicaties 3. Verbeteren voorlichting aan ouders 4. Verbeteren melding (incidenteel) | <ol style="list-style-type: none"> 1. Wát is VGV? 2. Hoe maak ik het bespreekbaar? 3. Welke fysieke presentaties kent VGV? 4. Wát te doen bij partus? 5. Welke complicaties zijn er? 6. Wát betekent het verbod? 7. Wát te doen bij verdenking? | <p>Deskundigen binnen de beroepsgroep</p> <p>Zelforganisaties en ervaringsdeskundigen</p> <p>Voorlichters kennisorganisaties</p> | <p>Nascholing (met punten)</p> <p>Folder/instructie materiaal</p> <p>Elektronisch of telefonisch steunpunt</p> | <p>Weinig en ongestructureerd:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Postacademisch onderwijs niet aanwezig - Niet opgenomen in basisopleidingen, noch vervolgopleiding. | <p>Postacademisch onderwijs verbeteren in gebieden met concentraties van mensen uit relevante Afrikaanse landen</p> |

| Wie krijgt de voorlichting | Doel informatie | Welke boodschap | Wie geeft voorlichting | Welk kanaal | Huidige situatie | Voorgestelde maatregelen |
|----------------------------|---|---|--|---|--|--|
| AMK | <ol style="list-style-type: none"> 1. Verbeteren signaleren en melden (effectiviteit follow up meldingen door derden) 2. Verbeteren voorlichting en advies- en consultfunctie | <ol style="list-style-type: none"> 1. Wat is VGV? 2. Hoe maak ik het bespreekbaar? 3. Welke fysieke presentaties kent VGV? 4. Wat te doen bij verdenking? | <p>Deskundigen binnen de AMK's</p> <p>Deskundige artsen</p> <p>Medisch antropologen</p> <p>Zelforganisaties en ervaringsdeskundigen</p> <p>Voorlichters kennisorganisaties</p> | <p>Gerichte nascholing</p> <p>Opnemen in protocollen en methodiek AMK</p> <p>Kennis vanuit centraal steunpunt beschikbaar stellen</p> | <p>Wel aanwezig maar nog niet specialistisch genoeg.</p> <p>Te weinig ervaring in de praktijk.</p> | <p>Vanuit centraalpunt ontwikkelen en verspreiden kennis</p> <p>Eventueel oproepbare deskundigen instellen</p> |

| Wie krijgt de voorlichting | Doel informatie | Welke boodschap | Wie geeft voorlichting | Welk kanaal | Huidige situatie | Voorgestelde maatregelen |
|----------------------------|--|--|---|-------------------------------------|---|--------------------------|
| Onderwijzend personeel | <ol style="list-style-type: none"> 1. Verbeteren signaleren en melden 2. Verbeteren voorlichtingsfunctie | <ol style="list-style-type: none"> 1. Wat is VGV? 2. Hoe maak ik het bespreekbaar? 3. Welke gedragsveranderingen kan het kind vertonen bij VGV? 4. Wat zijn de signalen van een ophanden zijnde besnijdenis? 5. Wat te doen bij verdenking? | <p>Artsen AMK deskundigen</p> <p>Voorlichters kennisorganisaties Zelforganisaties en Ervaringsdeskundigen</p> | <p>Nascholing Thema avonden</p> | <p>Nog maar zeer beperkt aanwezig.</p> <p>Er zijn ook geen activiteiten van OC&W op dit gebied.</p> | |

| Wie krijgt de voorlichting | Doel informatie | Welke boodschap | Wie geeft voorlichting | Welk kanaal | Huidige situatie | Voorgestelde maatregelen |
|----------------------------|--|--|--|---|---|--|
| Politie | <ol style="list-style-type: none"> 1. Verbeteren signaleren en melden 2. Verbeteren voorlichtingsfunctie | <ol style="list-style-type: none"> 1. Wat is VGV? 2. Hoe maak ik het bespreekbaar? 3. Wat te doen bij verdenking? 4. Wat zijn de signalen van een ophanden zijnde besnijdenis? | <p>Artsen</p> <p>AMK deskundigen</p> <p>Deskundigen uit politie</p> <p>Zelforganisaties en ervaringsdeskundigen</p> <p>Voorlichters kennisorganisaties</p> | <p>Nascholing alleen in concentratiegebieden</p> <p>Kennis vanuit steunpunt beschikbaar stellen</p> | <p>Beperkt aanwezige kennis</p> | <p>Inmiddels is er een centraal meld en steunpunt voor cultuur gerelateerd geweld.</p> <p>Activiteiten daar onderbrengen</p> |
| Het openbaar ministerie | <ol style="list-style-type: none"> 1. Verbeteren kennis over VGV en de te volgen procedures | <ol style="list-style-type: none"> 1. Wat is VGV inclusief signaleren en herkennen van een op handen zijnde VGV 2. Waarom vervolgen en op grond waarvan 3. Rol politieartsen bij verdenking | <p>Arts</p> <p>Zedenofficier</p> <p>Deskundigen op het gebied van interculturele studies/ specialist VGV</p> | <p>Eigen opleidingsinstituut rechtsovereenkomstelijke macht (SSR)</p> | <p>Matige kennis van wenselijkheid vervolging en wijze waarop</p> | <p>VGV onderbrengen in zedenportefeuille</p> |

| Wie krijgt de voorlichting | Doel informatie | Welke boodschap | Wie geeft voorlichting | Welk kanaal | Huidige situatie | Voorgestelde maatregelen |
|----------------------------|---|---|--|--|---|--|
| Religieuze leiders | <ol style="list-style-type: none"> 1. Verbeteren voorlichting over het standpunt van de koran over VGV 2. Verbeteren van hun rol in de communicatie van het verbod. | <ol style="list-style-type: none"> 1. Wát is VGV (veel Somalische meisjes gaan naar Arabische koran-scholen). 2. Welke informatie moet ik aan wie geven? 3. Wát te doen bij verdenking van een (ophanden zijnde) besnijdenis en wat zijn daarvan de symptomen. | <p>Religieuze leiders¹⁾ uit de betrokken gemeenschappen (met de juiste overtuiging uiteraard)</p> <p>Deskundigen op het gebied van voorlichting over VGV</p> <p>Politie</p> <p>Zelforganisaties en ervaringsdeskundigen</p> | Opleidingen van de Islamitische universiteiten | Dubbelhartige houding verdeelde opinies | Er zijn wel leiders die hun taak in deze naar behoren vervullen echter veelvuldig nog wel gepleit voor de lichte vorm van besnijdenis. |

| Wie krijgt de voorlichting | Doel informatie | Welke boodschap | Wie geeft voorlichting | Welk kanaal | Huidige situatie | Voorgestelde maatregelen |
|----------------------------|--|--|---|--|---|---------------------------------------|
| Zelforganisaties | <ol style="list-style-type: none"> 1. Verbeteren van de kennis en vaardigheden van bestaande voorlichters 2. Trainen van nieuwe voorlichters | <ol style="list-style-type: none"> 1. Hoe moeten effectieve voorlichtingsbijeenkomsten gehouden worden? 2. Welke onderwerpen moeten besproken worden en in welke volgorde? | <p>Bestaande trainers en ervaringsdeskundigen.</p> <p>Reeds deskundige artsen en politiefunctionarissen</p> | <p>Landelijk kenniscentrum</p> <p>Vanuit de lopende lokale initiatieven.</p> <p>Ervaringsdeskundigen en opinieliders uit de groepen.</p> <p>Medisch antropologen</p> | <p>Er zijn wel organisaties voor de Somalische gemeenschap echter niet voor andere bevolkingsgroepen.</p> | <p>Verbreden naar andere groepen.</p> |

Bijlage 3

Notitie voorlichting en deskundigheidsbevordering

De duivelse praktijk genaamd meisjesbesnijdenis

Een bijdrage aan het congres: de islamitische visie op de besnijdenis bij meisjes, 20 december 2003, Islamitische Universiteit Rotterdam, Bergsingel 135.

‘Seks is een van de meest wonderbaarlijkste mysteries van onze natuur. Met zijn zelfverzekerde lichaamskracht is de arrogante man geneigd de uiterst belangrijke rol die de vrouw, zowel in zijn eigen bestaan als in al zijn sociale relaties speelt, te vergeten. De moeder die hem droeg verdient zijn ontzag. De vrouw waarmee en waardoor hij een ouderpaar kan vormen, verdient zijn diepe respect. Seks, dat in zo’n hoge mate ons fysieke leven bepaalt en zoveel invloed uitoefent op onze emotionele aard en hogere gevoelens, is niet iets om angst voor te koesteren of louter om ons mee te vermaken, maar verdient onze eerbied, in de beste betekenis van dat woord.’

Deze woorden lijken op de tekst uit een ouderwets voorlichtingsboek over seksualiteit, maar is het commentaar van Yusuf Ali bij zijn koranvertaling van het laatste deel van vers 1 van soera 4: *‘...en betoon respect voor de baarmoeders die u droegen, want Allah is Bewaker over u.’*

Man en vrouw worden in veel verzen van de koran voorgesteld als twee delen die één geheel zouden moeten vormen. De koran behandelt het vrouwelijke en het mannelijke als twee kosmische beginselen die de verhoudingen binnen het universum mede bepalen, en gaat ervan uit dat God zelf de balans van de twee geslachten in evenwicht houdt: Allah geeft dochters aan wie Hij wil en zoons aan wie Hij wil; en bekritiseert sterk de mannen wier gezichten verduisteren en vol wrok zitten wanneer zij het bericht krijgen dat hun vrouw een dochter heeft gekregen: En zij schrijven dochters toe aan Allah en aan zichzelf wat zij het liefst hebben (namelijk zonen). En wanneer aan één van hen de geboorte van een meisje wordt gemeld, betreft zijn gezicht en is hij woedend... De preoccupatie met zonen is dus van de mens, niet van de islam. Man en vrouw worden in de koran gezien als complementair; zij vullen elkaar bij wijze van spreken aan volgens twee programma’s die nooit spiegelbeeld van elkaar zijn. Een goede seksuele relatie binnen het huwelijk, wordt aangemoedigd, maar dient te worden voorafgegaan door een ‘vrome daad’. Dit heeft onder andere als betekenis dat een spirituele band tussen man en vrouw voorafgaat aan een seksuele band, ‘als ze geestelijk klikken, klikt het vaak ook lichamelijk.’

Het vers: 'Uw vrouwen zijn een akker voor u, komt daarom tot uw akker zoals u wenst...' (2:223), heeft aanleiding gegeven tot veel beschouwingen. In eerste instantie wordt de nadruk gelegd op de functie van de akker als plaats waar wordt gezaaid en geoogst. Uit de frase: '...komt daarom tot uw akker zoals u wenst', is gelukkig niet alleen afgeleid dat mannen hun vrouwen kunnen dwingen tot geslachtsverkeer op elk moment dat het hen behaagt, maar juist dat het tijdstip gunstig dient te zijn voor beide partijen. Ook bestaat de opvatting dat dit vers een aanwijzing bevat voor verschillende houdingen tijdens de vrijage.

De behoefte aan intimiteit en opgaan in elkaar wordt door de koran erkend en het huwelijksleven wordt omschreven als: '...opdat u rust zal vinden bij elkaar heeft Hij (God) liefde en tederheid tussen u doen ontstaan' (30:21). En: 'Het is u veroorloofd in de nacht van de vasten tot uw vrouwen in te gaan. Zij zijn een gewaad voor u en u bent een gewaad voor hen...' (2:187). De profeet heeft zelf uitleg gegeven over de in de koran genoemde tederheid: 'Werpt u niet als een dier op uw vrouw als een van u gemeenschap wil hebben, maar laat er tussen u beiden een afgezant zijn.' Hierop werd hem gevraagd: 'Wat bedoelt u met die afgezant, o boodschapper van Allah?' Hij antwoordde: 'Een kus en woorden die haar in de juiste stemming brengen.'

Het wordt dus als een taak van de man beschouwd hieraan aandacht te besteden en het zijn de mensen die geacht worden een religie of cultuur te vertegenwoordigen, die daar allemaal op hun eigen manier mee omgaan. Ondanks het beeld dat bepaalde verzen van de koran oproepen, lijkt het een feit dat de ontwikkeling van de moslimvrouw en zelfs de beleving van zowel haar vrouwelijke seksualiteit als spiritualiteit in veel moslimmaatschappijen aan restricties is gebonden. Wanneer we op dit moment naar hiervoor genoemde teksten luisteren kunnen we alleen maar constateren dat de manier waarop en de aandacht waarmee de profeet de seksuele beleving van de vrouw behandelde in flagrante tegenspraak is met het eventueel verminken van haar geslachtsorganen op een wijze die het voor haar onmogelijk maakt er überhaupt een seksuele beleving op na te houden.

De woorden van de profeet - dat het snel gemeenschap hebben met je vrouw zonder eerste grappige of tedere woorden te hebben uitgewisseld, elkaar gekust en gestreeld te hebben, waarna de man bevredigd opstaat terwijl zijn vrouw onbevredigd achterblijft, uit ons menselijk tekort voortkomt - wijzen erop dat hij dit schadelijke en egoïstische gedrag heeft kunnen vaststellen en dat hij dat wilde bijsturen.

Er is een groot aantal gebruiken te noemen waarvan de profeet het schadelijke karakter heeft vastgesteld, zoals slavernij, veel aspecten in de verhouding tussen mannen en vrouwen en verschillende gebruiken op het

gebied van handelstransacties en binnen de maatschappelijke verhoudingen in het algemeen waarbij hij gedurende de 23 jaar van zijn profeetschap op startknoppen heeft gedrukt, maar hij heeft de betreffende maatschappelijke en andere hervormingen in die periode niet kunnen voltooien. Eén daarvan is het volledig afschaffen van de vrouwenbesnijdenis.

Vrouwenbesnijdenis

De praktijk van vrouwenbesnijdenis is een sociocultureel gebruik in vrijwel geheel Noordoost-Afrika. De vrouwenverminking die hier plaats vindt wordt verricht met het oog op de andere patriarchale gebruiken binnen de grootfamilies in bijvoorbeeld Somalië. Onderdrukking van de vrouwelijke seksualiteit en de verminking van vrouwelijke geslachtsdelen hebben geen enkele basis in de islam. Vrouwenbesnijdenis is in de eerste plaats in strijd met de seksuele gelijkwaardigheid van man en vrouw, die de profeet zelf tijdens zijn leven heeft uitgedragen en nageleefd.

Voor een gebruik als de vrouwenbesnijdenis, of elke andere vorm van verminking van vrouwelijke geslachtsdelen, kunnen we geen geldige basis vinden in de islamitische canonieke teksten. Het is duidelijk aangetoond dat het gebruik geen religieuze basis heeft binnen welke religie ook, en dat het van pre-islamitische en Afrikaanse origine is. In Somalië, Uganda, Soedan, Zuid-Egypte, dus in een geografisch beperkt gebied, worden vrouwen voor hun leven verminkt door middel van clitoridectomie en infibulatie (gedeeltelijk of geheel verwijderen van clitoris, preputium, kleine, en soms zelfs grote delen van de grote schaamlippen). Vaak wordt dit in één adem met de moslimreligie van de meerderheid van de bevolking in die landen genoemd.¹²

Door artsen en andere deskundigen die in Indonesië werkzaam waren werd de zogenaamde vrouwenbesnijdenis altijd omschreven als een prikje of incisie (klein sneetje) in de clitoris of het kapje erboven. Bij deze vorm van besnijden gaat het om de symbolische betekenis (reinheid) en niet om de lichamelijke integriteit of verminking. Wanneer bij een Indonesisch meisje geen bloed vloeit zal de dukun (kruidendokter) een beetje kunjit (geelwortel) op het watje doen als bewijs van 'besnijdenis'. De aanwezige vrouwen durven er meestal niet eens naar te kijken. De grote meerderheid van de Indonesische vrouwen heeft die behandeling ook nooit ondergaan.¹³

De oorsprong van clitoridectomie en infibulatie dateert van ver voor de tijd van de profeet. In de koran staat geen enkele tekst die naar de besnijdenis van mannen verwijst laat staan naar de vrouwenbesnijdenis. De leerschool van imam Sjafi'i beschouwt de besnijdenis als verplicht, omdat Abraham in de koran een volgenswaardig voorbeeld wordt genoemd (3:67-68). Andere scholen zien het meer als een soenna, omdat het naar

het profetische voorbeeld van Abraham wordt verricht. Wanneer de profeet Mohammed de natuurlijke neiging - fitrah- van de mens tot hygiëne toelicht, noemt hij de besnijdenis samen met het knippen van de nagels, het korthouden van de snor, en het scheren van oksel- en schaamhaar. De besnijdenis houdt in technische zin in: het wegsnijden van de gehele voorhuid van de penis, zodat de eikel geheel wordt ontbloot. Tegenstanders van zowel mannen-, maar vooral vrouwenbesnijdenis vinden daarvoor onderbouwing in verzen in de koran die kunnen worden geïnterpreteerd als sterk verbod op verminking: en laat uw eigen handen geen bijdrage bieden aan uw vernietiging (2:195). Een ander vers verwijst naar het feit dat we juist de natuur moeten laten zoals hij wordt aangetroffen: in de verwijzing naar de natuurlijke toestand of aanleg, de fitrah, van de mens (30:30).

Voorstanders van enige vorm van vrouwenbesnijdenis voeren een overlevering aan uit de verzameling van Abu Dawud, en de argumenten dat het in de Sjafi'i-leerschool verplicht zou zijn en dat het goede voorbeeld van de vrouwenbesnijdenis in Egypte gevolgd zou moeten worden. De profeet maakte voor het eerst mee dat een jong meisje werd besneden door een zekere Oemm Attiya en hij drukt zijn verwondering hierover uit, met de woorden: 'Ashmi, wa lâ tanhiki', raak aan maar haal niets weg, ook wel geïnterpreteerd als: 'Snij niet te diep. Dit gebruik (van de vrouwenbesnijdenis) zal de vrouw een grotere bevrediging geven en de man tot grotere lustgevoelens brengen.' De eerste vier woorden van deze uitspraak worden vaak geciteerd als: 'Breng dit gebruik van besnijden terug tot een minimum', waarmee de profeet Mohammed de geleidelijke afschaffing ervan heeft beoogd.

Abd al-Wahhâb Khallâf schrijft in zijn *Ilm Usûl al-Fiqh* (Wetenschap der bronneninterpretatie ten behoeve van de jurisprudentie),¹⁴ dat er slechts weinig juridische ver- en geboden in de Koran voorkomen en die zijn vaak zo compact geformuleerd dat zij altijd exegese nodig hebben. Zeventig op het gebied van familierecht; 70 op het gebied van burgerlijk recht; 30 op het gebied van strafrecht; 13 op het gebied van jurisdictie en rechtsprocedures, 10 op het gebied van grondrecht; 25 op het gebied van internationaal recht en 10 op het gebied van economische en financiële regelgeving.

Tijdens zijn leven was de profeet van de islam de eerste die de leefregels vanuit de koran interpreteerde om allerlei conflictsituaties en levensproblemen van zijn gemeenschap op te lossen. Die praktische oplossingen, die vaak in vraag-en-antwoordstijl zijn genoteerd in de overlevering, vormen de tweede bron voor moslimjurisprudentie. De kenmerken van de moslimjurisprudentie of *fiqh*, worden aangegeven in de twee belangrijkste bronnen: de koran en de soenna.

Ten *eerste* zijn zij er in wezen op gericht algemene richtlijnen te geven, waarbij de details nog moeten worden uitgewerkt tijdens de interpretatie.

Ten *tweede* hebben zowel de Koran als de profeet duidelijk gemaakt dat veel mensen zich door middel van bureaucratie en muggenzifterij, regels opleggen die de openbaring noch de profeet van hen vraagt: 'O gelovigen! Vraagt niet naar zaken die u in moeilijkheden zouden brengen als ze zouden worden geopenbaard (als regelgeving); want indien u ernaar zou vragen terwijl de koran wordt geopenbaard, zouden zij inderdaad als wetten aan u kunnen worden opgelegd. God heeft u daarvan ontheven: want God is vergevensgezind, verdraagzaam' (5:101). De profeet heeft dat met de volgende twee uitspraken bevestigd: 'God heeft religieuze verplichtingen vastgesteld, die mogen jullie dus niet achterwege laten. Hij heeft grenzen bepaald, die mogen jullie dus niet overschrijden. Hij heeft bepaalde dingen verboden, die mogen jullie dus niet doen. Over bepaalde zaken heeft Hij gezwegen - dit was uit mededogen met jullie en niet uit vergeetachtigheid - vraag mij daar dus niet naar'. En: '...door de vele vragen en meningsverschillen met hun profeten zijn zij die vóór jullie leefden, te gronde gegaan'. De mensenkennis van de koran blijkt ook uit de volgende verzen: 'God wenst niet u een beschamende last te bezorgen, maar Hij wenst dat u wordt gereinigd en Hij wil Zijn gunst aan u vervolmaken, opdat u dankbaar zult zijn'(5:6).

'God wil slechts het makkelijke voor u; Hij wenst u niet in moeilijkheden te brengen' (2:185). God belast geen ziel boven haar vermogen'. (2:286) ...en Hij heeft u geen lasten opgelegd in religieuze aangelegenheden...' (22:78). De Koran houdt duidelijk rekening met het feit dat '...de mens zwak is geschapen' (4:28).

Een *derde* kenmerk bestaat eruit dat alles wat niet met zoveel woorden is verboden, is toegestaan. Religieus extremisme werd vanaf het moment van de koranopenbaring bij de wortel aangepakt: 'We hebben u de koran niet geopenbaard om u ongelukkig te maken!' (20:2). Afgaande op de puriteinse levenshouding van sommige moslims, veronderstellen buitenstaanders al snel dat de islam mensen in een verlamde toestand brengt of in een dwangbuis van blinde gehoorzaamheid stopt. Terwijl het tegenovergestelde waar is. 'God heeft alles in de hemelen en op aarde aan u ten dienste gesteld; het komt allemaal van Hem. Daarin zijn zeker tekenen voor mensen die nadenken' (45:13).

Ook worden mensen behandeld die zichzelf en anderen geboden en verboden opleggen die zij zelf verzinnen: 'Wie is onrechtvaardiger dan hij die een leugen over Allah bedenkt om de mensen zonder kennis te doen dwalen?' (6:144) In een volgend hoofdstuk vraagt de koran: 'Wie is er om de schoonheid te verbieden die God voor Zijn schepselen heeft voortgebracht?' (7:32)

Een *vierde* kenmerk is de pedagogiek van de koran. Geboden of verboden waar de vrije bedoeïenensamenleving van het Arabische schiereiland het erg zwaar mee had, werden stapvoor stap ingevoerd. Het bekendste voorbeeld is dat van het verbod op alcohol. Eerst werd er gezegd: 'Zij vragen u over alcoholische dranken en gokken.' Zeg hen: 'In beide is groot nadeel en ook enig voordeel voor mensen, maar het voordeel weegt niet op tegen het nadeel' (2:219).

Daarna kwam de opmerking: "O gelovigen! Kom niet tot het gebed wanneer u gedronken hebt; totdat u weet wat u zegt!' (4:43)

Waarna het op één lijn werd geplaatst met afgoderij en magie: '...gruwel- len, werk van de duivel...' (5:90). Hierdoor was de moslingemeenschap zo goed voorbereid op het uiteindelijke verbod, dat de wijn uit de kapot geslagen kruiken, door de straten van Medina stroomde, toen het werd afgekondigd.

Het *vijfde* kenmerk is 'nood breekt wet'. Maar wie door noodzaak is gedreven...(6:145); Maar wie door honger werd gedwongen... (5:3). Voor degene die door omstandigheden is gedwongen, is het geen zonde (2:173).

Een *zesde* kenmerk ontstond vanuit de vraag: leven mensen voor de wet of zijn wetten er voor het nut van het algemeen? Dit is het principe van *maslahah*; de *sjaria* moet de basis voor het welzijn van de moslingemeenschap vormen en geen geestdodende letterknechterij veroorzaken, maar juist een bevrijding betekenen: '...hij (Mohammed) legt het goede op en verbiedt het kwade, veroorlooft hen de goede dingen en verbiedt de slechte en ontheft hen van de last en de kluisters die hen bonden...' (7:157).

Met 'de last en de kluisters' worden het teveel aan wetten, voortkomende uit de mozaïsche openbaring en de overdreven ascetische levenshouding van kluizenaars en monniken bedoeld.

Het *zevende* kenmerk. *Idjtihâd* en *tafsier* vormen de aanzet tot herinterpretatie, gebaseerd op logisch redeneren. Het principe van de *idjtihâd* maakte op het gebied van de jurisprudentie de ontwikkeling van de leer van de islam mogelijk. Een van de meest dramatische en bizarre gebeurtenissen in de tekstgeschiedenis van de islam is dan ook het sluiten van de zogenoemde *deur* van de *idjtihâd*. Dit is vooral zo onbegrijpelijk omdat de profeet Mohammed zelf het gebruik van de menselijke rede propageerde bij het interpreteren- en handelen in de geest van de koran en zijn eigen voorbeeld. Mu'az ibn Djabal, een metgezel van de profeet die hij had achtergelaten in Mekka nadat die stad was veroverd, om de bewoners in de koran en de islamitische gebruiken te onderwijzen, werd als gouver-

neur in Jemen aangesteld. Toen hij vertrok stelde de profeet hem, bij wijze van afscheid, enkele vragen. ‘Waarmee ga je je beleid bepalen?’ Hij antwoordde: ‘Met het boek van God’. ‘En wanneer je het daarin niet vindt?’ ‘Dan met het voorbeeld van Gods boodschapper’. ‘En wanneer je het daarin niet vindt?’ ‘Dan zal ik mij inspannen om mijn eigen oordeel te vormen’. Hierop zei de profeet: ‘Alle lof komt God toe, Die de boodschapper van Zijn profeet tot het welbehagen van Zijn profeet heeft geleid’.

Dit antwoord van Mu’az en de reactie erop van de profeet gelden als de basis van het gebruik van gezond verstand bij het ontwikkelen van een leefbare islam. Meestal wordt Mu’az’ antwoord vertaald met: ‘Dan zal ik interpreteren met mijn verstand’. Een belangrijke voorwaarde hierbij vormt het feit dat de conclusie nooit rechtstreeks tegen de koran en een betrouwbare overleveringstekst mag indruisen.

De moslimgemeenschap lijkt echter wel en masse tot dezelfde fout te zijn vervallen als de tuinders in Medina. Toen de profeet net naar Medina was verhuisd zag hij dat daar een bepaalde entingstechniek werd gebruikt om dadelpalmen te bestuiven. Hij reageerde hierop met: ‘Het zou misschien beter zijn dat niet op die manier te doen.’ Zijn woorden werden als een profetische uitspraak met de kracht van een verbod beschouwd. De tuinders gebruikten die methode niet langer en de gevolgen waren desastreus. Toen dit hem ter ore kwam zei hij: ‘Ik ben slechts een mens. Wanneer ik iets zeg op religieus terrein, dan dien je je eraan te houden. Maar als ik een instructie geef volgens mijn eigen opvatting, dan is dat mijn inschatting en ik ben ook maar een mens. Jullie weten wel beter als het om wereldse zaken gaat’. Tegen zijn meest vertrouwde metgezellen placht hij te zeggen: ‘Adviseer me want zonder openbaring ben ik net als jullie.’ De profeet gaf daarmee toe geen verstand van entingstechnieken te hebben en waarschijnlijk zou hij ook hebben toegegeven geen medicus te zijn en geen verstand van de vrouwelijke anatomie te hebben. Daarmee wordt duidelijk dat hij geen aanleiding zou zien voor het verminken van vrouwelijke geslachtsorganen.

Laten we de tekst van deze overlevering nog eens kritisch bekijken

De mohaddithien, of geleerden die als specialiteit de studie van de overlevering of Ahadith an-Nabawiya hebben, beschouwen deze hadith niet als authentieke uitspraak om een canonieke regelgeving aan te verbinden. Er komt geen aanmoediging of gebod uit voort, maar eerder de aanwijzing om voorzichtig te zijn en dit gebruik af te bouwen en uiteindelijk af te schaffen. Waarop is dit gebaseerd?

Ten eerste is het niet een gebod van de profeet maar een reactie van hem op een situatie zoals hij die aantrof. Tussen die twee situaties is een groot verschil.

Ten tweede geeft de tekst ‘Ashmi, wa lâ tanhiki’ zelf aan wat hij beoogde, namelijk geen werkelijke ingreep maar grote terughoudendheid bij de betreffende ingreep. Ik acht het waarschijnlijk dat hij van deze afschuwwekkende handeling schrok en zich gegeneerd afwendde.

Ook wanneer we de methodologie van tekstinterpretatie en de regels voor interpretatie raadplegen komen we tot dezelfde conclusie. Bij tekstinterpretatie maken we gebruik van al-Dalâlât: tekstuele implicaties, zoals:

- ‘Ibârah an-Nass: de uitgesproken of overduidelijke betekenis;
- Isjârah an-Nass: de veronderstelde betekenis (vanwege een ‘toespeling op’);
- Dalâlah an Nass: de afgeleide betekenis;
- Iqtidâ an-Nass: de vereiste of toegepaste betekenis (de betekenis ten behoeve van...’).

Alles wat we op dit moment weten nog eens overziend kunnen we ervan uitgaan dat de betekenis ten behoeve van bestaande gebruiken is aangevend. De moslims waren bij het verbreiden van de islam immers meestal tolerant ten aanzien van bestaande gebruiken en gewoonterecht (‘urf). In eerste instantie was het dus een simpele tekst met een eenduidige betekenis die een bestaand gebruik niet wilde doen voortzetten maar het juist wilde afbouwen.

Sommige geleerden lijken met hun verhaal over vrouwenbesnijdenis – in de zin van een symbolisch sneetje in de clitoris - goede bedoelingen te hebben, want zij hebben het over het huwelijksgeluk dat erdoor zou toenemen. Zij erkennen met dit citaat de belangrijke functie van de clitoris voor het seksuele leven van de vrouw. Hun rol lijkt echter op die van de ‘halve geleerde die mensen van hun geloof afbrengt, zoals de halve dokter iemand van zijn leven afhelpt’. Vanwege dit gebruik dat door de profeet werd bekritiseerd en vanuit Afrika is geïmporteerd naar het Arabisch schiereiland, heerst er onder Nederlanders een wijd verbreid misverstand als zou clitoridectomie bij de meeste vrouwen in de islamitische wereld voorkomen. De twee groepen die in Nederland de meerderheid van de moslimgemeenschap vormen, de Turken en Marokkanen kennen dit gebruik echter niet. Dit soort gebruiken leven jammer genoeg voort als lokale adat/traditie die als islamitisch wordt ervaren onder de genoemde bevolking. Het wordt echter in de overgrote meerderheid van moslimlanden, ook door de officiële instanties ten sterkste ontraden. De Egyptische Azhar Sjeich dr. Abdar-Rahman Al-Naggar, heeft tijdens de Nairobi conferentie in 1985 de volgende conclusies verbonden aan zijn lezing waarin hij de besnijdenis van meisjes volledig afkeurt:

- De islam acht vrouwen hoog.
- De islam eert meisjes in hoge mate: vandaag is zij een meisje, morgen een vrouw en later een moeder.
- Het meisje heeft een bijzondere plaats in de familie.
- De profeet roept ons op om zorg te dragen voor 'het meisje'.
- Indien meisjes zo belangrijk zijn in de ogen van de islam, waarom zouden ouders hen dan kwetsen door zonder medische noodzaak delen van hun lichaam weg te snijden, zoals gebeurt bij clitoridectomie?
- Het medisch inzicht luidt dat meisjes geen last hebben van hun seksuele organen en de islam is dezelfde mening toegedaan.
- Alhoewel vele functies van de vrouw in de koran worden vermeld, zoals zwangerschap, borstvoeding, echtscheiding, menstruatie, wordt over vrouwenbesnijdenis niets gezegd.
- Niets doet vrouwenbesnijdenis behoren tot een vereiste traditie, reden waarom veel staten die de islamitische wetgeving volgen, hun kinderen niet besnijden (bijv. Saoedi Arabië, Irak, Syrië, Libië, Marokko, Turkije).
- Daar onomstotelijk is bewezen dat besnijdenis een schadelijke ingreep is voor het lichaam van het meisje, kan het noch een gebod van God zijn, noch een opdracht vanuit de soenna of de tekst die de soenna beschrijft: de ahadith.
- Indien een meisje van wie de ouders een besnijdenis voor haar wensen, haar stem zou kunnen verheffen voor de wereld zou zij schreeuwen: martel mij niet; de islam verbiedt martelingen.
- Daarom wil ik alle moslims waar ook ter wereld verzoeken om af te zien van deze duivelse praktijk die vrouwenbesnijdenis is.

Samenvattend kom ik daarom tot de volgende conclusies:

- Vrouwenbesnijdenis is in flagrante tegenspraak met het recht op orgasme dat de islam aan de vrouw heeft toegekend, wat we kunnen afleiden uit de openheid van de profeet op dat punt.
- Uit de kritische behandeling van de tekst wordt duidelijk dat de profeet niet het voortzetten van vrouwenverminking, maar de geleidelijke afschaffing ervan heeft beoogd met zijn uitspraak.
- De profeet had niet de pretentie bevoegd te zijn op gebieden waar specifieke kennis en ervaring nodig zijn om een beslissende uitspraak te doen, zoals kan worden afgeleid uit zijn uitspraak over de entmethode.
- Een hedendaagse belangrijke jurist uit een land waar dit gruwelijke gebruik van vrouwenbesnijdenis in allerlei variaties plaatsvindt heeft het een duivelse praktijk genoemd en het is zaak dat moslimgeleerden en moslims in het algemeen daarmee volledig instemmen, ik stem er in ieder geval mee in en herhaal het voor de zekerheid nog maar eens:

laat er een eind komen aan de duivelse praktijk van de meisjesbesnijdenis!

Globale berekening extra kosten implementatie advies bestrijding vrouwelijke genitale verminking

Werkwijze

De commissie heeft een globale berekening gemaakt van de extra kosten die gemaakt worden bij implementatie van haar advies. In deze berekening zijn de volgende posten meegenomen:

1. de kosten van de extra inzet van jeugdartsen (personeelskosten);
2. de kosten van de extra inzet van de verpleegkundigen van de JGZ en van medewerkers van het AMK ten gevolge van het niet verschijnen van kinderen bij de periodieke gezondheidsonderzoeken van de JGZ (personeelskosten);
3. de kosten van opleiding van JGZ-artsen, huisartsen en kinderartsen (opleidingskosten);
4. de kosten van de aanpassing van de infrastructuur (infrastructurele kosten).

Bij het verzamelen van gegevens voor deze berekening bleek een deel van de informatie niet voor handen te zijn. In overleg met een aantal deskundigen en leden van de commissie zijn hiervan schattingen gemaakt. Ook zijn sommige effecten niet van tevoren met zekerheid te voorspellen. Ook hierover heeft overleg met deskundigen plaats gevonden. Hierna treft u per post aan welke aannames de commissie heeft gehanteerd bij de berekening en wat de inschatting van de financiële effecten is. De bedragen zijn afgerond op 0,5 miljoen euro.

Personeelskosten

1. Kosten ten gevolge van intensivering lichamelijk onderzoek

De eerste belangrijke post is de extra personeelskosten die ontstaan door de intensivering van het onderzoek bij kinderen tussen de 4 en 14 jaar. Bij de berekening zijn de groepen kinderen van 5 à 6 jaar, 9 à 10 jaar en 12 à 13 jaar meegenomen. Het gaat dan in totaal om 600.000 kinderen. De extra tijd voor 'goed lichamelijk onderzoek' is gesteld op twintig minuten. Het percentage kinderen uit deze groepen dat ook in de huidige situatie 'gedegen lichamelijk onderzoek' aangeboden krijgt is niet precies bekend. Om dit te ondervangen zijn in de volgende tabel de kosten voor drie verschillende scenario's aangegeven. In deze kosten is tevens toename van de herhaalbezoeken ten gevolge van deze intensivering van de onderzoeken meegenomen. Tevens is 8% overhead opgenomen.

| Gemiddeld % kinderen dat in de huidige situatie (gedegen) lichamelijk onderzoek aangeboden krijgt. | Extra personeelskosten (in euro's) en in fte JGZ-arts en ondersteuning). |
|--|--|
| Scenario 1: 0% | 10 mln euro's (160 fte arts en 20 fte ondersteuning) |
| Scenario 2: 25% | 7 mln euro's (119 fte arts en 15 fte ondersteuning) |
| Scenario 3: 50% | 5 mln euro's (81 fte arts en 10 fte ondersteuning) |

De commissie adviseert te kiezen voor een ingroei-traject. Dat wil zeggen te starten met kinderen die nu 5 à 6 jaar zijn en vervolgens over drie jaar dit cohort op de leeftijd van 9 à 10 jaar ook een gedegen lichamelijk onderzoek aan te bieden. De kosten lopen dan gefaseerd op. Dit zou de volgende kostenopbouw tot gevolg hebben (zie tabel):

| | Scenario 1: 0% | Scenario 2: 25% | Scenario 3: 50% |
|------------------------------|----------------|-----------------|-----------------|
| Eerste drie jaar (in euro's) | 2,5 mln | 2 | 1,5 |
| Na drie jaar (in euro's) | 5 | 4,5 | 2,5 |
| Na zes jaar (in euro's) | 8 | 6 | 4 |

2. *Extra kosten voor opvolging 'niet verschijnen zonder bericht' door verpleegkundige JGZ of AMK*

In de huidige situatie geeft 7% van de kinderen geen gehoor aan de uitnodiging voor een onderzoek bij de JGZ. Indien wij ervan uitgaan dat dit percentage met 50% zal toenemen komen de extra kosten op 1,5-2 miljoen euro. Hierin is verrekend dat een deel van deze extra bezoeken van de verpleegkundige zal leiden tot het starten van een procedure door het AMK.

Kosten van opleiding

Uit de gesprekken met deskundigen is de commissie gebleken dat een goede opleiding van groot belang is. Een beperking van het aantal fout positieve meldingen aan het AMK moet tot een minimum beperkt worden. Daarvoor moeten JGZ-artsen, maar ook huisartsen en kinderartsen getraind worden. Zij moeten in staat zijn een goede 'pluis-niet pluis'-afweging te maken. Momenteel zijn er trainingen beschikbaar voor de interpretatie van de bevindingen van inspectie van de uitwendige geslachtsorganen bij kinderen. Deze training kost per deelnemer circa € 3.600. Voor jeugdartsen zijn zeker in het eerste jaar twee sessies wenselijk (€ 700.000). Voor huisartsen en kinderartsen (respectievelijk € 3.000.000 en € 300.000) is met een training van eenmaal per jaar gerekend. De totale kosten komen op 4 miljoen euro.

N.B. Voor de volledigheid vermelden wij dat training van gynaecologen en verloskundigen buiten het directe bestek van het advies van de commissie valt. Zij zijn niet betrokken bij het signaleren van een (ophanden zijnde) besnijdenis van een meisje, maar wel bij de tertiaire complicaties en de voorlichting aan aanstaande moeders. Deze zijn hier niet meegenomen, omdat zij onderdeel zijn van preventie. Daarover heeft het kabinet eerder al een besluit genomen. Om duplicatie te voorkomen zijn deze kosten in deze berekening buiten beschouwing gelaten.

Verbetering van de infrastructuur

Het doen van 'gedegen lichamelijk onderzoek' vereist een professionele omgeving. Een onderzoekkamer op school voldoet vaak niet aan deze eisen. De commissie is van mening dat de faciliteiten van de GGD's of van het CB aangepast dienen te worden voor deze onderzoeken. De schatting van de commissie is dat de kosten 0,5 miljoen euro bedragen.

Totaal

Op basis van deze berekeningen schat de commissie de meerkosten voor verbetering van de signalering van problemen bij de jeugd tussen de 4 en 14 jaar tussen de 10 en 14 miljoen euro.

Indien, zoals eerder voorgesteld wordt, uitgegaan wordt van een ingroei-traject, dat wil zeggen te starten met kinderen die nu 5 à 6 jaar zijn en vervolgens over drie jaar dit cohort op leeftijd van 9 à 10 jaar ook een gedegen lichamelijk onderzoek aan te bieden dan lopen de kosten gefaseerd op. Dit zou de volgende kostenopbouw tot gevolg hebben.

| | Scenario 1: 0% | Scenario 2: 25% | Scenario 3: 50% |
|---------------------------------|-----------------------|------------------------|------------------------|
| Eerste drie jaar (in euro's) | 8,5 | 7,5 | 7 |
| Na drie jaar (in euro's) | 11 | 10 | 8,5 |
| Na zes jaar (in euro's) | 14 | 11,5 | 10 |

Verslag van de consultatieve bijeenkomst VGV gehouden op 8 oktober 2004 in de Jaarbeurs te Utrecht

Op deze eerste consultatieve bijeenkomst ('hoorzitting') waren 23 mensen aanwezig: 18 uit de doelgroepen of via werk/studie bij het onderwerp betrokken, 2 uit de commissie en 3 van het secretariaat van de commissie. Behalve één man (lid van de commissie) waren alle deelnemers vrouwen. De vrouwen uit de doelgroepen zijn overwegend afkomstig uit Somalië en Soedan en blijken zich allemaal tegen de praktijk van meisjesbesnijdenis te keren. De sfeer was openhartig en betrokken.

De bijeenkomst stond onder leiding van drs. M. Bolle, communicatieadviseur van de commissie. Het gesprek met de aanwezigen werd gevoerd aan de hand van zes subthema's die gaandeweg het gesprek aan bod kwamen: ervaring/betrokkenheid met de praktijk van meisjesbesnijdenis, voorlichting, controle, registratie, effectieve maatregelen, strafbaarstelling en internationale aanpak. Na een kennismakingsronde en een korte introductie komt het eerste onderwerp ter sprake

Hoe kijkt u tegen de praktijk van meisjesbesnijdenis aan? Wat is uw ervaring, beleving of betrokkenheid met dit gebruik?

De aanwezigen benadrukken dat het gebruik is bedoeld als bescherming. Bescherming tegen het seksuele contact met anderen, maar ook om de huwelijkskansen te garanderen: 'Een vrouw zal niet trouwen als ze niet besneden is.' De besnijdenis is op zichzelf een vreselijke ervaring, maar het is tegelijkertijd ook een feest. Meisjes onderling spreken elkaar erop aan: 'wanneer heb jij je feest?' Het is een belangrijk moment in het leven van een meisje. Besnijdenis is een publieke gebeurtenis, iedereen weet ervan als een meisje besneden is. Het gebeurt uit liefde van de ouders voor hun dochter. Respect is het motief, besnijdenis wil dus zeggen dat je als ouder goed zorgt voor je dochter. Ben je niet besneden, dan ben je 'vies', dan ben je 'raar', 'slecht voor mannen' en 'seksueel actief'.

Een van de vrouwen afkomstig uit Somalië vertelt haar ervaring met besnijdenis: 'mijn moeder wilde per se dat ik niet besneden zou worden. Ze wilde dat niet vanwege haar eigen ervaring daarmee. In mijn omgeving waren alle meisjes wel besneden. Ik was de enige die niet besneden was. Ik wilde daarom ook besneden worden. Iedereen vroeg mij: "wanneer krijg ik nou een uitnodiging voor jouw besnijdenisfeest?". Het is niet gemakkelijk je cultuur in één keer achter te laten. Toen ben ik – omdat ik het wilde en door de druk van mijn omgeving – alsnog besneden. Twee jaar later kwam er op school voorlichting over meisjesbesnijdenis en werd ons verteld waarom dit gebruik niet goed is. Ik zei "sorry," tegen de

docent die ons voorlichting gaf: ‘het is twee jaar geleden al gebeurd. Had mijn moeder dus toch gelijk.’

Deze vrouw heeft op 6 februari – de dag van de vrouwenbesnijdenis – een gedicht voorgedragen over haar ervaring met besnijdenis. Dit gedicht zal ze de commissie toesturen:

**‘Ik heb het kwaad een halt toe geroepen
Mijn dierbaren hebben een deel van mijn lichaam afgenomen
Zonder besef van de gevolgen
Terwijl hun bedoeling goed was, ze wilden een traditie voortzetten
Het gevolg van pijnlijk en onherstelbaar
Maar het heeft me gevormd tot wie ik ben geworden
Voor mij is het te laat, maar voor volgende generaties meisjes
Zal de faronische besnijdenis voorgoed tot het verleden behoren.’**

Wanneer ontstond het besef dat meisjesbesnijdenis een verkeerde praktijk is?
De een noemt het moment waarop de docent op school erover begon. Een ander de ervaring dat de menstruatie heel moeilijk verliep. Een andere vrouw noemt buikpijn, zodanig dat ze daarvoor in het ziekenhuis behandeld moest worden. Ze bleek een vleesboom te hebben, veroorzaakt door menstruatiestoornissen die weer het gevolg zijn van de besnijdenis. Zij kwam daardoor tot het besef dat meisjesbesnijdenis niet goed is voor haar, niet voor de economie (medische kosten) en niet goed voor het ziekenhuis (kost veel tijd, personeel, extra zorg bij bevallingen).

Wat is de positieve rol van de mannen hierbij?
Hoogopgeleide mannen begrijpen wel dat meisjesbesnijdenis niet goed is. Zij hebben er zelf ook last van. Seksuele omgang levert door besnijdenis problemen op.

Controle? Alle kinderen controleren op besnijdenis of alleen uit de risicogroepen?
Men is unaniem van mening dat het discriminerend is als meisjes uit de risicogroepen apart worden genomen. Het meisje krijgt anders het gevoel: waarom geldt dit alleen voor mij? Een van de aanwezige Soedanese vrouwen wil de commissie geruststellen: Soedanese vrouwen laten hun dochters niet meer besnijden. Zowel in Soedan als in Somalië wordt van overheidswege goede voorlichting gegeven. De groep is erg tegen controle bij terugkeer van vakanties. De eigen verantwoordelijkheid wordt meermalen benadrukt.

Vindt meisjesbesnijdenis nog in Nederland plaats?
Sommigen melden dat mensen uitwijken naar België (Antwerpen) voor de besnijdenis. Een ander weet te vertellen van een besnijdenis die in Turkije (waarschijnlijk Koerdistan) plaatsvindt. Er zijn ook twee gevallen van

meisjesbesnijdenis bekend die twee jaar geleden in Utrecht plaatsvonden. Iemand van Pharos vertelt dat ze via hun advieslijn wel vragen krijgen van onderwijzers die vermoeden dat een meisjesbesnijdenis op handen is. Hoe het daarna afgelopen is, is niet bekend. Zij vertelt ook dat het moeilijk is erachter te komen of het in de praktijk nog gebeurt. In Zweden bijvoorbeeld zeggen religieuze leiders dat het niet meer gebeurt, achter gesloten deuren wordt echter een ander verhaal verteld.

Wat is een goede aanpak voor effectieve bestrijding?

Aanwezigen benadrukken dat zijzelf het rituele gebruik achter zich willen laten. Het is ons proces en onze verantwoordelijkheid. Dat kan het beste door zelforganisaties in te schakelen. Er is geld nodig voor preventie en voorlichting. Veel voorlichting en ook brede voorlichting, gericht op gezondheid en emancipatie. Al deze dingen zijn nu vooral afhankelijk van vrijwilligers en dat is een kwetsbare situatie. Een andere belangrijke actie is dat moskeeën en religieuze leiders ingezet worden. Niet alleen inzetten, maar ook controleren of ze de juiste boodschap verspreiden. Zo kwam niet lang geleden een boekje boven water dat moskeeën verspreiden als propaganda voor meisjesbesnijdenis. Dit boekje is ook naar Tweede Kamerleden gestuurd. De aanwezige Soedanese vrouwen stellen dat de gedragsverandering vooral bij de mannen moet beginnen. De Somalische vrouwen zeggen daarentegen dat zij vaak als alleenstaande moeders door het leven gaan en zelf over opvoeding, inclusief de besnijdenis, beslissen. Van de vaders gaat geen druk uit om meisjesbesnijdenis te laten uitvoeren, maar je kunt van hen ook geen actie verwachten de praktijk tegen te gaan. Effectieve bestrijding van meisjesbesnijdenis werkt dus niet voor iedere groep op dezelfde manier. Ten aanzien van de bereikbaarheid zeggen aanwezigen dat ouders met kinderen altijd bereikbaar zijn via de school. Ook de minder opgeleide ouders en zelfs de illegalen. Daar ligt dus een belangrijke mogelijkheid.

Registratie?

De discussie richt zich op de vraag voor welk doel. Het is belangrijk dat je als vrouw weet dat er geregistreerd wordt en met jouw toestemming en waarvoor de registratie bedoeld is. Registratie als middel om voorlichting in de betreffende groepen op gang te brengen, keuren de aanwezige vrouwen goed. Of als registratie nodig is om de nazorg (hulpverlening) goed te regelen of verdere ziekten te voorkomen. In dat geval is het voor de betrokken vrouwen geen probleem. De hulpverleenster van Pharos brengt in dat registratie ervoor kan zorgen dat hulpverlening niet incidenteel, maar structureel aangepakt wordt. Zij is dus wel voorstander. Daarnaast is het een plicht voor de gezondheidszorg om van meisjesbesnijdenis meer te weten. Anderzijds dreigt ook het gevaar van misbruik bij registratie. Ook daarvan worden voorbeelden genoemd.

Als het doel van de registratie is de omvang te meten?

Ja, alleen met toestemming en na voldoende geïnformeerd te zijn over het doel ervan (informed consent) en niet apart, maar iedereen zonder uitzondering registreren. Verder geanonimiseerd en beroepsgeheim in acht nemen. Zolang er geen cijfers zijn, wil de politiek er geen cent voor geven.

Strafbaar stellen, maar ook strenger aanpakken (vervolgen)?

Buren melden bijvoorbeeld dat een besnijdenis ophanden is, als na controle blijkt dat dit bericht juist is en meisjesbesnijdenis strafbaar is, dan mag daar ook een straf op volgen, vinden de aanwezigen. Als sanctie wordt genoemd: terugsturen naar land van herkomst, geen Nederlandse nationaliteit verlenen. Er wordt nog een ander voorstel gedaan door een vrouw die zelf op de kraamafdeling heeft gewerkt: geef vrouwen bij de eerste bevalling in het ziekenhuis de behandelingen ('openmaken' en 'extra zorg bij de bevalling') die ze nodig hebben. Daarna moeten ze tekenen dat ze zich niet laten dichtmaken in een volgende vakantie en bij de volgende bevalling weer dezelfde dure behandelingen nodig zullen zijn.

Expliciet strafbaarstellen vinden de aanwezigen over het algemeen goed, is goed voor de vrouwen en de kinderen die het aangaat. Strafbaarstellen heeft een preventieve werking. Men suggereert alleen de vaders te straffen.

Van belang is verder dat de betrokkenen een goed toekomstperspectief hebben. Daarvoor zijn ze naar Nederland gekomen. Strafbaarstelling alleen werkt niet. Er is nog grote onwetendheid in de risicogroepen, strafbaarstelling helpt niet als mensen de kennis niet hebben. Strafbaarstellen werkt dus niet zonder goede voorlichting.

Internationale aanpak?

Dit wordt onderschreven. Men wijst nog op het schrijnende gebrek aan steun voor vrouwen in de thuislanden. Als een vrouw hulp zoekt bij de politie omdat zij gedwongen wordt haar dochter te besnijden, vindt zij vaak een dichte deur!

Verslag van de consultatieve bijeenkomst VGV gehouden op 9 oktober 2004 bij SBSS in Den Haag

Op deze tweede consultatieve bijeenkomst ('hoorzitting') waren ongeveer 35 mensen aanwezig, vooral afkomstig uit de doelgroepen; een enkeling was via werk bij het onderwerp betrokken te weten drie commissieleden en drie medewerkers van het secretariaat van de commissie. Het gezelschap bestond voor twee derde uit vrouwen en voor een derde uit mannen. De mensen kwamen uit verschillende landen. Naast mensen uit Somalië en Soedan waren er ook deelnemers uit Sierra Leone.

De bijeenkomst stond onder leiding van drs. M. Bolle, communicatieadviseur van de commissie. Mevrouw Hassan Mohamed is als tolk opgetreden. Het gesprek met de aanwezigen werd gevoerd aan de hand van een aantal subthema's: ervaring/betrokkenheid met de praktijk van meisjesbesnijdenis, voorlichting, controle, registratie, effectieve maatregelen, strafbaarstelling en internationale aanpak. Door het gebrek aan tijd en het verlies aan tijd door het vertalen, zijn niet alle thema's aan bod gekomen. De discussie was heftig en de meningen waren divers. Er waren vóór- en tegenstanders aanwezig.

Hoe kijkt u aan tegen de praktijk van meisjesbesnijdenis? Wat is uw ervaring, beleving of betrokkenheid met dit gebruik?

'Het is een oude traditie, het moet losgelaten worden', stelt een van de aanwezigen. Een ander zegt dat het juist vaak de vrouwen zijn die eraan willen vasthouden. Een andere vrouw geeft duidelijk te kennen dat zij haar dochter niet wil laten besnijden. Een man vertelt dat zijn dochter nu in de leeftijd komt dat zij besneden zou moeten worden. Als hij geen verblijfsvergunning krijgt en terug moet naar Afrika, zal hij haar laten besnijden. Als onbesneden vrouw maakt zij anders geen kans. Als hij wel mag blijven, zou hij afzien van besnijdenis. Hij twijfelt. De mannen zeggen ook dat, al weet je dat het niet goed is, het toch erg moeilijk blijft om het los te laten. Wij zijn er ook trots op. Iemand draait de zaken zelfs om en vraagt: 'Hoe zou het zijn als jullie in Somalië kwamen wonen en ineens jullie dochters moesten laten besnijden?'

Wat is de positie van de man hierbij?

De opinie van de mannen is wisselend. Een oudere man zegt dat hij liever trouwt met een besneden vrouw. Hij zegt dat het hoort bij de opvoeding van het meisje, ze mag niet te 'spontaan' worden. Het is schoon en mooi. Een jongere man uit Sierra Leone zegt dat hij juist verliefd wordt op een vrouw, niet op een besneden vrouw. Hij vraagt nadrukkelijk om informatie. Waarom is het slecht voor vrouwen? Waarom mag het niet? Ook hier benadrukken mannen weer dat het een 'vrouwenzaak' is.

Controle? Alle kinderen controleren op besnijdenis of alleen uit de risicogroepen? Controle vinden de aanwezigen geen goed idee. Het is onze eigen verantwoordelijkheid. Geef ons goede voorlichting en dan zullen wij het zelf loslaten. Vooral de vrouwen benadrukken hun eigen verantwoordelijkheid op dit gebied. Het zijn onze kinderen. Een vrouw verklaart dat ze haar verantwoordelijkheid neemt en haar dochter niet laat besnijden. Ze vraagt zich af waarom ze niet wordt vertrouwd en desondanks haar dochter moet laten controleren? Een andere vrouw zegt: 'Ik ben tegen besnijdenis en nou wordt mijn dochter gecontroleerd, alleen omdat ze Somalische is?' Een aantal mensen vindt dat dan alle meisjes, ook de Nederlandse, gecontroleerd moeten worden. Een jongeman vindt dat je pas mag controleren als iemand zeker weet dat hij in Nederland mag blijven. Weer een ander zegt dat hij als vluchteling is gekomen. Wij zijn bezig om ons aan te passen. Dat is heel moeilijk en we hebben recht op 'privacy'. Moeten onze kinderen nog meer schrikken? Het is beter eerst veel en goede voorlichting te geven en nog niet te controleren. Hoeveel tijd is nodig om het gebruik helemaal uit te bannen, vraagt een van de commissieleden. Volgens sommige aanwezigen gaan daar wel enkele decennia overheen, misschien duurt het wel vijftig jaar.

Vindt meisjesbesnijdenis nog plaats in Nederland?

Men reageert ontwijkend op deze vraag. Iemand stelt dat er geen besnijdenissen meer plaatsvinden in Nederland sinds het strafbaar is. De indruk is wel dat men op zijn hoede is nu er zoveel ophef en aandacht voor het onderwerp is. Bij expliciete navraag blijkt dat geen van de aanwezigen weet of er nu nog meisjes besneden worden. Men zegt dat het niet meer gebeurt.

Wat is een goede aanpak van meisjesbesnijdenis?

Hierover ontstond nogal wat discussie. Men geeft aan dat er veel behoefte is aan informatie. Een groot aantal aanwezigen is speciaal naar de bijeenkomst gekomen om te horen waarom het niet mag in Nederland. Wij willen weten waarom het niet goed is en schadelijk voor de gezondheid. Men benadrukt dat mensen tijd nodig hebben om te beseffen waarom meisjesbesnijdenis niet goed is en ervan af te zien. Vooral informatie over wat er wel en niet in de koran staat is belangrijk. Een van de mannen zegt dat in Somalië 90% van de vrouwen besneden is. Dat laat je niet zomaar los. Het vraagt veel tijd en het is niet goed om nu wetten te maken en regels op te leggen. Ook de vrouwen zijn het hier mee eens. Het zit in de opvoeding van vrouwen, al generaties lang. Nederlanders moeten begrijpen wat het voor ons betekent. Het kan niet van de ene dag op de andere over zijn. Wij zijn er ook trots op. Een oudere man zegt zelfs dat het onmogelijk is om besnijdenis los te laten.

Een jonge Soedanese vrouw staat op en zegt dat zij absoluut tegen besnijdenis is. Het staat niet in de koran, het heeft niets te maken met religie en

het schaadt de gezondheid van vrouwen. Soedanese vrouwen hebben veel behoefte aan informatie over hun gezondheid. Zij zegt dat de jongere generatie niets met besnijdenis te maken wil hebben.

Een jongeman zegt dat het oorspronkelijke probleem in het thuisland ligt. Dat moeten we aanpakken.

Registratie?

Registratie mag alleen als de mensen zelf toestemmen. Iemand zegt dat zij bang is dat door registratie mensen niet meer naar de huisarts gaan. Het heeft ook geen zin; meisjes die besneden zijn, zijn er niet mee geholpen. Je kunt het niet terugdraaien.

Strafbaarstelling, maar ook strenger aanpakken?

De aanwezigen zeggen dat mensen bang zijn geworden nu het verboden is. De mensen laten hun dochters nu ook niet besnijden. Daarover moet de commissie iets zeggen. Een van de aanwezigen zegt dat je geen informatie kunt geven als je tegelijkertijd verbiedt en dreigt met straffen. Als je het strafbaar stelt, zal het langer duren voor het weg is. Jullie Nederlanders praten over ons, je moet het mét ons doen. We zijn hier gekomen voor rust, om vrij te zijn van vervolging en angst en nu gebeurt dit.

Na de bijeenkomst gaat de discussie verder. Het is een onderwerp dat deze mensen duidelijk sterk beroert.

Verslag bezoeken zelforganisaties

Inleiding

De commissie besloot tot werkbezoeken aan zelforganisaties naar aanleiding van de opmerkingen van een aantal van haar leden dat voorlichting en preventie het beste door sleutelfiguren uit de groepen zelf kan worden gegeven. Daarnaast kwam de vraag naar het al dan niet bestaan van dergelijke sleutelfiguren aan de orde tijdens de presentatie van een aantal ideeën voor inrichting van een pilotregio.

Bluk Lay, Rotterdam 5 oktober 2004

Bluk Lay is net gestart (april 2004). Twee dames hebben het initiatief genomen. Zij zijn gestart met het organiseren van bijeenkomsten gericht op besnijdenis. Pharos heeft dit gesubsidieerd. Tot nu toe zijn er negen bijeenkomsten geweest. Op deze bijeenkomsten wordt een video getoond en geeft een imam voorlichting over wat de koran wel en niet zegt over besnijdenis.

De strategie is eigenlijk dat de mensen stapje voor stapje afstand doen van besnijdenis. Zoals de dames zelf zeggen: 'Ik ben nog wel helemaal besneden, maar ik heb mijn dochter (nu 18 jaar) destijds nog maar een heel klein beetje besneden.' In de bijeenkomsten wordt alles besproken. Dat is niet makkelijk, er rust nog steeds veel taboe op. Aan de andere kant merken vrouwen dat het prettig is om hun ervaringen te delen. Het is voor hen goed om te horen dat andere vrouwen met dezelfde problemen kampen en dezelfde complicaties hebben als zij.

Mensen komen omdat ze nieuwsgierig zijn, maar ook omdat Sophia het organiseert. Zij heeft veel aanzien binnen de groep. Sophia merkt dat mensen angstig zijn door alle publiciteit. Zij zoeken elkaar op. Veel Somaliërs vertrekken naar Engeland. Mensen vinden het verbod op besnijdenis discriminatie. Zij zeggen: 'het is mijn kind, het is mijn beslissing'. Het gaat dan trouwens vooral om de oudere Somaliërs, de jongeren hebben al veel meer afstand.

Voor de toekomst zou Bluk Lay graag meer mogelijkheden krijgen om voorlichting te geven om meer mensen te kunnen bereiken. Het gaat vooral om nieuwkomers en ook andere groepen dan de Somaliërs. Die bereiken we nu helemaal niet.

African Sky, Utrecht 12 oktober 2004

African Sky is acht jaar geleden gestart als een algemene organisatie voor Somalische vrouwen. Twee jaar na de start is de huidige voorzitter (Stella) lid geworden. Aanvankelijk ging zij met vier vrouwen langs buurthuizen om voorlichting over gezondheid te geven. Zij hielden spreekuren in de

buurthuizen. Sinds 2001 hebben zij een onderkomen bij de Vluchtelingen Organisatie Nederland (VON) en sinds 2002 ontvangen zij subsidie.

Er is nu één keer per maand een bijeenkomst. Meestal zijn daar ongeveer 120 mensen. Het merendeel is vrouw (95%). Nog steeds is het thema gezondheid, maar er wordt ook veel aandacht aan besnijdenis besteed. Recent is een bijeenkomst georganiseerd met voorlichting over aids hierbij waren dertig mannen aanwezig. Na elke bijeenkomst wordt een feest georganiseerd en zijn er hapjes. Het sociale aspect is erg belangrijk.

Stella merkt dat er heel veel behoefte aan kennis is. Sinds Ayaan Hirsi Ali zich tegen meisjesbesnijdenis keert, heerst er angst en onzekerheid. Hoe gaat de controle van mijn dochter gebeuren, wordt nogal eens gevraagd. Vrouwen schrikken vaak ook als zij horen dat het niet in de koran staat. De meeste vrouwen willen niet over seksualiteit praten, na enig aandringen, lukt dat uiteindelijk meestal wel. Vrouwen praten over hoe zij zich als vrouw voelen bij seksueel contact. Zij worden zich bewust van de problemen die zij hebben door besnijdenis en het wordt bespreekbaar. Dat werkt goed, mensen gaan erover nadenken! Deze formule werkt omdat mensen een rolmodel aangereikt krijgen. Stella benadrukt dat het een generatiekwestie is. Jongere mensen zullen snel afzien van besnijdenis. Vooral jongemannen zijn fel tegen.

African Sky bereikt nu maar een kleine groep. Honderdtwintig mensen in een lokale bijeenkomst terwijl er 27.000 Somaliërs zijn in Nederland. Zij wil om de voorlichting verder uit te breiden en te versterken ingang zoeken via samenwerking met imams, maar ook via de reguliere gezondheidszorg (consultatiebureaus) en via scholen. Uitbreiding naar Amsterdam is één van haar grote wensen. Stella sluit af met te zeggen dat zij vindt, dat mensen moeten melden als zij denken dat een reis voor een besnijdenis gepland is. De inzet van het onderwijs en de CB-artsen bij het voorkómen van besnijdenis is van groot belang.

Stella kan niet bewijzen dat haar inspanningen resultaat hebben. Zij merkt wel dat, doordat zaken bespreekbaar worden, en door de voorlichting over de koran, bewustwording op gang komt. De mensen gaan anders tegen besnijdenis aankijken.

Verslag interview met mevrouw C. Hanciles en mevrouw C.J. Knoops-Hamburger

Claire Hanciles, op dit moment woonachtig te Freetown in Sierra Leone. Zij is werkzaam als advocaat, thans als Public Defender bij het Special Court of Sierra Leone. Mevrouw Hanciles is geboren op 3 december 1970, Oost Sierra Leone. Zij maakt deel uit van een van de 12 Tribes in Sierra Leone, Mende genaamd. Dit is de grootste stam in Sierra Leone. Mevrouw Hanciles heeft haar jeugd doorgebracht in de Kenema District en later in het westen van Sierra Leone. Mevrouw Hanciles is slachtoffer van Female Genital Mutulation (FGM).

Tachtig procent van de bevolking is vóór FGM. De groep die zich daartegen verzet (de overige 20%) leeft in afzondering van de eigen familie, omdat het niet meewerken aan FGM binnen de familie als een 'disgrace' wordt beschouwd.

Zij verklaart dat FGM niet alleen een emotioneel grote ingreep is voor de meisjes/vrouwen die het ondergaan, het neemt tevens alle seksuele gevoelens weg, zodat een seksuele relatie niet meer op een lichamelijk bevredigende wijze voor vrouwen kan plaatsvinden. Dit is anders met de mannelijke besnijdenis, waaraan geen lichamelijke gevolgen kleven wat betreft de seksuele beleving.

Mevrouw Hanciles werd, zonder dat zij door haar familie was voorbereid, op haar zestiende jaar besneden. Dit werd verricht door een vrouw uit haar eigen gemeenschap waartoe zij als kind behoorde. Zij werd op een middag meegenomen door een aantal vrouwen om een wandeling in het bos te maken in de buurt van haar woongemeenschap in het Kenema District. Zij werd een houten huisje binnengevoerd, en daar hardhandig door een aantal vrouwen beetgepakt, neergelegd op een tafel, waarbij haar ogen werden afgeplakt, en in haar mond een prop van stof werd gedaan. Daarna werd zij gedeeltelijk ontkleed en zonder te weten wat haar te wachten stond, heeft men haar met gebruikmaking van een niet-steriel scheermes, de clitoris afgesneden, welke ingreep, naar zij zich nog kan herinneren, minstens tien vreselijke minuten heeft geduurd. Geheel in shock werd zij op haar voeten gezet en begonnen de vrouwen om haar heen te zingen en te klappen. Zij heeft nooit haar vraag beantwoord gekregen wat er met haar was gebeurd. Zij heeft haar verwonding overleefd, omdat zij van een andere vrouw uit het gezelschap – geen arts – een antibioticum toegediend heeft gekregen. Dat is niet altijd het geval, zodat er veel meisjes/vrouwen sterven door infecties en complicaties van de wond. Na twee dagen is bij haar het bloeden gestopt. Lichamelijk herstel heeft ten minste twee weken geduurd. Zij vertelt dat zij geestelijk een ander mens is geworden en herstel op dat niveau heeft nooit plaatsgevon-

den. Zij is alle vertrouwen in haar familie en omgeving verloren, en heeft door de ingreep geen normale (seksuele) relatie met haar huidige echtgenoot kunnen opbouwen. Zij vertelt dat zij het geluk heeft een ontwikkelde man te zijn gehuwd die tegen vrouwenbesnijdenis is, en die op geheel andere wijze zijn affectie aan zijn echtgenote toont en daar veel werk van maakt. Zij is teleurgesteld in het feit dat zij geen genot kan beleven aan de seksuele daad en ook nooit meer een orgasme kan ervaren.

Mevrouw Hanciles vertelde dat ten minste 80% van de stammen in Sierra Leone een dergelijke praktijk uitoefenen. Zij vertelt mij dat het gebruik is ontstaan uit de mannelijke behoefte om over de vrouw te heersen. Er zijn geen interne regels voor. De praktijk houdt primair verband met de financiële positie van de pater familias, die na een dergelijke ingreep een groot feest dient te organiseren. Zodra een man hiertoe in staat is, zal hij gelasten dat zijn dochter wordt besneden. Dit kan op elk moment in haar leven gebeuren. De ingreep wordt zonder verdoving en bij vol bewustzijn verricht.

Naast het feit dat de vrouw door de ingreep een bepaalde status binnen de stam verkrijgt, hebben vrouwen er in haar omgeving zelf belang bij dat een dergelijke ingreep plaatsvindt, omdat daaraan een groot feest verbonden is. Dit feest mag uitsluitend door vrouwen worden bezocht, speelt zich buiten de gemeenschap van mannen in de bossen af – en duurt ten minste een week tot twee weken. Dergelijke feesten geven volgens mevrouw Hanciles vrouwen een moment van totale vrijheid en een legitieme reden om onder het juk van hun mannen bevrijd te zijn. Gelet hierop, zo stelt mevrouw Hanciles, zijn veel vrouwen – ondanks de ernst van de ingreep – niet zonder meer bereid om aan deze praktijk een halt toe te roepen, omdat zij niet graag hun tijdelijke vrijheid willen opgeven. Hoe meer vrouwen worden besneden, hoe meer vrijheid zij per jaar zullen genieten.

Volgens mevr. Hanciles zijn dat de momenten waarop vrouwen – die op geen enkele wijze meer enige vorm van seksuele lust voelen – zich laten verleiden door andere mannen dan de man aan wie zij zijn uitgehuwelijkt (en die zij met meerdere vrouwen moeten delen), hetgeen hen kennelijk een gevoel van enige vrouwelijkheid teruggeeft. Deze praktijk leidt er vervolgens weer toe dat een vrouw zich door meerdere mannen tegelijk tot seksuele handelingen laat verleiden (door gebrek aan enig gevoel ontstaat er immers geen uitputting) waardoor bij veel vrouwen een aids-besmetting is ontstaan. Dit laatste probleem wordt door de overheid van Sierra Leone inmiddels onderkend.

Daarnaast stelt mevrouw Hanciles dat er sprake is van een hoog sterftecijfer onder vrouwen die voor het eerst bevallen, mede door de door hen

ondergane FGM. De officiële sterftcijfers en medische (wetenschappelijke) onderbouwing zal de ondervrager worden nagezonden.

De vrouwelijke besnijdenis wordt officieel verricht ten behoeve van de status van het meisje, maar vindt eigenlijk plaats ter meerdere eer en glorie van de status van de man, terwijl de overige vrouwen profiteren van de korte vrijheid die aan zo'n ingreep verbonden is. Mevrouw Hanciles verklaart het paradoxaal te vinden dat mannen last hebben van het feit dat hun vrouwen geen enkel seksueel gevoel meer hebben bij de seksuele daad, zodat zij hun vertier uiteindelijk ook trachten te zoeken bij vrouwen die niet besneden zijn.

Er is volgens mevrouw Hanciles geen enkele medische of juridische controle op deze praktijk. Zij staat over dit onderwerp in nauw contact met overheidsfunctionarissen, die haar mening bevestigd hebben. Het heeft volgens haar in Sierra Leone ook niets te maken met geloof. Het heeft te maken met de usance binnen de stammen. Zij stelt dat geen enkel geloof vrouwenbesnijdenis predikt. Voor zover zij weet vindt FGM alleen in Afrika plaats.

De enige organisaties die trachten aan deze praktijk in Sierra Leone een einde te maken is de organisatie van de 'Born Again Church' alsmede de 'Womens Form'. Veel vrouwelijke NGO's komen daar samen om over allerlei onderwerpen te spreken die vrouwen betreffen. Bijvoorbeeld over het beginsel van gelijke behandeling. Afhankelijk van de groep wordt het onderwerp FGM wel of niet op de agenda gezet. Mannen zijn niet betrokken bij deze organisaties.

Volgens mevrouw Hanciles lijden vrouwen na besnijdenis aan een gebrek aan eigenwaarde, wat onder meer blijkt uit het feit dat zij hun leven niet meer waardevol achten. Daarbij komt dat 80% van de inwoners van Sierra Leone analfabeet is, zodat er maar weinig vrouwen zijn die op een andere wijze gevoelsmatige invulling kunnen geven aan hun leven.

De politiek bemoeit zich niet graag met dit 'vrouwenleed', omdat de positie van politici volgens mevrouw Hanciles afhankelijk is van de stem van het mannelijk deel van de bevolking. Op politiek niveau is thans nog geen enkele steun tegen FGM te verkrijgen.

Mevrouw Hanciles overhandigt de ondervrager een aantal documenten, die neerkomen op het volgende:

Al in 1952 heeft de Commission on the Status of Women van de Verenigde Naties getracht aandacht te vragen voor FGM, alsook in 1958 via de World Health Organization, op verzoek van de Economic and Social Council van de Verenigde Naties. De internationale gemeenschap was

toen echter nog niet in bereid om de discussie over dit onderwerp aan te gaan. Pas in 1970 heeft de organisatie Working Group on Slavery dit onderwerp weer op de agenda gezet. In 1984 heeft een onderafdeling van de Commission on the Promotion and Protection of Human Rights (toen beter bekend onder de naam: Sub-Commission on Prevention of Discrimination and Protection of Minorities) een werkgroep opgezet die alle aspecten van FGM in kaart diende te brengen. Er werd afgesproken dat men niet meer zou spreken van vrouwenbesnijdenis, maar van vrouwelijke genitale verminking. Zij hebben de kwestie geïnventariseerd en een lijst opgesteld van de meest schadelijke traditionele praktijken, in relatie tot sterfte en ziekte, de mogelijkheid bestudeerd om de praktijken aan te passen, en een inventaris gemaakt van de bestaande documentatie over het onderwerp. De lijst van meest schadelijke praktijken jegens vrouwen bestaat onder meer uit genitale verminking, gezichtsverminking, gedwongen voeding bij vrouwen, vroeg-huwelijken, eettaoes en traditionele praktijken geassocieerd met geboorte. De Sub-Commission heeft vrouwenbesnijdenis bovenaan op de agenda gezet.

In 1991 heeft deze Sub-Commission een Special Rapporteur benoemd, mevrouw Halima Embarek Warzazi uit Marokko. Tevens werd in dat jaar in Burkina Faso een belangrijk seminar gehouden dat door vijftien Afrikaanse deskundigen werden bijgewoond. Met name de Human Rights van vrouwen werden besproken.

In 1993 werd een tweede seminar georganiseerd in Sri Lanka. Hier werden dezelfde onderwerpen besproken, inclusief de schadelijke praktijken jegens vrouwen in Azië, zoals vereisten voor een bruidschat bij huwelijk en de sociaal-economische consequenties voor jonge vrouwen, de status van gescheiden vrouwen en geweld binnen het huwelijk, waaronder tevens werden verstaan mishandeling en verminking.

In 1994 heeft de Sub-Commission een actieprogramma opgesteld voor de verbanning van schadelijke traditionele praktijken die de gezondheid van vrouwen en kinderen bedreigen: E/CN.4/Sub 2/1994/10/Add 1.

Sedertdien is FGM gespreksonderwerp gebleken op vele VN-Wereld conferenties. Zo heeft men in de Vienna Declaration and Programme of Action benadrukt dat 'Gender-based violence and all forms of sexual harassment and exploitation, including those resulting from cultural prejudice and international trafficking, are incompatible with the dignity and worth of the human person and must be eliminated.'

De International Conference on Population and Development heeft na het Programme of Action aangenomen te hebben, alle landen in de wereld verzocht om actie te ondernemen tegen alle vormen van seksueel

geweld jegens vrouwen en kinderen en verzocht om vrouwen en kinderen te beschermen tegen onnodige en gevaarlijke praktijken.

Vervolgens werd in China de Beijing Declaration and Platform for Action aangenomen, waarin meer gespecificeerd al het onnodig geweld nogmaals wordt omschreven.

In 1999 komt de Algemene Vergadering van de Verenigde naties in een speciale zitting bijeen terzake 'review and appraisal of the Programme of Action of the International Conference on Population and Development' (gedurende de periode 30 juni – 2 juli 1999). Regeringen werd aanbevolen 'to promote and protect the human rights of the girl child and young women (...)'. .

Vervolgens heeft ook Unicef zich over het probleem gebogen en heeft initiatieven genomen. Het wil in dit kader gaan samenwerken met de organisaties als WHO UNFPA. Deze laatste heeft fondsen vrijgegeven voor workshops ter plaatse om mensen te informeren en ze te waarschuwen tegen de schadelijke gevolgen van hun handelen. Tevens tracht men door middel van die workshops ter plaatse mensen aan te moedigen hun schadelijke praktijken in te wisselen voor andere onschadelijke ceremoniën.

In maart 1997 heeft het WHO nog een studie laten doen, genaamd: Female Genital Mutilation: an overview.

Unesco heeft inmiddels eveneens een plan van aanpak geïntroduceerd ter uitroeiing van de gevaarlijke praktijken. Het introduceert een lesprogramma op scholen en informeert kinderen over de schadelijke praktijken.

Het Committee on the Elimination of Discrimination against Women heeft in 1999 een 'General Recommendation 24 on article 12 of the Convention concerning women and health' geadopteerd. De GR 24 stelt dat 'some cultural or traditional practices such as female genital mutilation carry a high risk of disability and even death for the women and girls subjected to them. States should therefore ensure the enactment and effective enforcement of laws that prohibit female genital mutilation and the marriage of girl children'.

Sedert 1999 tracht de VN dus zelfs regeringen aan te sporen wetten op te laten stellen die deze praktijken strafbaar stellen.

Vervolgens is tussen 25 en 27 april 2000 in Addis Ababa, Ethiopië het First African Youth Forum opgericht, georganiseerd door het Inter-Afri-

can Committee (IAC), dat zich is gaan buigen over de traditionele praktijken, die de gezondheid van vrouwen en kinderen bedreigen. Zij hebben een aantal conclusies getrokken, die er op neerkomen dat traditionele praktijken zoals FGM dienen te worden verbannen.

Thans is men binnen de Human Rights organisaties ook doende om aandacht te vragen voor de rechten van de vrouw, met name voor de mishandeling in verband met FGM.

In 2000 zijn tevens symposia gehouden in Arusha, Tanzania en in Ethiopië.

Tot slot deelt mevrouw Hanciles mij mede dat er in Gambia een verdrag tussen een groot aantal Afrikaanse landen is gesloten (dat niet afdwingbaar is) en dat verzoekt om strafbaarstelling van FGM (verdrag wordt nagestuurd).

Verslag opgemaakt te Sierra Leone en afgerond te Amsterdam, 19 oktober 2004.

Mr. C.J. Knoops-Hamburger

Knoops & Partners advocaten

Reacties op site www.commissie-fgm.nl

- Welke is de positie van de commissie in het geval van één asielzoeker die samen met haar dochter van ongeveer 8 jaar oud uitgezet kunnen worden, naar een land waar deze praktisch “normaal” is (Vluchtelingenwerk).
- Wat kan de gewone burger doen om streven van de commissie te ondersteunen? Ik zou graag iets ondernemen om FGM in Nederland – en zo mogelijk daarbuiten – te beperken/voorkomen, maar weet niet wat. Wel bezit ik veel theoretische kennis over de leefomgeving en de rechten van vrouwen in met name Arabische en Islamitische landen.
- TNO werkt op dit moment aan een jeugdgezondheidszorg standaard methodiek onderzoek secundaire preventie kindermishandeling. Het lijkt mij handig als uw websiteadres in standaard vermeld staat. Als u het daarmee eens bent, hebt u dan een voorstel over de tekst waarmee u genoemd wilt worden (N.B. voorstel voor tekst doorgegeven).
- Ik ben advocaat van een Somalische vrouw, uitgeprocedeerde asielzoeker, met 2 in Nederland geboren dochters. Maar ze hebben de Nederlandse nationaliteit verkregen na erkenning door hun ‘verwekker’. Kinderen hebben geen contact meer met deze man. Asielaanvraag van de moeder ogv tbv 2003/48 is afgewezen door IND omdat kinderen zelf niet worden bedreigd met FGM. Rechtbank heeft die beschikking vernietigd, er loopt nu hoger beroep. Naar mijn mening zou de regeling uitgebreid moeten worden zodanig dat ook de ouders (en broers en zusters) van deze meisjes een vergunning ontvangen. Immers wordt anders de eenheid van het gezin (waar t.b.v. 2003/48 kennelijk van uit gaat) verbroken. Er loopt ook een aanvraag gezinshereniging moeder bioj Nederlandse dochters, maar deze is afgewezen ivm mvv vereiste. Aan art 8 EVRM werd dus (helaas) niet toegekomen. Ik heb nog een Somalische familie (ouders 3 zonen en 1 dochter) die hetzelfde overkwam: bij vergissing had de IND het jongste kind een AMA-status verleend, en later voortgezet verblijf; dus “wordt zij beschermd”; maar ouders en 3 broers moeten wel terug naar Somalië! Zij zullen hun dochtertje niet achterlaten. Ook in deze zaak heeft de rechtbank de beschikking vernietigd wegen ‘ondoorzichtigheid’. Kunt u aandacht vragen bij de Minister voor dit probleem?

- We are glad that FGM Commission was established in The Netherlands. Here in Somalia FGM has been one of our principle critical areas of concern. We are eager to share information, ideas and experience on FGM with you. (SONPPCAN)

- Ik weet niet wat u voor reacties verwacht, maar graag maak ik van de gelegenheid gebruik om een reactie te geven. In onze gynaecologische praktijk in het Medisch centrum Haaglanden (een groot binnenstads ziekenhuis met een allochtonen populatie van 70% ongeveer) zien wij relatief veel vrouwen met een status na besnijdenis. Vroeger (10 jaar geleden) was zoiets een bijzonderheid. Nu wordt het nauwelijks meer in het medisch dossier genoteerd. De vrouwen die besneden zijn klagen nauwelijks hierover. Tenzij er anatomische complicaties zijn: retentie cystes die ontstaan zijn, te nauw door de besnijdenis. In dit laatste geval wordt dit opgeheven. Besneden vrouwen, waarbij geen functionele klachten bestaan bij de coïtus, klagen eigenlijk nooit over hun besnijdenis. Waarom? Weten niet anders? Blijkbaar toch niet zo traumatisch ervaren? Cultureel geaccepteerd? Zelden of eigenlijk praktisch nooit hebben we gemerkt dat vrouwen na een bevalling b.v een 2e “besnijdenis” lieten ondergaan. Ik ken 1 geval. De vrouwen waar het om gaat, praten meestal redelijk Nederlands. Ik moet toegeven dat na een bevalling er eigenlijk geen controle is of navraag gedaan wordt of een eventueel geboren dochter in de toekomst in het land van herkomst later besneden zal worden. Dit zou bij het consultatie bureau misschien gecontroleerd kunnen worden. Een controle functie voor de gynaecoloog is denk ik niet goed, wel kan misschien een informatie folder verstrekt kunnen worden, waarin zou kunnen staan dat in Nederland wij het onjuist vinden als jonge meisjes besneden worden. De pasgeborene krijgt een Nederlands paspoort toch. Aan de andere kant heb ik ook begrepen dat de besnijdenis pas plaats vindt op 8-12 jarige leeftijd. En ik zie een consultatie bureau niet ieder meisje in Nederland gynaecologisch onderzoeken. Kortom ik denk dat het probleem groter gemaakt wordt dan het is en niet op te lossen is in wetgeving. Er zullen ongetwijfeld een aantal vrouwen zijn die zeer traumatische ervaringen hebben overgehouden aan de ingreep en in Nederland nu ook de gelegenheid krijgen om dit onderwerp in de publiciteit te krijgen, wat in het eigen land vaak niet goed mogelijk is. Terecht, het lijkt me ook een verschrikkelijke gebeurtenis. Maar weet niet of we met een politiek rapport dit probleem vanuit Nederland kunnen oplossen. met vriendelijke groeten en sterkte met de opdracht van uw cie.

- Genitale verminking van meisjes dient hard, maar dan ook keihard te worden aangepakt, bestreden en bestraft. Ouders die dergelijke mishandeling toelaten c.q. entameren dienen - na het uitzitten van hun straf - uit Nederland verwijderd te worden.
- Ik ben verloskundige in het Utrechts verloskundig centrum van UMC/WKZ. In mijn vak kom ik met enige regelmaat vrouwen tegen die zijn besneden. Tijdens de bevalling wordt dan meestal een knip gezet, naar boven. De meeste willen geen herstel. Om aan de beroepsgroep van verloskundigen te laten weten dat jullie commissie er is, is het handig om het tijdschrift voor verloskunde te benaderen.
- Mijn afschuw wat betreft FGM is heel groot. Daarin sta ik niet alleen. Het is een goede zaak, dat er adequaat opgetreden wordt tegen deze vrouwenmishandeling cq verminking. In mijn werk als docent aan leerling-kraamverzorgenden komt dit onderwerp regelmatig op tafel. Mijn leerlingen komen deze vrouwen tegen in de thuissituatie. Ik vind, dat er strafmaatregelen moeten komen tegen deze praktijken, ook al vindt de ingreep in het land van herkomst plaats. Het is niet te accepteren in deze tijd. Het moet uit de wereld en in landen waar dit plaatsvindt moet goede voorlichting zijn. Maak meisjes en vrouwen/moeders bewust van de vreselijke gevolgen en leer hun dat zij deze vernedering niet verdienen of verdiend hebben. Het is ronduit een walgelijke verminking en niet meer van deze tijd!
- Op Uw site constateer ik discriminatie van vrouwen. Waarom labelt U vrouwen door voor de namen “mw” te plaatsen in tegenstelling tot bij de mannen. U zou er goed aan doen of door de “mw” weg te laten of door bij de mannen ook “hr” voor de namen te plaatsen. Wat de genitale verminking betreft: Het zou goed zijn om tijdens schoolonderzoeken dit te controleren en artsen verplicht te stellen om de verminking te melden, wanneer deze bij onderzoek of bij bevalling geconstateerd wordt. Ik kan me ook wel vinden in de controle van meisjes die ‘op vakantie zijn geweest’, mits het zorgvuldig gebeurt.
- Mij lijkt het niet normaal dat dit onderzoek voor elk willekeurig kind gaat gelden. Beperk het tot de doelgroep (risico kinderen of om in GGD termen te blijven pluis/niet pluis) refererend aan etniciteit, en niet zomaar ieder kind. Vriendelijke groet en succes met uw werk

- De commissie heeft hopelijk wel de onlangs op de Belgische tv uitgezonden afschuwelijk schokkende documentaire gezien over vrouwenbesnijdenis. Ongelooflijk dat in ons idiote land is overwogen het hier 'legaal' te doen plaatsvinden in een ziekenhuis. Is het dan opeens geen verminking meer?
- Hoewel de vrouwenbesnijdenis iets vreselijks is, is de mannenbesnijdenis ook een zinloze verminking waar de besnedene niet om heeft gevraagd. Waarom niet gestreden tegen besnijdenis in het algemeen? Het is veel consequenter.
- Ik wilde u alleen even zeggen dat ik het ontzettend goed vind dat hier een organisatie voor is opgericht. Ik wist niet eens dat dat bestond!! Ik ben zelf nog maar net 16 jaar geworden en ik heb het boek van Waris Dirie 'Mijn Woestijn' gelezen, en ik vind het verschrikkelijk hoe ze daar met vrouwen en meisjes omgaan! Ik vind het SUPER dat er een organisatie is opgericht. En ik hoop dat het veel mensen helpt!
- Ik ben Somalische vrouw, 29 jaar, ik werk bij de Ministerie van VROM en ben moeder van 2 kinderen.
Ik werd besniden toe ik 9 jaar oud was, het was gewoon vanzelfsprekend ik had nooit gedacht dat een lichamelijke verminkt was, het was juist een schoonheidsoperatie. Na de mijn vlucht ben ik achtergekomen, dat vrouwenbesnijdenis geen schoonheidsoperatie was, maar een vorm van lichamelijke verminking, ik heb besluiten om dit te onderzoeken.
Na veel vragen ben ik tot conclusie gekomen met twee argumenten:
a) dat vrouwenbesnijdenis soort cultuur is die ontstond het tegen aan de seksuele behoefte van de vrouwen. Vrouwen moeten dichtgenaaid worden en daarna werd zij als cadeau aangeleverd aan de man, en de man moet het cadeau uitpakken en doen wat hij wil. Met andere worden als ze vrouw niet besniden is werd ze tijdens de pubertijd een seksueel actief dan werd ze een hoer. Belachelijk!
b) Ik ging de Koran lezen om erachter te komen, waarom de religie dit soort ingrijpen toelaat, maar tot mijn verbazing stond nergens over vrouwenbesnijdenis.

Ik ben heel erg boos dat ik en vele andere vrouwen moeten slachtoffer worden van deze achterlijke cultuur, ik geef geen schuld aan mijn ouders, want het is gewoon onwetendheid, maar ik weet een ding zeker het zal mijn dochter dat niet gebeuren.

Ik blij dat in Nederland vrouwenbesnijdenis verboden is, ik vind persoonlijk een beetje te laat, maar goed *laat is beter dan nooit*.

Maar ik ben tegen de controlesysteem van de meisjes wat mw. Hirsi Ali bedacht heeft, het is schending van de persoonlijk –privé, omdat:

a) De meisjes minderjarig zijn en hen leeftijd genoten geen maandelijkse controle zullen ondergaan, kan het geval zijn voor later leeftijd dat deze meisjes onzeker worden door de maandelijks controle. Het kan ook veel psychische schade leveren.

b) Bovendien geeft de regering aan door dit systeem aan te voeren dat ze de ouders niet vertrouwen en daardoor zullen veel ouders gaan verhuizen of vluchten, terwijl het probleem niet opgelost is.

Oplossing: dialoog ingaan, geef veel voorlichtingen met name voor jonge moeders. Veel jonge moeders hebben een mening hierover, maar ze worden niet verhoord.

Daarom geef ik op deze manier mijn mening, en hoop dat jullie wat aan hebben.

- Als oud tropenarts, public health specialist en gynaecoloog ben ik erg geïnteresseerd naar uw voorstel. Tevens wil ik u wijzen op een onderzoek aan de VU omtrent dit onderwerp. Verder vraag ik mij af of vrouwelijke verminking goed Nederlands is. Ik hoop dat uw concept op internet komt en dat er vanuit die kant op kan worden gereageerd. Veel succes.
- Volgens mij is de beste manier deze FGM te bestrijden door jarenlange voorlichting aan die bevolkingsgroepen waar het veel voorkomt, telkens basale informatie over risico's wat betreft gezondheid en het feit dat het slechts een cultuurpatroon is en niets met religieuze verplichting te maken heeft, dus ook niet vanuit de Islam. Controle is stigmatiserend en de mensen wijzen dit af, en zullen niet komen. Dat hebben ze me al laten weten (kinderarts, namens NVK).

- Naar aanleiding van uw bericht in MC:
Als gynaecoloog heb ik vooral te maken met vrouwen die in het verleden besneden zijn en nu een "opheffen van de besnijdenis" wensen. Ik werk niet dagelijks binnen de verloskunde en zie dus eigenlijk geen zwangere vrouwen.
Naar aanleiding van alle discussies en gegevens uit m.n. Frankrijk, ben ik voor een strenger preventief beleid. Daarnaast zou ik bij u onder de aandacht willen brengen: wat zijn de overeenkomsten en verschillen tussen FGM en een verzoek tot labiumcorrectie en wat zou het daaruit voortvloeiende beleidsadvies kunnen zijn gezien de steeds maar groeiende vraag naar labiumcorrectie door Nederlandse vrouwen
- Tijdens mijn werk als verloskundige ben ik meermaals in direct contact gekomen met vrouwen die in meer of mindere mate besneden waren. Ik heb enkele jaren in een AZC spreekuur gedaan en enige tijd in een ziekenhuis gewerkt waar alle vrouwen uit een groot AZC kwamen bevallen. Ik spreek vrij goed Frans, en ben erachter gekomen waarom veel van deze vrouwen toch ook hun eigen dochters willen laten besnijden. Ik ben ervan overtuigd dat verbieden en controleren geen enkele zin heeft. Het is belangrijk om mensen door voorlichting te laten inzien dat de argumenten om een meisje te laten besnijden geen goede zijn. Graag wil ik hier nader met u over spreken, indien gewenst.
- Organisatie: working party for international safe motherhood and reproductive health
Helaas is het huidige politieke klimaat zodanig, dat oplossingen voor maatschappelijke problemen gekenmerkt worden door law and order en dat de gedachten aan een politiestaat hierbij steeds vaker naar voren komen. Dat zal de vrouwenbesnijdenis niet uitroeien; artsen dienen op geen enkele manier binnen dit gedachtekader te worden ingeschakeld, dus géén verplichte keuringen of het onrecht reeds is geschied. Wel uiteraard de dialoog aangaan met ouders met uiteraard de duidelijke boodschap dat FGM nooit in het belang van hun kinderen is en dat dit dus niet dient te geschieden. Overigens lopen kinderen at risk in Nederland een aanzienlijk kleinere kans aan dit onrecht te worden blootgesteld dan diegenen in de landen van herkomst. In Nederlandse ziekenhuizen zijn tot nu toe nog geen complicaties gesignaleerd van recent besneden meisjes. Zou FGM clandestien op grote schaal plaatsvinden, dan zou dit toch hebben moeten gebeuren en het is zeer onwaarschijnlijk, dat dit dan niet zou worden gesignaleerd. Tegelijkertijd met de voorstellen meisjes tweejaarlijks te inspecteren,

staat merkwaardigerwijs bijv. subsidie aan bijv. Pharos iedere keer weer ter discussie, terwijl de werkwijzen en attitude van Pharos naar mijn idee van de meest verstandige aanpak getuigen. Daar moeten we met nog meer aandacht en kracht mee verder gaan en ons niet laten leiden door de waanzin van de dag (waar helaas de politici voorname-lijk mee bezig lijken).

- Organisatie: Samvao/Amsterdam
reactie: Waxaan uga mahad celinayaa gudiga soo abaabulay ka hor-taga dadka dadqalatada ah ee aaminsan wax aan diin iyo dhaqan midna ku kusalaysneey in laga qabto bulshada waxaan idika siin karaa taageero anigoo labo gabdhood oodadoodu tahay 12&10 years waxay dalkan kunoolyihiin mudo 10 sano oo ilaahada aan wax sharci ah lahayn waxaan uga baqayaa hadii lagu celiyo soomaaliya inay mutaan dhibkii ay soo aragtay hooyo kastoo soomaali ah ama haysa-taba xaaskayga marka la eego dhinacyo badan oo ka maqan xubinta dareenka qayb kaqaadata isjeclaanta labada qof ee isqaba taasoo aad ugu yar bahda soomaaliyeed taasoo ay sabab utahay Gudniinka iyo arimo kale oo lamida success
- reactie: jah, ik vind het allemaal niet normaal. het is een ding die bij manen horen en niet bij vrouwen. maar bij ons in Afrika vinden ze het normaal. Sn ik vind het zo verschrikkelijk. Hoe kan mensen zo iets in hun hoofd halen om een meisje te besnijden.Ik had ook een vriendin die besnijd was.Sorry maar mij Nederlands is nog niet zo goed.

Noten

- ¹ Hier vooral genoemd de rechten van het kind, de rechten van de vrouw, het recht om te leven en de reproductieve rechten.
- ² Dit geldt niet exclusief voor allochtone minderheidsgroepen, maar zou even goed van toepassing kunnen zijn op orthodox christelijke groeperingen, bijvoorbeeld op de Veluwe of in Zeeland. Het voorbeeld is ook niet stigmatiserend bedoeld, maar meer als denkmodel.
- ³ Niet te verwarren met een bepaalde politieke partij of het economisch liberalisme van de vrije markt. De 'liberale moraal' wordt hier opgevat als politieke moraal en betreft een normatieve theorie over de inrichting van de samenleving als geheel en in het bijzonder de rol van de overheid daarin.
- ⁴ Dit kan opgevat worden als de 'overlappende consensus' van de fundamentele principes van rechtvaardigheid die in een samenleving moeten gelden.
- ⁵ Het is nadrukkelijk niet de bedoeling om dit rapport te herhalen. Maar wel om het belang van de aanbevelingen van dit rapport te benadrukken.
- ⁶ Inclusief inspectie van de uitwendige geslachtsorganen.
- ⁷ Dit gebrek betreft zowel de taken op het gebied van voorlichting als aanbevelingen over melding.
- ⁸ Gemeentelijke Basis Administratie.
- ⁹ Hiermee worden de speciale wijkagenten en de jeugd -en zedenrechercheurs bedoeld.
- ¹⁰ Voor mensen uit alle betrokken culturen. Dus niet alleen de Somalische gemeenschap.
- ¹¹ Mensen die hoog in aanzien staan bij de gemeenschappen en ook op religieus gebied als gezaghebbend worden beschouwd.
- ¹² Weldenkende mensen weten dat het niet samenhangt met de islam en dat het een preïslamitisch gebruik is. Dit wordt goed onderbouwd in het boek van de Somalische Raqiya Haji Dualeh Abdalla, *Sisters in affliction, Circumcision and Infibulation of Women in Africa*, Zed Press, 57 Caledonian Rd., London, 1982. Ook andere Somalische auteurs als Waris Diri doen moedige pogingen dit gebruik volledig af te schaffen.
- ¹³ Een wetenschappelijke verhandeling over vrouwenbesnijdenis: M.M.J. Reyners, *Het besnijden van meisjes, Een leven lang leed en pijn*, Boom, Amsterdam, 1993, ISBN 9053520767.
- ¹⁴ *Ab al-Wahhâb Khallâf Ilm Usûl al-Fiqh (Wetenschap der bronneninterpretatie ten behoeve van de jurisprudentie)*, 12th edition, Kuwait: Dâr al-Qalam, 1398/ 1978.

Bijlagen

Bijlage 1

Literatuur

Abdel Magied, A. Overview and assessment of efforts against female genital mutilation (FGM) in Sudan. 2001.

Akgündüz, A. Female Circumcision: inleiding bij congres: De islamitische visie op besnijdenis bij meisjes, 20 december 2003. Rotterdam: Islamic University, 2003: www.islamicuniversity.nl.

All-party Parliamentary Group on Population, Development and Reproductive Health. Parliamentary hearings on female genital mutilation: report of the parliamentary hearings held on 23 and 24 may 2000 Palace of Westminster. London: All-Party Parliamentary Group on Population, 2000.

Bartels, E., A. van der Kwaak en H. Bartels. Meisjesbesnijdenis in juridisch perspectief. *Proces*, 81, 2002, no. 3-4, p. 49-53.

Bartels, E. Medische ethiek en rituelen van bloed. *Tijdschrift voor Geneeskunde en Ethiek*, 8, 1998, no. 4, p. 128-133.

Bartels, E., Vrouwenbesnijdenis als markeringsritueel. *Antropologische verkenningen*, 12, nr. 1, 1993, p. 1-19.

Bijlsma-Schlösser, J.F.M. Voorkomen van meisjesbesnijdenis door samenwerken: stappenplan. Lisse: Artsen Jeugdgezondheidszorg Nederland, 2004.

Bommel, A. van. De duivelse praktijk genaamd meisjesbesnijdenis. Bijdrage aan het congres: de islamitische visie op besnijdenis bij meisjes. Rotterdam: Islamitische Universiteit, 20 december 2003: www.islamicuniversity.nl.

Boucher, J., A. Rosof. Culture Clash: designing vaginas, FGM, and Dutch Policy. Humanity in Action Foundation, 2004.

British Medical Association. The law and ethics of male circumcision: guidance for doctors. *Journal of the Institute of Medical Ethics*, 30, 2004, no. 3, p. 259-263.

Centraal Bureau voor de Statistiek. Actuele bevolkingstrends. 2004.

Cook, R.J. B.M. Dickens en M.F. Fathalla. Reproductive health and human rights: integrating medicine, ethics and law. In: J. Harris en S. Holm. *Issues in biomedical ethics*. Oxford: Clarendon Press, 2003.

Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit GmbH. Addressing Female Genital Mutilation: challenges and perspectives for Health Programmes. Eschborn: GTZ, 2001.

Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit. Baseline data collection for FGM programmes: a review of selective approaches and methods. Eschborn: GTZ, 2003.

Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit (GTZ) GmbH. Eradicating violence against women and girls: conference documentation. Eschborn: GTZ, 2003.

Emancipatieraad, Adviesraad van de regering voor het emancipatiebeleid. Besnijdenis van meisjes en vrouwen. Den Haag: Emancipatieraad, 5 november 1992.

Essen, B. en C. Wilken-Jensen. How to deal with female circumcision as a health issue in the Nordic countries. *Acta Obstet Gynecol Scand*, 2003, no. 82, p. 683-686.

Faber, V. De functie van Docenten Gynaecologisch Onderzoek (DGO's) in het vaardigheidsonderwijs aan studenten geneeskunde, in: Bootsma-de Langen, A.M. Bijleren en Welzijn. Bussum: Medicom, 1996.

Ferguson, I en P. Ellis. Working document Female genital mutilation: a review of current literature. Department of Justice Canada, 1995.

Foblet, M. De Parijse besnijdenisprocessen: Franse rechters in het beschavingsoffensief. In: Fiselier, J. en Strijbosch A.K.J.M. (red.). *Cultuur en delict*. Den Haag: VUGA, 1992, p. 107-119.

GG&GD Utrecht. Factsheet Jeugd. Utrecht: Bureau Epidemiologie en Informatie - GG&GD Utrecht, 2003.

Hellsten, S.K. Rationalising circumcision: from tradition to fashion, from public health to individual freedom – critical notes on cultural persistence of the practice of genital mutilation. *Journal of the Institute of Medical Ethics*, 30, 2004, no. 3, p. 248-253.

Hendriks, M. Vrouwenbesnijdenis in Nederland: van beleid naar praktijk september 2000 – december 2002. Amsterdam/Utrecht: Federatie van

Somalische Associaties in Nederland/Pharos Kenniscentrum vluchtelingen en gezondheid, 2003.

Hermanns, J. Het bestrijden van kindermishandeling: welke aanpak werkt? Woerden: Co Act Consult, 2003.

Holm, S. Irreversible bodily interventions in children. *Journal of the Institute of Medical Ethics*, 30, 2004, no. 3, p. 237.

Hutson, J.M. Circumcision: a surgeon's perspective. *Journal of the Institute of Medical Ethics*, 30, 2004, no. 3, p. 238–240.

Izett, S. en N. Toubia. Learning about social change: a research and evaluation guidebook using female circumcision as a case study. New York: Rainbo, 1999.

James, S.A. Reconciling international human rights and cultural relativism: the case of female circumcision. *Bioethics*, 8, 1994, no. 1, 1-26.

Johnsdotter, S. FGM in Sweden; Swedisch legislation regarding female genital mutilation and implementation of the law. Ghent: International Centre for Reproductive Health, 2003.

Kabinetsstandpunt inzake vrouwenbesnijdenis, 05.02.1993, niet als Tweede Kamerstuk verschenen, maar als brief van de minister van WVC gericht aan de Tweede Kamer. Voor een verkorte weergave zie *Staatscourant*, 8 februari 1993.

Kangoum, A., et al. Prevalence of female genital mutilation among African women resident in the Swedish county of Östergötland. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 83, 2004, p. 187-190.

Kedar, M. Islam and 'female circumcision': the dispute over FGM in the Egyptian press, september 1994. *Medicine and Law*, 21, 2002, p. 403-418.

Kwaak, A. van der, et al. Strategieën ter voorkoming van besnijdenis bij meisjes, inventarisatie en aanbevelingen. Amsterdam: Vrije Universiteit Medisch Centrum, 2003.

Kwaak, A. van der en C. Keizer. Van verzwegen pijn naar stil verdriet: visies op vrouwenbesnijdenis en verandering. Amsterdam: Vrije Universiteit, 2004.

Leye, E. en J. Deblonde. Legislation in Europe regarding female genital mutilation and the implementation of the law in Belgium, France, Spain,

Sweden and the UK. Ghent: International Centre for Reproductive Health, 2004.

Ministry of Health and Social Affairs Social Services Division. National Action Plan to prevent female genital mutilation. Stockholm: Ministry of Health and Social Affairs, 2003.

Momoh, C. et al. Female genital mutilation: analysis of the first twelve months of a southeast London specialist clinic. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 108, 2001, p. 186-191.

Mussell, R. The development of professional guidelines on the law and ethics of male circumcision. *Journal of the Institute of Medical Ethics*, 30, 2004, no. 3, p. 254–258.

Musschenga, A.W. Punishment or child abuse: moral conflicts and two levels of incommensurability. In: Harskamp, A. van. *Conflicts in social sciences*. London: Routledge, 1996, p.: 100-122.

National Board of Health. *Prevention of Female Circumcision*. Albertslund: Sundhedsstyrelsens Publikationer, 1999.

Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie. *Standpunt 12 Vrouwenbesnijdenis*. Utrecht: NVOG, 2003.

Nienhuis, G. Knagen aan een oude traditie. *Medisch Contact*, 59, 2004, no. 6, p. 209-211.

NRC Handelsblad. *Meldplicht voor mishandeling kind*. NRC Handelsblad, 19 november 2004.

Okonofua, F.E., et al. The association between female genital cutting and correlates of sexual and gynaecological morbidity in Edo State, Nigeria. *BJOG: an International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 109, 2002, p. 1089 – 1096.

Pasma, F. *Besnijdenis: een gruwelijke traditie*. *Rotterdams Dagblad*, 18 mei 2004.

Pasma, F. *Besnijdenis: een gruwelijke traditie*. *De Gelderlander*, 9 juni 2004.

Patrick, I. Responding to female genital mutilation: the Australian experience in context. *Australian Journal of Social Issues*, 36, 2001, no. 1, p. 15-19.

Peeters, M. en J. Hermanns. Opvoedingsvoorlichting in de jeugdgezondheidszorg. Utrecht: SWP, 1993.

Powell, R.A., et al. Female genital mutilation, asylum seekers and refugees: the need for an integrated European Union agenda. *Health Policy*, 70, 2004, p. 151-162.

Rachman, A. en N. Toubia. *Female Genital Mutilation: a guide to laws and policies worldwide*. New York: Zed Press, 2000.

Rondeel, F. Expertmeeting Vrouwenbesnijdenis: beleid in praktijk, verslag van de besloten expertmeeting op 6 juni 2000 in het Centrum Arbeidsverhoudingen CAOP in Den Haag.

Ruissen, A. Niet-therapeutische jongensbesnijdenis in Nederland: passende zorg of genitale verminking? *Tijdschrift voor Gezondheidszorg & Ethiek*, 14, 2004, no. 3, p. 66-71.

Sarkis, M.M., *Anthropology and Female Genital Cutting (FGC). What took us so long to come around?* In: Denniston, G.C., F. Mansfield Hodges en M. Fayre Milos. *Flesh and Blood. Perspectives on the problem of circumcision in contemporary society*. New York, Boston, Dordrecht, London, Moscow: Kluwer Academic/Plenum Publishers, 2004, p. 119-131.

Short, R.V. Male circumcision: a scientific perspective. *Journal of the Institute of Medical Ethics*, 30, 2004, no. 3, p. 241.

Struijs, A.J. Neutraliteit en gelijkheid. Liberaal overheidsbeleid ten aanzien van minderheidsgroepen, in: Kranenborg, R. en W. Stoker (Red.). *Religies en (on)gelijkheid in een plurale samenleving*. Leuven-Apeldoorn: Garant, 1995: p 225-243.

Struijs, A.J. Minderhedenbeleid en moraal. *Erkenning van culturele identiteit in het perspectief van de liberale moraal*. Assen: Van Gorcum, 1998.

Toubia, N. Female circumcision as a public health issue. *The New England Journal of Medicine*, 1994, no. 15, p. 712-716.

Toubia, N.F. en E.H. Sharief. Female genital mutilation: have we made progress? *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 82, 2003, p. 251-261.

Veerman, T., A. Hendriks en J. Smith. Recht doen aan de gezondheids(belangen) van kinderen. Het regeringsbeleid inzake polio-

vaccinatie en meisjes- en jongensbesnijdenis, aan de grondrechten getoetst. *Recht en kritiek* 21, 1995, no. 2, 136-165.

Viens, A.M. Value judgment, harm, and religious liberty. *Journal of the Institute of Medical Ethics*, 30, 2004, no. 3, p. 241.

Vluchtelingen-Organisaties Nederland/Zwaluw, platform van Vluchtelingenvrouwen Organisaties Nederland. *Zichtbaar ongehoord: verslagen van de expertmeetings*. Utrecht: VON, 1998.

Waard, J. de, et al. Verzoek om labiumcorrectie: soms meer dan een simpele vraag. *Nederlands Tijdschrift Geneeskunde*, 146, 2002, no. 26, p. 1209-1212.

World Health Organization, Female genital mutilation. A joint WHO/UNICEF/UNFPA Statement, Geneva 1997.

Zuidgeest, N. Vervloekt zij de vrouwelijke lust: vrouwenbesnijdenis in Egypte blijkt niet uit te bannen door een verbod. *NRC*, 5 & 6 juni 2004, p. 39.

Websites

www.commissie-fgm.nl

www.forwarduk.org.uk

www.gtz.de

www.harpweb.org.uk

www.islamicuniversity.nl

www.kindermishandeling.info

www.stopfgm.org

www.tostan.org

Bijlage 2

Lijst van afkortingen

| | |
|---------|--|
| aids | acquired immune deficiency syndrome |
| AMA | Alleenstaande minderjarige asielzoeker |
| AMK | Advies- en Meldpunt Kindermishandeling |
| AZC | Azielzoekerscentrum |
| BJOG | The British Journal of Obstetrics and Gynaecology |
| CAOP | Centrum Arbeidsverhoudingen |
| CB | Consultatiebureau |
| EVRM | Europees Verdrag voor de Rechten van de Mens |
| FGM | Gemale Genital Mutilation |
| GBA | Gemeentelijke basisadministratie |
| GGD | Gemeentelijke Gezondheidsdienst |
| GG&GD | Gemeentelijke Geneeskundige en Gezondheidsdienst |
| GTZ | Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit |
| i.c. | In casu |
| JGZ | Jeugdgezondheidszorg |
| IAC | Inter African Committee on Traditional Practices |
| IND | Immigratie- en Naturalisatiedienst |
| LHV | Landelijke Huisartsen Vereniging |
| MOA | Medische Opvang Asielzoekers |
| NGO | Non-gouvernementele organisatie |
| NHG | Nederlands Huisartsen Genootschap |
| NVK | Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde |
| NVOG | Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie |
| OC&W | Ministerie van Onderwijs, Cultuur en Wetenschap |
| OM | Openbaar Ministerie |
| PMI | Protection Maternelle et Infantile |
| TNO | Nederlandse Organisatie voor Toegepast-Natuurwetenschap- pelijk onderzoek |
| UMC/WKZ | Universitair Medisch Centrum/Wilhelmina Kinderzieken- huis |
| Unesco | United nations educational, scientific and cultural organization |
| UNFPA | United Nations Population Fund |
| Unicef | The united nations children's fund |
| VGv | Vrouwelijke genitale verminking |
| VON | Vluchtelingenorganisatie Nederland |
| VROM | Ministerie van Volkshuisvesting, Ruimtelijke Ordening en Milieubeheer |
| VU | Vrije Universiteit |
| WHO | World Health Organization |

