

Strategieën ter voorkoming van besnijdenis bij meisjes

Inventarisatie en aanbevelingen

Oktober 2003

Anke van der Kwaak (VUmc)

Edien Bartels (VU)

Femke de Vries (DCINL)

Stan Meuwese (DCINL)

in samenwerking met Elisabetta El Karimy, Shayla El Taaie, Daniël Barten



Vrije Universiteit

VU medisch centrum



LIJST MET AFKORTINGEN, GENOEMDE ORGANISATIES EN NETWERKEN

Academisch Ziekenhuis Groningen
AIDOS (Italian Association for Women in Development)
AMA (Alleenstaande Minderjarige Asielzoekers)
AMK (Advies- en Meldpunt Kindermishandeling
Arabisch huis, Den Haag
Axion Flevoland (Advies, Innovatie en Ondersteuning)
AZC (Asielzoekerscentrum)
BMA (British Medical Association)
Britse Immigratiedienst (Immigration Appellate Authority)
Britse medische tuchtcollege (General Medical College)
Bureau Slachtofferhulp
Bureau Vertrouwensarts (BVA) inzake Kindermishandeling
CBS (Centraal Bureau voor de Statistiek)
Consultancy for Maternal Health and Family Planning
Consultatiebureau
DCINL, Afdeling Nederland (Defence for Children International, Afdeling Nederland)
Egyptische Ambassade
Egyptische Bond Nederland
EHBO (Eerste Hulp bij Ongelukken)
European Network for Prevention of FGM (Female Genital Mutilation)
Europees Vluchtelingen Fonds (EVF)
Forward (Foundation for Women's Health) etwerk in Afrika en Europa
Franse medische tuchtcollege (Le Conseil National de L'Ordre des Médecins)
FSAN (Federatie van Somalische Associaties in Nederland)
GAMS (Groupement pour l'Abolition des Mutilations Sexuelles)
GG&GD (Gemeentelijke Geneeskundige en Gezondheids Dienst) Amsterdam
GG&GD (Gemeentelijke Geneeskundige en Gezondheids Dienst) Nederland
GG&GD (Gemeentelijke Geneeskundige en Gezondheids Dienst) Utrecht
GHI (Geneeskundige Hoofdinspectie in de Volksgezondheid)
Hof van Cassatie (Cour de Cassation)

IAC (Inter African Committee)
ICHR (International Centre for Reproductive Health) in Leuven, België
Il Codice Penale (Wetboek van Strafrecht)
IND (Immigratie- en Naturalisatie Dienst)
Inspecteur van Gezondheid
Islamitische Universiteit Rotterdam
ISRS (Institute for the Study of Religions and Society)
ISS (Institute of Social Studies)
IVRK (Internationaal Verdrag voor de Rechten van het Kind)
JGZ (Jeugdgezondheidszorg)
KNMG (Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst)
Kontakt der Continenten
Leeuwarden Medisch Centrum
LHV (Landelijke Huisartsen Vereniging)
Lucas-Andreas Ziekenhuis
LUMC (Leids Universitair medisch centrum)
Ministerie van Buitenlandse Zaken
Ministerie van Justitie
Ministerie van VWS (Ministerie van Volkshuisvesting, Ruimtelijke Ordening en Milieubeheer)
Ministerie van WVC (Ministerie van Wetenschap, Volksgezondheid en Cultuur).
MOA/GG&GD Nederland (Medische Opvang Asielzoekers/Gemeentelijke Geneeskundige
Gezondheids Dienst)
NGO (Niet Governmentele Organisatie)
NIGZ (Nationaal Instituut voor Gezondheidsbevordering en Ziektepreventie)
NIZW (Nederlands Instituut voor Zorg en Welzijn)
NOVIB (Nederlandse Organisatie voor Internationale Betrekkingen)
NVJG (Nederlandse Vereniging voor Jeugdartsen)
NVOG (Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie)
NVOK (Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Verloskunde)
Pharos (Landelijk Kenniscentrum voor vluchtelingen en gezondheid)
PIN (Projecten In Nederland)
Platform Hulpverlening Vluchtelingen Flevoland
PNSCV (Project Netwerk Sleutelfiguren en Contactpersonen Vrouwenbesnijdenis)
Raad voor Kinderbescherming

Rechtbank Amsterdam, sectie familie en jeugdrecht
RCM (Royal College of Midwives)
RCN (Royal College of Nurses)
RCOG (Royal College of Obstetricians and Gynaecologist)
ROC (Regionaal Opleiding Centrum)
Stichting Nidos (de voogdij-instelling voor alleenstaande minderjarige asielzoekers in Nederland)
Somvaq (Somalische organisatie Amsterdam en omgeving)
SSBS (Stichting Bewonersorganisatie van Somaliërs in de Schilderswijk)
SWRG (Sudanese Women's Rights Group)
TNO Preventie en Gezondheid, Divisie jeugd, Sector Voorplanting en Perinatologie, Leiden
Transact (Landelijk expertisecentrum seksespecifieke zorg en seksueel geweld)
NVG (Vereniging Nederlandse Gemeenten)
Vetc (Voorlichters eigen taal en cultuur)
Vluchtelingenwerk Nederland
Vluchtelingenwerk Rijswijk
Vluchtelingenwerk Leidschendam
VN (Verenigde Naties)
VON (Vluchtelingen Organisaties Nederland)
VU (Vrije Universiteit)
VUmc (Vrije Universiteit Medisch Centrum)
VVAK (Vereniging voor Vertrouwensartsen inzake Kindermishandeling)
Werkgroep Interculturele Verpleging & Verzorging
Wet BIG (Wet Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg)
WGBO (Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst)
WHO (World Health Organisation)
WPF (World Population Foundation)

SUMMARY

This report is the result of a study conducted by the Vrije Universiteit, Amsterdam, and Defence For Children International, Dutch division, and assigned by the Dutch Ministry of Social Affairs and Labour, The Hague, the Netherlands. The assessment aimed at finding feasible legislative measures and good preventive strategies regarding the situation of girl's circumcision in the Netherlands.

After the arrival of Somali migrants in the Netherlands at the beginning of the nineties public attention has been given to the practice of girl's circumcision. Medical professionals started discussing related health questions and medical ethical perspectives. Somalis, among other groups, traditionally perform infibulation of girls, which is regarded as the most severe type of circumcision. Rumours are spread that many Somali migrants still adhere to the ancient practice of circumcising their girls. So far, only information and education programmes focusing on the Somalis migrants have been developed. Hardly any attention has been given to other ethnic groups who practise similar or less severe types of girl's circumcision.

For this report interviews were held with people of four migrant groups, Eritreans, Somalis, Egyptians and Sudanese living in the Netherlands. From all four groups, there were people telling of fellow-migrants who circumcise their daughters for various reasons. Almost everybody knew that under Dutch law girl's circumcision is not permitted, however, the practice prevails.

It has been reported that girls are circumcised during school holidays in their homeland countries. It is said that girls are taken abroad for circumcisions, to their home country or to neighbouring countries. Also rumours of circumcisions executed in the Netherlands are known. It is remarkable that informants, even highly educated individuals, are not recognising the possible health hazards of girl's circumcision. There is a need for more information and education on this issue.

This research compared the legislative measures in the Netherlands with those in other European countries, that is, Germany, United Kingdom, France, Belgium, Sweden, Italy. Dutch law offers possibilities to address girl's circumcision as a form of child abuse. When thinking in terms of child abuse, a lot of social interventions are possible. These interventions are not possible when girl's circumcision is seen as a specific criminal act. The latter turns out to be a rather 'symbolic'

legislative measure. In Europe, the only country where cases of girl's circumcision have been brought to court is France. In France, girl's circumcision can be tried under general law as child abuse and not as a specific criminal act. In all the other countries of this study girl's circumcision is regarded as a specific criminal act. None has brought forward a court case.

Nevertheless, some recommendations in terms of Dutch legislation can be suggested. Girl's circumcision performed abroad cannot be tried in the Netherlands if the action is not regarded a legal crime in the country where the action has taken place. Dutch legislation knows the principle of double criminality for crimes committed abroad. This principle needs further elaboration in order to legally address such cases of girl's circumcision.

Social intervention to prevent girl's circumcision is not concerted in Dutch society. This study shows that prevention consists of a rather diffuse, not coherent range of activities by individuals and organisations. Health professionals have several moments of contact with women and children 'at risk'. Yet, only gynaecologists are actually discussing circumcision with the already circumcised women in order to prevent a continuation of this harmful practice. General practitioners, the 'gatekeepers' of the Dutch health care system, are either not willing to talk about it, overloaded with work, or lacking the tools to discuss the practice openly. Other professionals are willing to address the matter at an individual level but they are not competent enough to do so in a constructive way. In medical and paramedical curricula girl's circumcision is irregularly addressed, usually depending on the lecturer's personal interest. There is no standard treatment protocol.

In the Netherlands, the international NGO World Population Foundation informs the general Dutch public. Pharos, a centre of knowledge for refugees and health, focuses mainly on the Somali community. Most other activities funded by the Dutch Government are directed towards the African countries or the formulation of international UN declarations. The Dutch are participating in several European and International assemblies and networks focusing on the eradication of female genital mutilation. The latter seems to be of little influence for the Dutch nationals and migrants in the Netherlands. In general, different discourses can be found with respect to girl's circumcision. For the Netherlands, a combination of the health and human rights discourse seems the most feasible approach.

The study suggests slight adaptations in the Dutch Law. Moreover, girl's and female circumcision, including re-infibulation, should be made a standardised topic in curricula and protocols of health professionals. More research is necessary on how ethnic groups practising girl circumcision combine this tradition with a life in a European country. Most important is a co-ordination effort for the various activities concerning girl's circumcision in the Netherlands. Preferably this is done in form of a *Focal Point*, where different representatives of professional groups, as well as migrant groups, can discuss the matter, inform their migrant fellows and co-ordinate their activities. Such a focal point should be accessible for anyone who has an urgent question in this matter through the internet or by phone and should offer the possibility of consultation by phone and face to face.

DANKWOORD

Bij de publicatie van dit rapport past een dankwoord aan velen. Op de eerste plaats natuurlijk alle informanten die zo vriendelijk waren ons te woord te staan. Bijzonder waren ook de contacten met de Afrikaanse vrouwen die het initiatief namen samen te discussiëren over hun ervaringen met besnijdenissen. Zonder al deze informanten was dit rapport niet tot stand gekomen.

Een tweede belangrijke inbreng danken we aan de sleutelfiguren en de medewerkers van de klankbordgroepen. Zonder hun commentaren, meedenken, corrigeren maar ook stimulerende en opmerkingen was dit onderzoek niet mogelijk geweest. Een derde woord van dank geldt alle medewerkers van Nederlandse en buitenlandse organisaties die zo vriendelijk zijn geweest op onze vragen in te gaan. We denken eveneens aan de ondersteuning die we ontvingen van onze medeonderzoek(st)ers en het secretariaat, Elisabetta, Daniël, Shayla en Patricia. Tot slot willen we de opdrachtgever danken, het Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid, in het bijzonder mevrouw Dr. B. des Bouvrie en de heer Dr. B. Bussink. Dit onderzoek is met relatief weinig middelen uitgevoerd maar met inzet en betrokkenheid van velen.

Dit rapport dragen we op aan hen die, vaak al jarenlang en meestal zonder geldelijke beloning, proberen om meisjesbesnijdenis te bestrijden

De onderzoek(st)ers

Anke van der Kwaak

Edien Bartels

Femke de Vries

Stan Meuwese

ONDERZOEK(ST)ERS

Mw. Drs Anke van der Kwaak is medisch antropologe en verbonden aan de sectie Gezondheidszorg en Cultuur van het VU medisch centrum. Zij deed antropologisch veldwerk in Somalië en verschillende onderzoek en trainingsmissies in de Hoorn van Afrika. Sinds 1988 is zij nationaal en internationaal betrokken bij onderzoek, discussies en netwerken op het vlak van vrouwenbesnijdenis. Zij is momenteel projectleider van de evaluatiestudie naar het 'train de trainers' project van Pharos en FSAN.

e-mail: a.van_der_kwaak.social@med.vu.nl

Mw. Dr. Edien Bartels is antropologe en verbonden aan de afdeling Sociale en Culturele Antropologie van de Vrije Universiteit. Zij promoveerde in 1993 op het proefschrift "*Een dochter is beter dan duizend zonen*". *Arabische vrouwen, symbolen en machtsverhoudingen tussen de seksen*. (Utrecht, Jan van Arkel) Dit proefschrift is gebaseerd op antropologisch veldwerk in Noord Afrika en onder migrantenvrouwen in Nederland. Sinds ongeveer 1980 houdt zij zich bezig met meisjesbesnijdenis. Momenteel doet zij onderzoek naar Marokkaanse migranten in Nederland en de ontwikkeling van de islam.

e-mail: eac.bartels@fsw.vu.nl

Beide onderzoeksters publiceerden eerder over meisjesbesnijdenis.

Femke de Vries is medewerkster van de afdeling Nederland van Defence for Children International. Zij houdt zich bezig met asielzoekers en kindermishandeling onder andere vanuit de Actiegroep Raak. Voor dit onderzoek naar meisjesbesnijdenis heeft zij samen met Stan Meuwse het juridische deel uitgewerkt.

e-mail: dcinl@nxs.nl

Mr. Stan Meuwese is directeur van de afdeling Nederland van Defence for Children International. Hij is speciaal betrokken bij kindermishandeling vanuit de Actiegroep Raak. Voor dit onderzoek naar meisjesbesnijdenis heeft hij samen met Femke de Vries, het juridische deel op zich genomen.

e-mail: dcinl@nxs.nl

Elisabetta El Karimy heeft een masters medische antropologie en is verbonden aan de sectie Gezondheidszorg en Cultuur van het VU medisch centrum.

Shayla El Tayeb heeft een masters psychologie en werkt als onderzoekster.

Drs. Daniel Barten is huisarts in opleiding en verbonden aan de sectie Gezondheidszorg en Cultuur van het VU medisch centrum.

INHOUDSOPGAVE

Lijst van afkortingen, genoemde organisaties en netwerken	II
Summary	V
Dankwoord	VIII
Onderzoek(st)ers	IX
Inhoudsopgave	X
INLEIDING	1
DEEL 1. ACHTERGRONDINFORMATIE	8
Hoofdstuk 1. Materiaalverzameling: verantwoording	9
Hoofdstuk 2. Achtergrond en voorgeschiedenis	15
DEEL 2. ONDERZOEKSRESULTATEN	24
Hoofdstuk 3. Etnografisch onderzoek: beschrijving van vier groepen migranten	25
Hoofdstuk 4. Juridische aspecten van meisjesbesnijdenis in verschillende landen Europese landen	48
Hoofdstuk 5. Preventie van meisjesbesnijdenis in Nederland	84
Hoofdstuk 6. Europese en internationale activiteiten en netwerken	110
DEEL 3. ANALYSE EN AANBEVELINGEN	117
Hoofdstuk 7. Discours en discussie	118
Conclusie en aanbevelingen	126
BIJLAGEN	138
Bijlage 1. Overzicht van informanten	139
Bijlage 2. Bibliografie	142
Bijlage 3. Overzicht medische onderzoeken	154
Bijlage 4. Activiteiten Pharos/FSAN	156
Bijlage 5. Standpunt NVOG vrouwenbesnijdenis	157
Bijlage 6. Axion, Flevoland	161
Bijlage 7. Questionnaires	164

INLEIDING

Genitale verminking of meisjesbesnijdenis is in Nederland sinds eind jaren tachtig bekend geworden met de komst van Somaliërs, de op een na grootste groep vluchtelingen in Nederland. Het Somalisch gebruik van meisjesbesnijdenis, bestaande uit excisie en infibulatie, meestal infibulatie genoemd, bestaat uit het totaal weghalen van de genitaliën en het afsluiten van de vulva bij meisjes tussen de 6 en 12 jaar. Er zijn ook andere migrantengroepen die meisjesbesnijdenis toepassen en zich in Nederland hebben gevestigd (uit Egypte, Ethiopië, Eritrea, Soedan, Kenia, Gambia etc.). Hun aantal is geringer dan dat van de Somaliërs en de vorm van besnijdenis die zij toepassen is vaak minder radicaal dan de Somalische infibulatie. Daarom worden deze migrantengroepen door de media en beleidsmakers niet in eerste instantie met ‘genitale verminking’ geassocieerd.¹

In de laatste tien jaar zijn er in Nederland verschillende malen kamervragen gesteld over dit onderwerp. Er hebben conferenties en workshops plaats gehad en er is door de media aandacht besteed aan dit gebruik. Het wordt steeds duidelijker dat het besnijden van Somalische en mogelijk ook andere migrantenmeisjes inderdaad in Nederland plaatsvindt, dat deze meisjes, hier woonachtig, soms elders worden besneden en dat de werkelijke omvang van deze problematiek niet bekend is. Vanuit de Nederlandse samenleving bestaat over dit punt weinig contact met de betrokken migrantengroepen. Wel wordt er in Nederland een discussie gevoerd over de juridische aspecten, met betrekking tot de strafbaarstelling, al of niet in combinatie met preventieve maatregelen.

In opdracht van het ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid heeft een onderzoeksteam van de Vrije Universiteit en Defence for Children International, afdeling Nederland een onderzoek gedaan naar strategieën ter voorkoming van de uitvoering van genitale verminking in Nederland. Daarbij is uitgegaan van een brede en interdisciplinaire benadering vanuit juridisch, antropologisch, sociologisch en gezondheidszorg perspectief. Naast deze multidisciplinaire invalshoek zal de focus gericht zijn op de bestaande Nederlandse wetgeving binnen de Europese context.

¹ Meisjes worden op verschillende manieren besneden. *Incisie*, een klein sneetje in de clitoris of in de voorhuid daarvan; *sunna*, de voorhuid boven de clitoris wordt weggehaald; *excisie* de clitoris wordt weggehaald; *clitoridectomie* de clitoris met (een deel van) de kleine schaamlippen wordt weggesneden; *infibulatie* of *faraonische besnijdenis*, na excisie worden de grote schaamlippen ruw gemaakt of deels weggesneden waarna de wondranden aan elkaar worden vastgemaakt.; *herinfibulatie* wordt gewoonlijk uitgevoerd nadat een vrouw is bevallen, waarbij de vergrote vaginaopening door herinfibulatie weer verkleind wordt.

In dit rapport zal verslag gedaan worden van dit onderzoek naar strategieën ter voorkoming van de uitvoering van genitale verminking.² Omdat het hier gaat om een complex thema dat maatschappelijk heel gevoelig ligt, geven we hier eerst een begripsbepaling en toelichting van het onderwerp van onderzoek.

Begrippen

In dit rapport wordt naast de term genitale verminking het begrip meisjesbesnijdenis gebruikt. De term genitale verminking, in het Engels Female Genital Mutilation (FGM), is de laatste tien jaar in gebruik gekomen bij veel *women's health* en *humans rights* activisten. Ook het Ministerie van SZW (2002:71) geeft de voorkeur aan deze omschrijving. Met deze term wordt duidelijk aangegeven dat het hier gaat om een schadelijke praktijk. De World Health Organisation (WHO) omschrijft Female Genital Mutilation (FGM), of "*female circumcision*" of "*female genital cutting*", als: "*the collective name given to all procedures that involve the partial or total removal of the external female genitalia or other injury to the female organs for cultural or other non-therapeutic reasons*". (WHO, 1999)^{3 4}

De afkorting FGM is inmiddels alom bekend en wordt ook wereldwijd gebruikt. Anderzijds blijkt dat organisaties die werken met mensen uit groepen die meisjesbesnijdenis praktiseren hun doelgroep beledigen of zelfs shockeren omdat de betrokkenen deze praktijken niet als mutilerend of als mensonwaardig zien. Een essentieel uitgangspunt voor dit onderzoek is dat de dialoog met de betrokken groepen mogelijk moet blijven. Daarom gebruiken we het begrip meisjesbesnijdenis⁵. Een tweede reden om de term meisjesbesnijdenis te gebruiken is de grote

² Dit rapport is een verslag van onderzoek, geen beleidsnota.

³ De WHO onderscheidt meer vormen van FGM dan in noot 1 van dit rapport aangegeven. Alle vormen van manipulatie aan vrouwelijke genitalia vallen onder de WHO-indeling. *Various types are identified:*

- *Type I: Excision of the prepuce, with or without excision of part or all of the clitoris*
- *Type II: Excision of the prepuce and clitoris together with partial or total excision of the labia minora*
- *Type III: Excision of part or all of the external genitalia (clitoris, labia minora, labia majora) and stitching/narrowing of the vaginal opening (infibulation)*
- *Type IV: Unclassified: pricking, piercing or incision of the clitoris and/or labia; stretching of the clitoris and/or labia; cauterisation by burning of clitoris and surrounding tissues; scraping of the vaginal orifice or cutting of the vagina; introduction of corrosive substances into the vagina to cause bleeding or herbs into the vagina with the aim of tightening or narrowing the vagina; any other procedure falling under the definition of FGM as given above (WHO, 1999)*

Door manipulatie als type IV onder FGM te laten vallen, wordt het terrein dat bestreken dient te worden heel breed. Als deze indeling uitgangspunt wordt heeft dit consequenties voor beleid. Om verbreding van de discussie in dit stadium te voorkomen, beperken we ons hier tot de indeling als onder noot 1 gegeven.

⁴ Wereldwijd zijn er momenteel tussen de 100 and 140 miljoen vrouwen besneden. Elk jaar zijn er ongeveer 2 miljoen meisjes en vrouwen die het risico lopen FGM te ondergaan (WHO, 2001).

⁵ Internationaal spelen dezelfde vragen. Zo gebruiken Rahman en Toubia (2001), twee vrouwen bekend uit de strijd tegen vrouwenbesnijdenis, beide begrippen tegelijkertijd, aangeduid met de letters FC/FGM (Female Circumcision/Female Genital Mutilation).

variatie in vormen van besnijdenis. Het beleid tegen en de preventie is in Nederland vooral gericht op Somaliërs die hun dochters besnijden in de zwaarste vorm van besnijdenis, infibulatie. Door over genitale verminking te spreken wordt deze term gekoppeld aan deze zware vorm van besnijdenis en kunnen andere groepen die minder zware vormen praktiseren de indruk krijgen dat preventie niet voor hun gewoonten bedoeld is. Er is nog een derde reden om de term meisjesbesnijdenis te gebruiken. Genitale verminking is een begrip dat niet specifiek is gericht op meisjes. Immers ook jongensbesnijdenis zou daaronder kunnen vallen. Tot slot is er nog een vierde reden en wel dat met de term genitale verminking geen verschil in leeftijd kan worden gemaakt. Het is ons inziens namelijk essentieel verschillend wanneer het gaat om meisjesbesnijdenis of om herinfibulatie.

Herinfibulatie moet onderscheiden worden van meisjesbesnijdenis. Het zou getypeerd kunnen worden als vrouwenbesnijdenis omdat het vrouwen betreft die na een bevalling hun fibulatie hersteld willen zien. Herinfibulatie is alleen gangbaar in samenlevingen waar infibulatie plaatsvindt. Meisjesbesnijdenis in andere vormen roept na een bevalling geen nieuwe besnijdenis meer op. Het gaat hier dan om volwassenen die wettelijk gezien ook wilsbekwaam zijn. In dit onderzoek maken we daarom ook een onderscheid tussen meisjesbesnijdenis en herinfibulatie. Voor meisjesbesnijdenis zoeken we naar strategieën gericht op preventie. Voor herinfibulatie zoeken we naar strategieën gericht op verantwoorde omgang.

Preventie

In dit onderzoek concentreren we ons op meisjesbesnijdenis. Herinfibulatie krijgt aandacht maar staat niet centraal. Vanuit de keuze voor meisjesbesnijdenis gaat het om preventie. Beleid gericht op preventie kan gevoerd worden op meerdere niveaus. Internationaal wordt er al erg veel gedaan. Er zijn conferenties, netwerken van organisaties en campagnes waarin aandacht wordt gevraagd voor meisjesbesnijdenis en de noodzaak voor het tegengaan wordt duidelijk gemaakt. Nederland doet mee aan deze internationale strijd en discussies door het bijwonen van deze conferenties en door het lid worden en blijven van internationale netwerken. Dit is echter niet het niveau waarop dit onderzoek is gericht. Dit onderzoek probeert strategieën voor preventie te formuleren vanuit een omgekeerd perspectief, *bottum up*. Wat is de empirische werkelijkheid met betrekking tot meisjesbesnijdenis in Nederland en hoe kunnen daarvoor preventie strategieën ontwikkeld worden.

Wanneer de empirische werkelijkheid uitgangspunt is, is empirisch onderzoek noodzakelijk. Preventiestrategieën moeten daarop afgestemd worden. De begrippen preventie en strategieën spelen hier een belangrijke rol. Preventie van meisjesbesnijdenis zien we als het voorkomen van het plaatsvinden van besnijdenis onder meisjes afkomstig uit samenlevingen waarin dit gebruik geïmplementeerd wordt. Deze meisjes lopen op basis van hun afkomst en achtergrond het risico besneden te worden. Preventie daarvan is in onze ogen het terugbrengen van dat risico. Preventie van meisjesbesnijdenis betekent niet altijd dat ouders of betrokkenen ook de mening toegedaan zijn dat meisjesbesnijdenis onwenselijk is of dat ouders of betrokkenen niet zullen proberen meisjesbesnijdenissen wel plaats te laten vinden. Preventie is niet hetzelfde als attitudeverandering. Ook wanneer ouders graag zouden zien dat hun dochters besneden worden maar dat niet laten uitvoeren omdat de mogelijkheden ontbreken, of omdat vervolging dreigt, is preventie succesvol. Natuurlijk is attitudeverandering, het overtuigd raken van de negatieve gevolgen en de onwenselijkheid van meisjesbesnijdenis te prefereren boven voorkomen omdat vervolging dreigt. In beide situaties echter is er sprake van succesvolle preventie. Preventie is dus het voorkomen, het verhoeden van plaatsvinden, zowel in Nederland als elders.⁶

Strategieën zien we als bewust georganiseerde interventie om tot preventie te komen. Het gaat daarbij om meer dan tactiek. Strategieën betreffen op elkaar afgestemde interventies waarin ook reflectie en evaluatie is opgenomen. Die interventies dienen gericht te zijn op de betrokkenen zelf, bijvoorbeeld individueel of collectief, maar ook op de omringende samenleving. Die interventie is niet vrijblijvend van aard maar gerichte interventie om tot preventie te komen. Die interventie kan direct en indirect zijn. Direct wanneer de betrokkenen erin participeren en indirect wanneer het gaat om voorwaarden schepende interventies. De belangrijkste vormen van directe interventie zijn wel voorlichting en discussie. De voorwaarde voor het komen tot deze interventies is het bespreekbaar maken van dit gebruik.

Indirecte interventie betreft vooral de omringende samenleving. Een belangrijke voorwaarde voor de mogelijkheid te komen tot interventie is de aanwezigheid van een zekere mate van kennis over het gebruik en de gewenste omgang met die kennis. Op een toegespitster niveau komen we tot de voorwaarde dat leden van de omringende samenleving die vanuit hun positie met betrokkenen in aanraking komen, voldoende specifieke kennis in huis hebben. Het gaat daarbij niet alleen om huisartsen, jeugdartsen, vroedvrouwen en gynaecologen, maar ook om

⁶ In dit rapport gaan we uit van een functioneel perspectief. Morele argumenten en ethische vragen blijven op de achtergrond. Zie daarvoor o.a. Bartels 1998, 2002, Struijs 1995, Veerman, Hendriks, Smith 1995, Suurmond 1998.

leerkrachten, docenten in het middelbaar onderwijs, hulpverleners en politie. Voldoende kennis dient op eigen niveau aanwezig te zijn. Voor specifieke beroepsgroepen dient ook duidelijk te zijn hoe te handelen in voorkomende gevallen.

Onderzoeksvragen

(A) Vraagstellingen met betrekking tot de empirische situatie

A1 Welke betekenis heeft meisjesbesnijdenis voor verschillende groepen in de migrantensituatie anders dan in de landen van herkomst en waar hangen die verschillen mee samen?

A2 Welke factoren bepalen voor de verschillende groepen dat meisjesbesnijdenis in de migrantensituatie wordt losgelaten en welke factoren dragen ertoe bij dat juist vast gehouden wordt aan meisjesbesnijdenis en deze als kenmerkend wordt gezien voor de eigen identiteit?

Bij A1 en A2 zal aandacht gegeven worden aan de volgende thema's:

- Leeftijd waarop (geboorte of voor de puberteit) en welke variant van meisjesbesnijdenis.
- Religieuze achtergronden (islamitisch, christelijk en animistische).
- Sociaal-economische situatie van migrantengroepen in Nederland afkomstig uit landen waar meisjesbesnijdenis geïmplementeerd wordt.
- Typen relaties met het thuisland.
- Rol van zelforganisaties van verschillende groepen bij discussie binnen de verschillende groepen rond het gebruik.

A3 Welke activiteiten vinden er plaats vanuit de Nederlandse samenlevingen gericht op preventie van meisjesbesnijdenis.

- Is er sprake van voorlichting in eigen taal en cultuur?
- Is er kennis en voorlichting, direct vanuit bijvoorbeeld consultatiebureaus, jeugd gezondheidszorg en eerste en tweede lijnsgezondheidszorg, en indirect vanuit opleidingen gericht op medische en hulpverleningsprofessies?
- Is er methodiek beschikbaar voor leden van de omringende samenleving die vanuit hun positie met betrokkenen in aanraking komen om tot preventie te komen, zeker in geval van dreigende uitvoering?

A4 Welke aanbevelingen kunnen gedaan worden voor beleidsvorming gericht op preventie en de implementatie daarvan?

(B) Vraagstellingen met betrekking tot strafbaarstelling

B1 Welke strafbepalingen bestaan binnen landen in de Europese Unie betreffende meisjesbesnijdenis.

B2 Welke regelgevingen dragen ertoe bij meisjesbesnijdenis te voorkomen en te bestrijden?

Bij B1 en B2 zal aandacht worden gegeven aan de volgende thema's:

- Inventarisatie van eventuele juridische processen.
- Stringenter aanpakken van algemene wetgeving.
- Voorbeelden specifieke wetgeving.
- Dubbele strafbaarheid.
- Samenwerking tussen verschillende organisaties rond kinderbescherming.
- Internationale mensenrechtenverdragen (IVRK en CEDAW).

B3 Welke aanbevelingen kunnen gedaan worden voor gerichte preventie voor Nederlandse beleid vanuit juridisch perspectief?

(C) Samenhang van de vraagstellingen A en B

C1 Op welke wijze kunnen de empirische bevindingen en de juridische benadering op elkaar worden afgestemd om te komen tot optimale preventie?

C1 Wat zijn hierbij de mogelijkheden en onmogelijkheden om dit in de praktijk te realiseren waarbij uitgangspunt is de diversiteit van de verschillende groepen die meisjesbesnijdenis vanuit het herkomstland praktiseren?

Opbouw rapport

Dit rapport is verdeeld in drie delen. Deel 1 is gewijd aan achtergrondinformatie. Het bestaat uit twee hoofdstukken. In hoofdstuk 1 wordt verantwoording gegeven van de wijze van materiaal verzamelen, de belangrijkste keuzes die gemaakt zijn, de invalshoeken en fasering in uitvoering. Kort wordt aangegeven hoe betrouwbaarheid en validiteit gezocht zijn. Hoofdstuk 2 presenteert een korte beschrijving van het thema van dit rapport. Daarna wordt een overzicht gegeven van de debatten zoals die in Nederland zijn gevoerd over meisjesbesnijdenis. De belangrijkste activiteiten tot heden en de stand van zaken worden weergegeven.

Deel 2 geeft een inventarisatie van de situatie in Nederland. In hoofdstuk 3 gebeurt dit vanuit de onderzochte migrantengroepen. In dit hoofdstuk volgt verslaggeving van etnografisch onderzoek: een beknopte beschrijving van vier groepen migranten en relevante gegevens met betrekking tot de praktijk van meisjesbesnijdenis en herinfibulatie. In hoofdstuk 4 worden juridische maatregelen in Nederland in de internationale context geplaatst. In hoofdstuk 5 wordt

vanuit de medische zorg, het onderwijs, welzijn, hulpverlening ingegaan op preventieactiviteiten gericht op meisjesbesnijdenis. In hoofdstuk 6 komen preventie activiteiten in Europa en internationale netwerken aanbod. Deel 3 tenslotte bestaat uit een hoofdstuk over discourses en discussie gevolgd door conclusies en aanbevelingen. Het rapport wordt afgesloten met bijlagen waaronder een lijst met geïnterviewden en de bibliografie.

DEEL 1

ACHTERGRONDINFORMATIE

Hoofdstuk 1

Materiaalverzameling: verantwoording

Hoofdstuk 2

Achtergrond en voorgeschiedenis

HOOFDSTUK 1

Materiaalverzameling: verantwoording

In dit hoofdstuk wordt aangegeven op welke wijze het materiaal is verzameld waarop dit rapport is gebaseerd, welke keuzes zijn gemaakt en welke bronnen gebruikt.

Uitgangspunt

Uitgangspunt voor dit onderzoek was de gedachte dat een onderzoek naar een zo gevoelig onderwerp zo open en zo breed mogelijk uitgevoerd moet worden. Er is inmiddels enige expertise opgebouwd bij een aantal organisaties en personen. Deze expertise moet in het onderzoek meegenomen worden. In het onderzoeksontwerp is daarom al gesteld dat al in de eerste fase aangesloten moet worden bij en gebruik gemaakt zal worden van lopend onderzoek en netwerken waar de onderzoekers deel van uitmaken. Daarnaast hebben de onderzoekers individueel, gezamenlijk en in groepsgesprekken eigen onderzoek verricht.

Keuze

Omdat dit onderzoek vooral gericht is op preventiestrategieën en beleid zijn er al keuzes gemaakt bij het verzamelen van het materiaal. De belangrijkste keuzes zijn geweest:

- De arbeidsverdeling in de uitvoering van het onderzoek. Zoals in het voorstel tot onderzoek gaan we uit van twee vraagstellingen. Vraagstelling A betreft de vraagstellingen met betrekking tot de empirische situatie en preventie. Vraagstelling A is vooral uitgewerkt door onderzoekers van de Vrije Universiteit, van respectievelijk het VU medisch centrum en de afdeling Sociale en Culturele Antropologie. Vraagstelling B betreft de juridische aspecten: vraagstellingen met betrekking tot de strafbaarstelling. De arbeidsdeling betreft vooral de inventarisaties van de juridische aspecten. Juristen van Defence for Children International hebben vraagstelling B uitgewerkt.
- Het betrekken van de doelgroepen bij de uitvoering van onderzoek, niet alleen als object van onderzoek maar ook als onderzoekers. Etnografisch onderzoek naar meisjesbesnijdenis onder verschillende groepen in de Nederlandse samenleving kan het beste plaatsvinden niet alleen onder de betrokken maar ook met de betrokkenen. Daarom zijn niet alleen zelforganisaties in het onderzoek betrokken, maar is ook ruimte gegeven aan actieve individuen als onderzoekers en aan groepsdiscussies onder vertegenwoordigers van deze groepen. De gedacht hierachter is eenvoudig: de betrokkenen zelf moeten een stem krijgen in het onderzoek om ervoor te zorgen dat er

niet alleen over hen maar ook met hen wordt gesproken en dat ze zich later kunnen herkennen in de resultaten van het onderzoek.

Een dergelijke arbeidsdeling in de uitvoering van onderzoek vraagt voortdurende afstemming. Dit is steeds gebeurd via bijeenkomsten van het hele onderzoeksteam. Omdat het onderzoeksterrein dat bestreken moet worden heel breed is (juridisch, maatschappelijk, beleidsformulerend, beleidsuitvoerend, etnografisch), zijn de bevindingen in breder verband twee maal aan deskundigen voorgelegd, in de vorm van klankbordbijeenkomsten. Beide bijeenkomsten zijn gehouden in een verschillende fase van het onderzoek.

Invalshoeken

Het betrekken van de doelgroepen in het onderzoek vroeg het duidelijk onderscheiden van de invalshoeken van het onderwerp van onderzoek. We onderscheiden daarom de invalshoek van de migrantengroepen, de invalshoek van betrokkenen in de Nederlandse samenleving, in Europa en in de landen van herkomst.

Vanuit de migrantengroepen gaat het vooral om inventarisatie: hoe gaan migranten en vluchtelingen om met gebruiken uit de samenleving van herkomst die in de ontvangende samenleving verboden zijn en als mensenwaardig worden beschouwd. Welke verschillen in visie en omgang zijn te onderscheiden binnen de migranten en vluchtelingen groepen en hun organisaties. Dit is uitgewerkt op meer niveaus: individuen en organisaties zoals zelforganisaties en woordvoerders daarvan.

Vanuit de Nederlandse samenleving gaat het vooral om een peilen van bewustzijn, betrokkenheid, ontwikkelen van beleid en uitvoering daarvan met betrekking tot de problematiek. Dit is uitgewerkt op meer niveaus: NGO's (Niet Gouvernementele Organisaties) die actief zijn in Nederland op dit terrein zoals Pharos (Landelijk Kenniscentrum voor vluchtelingen en gezondheid); NGO's die werken in de landen van herkomst zoals NOVIB (Nederlandse Organisatie voor Internationale Betrekkingen) en WPF (World Population Foundation); NGO's in Europa zoals AIDOS (Italian Association for Women in Development); netwerken zoals FORWARD in Afrika en Europa, IAC (InterAfrican Committee) in Afrika en European Network for Prevention of FGM (Female Genital Mutilation) en maatschappelijke en publieke organisaties op het gebied van onderwijs, gezondheidszorg, hulpverlening, justitie.

Fasering

Het onderzoek valt uiteen in verschillende fasen. De eerste periode, vanaf september 2002, was vooral verkennend en inventariserend. Verder inventariseren van lopend onderzoek en aansluiten daarbij. In het voorstel tot inventarisatie en onderzoek (juli 2002) wordt aangegeven dat er een quick scan zal worden uitgevoerd naar lopend onderzoek zoals:

- Lopend onderzoek verricht door Els Leye van ICHR (International Centre for Reproductive Health) in Leuven .
- Lopend onderzoek van Defence for Children International, afdeling Nederland (waar Femke de Vries deel van uitmaakt)
- Lopend onderzoek onder begeleiding van Anke van der Kwaak naar evaluatie van voorlichtingprogramma Pharos in samenwerking met de wetenschapswinkel van de Vrije Universiteit.
- Lopend onderzoek naar Eritrese moeders over hun opvattingen over en gedrag met betrekking tot meisjesbesnijdenis bij hun dochters door Edien Bartels en studenten culturele antropologie van de Vrije Universiteit.
- Lopend onderzoek naar Afrikaanse groepen in de gemeente Rijswijk in samenwerking met Vluchtelingenwerk Rijswijk en Gezondheidszorg en Cultuur (Vumc), begeleiding Anke van der Kwaak.
- Inventarisaties door WHO (World Health Organisation) en European Network For Prevention of FGM (waar onderzoekers lid van zijn).
- Ervaringen en rapportages van Klankbordgroep Voorlichtingsproject van Beleid naar Praktijk van Stichting Pharos, waar alle onderzoekers lid van zijn.
- Meisjesbesnijdenis in justitieel perspectief. Zie eerste verslaggeving van Edien Bartels, Anke van der Kwaak en Han Bartels (2002).

In deze eerste fase is eveneens begonnen met het etnografisch onderzoek onder de verschillende migrantengroepen. Dat is gebeurd via interviews onder respondenten die gevonden zijn via de zogenaamde sneeuwbal methode. Het materiaal hierover geeft geen representatief beeld. Daarvoor was de tijd van onderzoek veel te kort. Het geeft wel een indruk van de problematiek zoals die in de verschillende migrantengroepen leeft. Daarnaast is in de eerste periode begonnen met een schriftelijke inventarisatie van de standpunten van medische verenigingen en beroepsgroepen. Tevens zijn met behulp van een vragenlijst organisaties benaderd die zich bezighouden met meisjesbesnijdenis in Europese landen. Naar verschillende organisaties zijn vragenlijsten gezonden. Het ging om twee rondes van vragenlijsten. Een vragenlijst met het

accent op vragen naar juridische aspecten en een vragenlijst met vragen naar preventieve aspecten. De twee vragenlijsten zijn naar verschillende organisaties verzonden. De keuze is zo breed mogelijk gemaakt. Aanvankelijk kwamen er weinig reacties binnen op die vragenlijst. Na verloop van tijd is de oogst aan antwoorden toegenomen.

Na deze verkennende fase is er een klankbordbijeenkomst gehouden op 21 oktober 2002 om de resultaten van het onderzoek tot dat moment te presenteren aan deskundigen. Aan deze klankbordgroep hebben verschillende deskundigen deelgenomen: medici, sociaal wetenschappelijk onderzoekers, beleidsmakers. De keuze voor deelname aan deze groep is gemaakt op basis van de geïnventariseerde afgesloten en lopende onderzoeken en op basis van de lopende projecten en activiteiten op het gebied van meisjesbesnijdenis. Om uitsluiting te voorkomen zijn zoveel mogelijk mensen gevraagd. Niet iedereen kon aanwezig zijn. Afwezigen hebben later wel hun betrokkenheid getoond onder andere door de notulen van commentaar te voorzien. Het belangrijkste resultaat van deze klankbordbijeenkomst is de discussie die volgde na presentatie van bevindingen tot dat moment. Daarom zijn er over deze discussies uitvoerige notulen gemaakt.

De tweede fase van het onderzoek kan gezien worden in de periode tussen de twee bijeenkomsten van de klankbordgroep. In deze fase is verder gegaan met inventariseren van lopend onderzoek, maar ook met etnografisch onderzoek onder de verschillende groepen. Kenmerkend voor de sneeuwbalmethodes is de versnelde toename van respondenten in de tijd. Er zijn interviews gehouden, per telefoon en thuis bij de informanten. Die interviews thuis zijn gehouden met één persoon of met meerdere. Sommige interviews waren vooral groepsinterviews met wisselende aantallen geïnterviewden. In een veilige omgeving, rustig pratend is het onderwerp meisjesbesnijdenis wel bespreekbaar. In deze tweede fase zijn de doelgroepen ook als onderzoekers bij het onderzoek betrokken. Een Soedanese onderzoekster heeft interviews gehouden met Soedanese vrouwen naar hun visie en omgang met vrouwenbesnijdenis. Een Egyptische onderzoekster heeft interviews gehouden met Egyptenaren naar dit onderwerp. Bovendien is er in deze fase van het onderzoek een bijeenkomst georganiseerd door een Eritrese en een Nederlandse vrouw om met besneden vrouwen in Nederland, afkomstig uit verschillende landen zoals Soedan, Eritrea, Ethiopië, Somalië, Senegal, te praten over hun ervaringen met betrekking tot besnijdenis, de periode erna, de bewustwording van de achtergronden, hun huidige visie en omgang daarmee en het beleid van de Nederlandse overheid. Van deze bijeenkomst zijn eveneens notulen gemaakt. In deze tweede fase is ook gesproken met medewerkers van Europese

en Nederlandse organisaties die direct of indirect met meisjesbesnijdenis te maken hebben, met wetenschappers, beleidsmedewerkers en veldwerkers die gewerkt hebben in de landen van herkomst waar meisjesbesnijdenis wordt geïmplementeerd.

De tweede bijeenkomst van de klankbordgroep heeft plaatsgehad op 28 januari 2003. De keuze voor de deelnemers van de tweede bijeenkomst is op dezelfde manier verlopen als voor de eerste bijeenkomst. Het aantal deelnemers was daarom nog groter. De notulen over de tweede bijeenkomst zijn aan de leden toegestuurd ter correctie. Na de tweede bijeenkomst zijn nog verschillende interviews gehouden met deskundigen op terreinen waar nog te weinig informatie over was verzameld. In februari 2003 is begonnen met het schrijven van het rapport.

Samenvattend zijn de volgende typen informanten en vormen van materiaalverzameling te noemen (zie daarvoor de bijlage: Overzicht van informanten en vragenlijsten):

- Etnografisch onderzoek via sneeuwbalmethode onder vier groepen migranten: Somaliërs, Eritreërs, Egyptenaren en Soedanezen. Materiaalverzameling via interviews met individuele informanten, face-to-face gesprekken.
- Etnografisch onderzoek onder migrantenorganisaties. Materiaalverzameling via interviews met vertegenwoordigers, telefonische en face-to-face gesprekken.
- Sleutelfiguren die vanuit werk, achtergrond en belangstelling speciale deskundigheid bezitten over meisjesbesnijdenis. Materiaalverzameling via interviews, telefonische en face-to-face gesprekken.
- Vertegenwoordigers en woordvoerders van medische, hulpverlening, onderwijs en juridische en bestuurlijke organisaties. Materiaalverzameling via interviews, telefonische en face-to-face gesprekken.
- Organisaties in Nederland en in Europa. Materiaalverzameling via twee rondes van vragenlijsten aan NGO's. Een ronde van vragenlijsten met accent op juridische aspecten en een ronde van vragenlijsten met accent op preventieve aspecten (zie bijlage).
- Klankbordgroep bijeenkomsten van deskundigen. Twee bijeenkomsten (21 oktober 2002 en 28 januari 2003) waarbij het gevonden materiaal werd gepresenteerd en besproken.
- Bijeenkomst van migrantenvrouwen met besnijdeniservaringen waarbij gesproken werd over hun ervaringen met besnijdenis, bewustwording, huidige visie en omgang met besnijdenis en beleid van de Nederlandse overheid.

Tijdens de uitvoering van het onderzoek is in een laat stadium een begeleidingscommissie vanuit het ministerie actief geweest. Deze commissie is in januari 2003 samengesteld. In maart 2003 is er een bijeenkomst geweest.

Betrouwbaarheid en validiteit

Een onderwerp als meisjesbesnijdenis is vrij bespreekbaar voor medewerkers van organisaties die zich bezighouden met acties tegen deze besnijdenissen. Dit is ook het geval voor leden uit de doelgroepen die zich nadrukkelijk tegen meisjesbesnijdenis hebben gekeerd en daar ook actief voor zijn. We gaan er daarom vanuit dat de antwoorden die in gesprekken met deze mensen zijn verzameld in principe betrouwbaar zijn. Een onderwerp als meisjesbesnijdenis ligt voor de betrokkenen in de taboesfeer. Daar hebben we ook rekening mee gehouden tijdens de interviews en tijdens het overleggen om tot een interview te komen. Juist de taboesfeer vroeg voorzichtigheid. In de loop van het onderzoek bleek uit de vergelijking van de verschillende groepen dat die taboesfeer voor de afzonderlijke groepen anders kan liggen. Daarom is tijdens het onderzoek die taboesfeer zelf in het onderzoek betrokken. We stuiten voortdurend op allerlei geruchten en veronderstellingen. Hoewel er sterke aanwijzingen zijn dat er zo nu en dan meisjes worden besneden in Nederland of dat er meisjes worden besneden in Europese en Arabische landen, is het ons uiteindelijk niet gelukt een concrete casus te reconstrueren. Een tweede argument om de taboesfeer rond meisjesbesnijdenis mee te nemen in dit onderzoek is het doel van onderzoek. Beleid dat gericht is op het ontwikkelen van preventiestrategieën vraagt bespreekbaarheid. Die bespreekbaarheid zelf lijkt het grootste probleem in de preventie. Uitspraken over een verschijnsel dat zo sterk in de taboesfeer ligt moeten dus van meerdere kanten benaderd en onderzocht worden en via meerdere methoden in het onderzoek betrokken worden. De methoden die we hebben gebruikt zijn heel verschillend van aard: interviews met een of meerdere personen, telefonische interviews, discussies via e-mail, en via de telefoon, groepsbijeenkomsten met verslaggeving en reflectie daarop, participatie tijdens studiebijeenkomsten, schriftelijke vragenlijsten. Daardoor hebben we ook verschillend materiaal verzameld. Anderzijds biedt het gebruik van verschillende methoden de mogelijkheid het verzamelde materiaal binnen de verschillende contexten te plaatsen van de betrokken groepen uit het onderzoek. Daarnaast vraagt onderzoek naar een zo gevoelig onderwerp ook de afstemming van materiaal dat afkomstig is van de verschillende groepen die vanuit een andere invalshoek benaderd zijn. Triangulatie (het vergroten van kennis en inzicht in het object van onderzoek door vanuit verschillende bronnen gegevens te verzamelen) biedt de mogelijkheid tot validering.

HOOFDSTUK 2

Achtergrond en voorgeschiedenis

In dit hoofdstuk wordt kort aangegeven hoe meisjesbesnijdenis omschreven kan worden en wat de gevolgen zijn. Daarna krijgt de voorgeschiedenis van meisjesbesnijdenis in Nederland aandacht. Tot slot volgen een uiteenzetting over de stand van zaken en komen verschillende uitgangspunten aan de orde die een rol spelen in de debatten en in de keuzes die de onderzoekers hebben gemaakt.

Waarom?

Meisjesbesnijdenis is een culturele gewoonte die getypeerd kan worden als een *markeringsritueel* (Bartels 1993a). In een markeringsritueel worden typerende kenmerken of identiteiten tot uitdrukking gebracht. Door besnijdenis en ontmaagding veranderen kinderen van een nog sekseneutraal wezen (een-nog-niet-mens) in een geslachtelijk wezen (een mens) en verwerven zij een plaats binnen de sociale categorieën van de eigen samenleving of groep.

Categorisering impliceert ook identificatie. Wanneer kinderen als nog-niet-mens worden gecategoriseerd en wanneer mensen vervolgens in een mannen- en vrouwen categorie worden opgedeeld, gaan zij zich ook als zodanig voelen en gedragen. Zij ontwikkelen een identiteit als man of als vrouw (Bartels 1993a, Van der Kwaak 1992). Besnijdenis markeert toetreding tot de eigen groep of samenleving. Somalische meisjes worden als het ware maagd gemaakt en zolang zij maagd zijn, kunnen zij uitgehuwelijkt worden. Besneden zijn, lijkt binnen de Somalische samenleving de enige manier om dochters een respectabel leven te laten leiden. Het gaat om een eeuwenoude traditie waarbij de familiedruk deze in stand te houden, groot is (Van der Kwaak 1992).

Wanneer en waar de gewoonte om delen van menselijke genitalia weg te nemen is ontstaan, is niet met zekerheid te zeggen. Meestal wordt aangenomen dat dit gebruik in Egypte haar oorsprong vindt. De oudste aanwijzingen van vrouwenbesnijdenis zijn afkomstig uit het Nijldal. Over de verspreiding is evenmin veel bekend. Waarschijnlijk is het gebruik vanuit Egypte naar West Afrika (Mali, Senegal, Gambia) via handelscontacten overgebracht (Bartels 1993a, Van der Kwaak 1992). In het Midden Oosten komt meisjesbesnijdenis van oudsher beperkt voor. Saoedië Arabië kent geen vrouwenbesnijdenis. Wel vindt het (beperkt) plaats in staten aan de zuidkant van het Arabisch schiereiland, zoals Jemen en Oman. In Azië wordt meisjesbesnijdenis minder

gepraktiseerd dan in Afrika. Met de komst van de islam is het overgebracht naar landen als Indonesië. Meisjesbesnijdenis kan niet als een islamitische gewoonte getypeerd worden. In westelijk Noord Afrika (Marokko, Westelijk Sahara, Algerije, Tunesië, Libië) en in Saoedië Arabië (het land waar het 'hart' van de islam is gelegen) vindt geen meisjesbesnijdenis plaats. De gewoonte meisjes te besnijden dateert van ver vóór de komst van de islam. Verspreiding van meisjesbesnijdenis kan wel plaatsvinden onder verwijzing naar de islam maar dat maakt het niet tot een islamitisch gebruik.

Gevolgen

De meeste literatuur over de gevolgen van meisjesbesnijdenis betreft de gevolgen van infibulatie en circumcisie, de zwaarste varianten, zoals die plaatsvinden in Noord Oost Afrika en Mali. In een van de eerste Somalische studies schrijft Dirie (1985) hier uitgebreid over: shock, bloedingen, fistelvorming, in een latere fase genitale-urineeweg en obstetrische complicaties als ook psychiatrische, psychosomatische en psychosociale effecten op het leven van jonge meisjes. Grassivaro Gallo (1998:248) beschrijft hoe vrouwenbesnijdenis het psychosociale leven van Somalische migrantenmeisjes in Italië beïnvloedt. Na de ingreep worden de meisjes introvert, stil, teruggetrokken en vertonen gedragstoornissen zoals eetstoornissen en angsten. Menage (1998:215) stelt dat circumcisie als een genitale medische procedure genoeg stressgevend is om te leiden tot een posttraumatische stress stoornis. Immers er is sprake van gevoelens van machteloosheid van het meisje, gebrek aan controle, gebrek aan instemming, gebrek aan kennis en intense pijnbeleving. Over de gevolgen van mildere vormen van meisjesbesnijdenis is minder bekend.

Juist de gevolgen van meisjesbesnijdenis maken dat actiegroepen en netwerken zoals Forward (Foundation for Women's Health) en het IAC (Inter African Comité) wereldwijd, en mensenrechtengroepen zoals de SWRG (Sudanese Women's Rights Group), nationaal, proberen om deze gewoonte tegen te gaan. De acties lijken echter niet overal succesvol. Er zijn ook signalen dat meisjesbesnijdenis of nieuwe vormen van vrouwenbesnijdenis worden ingevoerd, bijvoorbeeld in Soedan (Bartels 1993b) en in Senegal (Bartels 1993a). Ook de strijd tegen deze besnijdenissen kent hindernissen: terwijl vrouwenbesnijdenis in Soedan al sinds 1946 bij wet verboden, ligt er nu een voorstel van de regering om de uitvoering te legaliseren.

Nederland

Tot ongeveer 20 à 30 jaar geleden kwam meisjesbesnijdenis in Europa niet voor. Dat is veranderd. Door de komst van immigranten en vluchtelingen uit Afrika verblijven er nu besneden vrouwen in Nederland en andere West-Europese landen en worden er ook in West Europa daadwerkelijk meisjes besneden. Vooral dat laatste heeft geleid tot veel discussie en actie in West Europese landen. In de meeste Europese landen is meisjesbesnijdenis en herinfibulatie inmiddels bij wet verboden. Zoals ook in hoofdstuk 4 duidelijk zal worden is sinds 1992 in Nederland (na vragen in de Tweede Kamer der Staten Generaal), duidelijk dat meisjesbesnijdenis strafbaar is volgens de algemene delictomschrijving mishandeling of het onbevoegd uitoefenen van de geneeskunst. De discussie die in Nederland over dit onderwerp in 1992 ontstond, werd vooral ingegeven door een onderzoek onder Somalische vluchtelingen vrouwen, in opdracht van ministerie van WVC (ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur). Op basis van dit onderzoek werd aanbevolen om een niet mutilerende vorm van meisjesbesnijdenis mogelijk te maken onder medisch toezicht: een prik of sneetje in de clitoris. Daardoor zou tegemoet gekomen kunnen worden aan de wens van veel Somalische ouders hun dochters symbolisch te laten besnijden, in de veronderstelling dat de meisjes daarmee gevrijwaard zouden blijven van ernstiger vormen van besnijdenis (K. Bartels en Haaier 1992). Deze aanbeveling heeft heftige reacties opgeroepen in de pers en andere media. Die reacties waren zo fel en verontwaardigd dat de essentie van het voorstel vaak niet werd begrepen en niet werd besproken. De onderzoeksters werd soms zelfs verweten vóór vrouwenbesnijdenis te zijn, terwijl het hen er juist om ging nieuwe mogelijkheden te zoeken om vrouwenbesnijdenis te bestrijden. Het motief voor dit advies was namelijk dat deze mogelijkheid Somalische vrouwen ertoe zou brengen niet tot erger vormen van besnijdenis bij hun dochters over te gaan onder medisch onverantwoorde omstandigheden. Daarbij beriepen de schrijfsters zich op voorstellingen en ideeën die leven onder Somalische vrouwen in Nederland en op ontwikkelingen in de landen van herkomst.

Uit de wijze waarop de discussie over deze aanbeveling in Nederland is gevoerd blijkt hoe emotioneel dit onderwerp ligt en hoe moeilijk het daarom is meisjesbesnijdenis te bestrijden vanuit een strategie die uitgaat van de betrokken vrouwen zelf. In het jaar van de publicatie van dit onderzoek is er door het Consultancy for Maternal Health and Family Planning op 2 oktober 1992 een themadag georganiseerd over 'Vrouwenbesnijdenis wereldwijd en in Nederland'. Doel van die themadag is niet geweest om beleidsmakers te beïnvloeden, maar eerder om voorlichting en informatie te verstrekken aan medewerkers in de gezondheidszorg, gynaecologen, verloskundigen, kinderartsen, huisartsen, consultatiebureauartsen, met het oog op een adequate

behandeling van deze problematiek en preventie van het uitvoeren van meisjesbesnijdenis. Tijdens deze studiedag werden de onderzoeksters die de beleidsaanbeveling tot niet mutilerende symbolische vorm van meisjesbesnijdenis hebben gedaan, uitgefloten en werd het hen onmogelijk gemaakt hun lezing af te maken.

Enkele maanden na deze studiedag eindigen de publieke reacties.⁷ Na 1992 is er nog wel literatuur (Bartels 1993a,b, Reyners 1992, 1993, Struijs 1995, Smith en van der Weide 1992, Smith 1995 Veerman e.a.1995) verschenen over dit onderwerp maar veel discussie heeft dat niet opgeleverd. Vrouwen die besnijdenis praktiseren komen niet aan bod. Ook pleidooien om tenminste naar hen te luisteren worden verkeerd begrepen (Van der Zwaard 1994, Bartels 1994). In een analyse van dit debat laat Suurmond (1998:90) ook deze eenzijdigheid zien. “Bij het debat over vrouwenbesnijdenis gaat het om het zoeken naar een concrete oplossing voor vrouwenbesnijdenis (namelijk het verbieden ervan) ten koste van een andere mogelijke uitkomst van het debat, namelijk het aan het woord laten van de verschillende deelnemers.” Met de verschillende deelnemers bedoelt Suurmond de belangrijkste gesprekspartners, de mensen die vrouwenbesnijdenis uitvoeren. “In het debat werd vooral gezocht naar een concrete oplossing voor het probleem. Daarnaast zien we dat niet alle betrokkenen hebben deelgenomen aan het debat. De constructie van ‘onbeschaafdheid’ die een rol speelt door het hele debat heen, leidde tot een buiten het debat houden en laten van een belangrijke groep van gesprekspartners, de Somaliërs.” (Suurmond 1998:90).⁸

⁷ Suurmond (1998:91) geeft aan dat het debat over vrouwenbesnijdenis al veel langer loopt. Het startte in feite al in de jaren zeventig, zoals Suurmond in het volgende overzicht op basis van Dolle Mina (1978) laat zien:

1976: Internationaal tribunaal van misdaden tegen vrouwen te Brussel.

1976/77 Handtekeningenactie om bij Commissie Rechten van de Mens van de Verenigde Naties aan te dringen op onderzoek en maatregelen.

1977 Congres te Soedan waarin voorgesteld wordt alle vromen van vrouwenbesnijdenis af te schaffen. In dit congres werd voor het eerste uitgebreid over vrouwenbesnijdenis gesproken door vrouwen die de ingreep hebben ondergaan. Ook werd voor het eerst gesteld dat vrouwenbesnijdenis geen religieus gebod is.

1977 Boekje uitgebracht door Dolle Mina over vrouwenbesnijdenis, gevolgd door uitgebreide aandacht in de pers.

1977 Nawal el Sadaawi komt naar Nederland voor lezingen, geeft een interview in Vrij Nederland.

1977 Persconferentie in Geneve door Terre des Homes over afschaffing vrouwenbesnijdenis. Aandacht in Nederland door actualiteitenrubriek Brandpunt.

1977 Nederlandse Vrouwenraad vraagt toenmalig staatssecretaris Hendriks of hij het onderwerp van vrouwenbesnijdenis op de volgende zitting van de World Health Organisation ter sprake wil brengen. Dit wordt hem toegezegd. Naar aanleiding van deze actie verschijnen artikelen over vrouwenbesnijdenis in Parool, NRC en Panorama.

⁸ Suurmond (1998) schreef een dissertatie over publieke debatten over vluchtelingen en migranten in termen van zorg en rechtvaardigheid. Zij behandelt daarbij het debat over vrouwenbesnijdenis, vluchtelingen en illegalen. Het gaat hier om opiniërende debatten op basis van artikelen in de media.

Het onderwerp meisjesbesnijdenis blijft dan als het ware sluimeren, tot de wat Suurmond noemt ‘niet gehoorde belangrijkste groep van gesprekspartners’ zich zo nu en dan uit. Na reportages of geruchten over het plaatsvinden van meisjesbesnijdenis of de wens daartoe, komen er weer reacties van afkeuring. Dit leidde tot daadwerkelijke maatregelen gericht op preventie via voorlichting. Zo is er sinds 1999 door het kenniscentrum Pharos een voorlichtingsproject gestart. Dit voorlichtingsproject vindt wel plaats in samenwerking met ‘de belangrijkste gesprekspartner’, de FSAN (Federatie van Somalische Associaties in Nederland).⁹ Het is gericht op preventie, *Vrouwenbesnijdenis in Nederland van beleid naar praktijk*. Kerninterventie is het stimuleren van veranderingsprocessen met betrekking tot besnijdenis van meisjes binnen de Somalische gemeenschap middels het trainen van sleutelfiguren en voorlichters eigen taal en cultuur (vetc’ers) uit de Somalische gemeenschap. Daarnaast zijn voorlichters uitvoerend werkzaam door enkele reeksen van voorlichtingsbijeenkomsten in drie Nederlandse steden te verzorgen. Deelnemers aan die bijeenkomsten zijn Somalische mannen, vrouwen en jongeren.¹⁰

Dergelijke projecten, waarin doelgroepen/zelforganisaties participeren worden door beleidsmakers wel als traag en weinig effectief ervaren. Anderzijds is duidelijk dat preventie alleen succesvol kan zijn wanneer de betrokkenen bereikt kunnen worden en ‘om’ gaan. Dat vraagt niet alleen om het doorbreken van de taboesfeer rond meisjesbesnijdenis en het bieden van feitelijke informatie, maar eveneens om een heroriëntatie. Voorwaarde daarvoor is deelname aan het debat in welke vorm dan ook door ‘de belangrijkste gesprekspartner’, de mensen waar het omgaat, op z’n minst via voorlichting. Om de effecten van de voorlichting in kaart te krijgen is onderzoek nodig in de vorm van evaluatieonderzoek.¹¹ Er is vier maal een poging gedaan gelden te verwerven voor evaluatieonderzoek door medewerkers van de Vrije Universiteit, Pharos en FSAN. Deze aanvragen zijn steeds afgewezen. De enige positieve reactie kwam van de wetenschapswinkel van de Vrije Universiteit. Daarmee is nu een ‘low budget’ onderzoek gestart

⁹ Vanuit Pharos en FSAN wordt ook deelgenomen aan bijeenkomsten van internationale netwerken die zich bezighouden met het tegengaan van vrouwenbesnijdenis, zoals *Inter African Committee, Forward en European Network for the Elimination of FGM*.

¹⁰ De resultaten tot nu toe:

- .zes bijeenkomsten Platform en Klankbordgroep met verslagen (Nederlands en Engels)
- .specifieke vijfdaagse train de trainers voor sleutelpersonen is ontwikkeld
- .29 sleutelpersonen hebben deze training met goed gevolg doorlopen en een certificaat behaald
- .een bij de training behorend handboek is in ontwikkeling
- .in zes locaties pilot activiteiten (startbijeenkomsten, voorlichtingen)
- .samenwerking VU Amsterdam wat betreft onderzoek naar voorlichtingsactiviteiten
- .lijnen naar de reguliere zorg zijn uitgezet en train de trainers voor hulpverleners is in ontwikkeling
- .internationaal wil men gebruik maken van ervaringen van het project (Van der Kwaak e.a. 2002).

¹¹ In de aanvraag voor het voorlichtingsproject was geen evaluatie opgenomen. Daarom is dat later aangevraagd.

met studenten. In dit onderzoek wordt door tien studenten gewerkt onder leiding van de Sectie Gezondheidszorg en Cultuur van het VU medisch Centrum Amsterdam.¹² Duidelijk is dat onderzoek via studenten slechts beperkte reikwijdte kan hebben en meer tijd vraagt dan wanneer afgestudeerden ingezet worden.

Preventie via voorlichting is tot heden slechts gericht geweest op Somaliërs. Dat is weliswaar de grootste groep vluchtelingen in ons land uit een land waar meisjesbesnijdenis wordt gepraktiseerd, maar preventie vraagt meer en een veel bredere inzet. Er is tot dusver geen onderzoek verricht naar andere migranten en vluchtelingengroepen uit herkomstlanden waar ook meisjesbesnijdenis wordt gepraktiseerd. Om een eerste aanzet daartoe te maken is er een zelf gefinancierd onderzoek uitgevoerd naar het voorkomen van meisjesbesnijdenis in Eritrea door een studente culturele antropologie van de Vrije Universiteit.

Maar voorlichting alleen is meestal niet voldoende om te komen tot gedragsveranderingen. Zeker ook wanneer identiteitsvragen over de eigen afkomst een rol spelen vraagt deze heroriëntatie om discussie en debat ook binnen de eigen groep. Naast de eigen groep speelt de reactie van de ontvangende samenleving een belangrijke rol. Daarom worden er naast de opleiding tot voorlichter en het geven van voorlichting vanuit het *Platform aanpak Vrouwenbesnijdenis* en een *Klankbordgroep* bijeenkomsten georganiseerd. Tot heden hebben er zes plaats gevonden. Doel van deze bijeenkomsten is vooral om activiteiten rond de aanpak vrouwenbesnijdenis te verdiepen en de actieve en corresponderende leden bij de uitvoering van voorlichting te betrekken en het draagvlak daartoe in Nederland te vergroten.

¹² Momenteel zijn er twee onderzoeken afgerond en zijn er nog acht studenten bezig. Judith Beintema richt zich op voorlichters en sleutelfiguren in Noord Nederland en veranderende genderverhoudingen. Agnes Tarrida richt zich op de deelnemers aan de voorlichtingsactiviteiten in Den Haag en evalueert of de campagne is aangeslagen bij deze deelnemers. Sascha Goei heeft gekeken naar de deelnemers van de voorlichtingsactiviteiten in Noord Nederland. Natasha Sabajo onderzoekt de Somalische gemeenschap in Tilburg en het effect van voorlichting. Marjolein Zwaan richten zich op de preventiepositie van jeugdartsen en jeugdverpleegkundigen. Elise Eerenberg richt zich op gynaecologen. Li-Janne Leusink richt zich op lichamelijk integriteit en rechtssystemen. Janne Zwemmer gaat onderzoek doen onder West-Afrikanen in Nederland. Carlijn van Aalst heeft haar onderzoek afgerond en een scriptie geschreven (juli 2002). Zij heeft onderzoek gedaan naar gedragsbepalende factoren met betrekking tot meisjesbesnijdenis. Cornelieke Keizer richtte zich op de voorlichtingsactiviteiten in Den Haag, Tilburg en Ede en daarnaast op de psychologische aspecten van vrouwenbesnijdenis. Haar scriptie wordt eind 2003 gepubliceerd. Een boek met bijdragen over de verschillende onderzoeken is in voorbereiding en zal door de Wetenschapswinkel van de VU onder redactie van Anke van der Kwaak, Cornelieke Keizer en Zahra Siad Naleie ter ere van Internationale Vrouwenbesnijdenis Dag op 6 februari 2004 gepubliceerd worden

Opvallend is dat ook tijdens deze meer op preventie georiënteerde bijeenkomsten als ook in ander fora waar vrouwenbesnijdenis centraal staat, juridische aspecten een centrale rol in de discussies innemen.

Twee punten springen in die discussies naar voren. De vraag naar algemene versus specifieke delictomschrijving en de vraag naar de dubbele strafbaarstelling. In juni 2000 wordt er door het ministerie van justitie een expertmeeting georganiseerd. Naar aanleiding van de resultaten van deze meeting heeft de minister van Justitie in zijn brief van 6 juli 2001 aan de voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal aangegeven dat hij heeft besloten meisjesbesnijdenis niet als apart delict op te nemen in het Wetboek, maar als een vorm van mishandeling te beschouwen. Meisjesbesnijdenis wordt geplaatst onder opzettelijk of door schuld veroorzaakte mishandelingdelicten (art. 300-309 Sr) en het onbevoegd uitoefenen van de geneeskunst (art. 436 Sr.)¹³. Het meisje is wilsonbekwaam, er is geen medische noodzaak en de ingreep is verminkend. Op basis van de wet BIG kan het handelen van geneeskundigen die meewerken aan meisjesbesnijdenis daarnaast voorgelegd worden aan een tuchtcollege

Hoewel er grote verontwaardiging en emotionele afkeuring in de Nederlandse samenleving rond dit gebruik bestaan, lijkt vergroting van het draagvlak geboden. Tot op heden zijn er geen precieze aantallen van besnijdenissen hier in Nederland en elders bekend. Zo nu en dan gaan er geruchten dat een besnijdenis zal plaatsvinden of heeft plaatsgevonden.

Ook in dit rapport zullen dergelijke feiten ontbreken. Vermoedens die wij konden optekenen uit interviews of terug konden vinden in rapportages waren slechts enkele, en nooit met naam en toenaam:

- Regelmatig gaan er geruchten dat Somalische meisjes zullen afreizen om in de vakantietijd in Somalië te worden besneden. Zodra er geïnformeerd wordt naar deze zaken dan sluiten de muren zich en is het heel moeilijk om specifieke gegevens met naam en datum te verzamelen.
- In een radioprogramma van de KRO, 21 oktober 2001 vertelt een moeder dat als zij met haar dochter terugkeert naar Somalië zij vreest dat zij besneden zal worden.
- Een Somalische vrouw ging met haar dochter op vakantie naar Somalië om na een lange tijd van 10 jaar haar moeder te zien die een zwakke gezondheid heeft. Bij aankomst bleek dat de moeder van de vrouw geregeld heeft dat het meisje geïnfibuleerd zal worden. Door toedoen van zowel moeder als het meisje zelf ging de besnijdenis niet door.
- Een Somalische vrouw nam op 6 oktober 2000 contact op met de politie in Leiden, om aangifte te doen van het feit dat een Somalische besnijdstster Nederland zal bezoeken om

¹³ Tweede Kamer, vergaderjaar 2000-2001, 27 400 VI, nr 83.

meisjes te besnijden. De politie zei niets met haar aangifte te kunnen doen zolang deze anoniem is. Dit wilde zij echter omdat zij voor repercussies vanuit de Somalische gemeenschap vreesde. (Verslag referentie groep) Zij bracht haar dilemma ook naar voren in de klankbordgroep van het Pharos/FSAN/DCI en zij meldde daar dat zij vermoedde dat er zeker 7 meisjes in de Leidse Merenwijk werden besneden.

- In Zuid Limburg werd een mogelijke aangifte gedaan van een vermoeden van besnijdenis. De politie ondernam daar wel actie, maar kwam niet verder dan een huilend kind. Een medewerker van de GG&GD (Gemeentelijke Geneeskundige en Gezondheidsdienst) in Tilburg kwam ter ore dat er mogelijk 4 tot 8 meisjes besneden zouden zijn. De meisjes zouden ziek zijn geweest en wijdbeens hebben gelopen. Er werd een plan opgesteld om dit verhaal te traceren en naar buiten te brengen maar het onderzoek liep vast bij de lagere scholen, zodat het verhaal niet geverifieerd kon worden.
- Een Somalisch meisje met een Nederlands paspoort ging op vakantie naar Somalië en werd besneden. De besnijder en familie daar kunnen niet vervolgd worden. Ouders konden niets doen volgens dit verhaal. De druk van de moeder was groter dan de wil van de ouders.
- Een Nederlandse voogd van twee Somalische minderjarige meisjes vindt dat de meisjes teruggetrokken zijn en neemt informeel contact op met een deskundige op dit gebied. Nadat zij al met de oom van de meisjes had gesproken en het probeerde aan te kaarten bij de meisjes zelf, lijkt het om een eerste menstruatie te gaan, maar de twijfel wordt niet weggenomen.
- Op reis naar Mogadishu en Bosaaso krijgt een Somalische sociologe die daar heen gaat in het kader van een film die over dit thema wordt gemaakt, bevestigd dat in beide plaatsen in totaal 15 Nederlandse Somalische meisjes zijn besneden in 2002.
- Geruchten gaan er einde 2002 dat een verpleegkundige in Rome en Milaan meisjes besnijdt, zo ook Nederlandse Somalische meisjes.
- Somalische vrouw in Roermond kan de druk van de broer van haar man niet aan en laat haar dochter niet in Italië besnijden zoals het plan was maar in Dubai.
- Op een bijeenkomst van Somalische en Eritrese vrouwen in oktober 2002 in Rotterdam blijkt dat ook Eritrese meisjes terug gestuurd worden naar Eritrea om daar besneden te worden.
- Ook binnen de Soedanese gemeenschap gaan er geruchten dat men bij terugkomst in Khartoem meisjes laat besnijden als ook dat vrouwen zich voor 50 dollar laten herfibuleren.

Tot heden hebben deze vermoedens in enkele gevallen tot signalering maar niet tot daadwerkelijke interventie geleid in de vorm van juridische of andere vorm van bescherming van

de betrokken meisjes. Wel is er discussie geweest over de oorzaken van het vastlopen van signalering en over de wenselijkheid van uitbreiding en verandering van juridische maatregelen. Hierop wordt in de hoofdstukken 4, 5 en 6 op teruggekomen.

DEEL 2

ONDERZOEKSRESULTATEN

Hoofdstuk 3

Etnografisch onderzoek: beschrijving van vier groepen migranten

Hoofdstuk 4

Juridische aspecten van meisjesbesnijdenis in verschillende Europese landen

Hoofdstuk 5

Preventie van meisjesbesnijdenis in Nederland

Hoofdstuk 6

Europese en internationale activiteiten en netwerken

HOOFDSTUK 3

Etnografisch onderzoek: beschrijving van vier groepen migranten

Meisjesbesnijdenis is een gewoonte die vooral in Afrika gepraktiseerd wordt. Het vindt plaats in meerdere regio's, verschillende landen en etnische groepen. Ook de vorm waarin meisjes worden besneden verschilt sterk, per regio, land en etnische groep. In Nederland heeft dit gebruik voornamelijk aandacht gekregen voor zover het Somalische vluchtelingen betreft. Dat is op zich niet zo verwonderlijk omdat Somaliërs de grootste vluchtelingengroepen uit Afrika in Nederland zijn. Bovendien praktiseren Somaliërs, zoals gesteld, de meest zware vorm van meisjesbesnijdenis, infibulatie. Toch is het te beperkt om de aandacht alleen op Somaliërs te richten. Ook andere groepen migranten en vluchtelingen uit Afrika in Nederland, kennen het gebruik meisjes te besnijden, Eritreërs, Ethiopiërs, Egyptenaren, Kongolezen, Malinezen, Senegalezen, Tanzanianen, Soedanezen. Hun visie en praktijken met betrekking tot dit gebruik zijn ook van belang voor het ontwikkelen van beleid gericht op strategieën ter preventie van meisjesbesnijdenis in Nederland. Juist vergelijking van verschillende groepen die vanuit het herkomstland aan meisjesbesnijdenis doen, geeft nieuwe inzichten (Bartels, Van der Kwaak, Bartels 2002). Daarom hebben we enkele van die groepen ook in het onderzoek betrokken. Aanvankelijk wilden we ons concentreren op Egyptenaren, Somaliërs en Eritreërs. In de loop van het onderzoek hebben we geprobeerd eveneens informatie te verzamelen over Soedanezen. Vanzelfsprekend kunnen we hier geen diepgaande analyse geven over de hier genoemde groepen. We zullen ons moeten beperken tot het signaleren van verschillen die relevant zijn voor het onderwerp van onderzoek. Wel proberen we vragen te ontwikkelen die van belang zijn in de context van preventie. In dit hoofdstuk zullen we eerst kort het zogenaamde migratieperspectief toelichten. Daarna zullen we de keuze voor deze groepen motiveren en aangeven welke vorm van meisjesbesnijdenis in het land van herkomst wordt gepraktiseerd. We gaan daarbij kort in op hun migratiegeschiedenis naar Nederland en hun bevolkingssamenstelling binnen de huidige Nederlandse samenleving. Tot slot beschrijven we de resultaten van onderzoek onder deze groepen en komen we tot een conclusie in het licht van preventie.

Migratieperspectief

Vanuit de migrantensituatie is meisjesbesnijdenis een cultureel verschijnsel dat ingezet kan worden om de identiteit van de eigen groep te markeren in de nieuwe situatie. Wanneer we spreken over een cultureel verschijnsel, dan spreken we over cultuur als geobjectiveerd gegeven dat een eigen leven kan leiden en daardoor los staat van individuen: cultuur als objectieve realiteit.

Maar die objectieve realiteit wordt altijd ingevuld door het subjectieve individu. Cultuurbepaaldheid pakt anders uit voor verschillende individuen. Daardoor is cultuur ook altijd een menselijk product. Zelfs reproductie is een cultuurscheppende activiteit. Somalieër zijn in Nederland en in Somalië impliceert daarom culturele productie, zij het onder verschillende omstandigheden en situaties. In Somalië is iedereen etnisch Somaliër maar bestaan er andere tegenstellingen zoals die tussen clanleden, tussen opgeleiden en niet opgeleiden, veehoeders en landbouwers (Van der Kwaak 1994). Somaliërs worden in Nederland ook getypeerd aan de hand van verschillen met Nederlanders. Verschillen tussen Somaliërs zijn in de Nederlandse situatie wel van belang voor Somaliërs maar voor Nederlanders spelen die verschillen nauwelijks. Ze worden ook gezien als een etnische groep.

Etnische identiteit is in deze opvatting geen psychologisch concept dat kenmerken van een persoonlijkheid typeert of zich richt op het eigene, het 'zelf' van een persoon. Het gaat hier om een sociale of groepsidentiteit, een culturele constructie waardoor een groep aangeeft hoe ze zichzelf ziet en hoe anderen hen zien. In deze identiteitsconstructie verwerken ze ook hoe anderen hen zien, hoe ze gezien worden door Nederlanders. Het gaat vooral om de wisselwerking tussen hoe mensen zichzelf zien en hoe anderen hen zien; het gaat hier om identificatie en geprojecteerde identiteit. Door deze wisselwerking is etnische identiteit een dynamisch concept en wordt het voortdurend veranderd, opnieuw geformuleerd en geconstrueerd in relatie met anderen.

Tegelijkertijd, binnen dit voortgaande proces, proberen mensen een identiteit voor zichzelf te vinden of, anders gezegd, een gevoel van continuïteit te zoeken. Roosens (1998) ziet dit zoeken naar continuïteit in verband met etnische identiteit vooral gericht op het zoeken naar de oorsprong, de gemeenschappelijke voorouders of dezelfde culturele traditie. Voor migranten als een etnische groep is het gevoel voor of bewustzijn van continuïteit met het verleden problematisch; identificatie met het verleden, met de oorsprong, betekent meestal het trekken van grenzen. Maar niet alleen het bewustzijn van continuïteit met het verleden is problematisch, ook het bewustzijn van continuïteit met de toekomst. Daarom proberen ouders hun kinderen als Somaliërs of als Eritreërs te laten opgroeien en dit betekent niet alleen het trekken van grenzen (wij-zij), maar ook het vasthouden daaraan. De vraag is hier niet waarom dergelijke groepen voortdurend grenzen blijven trekken, maar waaromheen die grenzen getrokken worden en of meisjesbesnijdenis daar een essentieel aspect van gaat uitmaken. Het is niet voldoende verklaring te stellen dat dit het geval is omdat meisjesbesnijdenis in het land van herkomst gepraktiseerd

wordt. De gewoonte wordt in Nederland als negatief gewaardeerd en geldt ook als strafbaar. Het is ook mogelijk dat meisjesbesnijdenis, hoewel bekend en gepraktiseerd in het thuisland, in de nieuwe migrantensituatie wordt losgelaten als centraal aspect van identiteitsformatie. Door vergelijking van verschillende groepen migranten die meisjesbesnijdenis kennen vanuit de herkomstlanden proberen we zicht te krijgen op de vraag waarom de ene groep meisjesbesnijdenis wel loslaat in de migrantensituatie en de andere niet. Anders gesteld: zijn er verschillen te constateren in de mate waarin meisjesbesnijdenis een essentiële markering is geworden in de etnische identiteitsformatie tussen verschillende migrantengroepen en waar hangen die verschillen mee samen. Om deze vraag uit te werken hebben we gekozen voor drie migrantengroepen, Somaliërs, Eritreërs en Egyptenaren, en later ook Soedanezen. De keuze voor deze extra groep is vooral ingegeven door praktische overwegingen. Het is van belang voor evenwichtig beleid alle betrokkenen mee te nemen, maar ook doordat binnen de onderzochte groepen verschillen bleken die juist relevant zijn voor deze beleidsvraag.

Keuze van de migrantengroepen

In het voorstel voor onderzoek komen we tot de keuze van drie groepen migranten afkomstig uit landen waar meisjesbesnijdenis wordt gepraktiseerd: Somaliërs, Eritreërs en Egyptenaren. Zoals aangegeven hebben we later ook de Soedanezen erbij genomen. Deze groepen kennen een verschillende sociale, culturele (laag opgeleid tot hoog) en religieuze achtergrond (christenen en moslims), migrantenstatus (vluchtelingen en arbeidsmigranten), verschillende vormen van meisjesbesnijdenis in het land van herkomst (clitoridectomie, excisie en infibulatie) een verschillende leeftijd waarop meisjesbesnijdenis wordt gepraktiseerd in het land van herkomst (vanaf twee maanden tot ongeveer zeven jaar). Bovendien wordt er in de herkomstlanden ook een verschillend beleid gevoerd met betrekking tot meisjesbesnijdenis (verboden, toegestaan en verboden maar niet tegengewerkt). Door deze vier groepen naast elkaar te zetten willen we proberen te onderzoeken of meisjesbesnijdenis een gebruik is dat ook altijd in het land van vestiging gepraktiseerd zal worden of in ieder geval dat de wens daartoe blijft bestaan. Als dit niet het geval is, met andere woorden, wanneer er groepen zijn die dit gebruik loslaten, dan is de vraag waarom de ene groep vluchtelingen/migranten wel aan meisjesbesnijdenis blijft vasthouden en de andere niet.

**Vergelijking tussen migrantengroepen Somaliërs, Eritreërs, Egyptenaren, Soedanezen in
NEDERLAND op migrantenstatus, religie, huwelijkspatroon, vorm van
meisjesbesnijdenis, leeftijd van besnijdenis, oriëntatie op land van herkomst en aantal.**

Vergelijking	Somaliërs	Eritreërs	Egyptenaren	Soedanezen
Migrantenstatus	Vluchtelingen, gevarieerd opleidingspatroon	Vluchtelingen gevarieerd opleidingspatroon	Arbeidsmigranten gevarieerd opleidingspatroon	Vluchtelingen relatief hoog opgeleid
Religie	Moslims	Vooral orthodox christen, kleine groep moslims	Moslims (70%) en kopten (30%)	Moslims
Huwelijkspatroon	Vooral binnen de eigen groep	Vooral binnen de eigen groep	Gemengd patroon: binnen de eigen groep en met Nederlandse vrouwen	Binnen de eigen groep
Vorm meisjesbesnijdenis	Infibulatie	Clitoridectomie	Clitoridectomie, excisie, infibulatie	Infibulatie, clitoridectomie
Leeftijd besnijdenis	Rond zeven jaar	Als baby's, vooral rond ongeveer twee maanden	Rond zeven jaar	Rond zeven jaar
Meisjesbesnijdenis in land van herkomst	Toegestaan, geen wettelijk verbod	Verboden en acties om het tegen te gaan	Wettelijk verbod, geen acties om het tegen te gaan	Wettelijk verbod op infibulatie dat nu waarschijnlijk ongedaan wordt gemaakt
Oriëntatie op land van herkomst	Sterke clan tegenstellingen. Verdeeldheid zet zich voort in Nederland	Oriëntatie op politieke ontwikkeling, natievorming en eenheid tegen Ethiopië	Kopten: internationale oriëntatie en oriëntatie op religieuze en politieke ontwikkelingen	Oriëntatie op ontwikkelingen in thuisland, burgeroorlog en islamisering van de samenleving

			thuisland. Moslims: oriëntatie op religieuze en politieke ontwikkelingen thuisland	
Aantal in Nederland	± 26.000	± 4500	± 10.000	6.000

SOMALIËRS

Somaliërs vormen de grootste vluchtelingengroep uit Afrika in Nederland. Somalië is sinds 1960 onafhankelijk met een bevolking van ongeveer 7 miljoen inwoners waarvan volgens officiële statistieken 60 % een nomadisch bestaan leidt (Tillaart e.a. 2000). In Somalië dat ooit opgesplis was werd tussen de koloniale mogendheden Engeland en Italië, is tussen 1969 en 1991 generaal Siad Barre aan de macht. Aanvankelijk lijkt hij vooruitgang te betekenen maar na enkele jaren verandert zijn bewind in een dictatuur. Grensconflicten leiden tot een oorlog met Ethiopië met grote vluchtelingenstromen als gevolg. Somalië lijdt in dit conflict een nederlaag. Eind jaren zeventig is er een grote droogte. Het gevolg van deze rampspoed is verzet tegen het bewind van Siad Barre en een burgeroorlog. In 1991 verdween Barre maar het is tot heden nog niet gelukt een centraal gezag te vestigen. Het Noorden is onafhankelijk, Somaliland, maar is wereldwijd niet erkend (Van der Kwaak 1997, Bouwmeester e.a. 1998, Hessels 2000) Wel zijn er steeds meer mensen gevlucht, meer dan een miljoen. In Nederland zijn er volgens het CBS in 1999 ongeveer 27.000 legaal verblijvende Somaliërs, 20.591 eerste generatie en ruim 5000 tweede generatie. De meesten wonen in steden als Den Haag, Amsterdam, Nijmegen, Tilburg (Hessels 2000) . Somaliërs hebben daarnaast vooral asiel aangevraagd in Groot Britannië, de Scandinavische landen, Canada en Italië.

Mohamoud (2000) spreekt over aanpassingmoeilijkheden. Nederlanders zien Somaliërs als een etnische groep terwijl ze zichzelf eerder identificeren via clans en subclans. Bovendien zouden ze hier in Nederland hun nomadische levenswijze voortzetten in de vorm van een 'trekkersmentaliteit'. Identificatie met de clan belemmert onderlinge samenwerking en roept wantrouwen op. De relatief onafhankelijke positie die vrouwen in Nederland kunnen innemen

heeft veel echtscheidingen tot gevolg gehad. Ook de verhouding ouders en kinderen staat voor Somaliërs met hun meer autoritaire verhoudingen onder druk binnen de Nederlandse samenleving (Bouwmeester 1998).

De organisatievorming van Somaliërs is aanvankelijk opgezet via clanverbanden en er zijn in Nederland alleen al rond de 35 Somalische organisaties. Door de komst van jongere Somaliërs is deze vorm enigszins doorbroken en zijn er grotere verbanden opgericht zoals FSAN, Federatie van Somalische Associaties Nederland. Daarnaast zijn ook culturele huizen en moskeeën belangrijk (Mohamoud 2000). Clanverbanden spelen nog steeds een grote rol in privé verband. Somaliërs zijn vooral soennitische moslims. Ze delen vaak moskeeën met Marokkanen die eveneens Soennitische moslims zijn. Voor Somalische mannen zijn ook de zogenaamde qat-sessies van belang om netwerken te onderhouden.

In Somalië wordt de zwaarste vorm van meisjesbesnijdenis gepraktiseerd, excisie en infibulatie, meestal infibulatie genoemd en in de WHO definitie getypeerd als type III. Meisjesbesnijdenis is niet bij wet verboden. Meer dan 90 % van de vrouwen is besneden. Vrouwen die bevallen zijn laten zich ook vaak weer herinfibuleren. Wel wordt er soms gezegd dat minder zware vormen van besnijdenis worden toegepast. Meisjesbesnijdenis vindt in het algemeen plaats rond de leeftijd van ongeveer zeven jaar. Over de ideeën en de wenselijkheid hun dochters te laten besnijden is in Nederland onderzoek verricht. Er zijn wel aanwijzingen dat de wenselijkheid van meisjesbesnijdenis onder Somaliërs in Nederland ter discussie staat. In 1997 bleek gedurende een korte voorlichtingscampagne door de Somalische koepelorganisatie FSAN (Federatie Somalische Associaties Nederland) dat er binnen de Somalische gemeenschap voor- en tegenstanders te onderscheiden zijn. Veel Somaliërs zijn niet op de hoogte van de gevolgen van infibulatie op het lichamelijk en geestelijk welbevinden van de meisjes. Deze gevolgen worden als vanzelfsprekend ervaren voor het leven van vrouwen. In Nederland krijgen jongeren door hun contacten op school, via de media en met Nederlanders andere ideeën over dit gebruik (Naleie 1997). Het gevolg is dat vooral ouders worstelen met het verbod op meisjesbesnijdenis. Ze zien het laten besnijden van hun dochters als een religieuze plicht die ze vooral in de migrantensituatie niet willen verzaken. Juist in de migrantensituatie bestaat het risico dat meisjes de vrije omgang tussen de seksen van Nederlanders overnemen en hun banden met het thuisland verliezen. Ook Somalische vrouwen die soms beter Nederlands spreken dan hun echtgenoot en bekend zijn geworden met bezwaren tegen besnijdenis, blijven vaak nog voorstander van besnijdenis (Van der Kwaak 1999). Meisjesbesnijdenis wordt dan voorgesteld als typerend voor het Somaliër zijn,

als een markeringsritueel waarmee Somaliërs zich onderscheiden van andere vluchtelingen en migrantengroepen in de Nederlandse samenleving. Ook de mogelijkheid met een Somaliër te kunnen huwen wordt gekoppeld aan de besnijdenis. De beslissing om tot meisjesbesnijdenis over te gaan of daar van af te zien, wordt niet door een enkele persoon genomen. Het zijn vooral de grootmoeders en overige familieleden die moeders onder druk zetten. Vaders lijken een beperkte rol te spelen in deze beslissing (Van Aalst 2002, Van der Kwaak 1999).

De risico's die in Nederland opgroeiende Somalische meisjes lopen om besneden te worden, zijn in kaart gebracht. Bartels en Haaijer spraken in het begin van de negentiger jaren met 35 vrouwen waarvan 25 een of meer dochters hadden. 15 van deze vrouwen waren tegenstander van infibulatie, desalniettemin werden er 5 toch besneden en van de tien vrouwen die voorstander waren, waren indertijd ook 7 meisjes geinfibuleerd. (Bartels, K. en Haaijer 1995, p. 75).

Naast initiatieven uit de Somalische gemeenschap zelf, door VON in 1993 (Tako 1995) heeft FSAN zich met bewustwordingscampagnes beziggehouden. Deze zijn geformaliseerd in een samenwerking met Pharos. Somaliërs stonden dus centraal in de voorlichtingsactiviteiten zoals Pharos en FSAN deze afgelopen drie jaar hebben uitgevoerd. Bovendien wordt er momenteel een evaluatieonderzoek uitgevoerd naar de effecten van die voorlichtingsactiviteiten op de houding ten aanzien van meisjesbesnijdenis onder Somaliërs.¹⁴

Onderzoeksresultaten

Over Somaliërs in Nederland en hun wensen meisjes te laten besnijden is relatief veel bekend, via onderzoek en zelfs via televisieprogramma's. Toch is nog nooit een casus beschreven, en zijn er zoals in hoofdstuk 2 beschreven, alleen vermoedens. Meisjesbesnijdenis is onder Somaliërs moeilijk bespreekbaar maar het wordt niet ontkend. Er is zelfs enige discussie over. Somaliërs weten heel goed dat meisjesbesnijdenis in Nederland verboden is. Somalische sleutelpersonen en voorlichtsters noemen ook het wettelijk verbod als belangrijkste factor die de uitvoering van meisjesbesnijdenis onmogelijk maakt. Maar er wordt nauwelijks over gesproken. Mensen zijn bang verraden te worden wanneer ze erover zouden praten. Ook een mogelijke ontdekking door Nederlanders als de politie, de leerkracht of in het ziekenhuis zet een rem. Dat is ook de reden dat er verteld wordt dat mensen naar het buitenland gaan om de besnijdenis uit te laten voeren. Via via weten de meeste vrouwen ook dat Somalische meisjes die in Nederland woonachtig zijn,

¹⁴ De resultaten van dit evaluatieonderzoek zullen nog even op zich laten wachten. Zoals eerder aangegeven wordt dit onderzoek uitgevoerd met behulp van studenten en de wetenschapswinkel van de Vrije Universiteit, in het kader van stageverplichtingen voor doctoraal studenten. Momenteel is er een verslag afgrond (Van Aalst 2002).

in het buitenland worden besneden. Het gaat dan zowel om Europese landen (Italië en Groot Britannië) als om islamitische landen. Wel lijkt het dat de leeftijd waarop Somalische meisjes worden besneden soms hoger wordt omdat het verblijf in Nederland te veel barrières opwerpt een besnijdenis op jonge leeftijd te laten doen. Wanneer meisjes ouder worden krijgen ze zelf een stem. Besnijdenis zou dan soms onder dwang verricht moeten worden. Dat maakt ook meer afstel mogelijk. Somalische vrouwen geven vaak aan dat meisjesbesnijdenis een vrouwenzaak is en dat mannen er weinig invloed op hebben. Wel is de invloed van oudere vrouwen dominant (Van Aalst 2002).

Jongeren lijken zich nog niet erg te verzetten. Een Somalische VU studente, zelf besneden en open gemaakt, heeft op een jongeren website een oproep gedaan hierover in discussie te gaan. Ze is ongeveer 150 keer op het web bezocht maar helaas slechts vijf meisjes hebben geantwoord. Deze vertelden de beslissing aan de ouders over te laten.

Vrouwen die hun dochters niet willen laten besnijden, zich daar tegen uitspreken en ook daadwerkelijk niet tot besnijdenis van hun dochters overgaan, raken wel in een moeilijke positie. Zij worden gemarginaliseerd binnen de eigen gemeenschap. Informatie over het plaatsvinden van meisjesbesnijdenis krijgen ze niet meer. Wanneer ze teruggaan naar Somalië voor familiebezoek, zijn ze gedwongen hun dochters permanent in de gaten te houden. Oma's kunnen plannen hebben een besnijdenis bij hun kleindochters uit te voeren.

Samenvatting

Onder Somaliërs in Nederland staat meisjesbesnijdenis ter discussie. Er lijkt zich een groeiende groep zich te ontwikkelen die afstand neemt van dit gebruik. Vaak zijn vrouwen nog onbekend met de gevolgen van infibulatie. Hoewel het wettelijk verbod op meisjesbesnijdenis in Nederland een duidelijk rem zet op de uitvoering lijken er toch nog steeds meisjes besneden te worden. Die besnijdenissen vinden vooral plaats in het buitenland, zelfs in Europa. Opmerkelijk is dat voor veel Somaliërs meisjesbesnijdenis een essentiële makering vormt in de etnische identiteitsformatie. Als groep zijn Somaliërs intern sterk verdeeld. Clanverbanden en subclanverbanden spelen nog steeds een belangrijke rol. Naar Nederlanders toe onderscheiden ze zich door hun geloof, de islam, en voor een groot deel onder hen, met besneden vrouwen.

ERITREËRS

Eritreërs maken een veel kleinere groep vluchtelingen uit dan de Somaliërs. Sinds 1993 bestaat Eritrea als onafhankelijke staat met ongeveer 4 miljoen inwoners waarvan 70 % werkzaam is in de agrarische sector als boer of herder (Tillaart e.a. 2000). Omdat Eritrea voor 1993 niet als onafhankelijke staat bestond, werden Eritreërs in Nederland niet als aparte groep gezien maar gerubriceerd als Ethiopiërs. Pas met de onafhankelijkheid van Eritrea in 1993 onderscheiden we in Nederland Ethiopiërs en Eritreërs. Eritreërs zijn relatief onzichtbaar in Nederland, niet alleen omdat velen nog als Ethiopiër geregistreerd staan -in 1998 telt het CBS (Centraal Bureau voor de Statistiek) 214 Eritreërs terwijl het werkelijke aantal rond de 4500 ligt- maar ook omdat deze bevolkingsgroep weinig problemen oproept in de Nederlandse samenleving (Yohannes 2000). De meeste Eritreërs wonen in de randstad in Nederland, vooral Amsterdam en Rotterdam. Yohannes meldt dat Eritreërs tot de slechts geïntegreerde bevolkingsgroepen in Nederland behoren. De verklaring daarvoor zoekt hij in het gevoel niet welkom te zijn in Nederland. De meeste Eritreërs zijn niet als vluchteling erkend (met A status) maar hebben een C status op humanitaire gronden. De onafhankelijkheidsoorlog heeft meer dan dertig jaar geduurd. De vluchtelingenstroom komt vooral na 1975 op gang omdat vanaf die tijd de repressie sterker wordt. Eritreërs vluchten in eerste instantie naar de buurlanden, Soedan en Saoedië Arabië. In 1998 brak er weer een grensconflict uit tussen Eritrea en Ethiopië. De beter opgeleiden en/of de mensen die familie hebben in westerse landen, reizen dan door naar Europa, vaak via Italië. De bevolking in Eritrea is te onderscheiden in negen taalgroepen. De grootste groep in Nederland behoort tot de Tigrigna sprekkenden, orthodoxe christengroep. Ook in Eritrea is deze groep de grootste. Tigrigna is ook de meest gesproken taal. Daarnaast zijn Engels en Arabisch van belang.

Organisatievorming van Eritreërs in Nederland vindt plaats op basis van politiek en religie. De politieke organisaties zijn niet gericht op integratie in de Nederlandse samenleving maar op de politieke ontwikkelingen en steun in Eritrea. De belangrijkste politieke partij, de EPLF, het Eritrese Bevrijdings Front, heeft ook afdelingen in Nederland en steunorganisaties vanuit Nederland ten behoeve van Eritrea. Vanuit deze politieke organisaties worden ook feesten gehouden en taalscholing gegeven. De enkele zelforganisatie die gericht is op Nederland is niet erg succesvol. Yohannes (2000) geeft aan dat jongeren zich vaak verloren voelen tussen Eritrea en Nederland. Maatschappelijk zijn Eritreërs in Nederland niet erg succesvol. Yohannes spreekt van lage arbeidsparticipatie en toename van echtscheiding. Tillaart e.a. (2000) komen tot een positiever beeld over Eritreërs in de Nederlandse samenleving. Meer dan de helft heeft een

betaalde baan en driekwart zegt zich thuis te voelen in Nederland. In dit onderzoek worden echter Ethiopiërs en Eritreërs samen genomen, hetgeen mogelijk vertekening geeft.

Eritreërs behoren tot meerdere godsdiensten: orthodoxe christenen, katholieken, protestanten, Jehova getuigen, evangelische christenen, moslims. Vooral de orthodox christelijke kerk is erg actief en onderhoudt veel contacten met orthodoxe groepen elders in Europa. De evangelische christenen verenigen aanvankelijk Eriteërs en Ethiopiërs en houden diensten voor beide groepen tegelijkertijd, zowel in het Tigrigna als in het Amhaar. Later heeft deze kerk zich gesplitst en worden er aparte kerkdiensten georganiseerd in het Tigrina en Amhaar. Ook de politieke situatie in de landen van herkomst ligt gevoelig onder deze kerkleden.

Meisjesbesnijdenis vindt officieel niet plaats in Eritrea. Het is officieel verboden. Dit verbod past geheel in de progressieve politiek die de EPLF ten aanzien van de emancipatie van vrouwen voorstaat. Uithuwelijken wordt bestreden. Vrouwen worden ook als arbeidskrachten gezien. Scholing is van belang voor meisjes en meisjesbesnijdenis gaat in tegen het belang van vrouwen. Van den Idsert deed antropologisch onderzoek naar meisjesbesnijdenis in Eritrea, vooral in de hoofdstad Asmara tussen januari en juni 2001. Voor het navolgende baseren wij ons op haar onderzoeksmateriaal. Er wordt in Eritrea voorlichting gegeven over de problemen en gevolgen van meisjesbesnijdenis, vooral door de hulpverleners in de gezondheidszorg. Grote plakkaatjes in de steden moeten duidelijk maken dat meisjesbesnijdenissen verboden zijn en niet plaats mogen vinden. De vraag of het nog gebeurt levert ook bijna altijd een ontkennend antwoord. Wanneer een onderzoeker langer ter plaatse verblijft en vertrouwd raakt met de bevolking komt er echter een ander beeld te voorschijn. Niet alleen op het platteland ook in de grote steden zoals Asmara vindt nog steeds meisjesbesnijdenis op grote schaal plaats. Het merendeel van de meisjes wordt nog besneden. Het medisch personeel in klinieken geeft voorlichting over meisjesbesnijdenis maar voert de besnijdenissen ook thuis uit. Deze besnijdenissen vinden plaats in verschillende vormen, clitoridectomie (verwijderen van de clitoris) excisie verwijderen van de clitoris en de kleine schaamlippen, tot excisie met infibulatie. Deze laatste vorm wordt vooral gepraktiseerd in de grensstreek met Soedan. De Tigrigna zijn vooral orthodox christenen die hun dochters in de milde vorm besnijden, clitoridectomie op heel jonge leeftijd, kort na de geboorte, tot ongeveer acht weken, zo mogelijk voor de doopceremonie. Een klein deel van de Tigrigna sprekkenden zijn moslim. Zij worden wel Jiberti genoemd. Deze groep heeft pogingen gedaan als aparte etnische groep erkend te worden, maar dat is mislukt. Zij spreken ook Arabisch. Deze groep doet aan infibulatie. De Tigre zijn eveneens moslims en praktiseren ook infibulatie. Wel lijkt er een

verschuiving op te treden naar een mildere vorm, clitoridectomie, onder de Tigre die in de steden wonen. De vorm van besnijdenis hangt niet samen met een bepaalde religie, christendom of islam. De Bilen zijn vooral katholiek en praktiseren eveneens infibulatie. Onder Bilen stedelingen is ook een verschuiving waar te nemen naar mildere vormen als clitoridectomie en excisie. In het algemeen lijkt de leeftijd waarop meisjes worden besneden, steeds lager te worden. Voor de drie laatst genoemde groepen is dat teruggedaan naar ongeveer drie jaar. Deze besnijdenissen worden niet begeleid door rituelen. Dat was vroeger wel het geval. Een uitzondering vormen de Kunama die aan clitoridectomie doen en dit uitvoeren tijdens puberteitsrituelen. Deze Kunama zijn matrilineair (de afstamming wordt gerekend volgens de afstammingslijn van de moeder), anders dan de andere taalgroepen die patrilineair zijn (Van den Idsert 2003). Van belang is ook dat argumenten tegen meisjesbesnijdenis Eritreërs niet erg geloofwaardig voorkomen. Clitoridectomie levert geen problemen op met betrekking tot gezondheid, bevalling, seksualiteit of wat dan ook. Ze hebben er in het geheel geen last van. Vrouwen lijken zich niet te herkennen zich in het *sexual and reproductive health discours*. Voor hen is dat verbonden met infibulatie. De campagnes in Eritrea tegen meisjesbesnijdenis worden gevoerd tegen FGM (Female Genital Mutulation). Voor de meeste vrouwen in Eritrea is FGM infibulatie.

Onderzoeksresultaten

Er is weinig bekend over Eritreërs in Nederland. Ze zijn niet alleen als groep relatief onzichtbaar, ook het besnijdenisrisico's voor hun meisjesbaby's is nooit eerder onderzocht. Het merendeel van de Eritreërs in Nederland zijn Tigrigna, orthodox christenen die in Eritrea aan clitoridectomie doen, op babyleeftijd. Er is evenmin ooit sprake geweest van voorlichting over dit gebruik aan deze groep. De vraag is of Eritreërs in Nederland dit gebruik nog praktiseren of dat ze deze gewoonte met de komst naar het westen achter zich hebben gelaten. Dam heeft in 1994 antropologisch onderzoek verricht onder Eritrese vluchtelingenvrouwen in Nederland. De vrouwen die ze gesproken heeft over besnijdenissen stellen dat ze allen besneden zijn in Eritrea. Deze vrouwen vertellen haar dat ze hun dochters niet hebben laten besnijden en dit ook niet willen laten doen. Een van de vrouwen dacht dat er in Nederland wel veel Eriteërs wonen die hun dochters zouden willen laten besnijden wanneer dat mogelijk zou zijn (Dam 1994).

Gesprekken met Eritrese vrouwen in Nederland leveren een vergelijkbaar beeld als het onderzoek in Eritrea laat zien. Vrouwen ontkennen dat meisjesbesnijdenis in Nederland plaatsvindt. Ze geven wel toe het in Eritrea gebruikelijk was maar daar is het nu verboden en het vindt er niet meer plaats. Wanneer doorgevraagd wordt geven vrouwen nog wel toe dat het op

het platteland, vooral langs de grens met Soedan, misschien plaats zal vinden, maar in ieder geval niet meer in de steden. Sommige vrouwen praten vrij over hun eigen besnijdenis. Ze hebben er geen last van. Andere vrouwen ontkennen dat ze zelf besneden zijn. Een opvallend verschil tussen beide groepen is het opleidingsniveau. De vrouwen die laag opgeleid zijn, geven over het algemeen makkelijk toe besneden te zijn. De vrouwen die op middelbaar en hoger niveau onderwijs hebben gevolgd, stellen niet besneden te zijn. Jonge Eritrese vrouwen worden soms ook wel erg verontwaardigd dat hen sowieso die vraag wordt gesteld. Voor hen is meisjesbesnijdenis iets uit het verleden dat nu in Eritrea is afgelegd en in Nederland niet plaatsvindt. Een argument daarbij is ook wel dat de Eritrese gemeenschap in Nederland erg gesloten is. Wanneer er wel meisjesbesnijdenis plaats zou vinden dan zouden vrouwen daarover praten. Het is niet te verhullen.

Toch willen we vraagtekens stellen bij deze onderzoeksresultaten. Bekend is wel dat meisjesbesnijdenis in Nederland verboden is, maar het wordt haast niet genoemd. De besnijdenisvorm die de grootste groep Eritrese Nederlanders gewend zijn te praktiseren is clitoridectomie in de eerste levensweken van een meisjes baby. Deze vorm van besnijdenis en de jonge leeftijd waarop het gedaan wordt, maakt het mogelijk ongemerkt meisjes te besnijden. We hebben ook twee vrouwen gesproken die vertelden dat meisjesbesnijdenis in Nederland onder Eritreërs wel plaatsvindt. Zo nu en dan kwam het hen ter ore. Deze vrouwen werden gecorrigeerd door andere vrouwen: “in Nederland vindt het niet plaats.” Uit alle gesprekken is wel duidelijk geworden dat meisjesbesnijdenis zwaar in de taboesfeer ligt, niet alleen omdat het te maken heeft met vrouwelijke seksualiteit of omdat het in Nederland verboden is en het risico op vervolging dreigt. Heel belangrijk zijn ook de reacties van afgrijzen, ongeloof en ontzetting door Nederlanders en de angst om als Eritreër als onderontwikkeld, als primitief en als mensenwaardig (want meisjesbesnijdenis is verminkend en mishandelend) getypeerd te worden door de omringende samenleving. Een Eritrese vrouw geeft hierover een mooi voorbeeld. Een vrouw die net in Nederland is gekomen vraagt aan andere Eritreërs (ook vluchtelingen) waar ze haar dochter kan laten besnijden. Ze werd daarop “bijna gemolesteerd”. Niet zozeer uit bezorgdheid voor het meisje maar eerder uit angst voor eigen imago. De mensen waren beledigd. Vanuit deze taboesfeer is begrijpelijk dat er zelfs jonge Eritrese vrouwen zijn, die ontkennen dat het in het verleden in Eritrea heeft plaatsgevonden.

Samenvatting

Voor Eritreërs in de Nederlandse samenleving lijkt meisjesbesnijdenis geen essentiële markering in de etnische identiteitsformatie. Als groep zijn Eritreërs in Nederland vooral politiek georiënteerd, gericht op de vrijheidsstrijd en later de natievorming en oorlog met het buurland Ethiopië. Er is wel interne verdeeldheid, maar die is niet scherp. De politieke partij die de belangrijkste en dominante rol heeft gespeeld in de ontwikkelingen rond de vrijheidsstrijd, de EPLF, heeft ook altijd een sterk progressieve visie voorgestaan op de rol en plaats van vrouwen. Daarbinnen past geen meisjesbesnijdenis. Dat komt ook tot uiting in het verbod en de officiële campagnes tegen dit gebruik in Eritrea. Wel lijkt het omgekeerde van belang. Eritreërs benadrukken als groep het niet (meer) praktiseren van meisjesbesnijdenis. Daarmee onderscheiden ze zich van andere etnische vluchtelingen groepen uit de hoorn van Afrika. Het resultaat is evenwel dat meisjesbesnijdenis in Nederland onbespreekbaar lijkt geworden.

EGYPTENAREN

Anders dan Somaliërs en Eritreër zijn Egyptenaren in Nederland vooral arbeidsmigranten. Egypte kent een omvangrijke bevolking, ongeveer 65 miljoen die merendeels in de delta van en langs de Nijl wonen. Egypte kent ook een lange geschiedenis van arbeidsmigratie. Maar anders dan Marokkanen en Turken die richting Europa trekken, gaan de Egyptische migranten vooral naar de omringende olie exporterende landen. Vooral Saoedië Arabië is een gewild migratieland voor Egyptenaren. De Wit (2003) komt met cijfers van de Egyptische overheid uit 1987. Ongeveer drie procent van de bevolking woont in het buitenland en dat zijn vooral mannen. Op 1 januari 1998 kent Nederland een Egyptische bevolking van ongeveer 10.000 Egyptenaren (De Wit 2003). Ook in Nederland zijn het vooral Egyptische mannen. In 1990 is dat 92 %. In 1998 is dat percentage afgenomen tot ongeveer 68 %. (De Valk, Esveldt, Henkens en Liefbroer 2001:56). Meer dan 70 % van de Egyptenaren is in 1998 ongehuwd. Opmerkelijk is dat rond een derde van de in Egypte geboren mannen met een Nederlandse vrouw huwt. (De Valk, Esveldt, Henkens en Liefbroer 2001:97). Harmsen (1999) stelt dat dit vooral gebeurt om een verblijfsvergunning te verwerven. De groep is ook relatief jong. Zo is de gemiddelde leeftijd van Egyptenaren in Nederland in 1999 tussen de 25 en 30 jaar. De meeste Egyptenaren wonen in de steden in de randstad, vooral in Amsterdam. (De Valk, Esveldt, Henkens en Liefbroer 2001:82). Daar gaat het om een groep van ongeveer 3500.

Egyptenaren zijn moslim en christen. De christenen worden kopten genoemd. In Egypte maken de kopten een minderheid uit van ongeveer 6%. Hun positie is niet vergelijkbaar met die van moslims. Op verschillende maatschappelijke terreinen verkeren zij in een achterstandssituatie (De Wit 2003). Kopten migreren verhoudingsgewijs vaker dan moslims. Dat beeld gaat ook op voor Nederland. De koptische gemeenschap in Nederland wordt geschat op ongeveer 30%, dat is 3000 mensen (De Wit 2003). De migratiestroom van Egyptenaren naar Nederland begint eind zestiger jaren met de komst van Egyptische studenten. In de jaren tachtig komen veel lager opgeleide mannen naar Nederland toe. Zij komen vooral aan het werk in shoarmazaken van Israëliërs. Deze horecasector werd als het ware in een etnische stoelendans (Rath 1998) overgenomen van Israëliërs door Egyptenaren en een Egyptische 'niche': 75 % van de Amsterdamse shoarmazaken heeft een Egyptische eigenaar. Ook een kwart van alle snackbars in Amsterdam is in Egyptische handen (De Wit 2003).

Organisatievorming onder Egyptenaren is religieus van aard. Egyptische moslims kennen geen eigen moskeeën. Ze gaan meestal naar Marokkaanse moskeeën. Wel zijn er Marokkaanse moskeeën waar Egyptische imams voorgaan. De kopten zijn goed georganiseerd. Sinds de jaren zestig worden er in het buitenland koptische kerken opgericht. Dit heeft inmiddels een internationaal priesternetwerk opgeleverd. Doordat de kerken niet alleen een religieuze functie maar ook een sociale functie vervullen en als een ontmoetingsplaats fungeren, lijken de kopten een hechte gemeenschap. De Wit geeft daarbij aan dat de informatiekkanalen van kopten niet beperkt blijven tot de migratielanden maar zich ook uitstrekken tot in Egypte. Relaties met geloofsgenoten en familieleden worden dus ook via de kerken onderhouden in het moederland. Dit is op zich niet anders voor kopten dan voor moslims. Ook Egyptische moslims zijn bruggenbouwers en geldschieters voor familieleden in Egypte (Esveldt en Groenewold 2002). Wel is duidelijk dat de kopten een sterker en hechter georganiseerd netwerk kennen.

In Egypte worden verschillende vormen van meisjesbesnijdenis gepraktiseerd, clitoridectomie, excisie en infibulatie. Excisie komt het meeste voor. Infibulatie komt vooral in het zuiden voor. De mildere vormen zijn kenmerkend voor het noorden. Het vindt plaats onder moslims en kopten. Officieel bestaat er volgens informanten in Egypte een wet die meisjesbesnijdenis verbiedt. Maar die wet zou er vooral zijn om aan buitenlandse druk tegemoet te komen. Meisjesbesnijdenis is in Egypte wel in discussie. De leeftijd waarop besnijdenis wordt uitgevoerd is meestal zo rond de zeven jaar. Vooral de arts Nawal el Sadaawi is bekend geworden om haar strijd tegen meisjesbesnijdenis. Tijdens de internationale conferentie over bevolking en

ontwikkeling in Cairo in 1994 heeft CNN de besnijdenis van een meisje gefilmd. Deze beelden gingen de hele wereld over en hebben de discussie ook in Egypte weer aangewakkerd. De vraag kan gesteld worden hoe religieuze leiders zich hebben uitgelaten over meisjesbesnijdenis. Paus Shenouda II heeft het afgekeurd maar maakt die afkeuring niet breed bekend. De Wit die een promotie-onderzoek heeft verricht onder kopten in Egypte en in Nederland, stelt dat deze paus meisjesbesnijdenis afkeurt maar zich niet expliciet hierover zal uitspreken. In ieder geval dringt zijn uitspraak niet echt naar het gewone volk door. Zij ziet hierin een politieke stellingname. Hij spreekt zich uit tegen meisjesbesnijdenis maar zodanig dat voorstanders zich niet zullen laten horen. Kerkleiders zijn met dergelijke uitspraken 'gedekt'. Ze kunnen er niet van beschuldigd worden voor meisjesbesnijdenis te zijn. Maar al dringen dergelijke standpunten niet echt door tot het gewone volk, het onderwerp is volgens De Wit wel in discussie binnen gezinnen. Er lijken volgens haar ook steeds meer gezinnen te komen waar niet alle dochters van worden besneden. De *mufti*, hoogste schriftgeleerde van de moslims in Egypte, heeft zich evenmin duidelijk tegen meisjesbesnijdenis uitgesproken. Hij heeft gesteld dat het aan de arts overgelaten moest worden of een meisje wel of niet besneden moet worden. Daarmee vermindert wel de religieuze legitimering van meisjesbesnijdenis. De boodschap wordt als het ware neutraal. Je kan dus kiezen om het wel of niet te doen. Ook dat is een politieke uitspraak.

Onderzoeksresultaten

Er is weinig bekend over Egyptenaren en het besnijdenisrisico voor meisjes in Nederland. Er is ook nooit voorlichting gegeven over dit gebruik aan deze groep. Het onderwerp lijkt wel bespreekbaar. Het taboe om de eigen groep in een negatief daglicht te stellen lijkt echter groter. Anders dan onder Eritreërs wordt het onderwerp meisjesbesnijdenis ook direct en expliciet met de negatieve houding ten aanzien van migranten en de islam in verband gebracht. Bekend is dat meisjesbesnijdenis in Nederland verboden is. Wanneer daarover wordt gesproken als gewoonte van Egyptenaren komt de groep in een negatief daglicht te staan. Een hoger opgeleide Egyptenaar vroeg in het interview of zijn informatie niet tegen Egyptenaren gebruikt zal worden. Het sociale klimaat in Nederland rond islamitische migranten staat onder spanning. Daarom proberen ook Egyptische moslims niet op te vallen. Het toegeven van het bestaan van een praktijk die hier openlijk wordt afgekeurd ligt daarom niet voor de hand, laat staan er openlijk mee in te stemmen. Opvallend is dat veel informanten duidelijk afstand nemen van hun landgenoten. Dit doen ze niet met betrekking tot onderlinge discussie over gewoonten als meisjesbesnijdenis maar veel sterker: ze verklaren liever niets met andere Egyptenaren te maken te willen hebben. Zo houden ze zich buiten mogelijke problemen.

Informanten die de omgang met andere Egyptenaren niet ontkennen stellen niet over meisjesbesnijdenis te praten. Het is hen vaak niet duidelijk of meisjes wel of niet besneden zijn. Tijdens een interview wordt verteld dat het op islamitische scholen niet aan de orde is. Wel vertellen informanten over meisjes in Nederland geboren die besneden zijn in Egypte, tijdens de vakantie. Dit wel of niet besnijden van meisjes tijdens de vakantie lijkt afhankelijk van wat informanten wel noemen 'sterkte' om de tradities te weerstaan. Er wordt wel gesteld dat dit samenhangt met opleidingsniveau en een gevoel van tevredenheid. Dat opleidingsniveau een rem zou zijn op het laten uitvoeren van meisjesbesnijdenis wordt door onderzoek weersproken (zie noot onder de paragraaf over Soedanezen). Een gevoel van tevredenheid hangt onder andere af van de situatie in het migratieland en van de eigen situatie. Migranten die zich onwelkom voelen zouden meer geneigd zijn zich aan de tradities te houden dan migranten die daar geen last van hebben.

Informanten stellen wel dat meisjesbesnijdenis in Nederland eigenlijk niet uitgevoerd kan worden. Er kan wel een *qabla* (traditionele vroedvrouw) naar Nederland gehaald worden maar wat dan als er iets verkeerd gaat. Dan moet je naar het ziekenhuis en daar kan je niet aan komen zetten met een besnijdenis. Egyptische vrouwen willen in een ziekenhuis bevallen om veiligheidsredenen. Zouden ze dan geen veiligheid op het oog hebben voor meisjesbesnijdenissen.

De gevolgen van meisjesbesnijdenis lijken niet algemeen bekend. Aanhangers van meisjesbesnijdenis als culturele traditie benadrukten in de interviews dat de Egyptische vorm van besnijdenis geen noemenswaardige consequenties met zich meebrengt. Wel is bekend dat dit gebruik al bestond voor de komst van de islam. De profeet heeft dit gebruik niet verboden maar juist getolereerd. Het omgekeerde is ook van belang: er bestaat geen straf of religieuze afkeuring op het niet verrichten van meisjesbesnijdenis. Dit wordt ook bevestigd door een geïnterviewde imam in Nederland. Volgens hem is meisjesbesnijdenis vooral een individuele kwestie. Niet de islam maar culturele normen en waarden met betrekking tot schoonheid en vrouwelijkheid stimuleren deze traditie. Een verbod van meisjesbesnijdenis door Nederlanders wordt niet gezien als een tegengaan van een voor moslims religieuze plicht maar als een bemoeien met zaken die Nederlanders niet aangaan. Inmenging van buitenaf dreigt juist omgekeerd te werken door de tradities te versterken. Zogenaamd 'zwakke' mensen weerstaan de tradities niet. De mening is vooral dat verandering moet groeien. Mensen moeten de traditie zelf willen vervangen met alternatieve middelen voor behoud van de maatschappelijke orde wat betreft

huwelijksvoorwaarden, symbolen van schoonheid en vrouwelijkheid. Campagnes worden als niet effectief gezien. Dat is een te westers middel. Individuele voorlichting wordt als een betere methode geschetst.

Er zijn ook informanten die benadrukken dat binnen de islam argumenten te vinden zijn die tegen meisjesbesnijdenis pleiten. Wanneer mensen denken dat besnijdenis vrouwen weerhoudt van onbetamelijk gedrag dan is het tegenargument dat dochters goed opgevoed moeten worden. Een goede opvoeding is belangrijk in de islam. Het is ook een voorschrift in de Koran en een echte plicht voor moslimouders.

Samenvatting

Voor Egyptenaren in Nederland lijkt meisjesbesnijdenis geen essentiële markering in de identiteitsformatie. Als groep zijn Egyptenaren verdeeld, vooral naar religieuze achtergrond. Daarbinnen past wel meisjesbesnijdenis maar niet als religieus voorschrift. Het gaat eerder om een gewoonte die is meegenomen uit het land van herkomst. Meisjesbesnijdenis lijkt geen onderwerp van uitvoerige discussie in Nederland. Omdat de religieuze achtergrond ter discussie is komen te staan lijkt het meer een individuele aangelegenheid te worden. Egyptenaren in Nederland zijn vooral alleenstaande mannen of relatief vaak gehuwd met Nederlandse vrouwen. Dit lijkt een vruchtbare situatie voor effectieve voorlichting. Wel moet hier rekening gehouden worden met het sociale klimaat rond moslims in de Nederlandse samenleving. De omgeving wordt als vijandig ervaren. Egyptenaren lijken zich terug te trekken en de discussies met Nederlanders te mijden. Dat maakt het geven van voorlichting moeilijk. Het risico bestaat dat voorlichting dan juist een tegengesteld effect kan oproepen.

SOEDANEZEN

Onder vluchtelingen uit de Hoorn van Afrika die meisjesbesnijdenis praktiseren vallen ook Soedanezen. Soedanezen in Nederland vormen slechts een kleine groep. Het gaat om ongeveer 6000 mensen (www.migrationinformation.org). Bovendien gaat het hier vooral om hoog opgeleide vluchtelingen. Officieel is alleen infibulatie in Soedan bij wet verboden, al sinds 1946. Soedan kent ook een redelijk grote en actieve groep mensen die meisjesbesnijdenis veroordelen en daar actie tegen voeren. Anders dan in Somalië heeft meisjesbesnijdenis in Soedan veel aandacht gekregen. Er is relatief veel onderzoek naar verricht en het is ook verschillende malen breed in discussie geweest (Rushwan e.a. 1983, Gruenbaum 2001). Soedan kent sinds 1983 een

burgeroorlog. Sinds 1989 is er een regering die een islamitische wetgeving heeft ingevoerd. Vanuit die wetgeving wordt meisjesbesnijdenis verdedigd. Momenteel zijn er al vergevorderde pogingen om het verbod op meisjesbesnijdenis weer ongedaan te maken. Er is een kliniek geopend waar besnijdenissen uitgevoerd kunnen worden. Vrouwengroepen in Soedan protesteren hiertegen. Omdat het hier gaat om een groep hoog opgeleide vluchtelingen verwachten we dat de vrouwen in hun moederland in aanraking zijn geweest met voorlichting over meisjesbesnijdenis. Vanuit die gedachte verwachten we ook dat Soedanese vrouwen in Nederland enige kennis zullen hebben over meisjesbesnijdenis en zich ertegen zullen uitspreken.

Organisatievorming

In het noorden van Soedan wordt de zwaarste vorm van meisjesbesnijdenis geïmplementeerd, excisie met infibulatie. Meer dan 90% van de vrouwen is geïnfibuleerd (Rushwan e.a. 1983, Gruenbaum 2001). Meisjes worden meestal rond zeven jaar besneden. Herinfibulatie wordt eveneens toegepast in Soedan. Zoals eerder aangegeven lijkt de gewoonte van vrouwen om zich na een bevalling te laten herinfibuleren nog geen lange geschiedenis te hebben. Deze gewoonte is waarschijnlijk ongeveer zeventig jaar geleden ontstaan onder vrouwen uit de middenklasse in de steden. Dit is wel de categorie vrouwen die het eerste in aanraking komt met voorlichting tegen vrouwenbesnijdenis. (Bartels 1987 en 1993b).

Onderzoeksresultaten

Over Soedanezen in Nederland is weinig bekend. Over hun wensen meisjes te laten besnijden zijn eveneens geen gegevens. Uit de verzamelde cases komt naar voren dat Soedanese vrouwen in Nederland inderdaad relatief hoog opgeleid zijn. Ze zijn bijna allemaal wel besneden zijn, meer of minder zwaar. Niet alle vrouwen hebben gevolgen van hun besnijdenis. De geïnterviewde vrouwen spreken zich allen uit tegen meisjesbesnijdenis. De mate waarin zij zich verzetten tegen deze gewoonte varieert. Zo zijn er vrouwen die denken dat de goed opgeleide Soedanezen in Nederland geen meisjesbesnijdenis of herinfibulatie meer praktiseren. Daarentegen zijn er ook vrouwen die nadrukkelijk aangeven dat meisjesbesnijdenis in Nederland gestopt moet worden. Zeker één casus is bekend onder de vrouwen over meisjes die tijdens de vakantie naar Soedan zijn meegenomen om besneden te worden. Tot slot is van belang dat er ook onder de hoog opgeleide Soedanezen, vrouwen zijn die stellen niet zeker te zijn dat meisjesbesnijdenis een verkeerde gewoonte is die bestreden dient te worden.

Opmerkelijk is dat er onder de vrouwen weinig informatie is over de situatie in Soedan behalve dan dat het nog steeds de gewoonte is. Informatie over de strijd tegen meisjesbesnijdenis in Soedan is evenmin bekend. De geïnterviewde vrouwen blijken zich wel uit te spreken voor bewustmaking van de risico's en gevolgen van meisjesbesnijdenis onder de Soedanese gemeenschap in Nederland. Zij willen daarbij ook de mannen betrekken. Daarbij zijn ze voor een wettelijk verbod dat ook tot heden in Soedan geldt. Wel willen ze als Soedanezen geen uitzondering zijn en alle andere migranten afkomstig uit landen waar meisjesbesnijdenis wordt geïnterviewd, erbij betrekken.

Herinfibulatie blijkt een veel besproken onderwerp onder Soedanese vrouwen, vooral wanneer vrouwen bevallen zijn met hulp van een dokter die niet bekend is met besneden vrouwen. Na een keizersnede is het natuurlijk niet aan de orde. De geïnterviewde vrouwen brengen naar voren dat vrouwen die in Nederland bevallen zijn, zich in Soedan weer opnieuw laten besnijden omdat ze daar dichter worden gemaakt dan in Nederland.

Onder de Soedanese vrouwen in Nederland is een gynaecologe in opleiding. Zij stelt dat meisjesbesnijdenis momenteel niet in Nederland voorkomt. Ook de andere vrouwen die in de interviews betrokken zijn stellen dat het in Nederland niet plaatsvindt, wel op vakantie in Soedan. Mogelijk speelt hier ook een rol dat het in Nederland niet veilig uitgevoerd kan worden. In Soedan wordt meisjesbesnijdenis in de steden vaak door medisch personeel verricht. Evenals onder Egyptenaren is veiligheid rond de ingreep wel een aspect waar belang aan wordt gehecht. Bovendien zijn Soedanezen in Nederland vooral startende gezinnen of ongehuwde mannen. In deze levensfase spelen de vragen rond meisjesbesnijdenis slechts op de verre achtergrond en voor de toekomst.

Goede voorlichting, begeleiding en zorg door de behandelend arts heeft wel resultaat. Er zijn zelfs vrouwen die zich daardoor laten openen.

Samenvatting

Meisjesbesnijdenis lijkt onder Soedanese vrouwen in Nederland nog niet ter discussie te staan. Herinfibulatie is een gewoonte die wel besproken wordt, niet om het tegen te gaan maar eerder om te zoeken naar mogelijkheden het wel uit te voeren. Het bewustzijn van Soedanese vrouwen over de nadelen van meisjesbesnijdenis is beperkt. Daarvoor is voorlichting gewenst. Er lijkt dus geen relatie te bestaan tussen hoge opleiding en kennis over nadelen en negatieve gevolgen van

meisjesbesnijdenis. Ook is een hoge opleiding geen bescherming tegen de wens tot en daadwerkelijke uitvoering van meisjesbesnijdenis en herinfibulatie¹⁵. Wel is meisjesbesnijdenis en herinfibulatie onderling bespreekbaar. De invloed van een taboe op deze gewoonte vanuit de Nederlandse samenleving lijkt niet sterk. Mogelijk speelt hier wel de relatief hoge opleiding van deze groep. De vrouwen lijken deze traditie ook niet direct met een typering als achterlijk en onbeschaafd in verband te brengen.

Meisjesbesnijdenis onder Somaliërs, Eritreërs, Egyptenaren, Soedanezen: samenvatting en conclusie

Uit vergelijking van de hier genoemde groepen wordt wel duidelijk dat meisjesbesnijdenis onder alle groepen nog steeds een rol speelt. Er kan dus niet gesteld worden dat de ene groep het in de migrantensituatie wil blijven voortzetten en de andere niet. Wel zijn de verschillende omstandigheden en motieven belangrijk. Voor Somaliërs blijkt meisjesbesnijdenis een essentiële markering voor hun Somaliër-zijn. Voor Eritreërs is dat juist weer niet het geval. Maar dat lijkt niet voldoende om dit gebruik niet meer toe te passen. Voor Soedanezen lijkt meisjesbesnijdenis minder verbonden met hun Soedanees-zijn in Nederland dan voor Somaliërs, maar het wordt nog steeds als vanzelfsprekend gezien.

Vanuit de migrantensituatie is meisjesbesnijdenis een cultureel verschijnsel dat ingezet kan worden om de identiteit van de eigen groep te markeren in de nieuwe situatie. Daarbij is dan de vraag belangrijk waarom de ene groep migranten wel aan meisjesbesnijdenis blijft vasthouden en de andere niet. Zoals in het onderzoeksontwerp aangegeven hebben we gekozen om drie groepen te vergelijken: vluchtelingen uit Somalië en Eritrea en arbeidsmigranten uit Egypte. Later hebben we ook nog interviews onder Soedaneze vrouwen gehouden. Soedanezen zijn evenals Somaliërs vluchtelingen in Nederland. Anders dan Somaliërs is het een kleine groep die relatief hoog is opgeleid.

Vanuit alle groepen wordt steeds ontkend dat meisjesbesnijdenis in Nederland plaatsvindt. Er worden verschillende redenen voor gegeven. Het wettelijk verbod is wel het belangrijkste punt dat steeds terug komt. Ook de angst voor medische problemen bij de uitvoering weerhoudt

¹⁵ Dit komt overeen met resultaten van onderzoek in Egypte. Ook daar blijkt er geen relatie tussen hoge opleiding en kennis over nadelen van en negatieve houding ten aanzien van besnijdenis. Pas na een langere universitaire opleiding lijkt er een verband (Informatie drs. Dineke Korfker, medewerkster TNO Leiden Preventie en Gezondheid, onderzoekster in Egypte, zie ook: Population Council, Egypte 1999).

ouders ervan de ingreep in Nederland te laten uitvoeren. Toch zijn er zowel onder Somaliërs als onder Eritreers, Egyptenaren en Soedanezen ook steeds verhalen van vrouwen die vertellen dat ze gehoord hebben dat er meisjes besneden zijn in Nederland of andere Europese landen (Engeland en Italië worden genoemd), en in Arabische landen. De verhalen over meisjes die tijdens de zomervakantie in het land van herkomst zijn besneden zijn eigenlijk duidelijker. Niettemin is het niet gelukt een concrete casus boven tafel te krijgen, noch over een meisje dat in Nederland besneden is, noch over meisjes die tijdens de zomervakantie zijn behandeld.

Het meest pregnant is wel de ontkenning zoals Eritreers die presenteren. Soms zijn ze zelfs boos wanneer het onderwerp wordt aangeroerd. Eritrese vrouwen ontkennen vaak ook dat meisjesbesnijdenis nog in Eritrea voorkomt. Op het eerste gezicht lijkt dit een mooi resultaat van een campagne tegen meisjesbesnijdenis in dit nog jonge land. De regerende partij heeft een moderne vrouwenpolitiek gevoerd en daarbij hoorde een verbod tegen besnijdenis.

Voor Eritreers in de Nederlandse samenleving lijkt meisjesbesnijdenis geen essentiële markering in de etnische identiteitsformatie. Als groep zijn ze politiek georiënteerd, gericht op vrijheidsstrijd, natievorming en oorlog met het oorspronkelijke broederland Ethiopië. Eritreërs benadrukken heel sterk het niet meer praktiseren van meisjesbesnijdenis. Daarmee zouden ze zich ook onderscheiden van andere vluchtelingen uit de hoorn van Afrika. Het resultaat is evenwel dat meisjesbesnijdenis onder hen onbespreekbaar is geworden.

Over Somaliërs en meisjesbesnijdenis is relatief veel bekend. Somaliërs lijken geen afstand te doen van de wens hun dochters te besnijden. Het onderwerp is moeilijk bespreekbaar maar het wordt niet ontkend. Er lijkt zelfs enige discussie over mogelijk, gezien de resultaten van de voorlichtingsactiviteiten. Deze activiteiten worden nu geëvalueerd via leeronderzoeken van studenten. Voorlopig blijkt daaruit dat Somalische vrouwen nog moeilijk een verband leggen tussen gezondheidsproblemen, problemen met bevallingen, seksualiteit, menstruatie en hun besnijdenis. Opmerkelijk is dat Somaliërs meisjesbesnijdenis als een essentiële markering zien in hun Somalisch-zijn in de Nederlandse situatie. Intern blijven ze sterk verdeeld. De tweede jongere generatie lijkt zich ook nog niet echt te verzetten.

Soedanese vrouwen in Nederland betreft een kleine groep die relatief hoog is opgeleid. De geïnterviewde vrouwen stellen dat meisjesbesnijdenis in Nederland niet voorkomt. Wel gebeurt

het op vakantie in het land van herkomst en in andere Arabische landen. Meisjesbesnijdenis lijkt onder Soedanese vrouwen in Nederland ook niet echt ter discussie te staan.

Herinfibulatie daarentegen blijkt een veel besproken onderwerp onder Soedanese vrouwen, vooral wanneer vrouwen bevallen zijn met hulp van een dokter die niet bekend is met besneden vrouwen. Na een keizersnede is het natuurlijk niet aan de orde. Veel vrouwen die in Nederland bevallen zijn, zouden zich in Soedan opnieuw besnijden omdat ze daar dichter worden gemaakt dan in Nederland.

Onder de Soedanese vrouwen in Nederland is een gynaecologe in opleiding. Ook zij stelt dat meisjesbesnijdenis momenteel niet in Nederland voorkomt. Het bewustzijn van Soedanese vrouwen over de nadelen van meisjesbesnijdenis is beperkt. Daarvoor is voorlichting gewenst. Goede voorlichting begeleiding en zorg door de behandelend arts heeft wel resultaat. Er zijn zelfs vrouwen die zich daardoor laten openen. Deze Soedanese gynaecologe was daar heel duidelijk in: een verzoek tot herinfibulatie zag zij als een falen van zorg en hulpverlening.

Zoals hiervoor al vermeld lijkt er dus geen relatie te bestaan tussen hoge opleiding en kennis over nadelen en negatieve gevolgen. Ook is een hoge opleiding geen bescherming tegen de wens tot en daadwerkelijke uitvoering van meisjesbesnijdenis en herinfibulatie. Wel is meisjesbesnijdenis en herinfibulatie onderling bespreekbaar, zij het moeilijk. De invloed van een taboe op deze gewoonte vanuit de Nederlandse samenleving lijkt minder sterk dan onder Eritreërs. Mogelijk speelt hier wel de relatief hoge opleiding van deze groep. De vrouwen lijken deze traditie ook niet direct met een typering als achterlijk en onbeschaafd in verband te brengen.

Conclusies in het licht van preventie

Waarom is een beschrijving van vier groepen migranten afkomstig uit landen waar meisjesbesnijdenis plaatsvindt nu van belang in het kader van een onderzoek ter preventie. Preventie vraagt een samenhangend beleid waarbij de bestaande situatie uitgangspunt zal moeten zijn. De beschrijving van de situatie van vier verschillende groepen migranten in Nederland biedt een inventarisatie daarvan. De belangrijkste conclusies uit het inventariserend deel van dit onderzoek zijn, kort samengevat:

- Meisjesbesnijdenis is geen eenduidig verschijnsel. Het wordt in verschillende vormen gepraktiseerd in de verschillende landen van herkomst van migranten in Nederland. In

samenhang daarmee zijn er onder de verschillende migrantengroepen in Nederland verschillende vormen van meisjesbesnijdenis bekend.

- Onder alle groepen blijkt het wettelijk verbod wel het belangrijkste punt dat steeds weer wordt aangevoerd om meisjesbesnijdenis in Nederland niet te laten uitvoeren. Dat is des te opmerkelijker omdat ook in enkele herkomstlanden meisjesbesnijdenis strafbaar is. Voor die landen wordt dit verbod niet als argument aangevoerd om af te zien van besnijdenis, terwijl dat wel in de Nederlandse situatie het geval is. Het wettelijk verbod wordt in ieder geval duidelijk als rem gezien. In samenhang hiermee speelt de angst voor medische problemen bij de uitvoering.
- Kennis over de gevolgen van meisjesbesnijdenis in het algemeen is onder de betrokken groepen migranten nog heel beperkt. Kennis over de gevolgen van de verschillende vormen van besnijdenis lijkt evenmin aanwezig.
- Dit gebruik ligt zwaar in de taboesfeer. Dit taboe is niet alleen verbonden met seksualiteit en lichamelijkeheid maar ook met het juridisch verbod en met verschil tussen Nederlanders en Afrikanen, tussen wat wordt gezien als beschaafd en als primitief of achterlijk. Opmerkelijk is dat juist de taboesfeer onder de groepen heel verschillend wordt ingekleurd en meer of minder zwaar kan zijn.

In de volgende twee hoofdstukken zal gekeken worden naar preventie vanuit de Nederlandse samenleving. In hoofdstuk 4 zal worden ingegaan op de juridische aspecten waarbij Nederland wordt geplaatst binnen de Europese context in hoofdstuk 5 wordt preventiebeleid en – activiteiten geïnventariseerd binnen verschillende maatschappelijke terreinen.

HOOFDSTUK 4

Juridische aspecten van meisjesbesnijdenis in verschillende Europese landen

Zoals in voorgaande hoofdstukken is gesteld, kan meisjesbesnijdenis getypeerd worden als een cultureel verschijnsel (markeringsritueel) dat in bepaalde gemeenschappen van vooral Afrikaanse landen als gewenst wordt gezien. Niet alleen in de westerse wereld, maar ook door bepaalde groepen in Afrika wordt meisjes besnijdenis beschouwd als een schending van een aantal universele en fundamentele mensenrechten, met name het recht op leven, het recht op gezondheid, het recht op zelfbeschikking, het recht op integriteit en het recht om gevrijwaard te blijven van vormen van wrede, onmenselijke en ontorende behandeling, zoals deze zijn vastgelegd in verschillende internationale verdragen en verklaringen. Vanuit deze visie wordt meisjesbesnijdenis aangeduid als genitale verminking (Masclée en Meuwese 2002).

Met de komst van migranten uit Afrika en mede door druk van de internationale strijd tegen meisjes- en vrouwenbesnijdenis zijn een aantal westerse landen overgegaan tot het invoeren van wetgeving die meisjesbesnijdenis als apart delict strafbaar stelt. De vraag is evenwel of dit in de praktijk ook tot strafrechtelijke vervolgingen leidt van uitvoerders van meisjesbesnijdenis of van ouders die hun kind hebben laten besnijden? Hiermee hangt de vraag samen naar de mogelijkheden die de wet biedt indien de besnijdenis in het buitenland is gepleegd? Zijn er wel mogelijkheden in zo'n situatie of is specifieke wetgeving op dit gebied eerder een demonstratie van afkeuring, een vorm van 'symboolwetgeving' waar een preventieve werking van uit gaat?

Naast strafwetgeving zijn er ook andere juridische aspecten die een rol spelen bij de aanpak van meisjesbesnijdenis, zoals bijvoorbeeld nationale wetgeving die de rechten van kinderen waarborgt of het medisch beroepsrecht in een land. In dit hoofdstuk wordt een beschrijving gegeven van de juridische aspecten met betrekking tot genitale verminking van meisjes in verschillende Europese landen. Er is onderzoek gedaan naar de wetgeving van de volgende landen: Nederland, Duitsland, Verenigd Koninkrijk, Frankrijk, België, Zweden, Italië. Voor deze landen is gekozen vanwege het feit dat hier relatief grote bevolkingsgroepen leven die afkomstig zijn uit landen waar meisjesbesnijdenis een veelvoorkomend gebruik is. Per land wordt een overzicht gegeven van onderstaande juridische deelaspecten. Daarbij moet opgemerkt worden dat dit onderzoek zich beperkt tot de hoofdlijnen van nationale wetgeving en niet dieper ingaat op de uitwerking van de wetgeving in de praktijk.

Juridische deelaspecten

1. **Grondwet;** ten aanzien van de grondwet van bovengenoemde landen is gekeken of deze specifieke bepalingen bevat die bescherming bieden tegen genitale verminking van meisjes en vrouwen. Daarnaast is onderzocht of de grondwet van de verschillende landen meer algemene bepalingen bevat die de gelijkheid van vrouwen en mannen waarborgen, de rechten van kinderen waarborgen en/of het recht op leven en fysieke integriteit waarborgen.
2. **Strafrecht;** onderzocht is of er in de verschillende Europese landen een wet bestaat die genitale verminking als apart delict strafbaar stelt. Van belang is ook of dit in de praktijk geleid heeft tot strafrechtelijke vervolgingen. Indien een specifieke wet ontbreekt, is onderzocht of de strafwetgeving andere bepalingen bevat waaronder genitale verminking van meisjes zou kunnen vallen. Ook is gekeken in hoeverre het strafrecht in de Europese landen het mogelijk maakt daders en/of medeplichtigen van een in het buitenland uitgevoerde besnijdenis strafrechtelijk te vervolgen. Met andere woorden: heeft de wet een extraterritoriale werking. Wanneer dat het geval is, is gekeken of het strafrecht in de onderzochte landen daarnaast het principe van dubbele strafbaarstelling vereist. Het principe van dubbele strafbaarstelling houdt in dat een persoon die een strafbaar feit heeft gepleegd in het buitenland enkel vervolgd kan worden in eigen land indien dit feit ook in het land waar dit is gepleegd, strafbaar is gesteld. Daarbij is eveneens gekeken of ook mensen die niet de nationaliteit van het betreffende land bezitten, maar daar wel een vaste woon- of verblijfplaats hebben, strafrechtelijk vervolgd kunnen worden.
3. **Kinderbeschermingswet;** onderzocht is of de verschillende landen in hun nationale wetgeving bepalingen hebben opgenomen die de rechten van kinderen waarborgen? Kan op basis van deze wetgeving preventief worden ingegrepen indien een minderjarig meisje slachtoffer dreigt te worden van genitale verminking?
4. **Medische professie;** op het gebied van medische professie is onderzocht of er in het geldend medisch beroepsrecht van de verschillende Europese landen bepalingen zijn opgenomen over het uitvoeren of verlenen van medewerking aan meisjesbesnijdenis door medici. Verder is gekeken of de nationale wetgeving van de landen een meldplicht dan wel meldrecht kent voor personen die vanuit hun ambt een beroepsgeheim hebben in het

geval zij op de hoogte zijn van een uitgevoerde dan wel op handen zijnde meisjesbesnijdenis. Ook is onderzocht in hoeverre er binnen de medische beroepsgroepen richtlijnen gelden omtrent genitale verminking.

5. **Immigratiewetgeving;** per land is onderzocht of een dreigende besnijdenis in het land van herkomst een grond is voor het verlenen van een verblijfsvergunning.
6. **Standpunt regering;** er is gekeken of de verschillende Europese landen ooit een officiële regeringsverklaring hebben gegeven omtrent meisjes- en/of vrouwenbesnijdenis.

Informatie over de juridische aspecten is verzameld via het sturen van een questionnaire (zie hoofdstuk 1 en bijlage) naar NGO's (Niet Gouvernementele Organisaties) die zich bezighouden met het tegengaan van genitale verminking, departementen en specialisten in de verschillende Europese landen. Waar nodig hebben er (telefonische) interviews plaatsgevonden. Verder is er gebruik gemaakt van bestaande literatuur, informatiefolders en informatie van internet.

Aan het eind van dit hoofdstuk wordt een analyse gegeven waarbij een vergelijking wordt gemaakt tussen de juridische aspecten van meisjesbesnijdenis in Nederland en die van de andere onderzochte Europese landen. Mede op basis van deze analyse doet het onderzoeksteam uiteindelijk zijn aanbevelingen op het gebied van wetgeving.

Uitgangspunt van dit onderzoek is dat meisjesbesnijdenis een bijzondere vorm van kindermishandeling is. In het door prof. dr. J. Willems (1999) ontwikkelde schema met criteria van kindermishandeling¹⁶, onderverdeeld in verschillende vormen van mishandeling (subtypes) en gradaties per subtype, valt meisjesbesnijdenis in subtype A: lichamelijke mishandeling en gradatie 5: (bijna) 'fataal' en meest ernstig. Van deze vorm en gradatie is sprake als het kind dusdanig een verwonding is toegebracht dat dit tot ziekenhuisopname leidt en/of tot blijvende fysieke schade of tot verminking of misvorming of tot een dodelijke afloop.

In de Nederlandse wetgeving worden twee definities van kindermishandeling gehanteerd. De Wet op de jeugdhulpverlening in verband met de advies- en meldpunten kindermishandeling hanteert de volgende definitie van kindermishandeling (art. 34a lid 3): 'Elke vorm van voor een minderjarige bedreigende of gewelddadige interactie van fysieke, psychische of seksuele aard, die

¹⁶ Jan C.M. Willems, *Wie zal de ouders opvoeden? Kindermishandeling en het recht van het kind op persoonswording*, T.M.C. Asser Press, Den Haag, 1999, Bijlage 3, p. 1038-1062.

de ouders of andere personen ten opzichte van wie de minderjarige in een relatie van afhankelijkheid of van onvrijheid staat, actief of passief opdringen, waardoor ernstige schade wordt berokkend of dreigt te worden berokkend aan de minderjarige in de vorm van fysiek of psychisch letsel'. Wat betreft het strafrecht valt meisjesbesnijdenis binnen het begrip mishandeling zoals geformuleerd in artikel 300 – 304 in het Wetboek van Strafrecht door toepassing van lid 4 van artikel 300 waarin 'opzettelijke benadeling van de gezondheid' gelijk wordt gesteld aan mishandeling.

LANDEN

De verschillende juridische deelaspecten worden bekeken voor de volgende landen: Nederland, Duitsland, Verenigd Koninkrijk, Frankrijk, België, Zweden, Italië

NEDERLAND

Grondwet

Artikel 1 van de Nederlandse Grondwet bepaalt: 'Allen die zich in Nederland bevinden, worden in gelijke gevallen gelijk behandeld'. Discriminatie op grond van geslacht is niet toegestaan; vrouwen hebben dezelfde rechten als mannen. Een ander belangrijk artikel is artikel 11 van de Grondwet. Volgens dit artikel heeft 'een ieder, behoudens bij of krachtens de wet te stellen beperkingen, recht op onaantastbaarheid van zijn lichaam'. Hieronder valt zowel het zelfbeschikkingsrecht over het eigen lichaam als het recht te worden gevrijwaard van inbreuken op het lichaam door anderen. De Nederlandse grondwet kent echter geen bepalingen die in het bijzonder gericht zijn op de bescherming van de fysieke en geestelijke integriteit van het kind.

Strafrecht

Besnijdenis van vrouwen en meisjes is niet als apart delict strafbaar gesteld in de Nederlandse strafwetgeving. Meisjesbesnijdenis valt in de Nederlandse strafwetgeving binnen de algemene delictomschrijving 'mishandeling.' De discussie over invoering van een specifieke wet is in het verleden op verschillende niveaus gevoerd. In de Tweede Kamer kwam het onderwerp onder andere aan de orde in december 2001.¹⁷ D66-Kamerlid Boris Dittrich kondigde een initiatiefwetsvoorstel aan waarmee vrouwenbesnijdenis als apart delict in de strafwet zou moeten worden opgenomen. Zijn argumenten luiden dat door het in een aparte delictsbepaling op te nemen,

¹⁷ Tweede Kamer, vergaderjaar 2001-2002, 28 000 VI, nr. 52.

vrouwenbesnijdenis veel zichtbaarder wordt, de kennis bij instanties als justitie en politie wordt bevorderd en hulpverleners hun werk daar ook op kunnen afstemmen. Hierbij verwees Dittrich op de specifieke strafbaarstelling van stalking, die ertoe leidde dat de hulpverlening en de publieke discussie met betrekking tot dat onderwerp goed op gang waren gekomen. Voorstanders van specifieke strafbaarstelling van meisjesbesnijdenis voeren ook aan dat het duidelijkheid creëert voor etnische groeperingen in Nederland waaronder genitale verminking van meisjes een cultureel gebruik en traditie is. Dat betekent ook dat in voorlichting voor nieuwkomers in Nederland de boodschap dat meisjesbesnijdenis in Nederland verboden is helderder geformuleerd kan worden.

Destijds, in 2001, achtte minister Korthals van Justitie het onnodig om specifieke wetgeving in het leven te roepen voor de strafrechtelijke bestrijding van vrouwenbesnijdenis. Volgens hem boden de strafwetbepalingen omtrent mishandeling voldoende grond om uitvoerders en betrokkenen van meisjesbesnijdenis strafrechtelijk te kunnen vervolgen. In een aparte delictsomschrijving moet duidelijk omschreven worden wat er onder vrouwenbesnijdenis wordt verstaan, aan welke voorwaarden voldaan moet worden, wat de uitwerking van het misdrijf is, etc. Tegenstanders van een specifieke wetgeving zijn dan ook van mening dat een specifieke wet de bewijsvoering veel moeilijker maakt omdat aan alle omschrijvingen in de strafbepaling moet worden voldaan. Een ander argument luidt dat een specifieke wet kan worden beschouwd als een aanval op een bepaalde etnische groep en dat dit de inmiddels op gang gebrachte discussie over meisjesbesnijdenis met verschillende etnische groepen niet ten goede komt. De invoering van een specifieke wet zou ook de indruk kunnen wekken dat meisjesbesnijdenis geen vorm van kindermishandeling is en dus niet onder de artikelen 300 tot en met 304 van het Wetboek van het Strafrecht valt.

Hoewel de Nederlandse strafwetgeving besnijdenis dus niet expliciet noemt is vervolging mogelijk op grond van de algemene delictsomschrijving 'mishandeling' zoals geformuleerd in artikel 300 tot en met 304 van het Wetboek van Strafrecht door toepassing van lid 4 van artikel 300 waarin opzettelijke benadeling van de gezondheid gelijk wordt gesteld aan mishandeling. De tekst hiervan luidt: 'Met mishandeling wordt gelijkgesteld opzettelijke benadeling van de gezondheid'. Ondanks het feit dat er geen jurisprudentie beschikbaar is, valt het niet te betwijfelen dat meisjesbesnijdenis opgevat kan worden als benadeling van de gezondheid. De strafmaat varieert van een gevangenisstraf van vier jaar voor een 'eenvoudige' mishandeling tot twaalf jaar gevangenisstraf voor zware mishandeling met voorbedachte rade. Indien de

besnijdenis door een ouder zelf wordt uitgevoerd op zijn eigen dochter, kan de straf met een derde worden verhoogd.¹⁸

Ook in het geval de ouders opdracht geven voor een besnijdenis, hiervoor betalen, middelen leveren waarmee de besnijdenis wordt uitgevoerd en/of meehelpen tijdens de besnijdenis, zijn zij strafbaar. Deze handelingen worden volgens de Nederlandse strafwet¹⁹ beschouwd als mededaderschap, uitlokking dan wel medeplichtigheid. Volgens artikel 47 van het Wetboek van Strafrecht worden ‘zij die het feit plegen, doen plegen of medeplegen’ en ‘zij die door giften, beloften, misbruik van gezag, geweld, bedreiging, of misleiding of door het verschaffen van gelegenheid, middelen of inlichtingen het feit opzettelijk uitlokken’ als daders van een strafbaar feit gestraft. Volgens artikel 48 dat handelt over ‘medeplichtigheid’ worden ‘zij die opzettelijk behulpzaam zijn bij het plegen van een misdrijf’ en ‘zij die opzettelijk gelegenheid, middelen of inlichtingen verschaffen tot het plegen van het misdrijf’ als medeplichtigen van een misdrijf gestraft.

In het geval ouders hun dochters meenemen naar het buitenland en ze daar laten besnijden is strafrechtelijk optreden in Nederland tegen de ouders mogelijk indien hun betrokkenheid een strafbaar feit oplevert op grond van de Nederlandse strafwet. Hiervan is sprake als de ouders in Nederland feiten hebben gepleegd die kunnen worden aangemerkt als mededaderschap, uitlokking of medeplichtigheid zoals geformuleerd in artikel 47 en 48 van het Wetboek van Strafrecht. Hierbij valt te denken aan het meegeven van een kind aan een familielid die naar het buitenland gaat om het daar te (laten) besnijden. Let wel: voorwaarde is dus dat deze feiten gepleegd zijn in Nederland. Enkel, in dat geval is het niet van belang of besnijdenis naar het recht van het land waar deze is uitgevoerd al dan niet strafbaar is. Strafrechtelijk optreden is mogelijk tegen ieder (ongeacht nationaliteit, woon- of verblijfplaats) die zich in Nederland strafbaar maakt aan zo’n feit.²⁰

Strafrechtelijke vervolging van een door de ouders buiten Nederland gepleegde besnijdenis is alleen mogelijk, indien de ouders de Nederlandse nationaliteit hebben en de besnijdenis naar het recht van het land waar de ingreep is gepleegd, strafbaar is gesteld. Volgens artikel 5 lid 2 van het Wetboek van Strafrecht geldt namelijk het vereiste van dubbele strafbaarstelling. Dit is dus niet van toepassing op andere ingezetenen van Nederland.

Tijdens de eerder genoemde politieke discussie eind 2001 kwam ook het vereiste van dubbele strafbaarstelling aan de orde. Tweede-Kamerlid Dittrich pleitte voor het vervallen van dit vereiste

¹⁸ Artikel 304, sub 1 Wetboek van Strafrecht.

¹⁹ Artikel 47 en artikel 48 Wet boek van Strafrecht.

²⁰ Artikel 2 Wetboek van Strafrecht.

bij vrouwenbesnijdenis²¹, omdat bij besnijdenis van meisjes in het buitenland de Nederlandse strafwet niet van toepassing is. Toenmalig minister Korthals van Justitie achtte dit, zoals hij al eerder in 1999 had aangegeven naar aanleiding van Kamervragen, onnodig vanwege de moeilijkheden bij het vergaren van bewijsmateriaal in een land waar genitale verminking wettelijk niet strafbaar is.

Opgemerkt kan worden dat sinds 1 oktober 2002²² het vereiste van dubbele strafbaarstelling is komen te vervallen inzake misdrijven zoals beschreven in artikelen 240b en 242 tot en met 250a (ondermeer kinderpornografie, verkrachting en prostitutie) gepleegd ten aanzien van minderjarigen buiten Nederland.

Tot nu toe zijn er in Nederland geen strafzaken omtrent meisjes- of vrouwenbesnijdenis geweest. Het enige concrete geval van meisjesbesnijdenis dat in Nederland in de openbaarheid kwam, betrof een Somalisch meisje dat tijdens een bezoek aan Somalië, tegen haar wil en de wil van haar moeder, door familie was besneden. De moeder van het meisje bracht dit naar buiten in een KRO-radiouitzending in 1999.

Wetboek van Strafrecht

Artikel 300

1. Mishandeling wordt gestraft met gevangenisstraf van ten hoogste twee jaar of geldboete van de vierde categorie.
2. Indien het feit zwaar lichamelijk letsel ten gevolge heeft, wordt de schuldige gestraft met gevangenisstraf van ten hoogste vier jaren of geldboete van de vierde categorie.
3. Indien het feit de dood ten gevolge heeft, wordt hij gestraft met gevangenisstraf van ten hoogste zes jaren of geldboete van de vierde categorie.
4. Met mishandeling wordt gelijkgesteld opzettelijke benadeling van de gezondheid.
5. Poging tot dit misdrijf is niet strafbaar.

Artikel 301

1. Mishandeling gepleegd met voorbedachten rade wordt gestraft met gevangenisstraf van ten hoogste drie jaren of geldboete van de vierde categorie.

²¹ Tweede Kamer, vergaderjaar 2000-2001, 28 000 VI, nr. 52.

²² Inwerkingtreding van de partiële wijziging zedelijkheidswetgeving

2. Indien het feit zwaar lichamelijk letsel ten gevolge heeft, wordt de schuldige gestraft met gevangenisstraf van ten hoogste zes jaren of geldboete van de vierde categorie.
3. Indien het feit de dood ten gevolge heeft, wordt hij gestraft met gevangenisstraf van ten hoogste negen jaren of geldboete van de vijfde categorie.

Artikel 302

1. Hij die aan een ander opzettelijk zwaar lichamelijk letsel toebrengt, wordt, als schuldig aan zware mishandeling, gestraft met gevangenisstraf van ten hoogste acht jaren of geldboete van de vijfde categorie.
2. Indien het feit de dood ten gevolge heeft, wordt de schuldige gestraft met gevangenisstraf van ten hoogste tien jaren of geldboete van de vijfde categorie.

Artikel 303

1. Zware mishandeling gepleegd met voorbedachten rade wordt gestraft met gevangenisstraf van ten hoogste twaalf jaren of geldboete van de vijfde categorie.
2. Indien het feit de dood ten gevolge heeft, wordt de schuldige gestraft met gevangenisstraf van ten hoogste vijftien jaren of geldboete van de vijfde categorie.

Artikel 304

De in de artikelen 300-303 bepaalde gevangenisstraffen kunnen met een derde worden verhoogd:

- 1°. ten aanzien van de schuldige die het misdrijf begaat tegen zijn moeder, zijn vader tot wie hij in familierechtelijke betrekking staat, zijn echtgenoot of zijn kind.
- 2°. indien het misdrijf wordt gepleegd tegen een ambtenaar gedurende of ter zake van de rechtmatige uitoefening van zijn bediening.
- 3°. indien het misdrijf wordt gepleegd door toediening van voor het leven of de gezondheid schadelijke stoffen.

Kinderbeschermingswet

Daargelaten of vermoedens van een op handen zijnde besnijdenis de juiste instanties zullen bereiken zodat preventief actie kan worden ondernomen, biedt de Nederlandse wet wel mogelijkheden voor voortijdig ingrijpen. Bij een dreigende besnijdenis van een meisje kan de rechter op grond van artikel 254, lid 1 Boek 1 van het Burgerlijk Wetboek het wettelijke gezag over het kind tijdelijk onderbrengen bij een voogdij-instelling. De wetsbepaling handelt niet

specifiek over genitale verminking van meisjes, maar besnijdenis kan gerekend worden tot de gegeven beschrijving. De tekst hiervan luidt: 'Indien een minderjarige zodanig opgroeit, dat zijn zedelijke of geestelijke belangen of zijn gezondheid ernstig worden bedreigd, en andere middelen ter afwending van deze bedreiging hebben gefaald of, naar is te voorzien, zullen falen, kan de kinderrechter hem onder toezicht stellen van een gezinsvoogdij-instelling als bedoeld in artikel 60 van de Wet op de jeugdhulpverlening'.

In het uiterste geval kan de kinderrechter het kind uit huis laten plaatsen. Artikel 261 Boek 1 Burgerlijk Wetboek zegt namelijk: 'Indien dit noodzakelijk is in het belang van de verzorging en opvoeding van de minderjarige of tot onderzoek van diens geestelijke of lichamelijke gesteldheid, kan de kinderrechter de gezinsvoogdij-instelling op haar verzoek machtigen de minderjarige gedurende dag en nacht uit huis te plaatsen. Bij dit verzoek wordt vermeld voor welke voorziening, soort voorziening of ander verblijfplaats de machtiging wordt aangevraagd.' De machtiging kan eveneens worden verleend op verzoek van de Raad voor de Kinderbescherming of op vordering van het Openbaar Ministerie.²³

Medische professie

Binnen de wereld van de gezondheidszorg wordt vrouwenbesnijdenis beschouwd als een onaanvaardbare, ingrijpende verminking. Op grond van de Wet Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg (Wet BIG) kan het handelen van geneeskundigen die een besnijdenis hebben uitgevoerd of hieraan medewerking hebben verleend, worden voorgelegd aan een tuchtcollege ter toetsing aan de tuchtnormen. Naast tuchtrechtelijke maatregelen kent de Wet BIG ook strafbepalingen. Het toebrengen van schade aan iemands gezondheid, kan leiden tot hechtenis, een geldboete, of ontzetting uit het beroep.²⁴

Ook het Wetboek van Strafrecht bevat mogelijkheden om artsen strafrechtelijk te vervolgen indien zij schuldig zijn aan het uitvoeren van een besnijdenis dan wel hun medewerking hebben verleend. Artikel 436 van het Wetboek van Strafrecht, lid 2 stelt namelijk dat 'hij die, toegelaten tot de uitoefening van een beroep waartoe de wet een toelating vordert, buiten noodzaak in de uitoefening van dat beroep de grenzen van zijn bevoegdheid overschrijdt, wordt gestraft met geldboete van de tweede categorie.'

²³ Artikel 261, lid 2 Burgerlijk Wetboek Boek 1.

²⁴ De hoofdlijnen van de Wet BIG, ministerie van VWS, 1996

Een arts of ander persoon met een beroepsgeheim die een vermoeden heeft van een op handen zijnde of een reeds uitgevoerde besnijdenis, heeft het recht (niet de plicht) om dit te melden bij een Advies- en Meldpunt kindermishandeling (AMK). Dit is vastgelegd in artikel 34c, lid 3 van de Wet op de Jeugdhulpverlening.²⁵ In deze bepaling staat namelijk dat ‘degene die op grond van een wettelijk voorschrift of op grond van zijn ambt of beroep tot geheimhouding is verplicht kan, zonder toestemming van degene die het betreft, aan een Advies- en Meldpunt kindermishandeling inlichtingen verstrekken, indien dit noodzakelijk kan worden geacht om een situatie van kindermishandeling te beëindigen of een redelijk vermoeden van kindermishandeling te onderzoeken’. Meisjesbesnijdenis kan worden begrepen onder de definitie van kindermishandeling zoals die is gesteld in de Wet op de jeugdhulpverlening in verband met de advies- en meldpunten kindermishandeling (art. 34a lid 3). Deze definitie van kindermishandeling luidt: ‘Elke vorm van voor een minderjarige bedreigende of gewelddadige interactie van fysieke, psychische of seksuele aard, die de ouders of andere personen ten opzichte van wie de minderjarige in een relatie van afhankelijkheid of van onvrijheid staat, actief of passief opdringen, waardoor ernstige schade wordt berokkend of dreigt te worden berokkend aan de minderjarige in de vorm van fysiek of psychisch letsel’.²⁶ In het Wetboek van Strafrecht wordt een andere definitie gehanteerd. Wat betreft het strafrecht valt meisjesbesnijdenis binnen het begrip mishandeling zoals geformuleerd in artikel 300-304 met toepassing van lid 4 van artikel 300 waarin ‘opzettelijke benadeling van de gezondheid’ gelijk wordt gesteld aan mishandeling. Waar in het strafrecht mishandeling als een fysieke handeling wordt beschouwd, omvat de definitie van mishandeling in de Wet op de jeugdhulpverlening naast lichamelijk letsel ook psychisch letsel. Daarnaast beperkt de definitie van kindermishandeling in de Wet op de jeugdhulpverlening zich tot interacties ten opzichte van wie de minderjarige in een relatie van afhankelijkheid of van onvrijheid verkeert. De definitie in het strafrecht kent die beperking niet.

Immigratiewetgeving

De Nederlandse regering beschouwt, onder omstandigheden, het lopen van aantoonbaar risico om besneden te zullen worden als gegronde vrees voor vervolging in de zin van het Vluchtelingenverdrag. In een Vreemdelingencirculaire uit 2002²⁷ wordt met betrekking tot de rol van gender (het verschil tussen man en vrouw) in de asielprocedure gegronde vrees voor besnijdenis ook expliciet genoemd als een van de erkenningsgronden voor toelating. Binnen de

²⁵ Dit wetsartikel wordt overgenomen in de nieuwe Wet op de Jeugdzorg in artikel 53 lid 3.

²⁶ Artikel 1 sub m in de nieuwe Wet op de jeugdzorg.

²⁷ Voor invoering van de Vreemdelingenwet 2000: werkinstructie 148 van de Immigratie- en Naturalisatie Dienst.

beoordeling van de asielaanvraag wordt verder getoetst aan artikel 3 (inzake foltering en onmenselijke of vernederende behandelingen of straffingen) van het Europees Verdrag van de Rechten van de Mens. De vraag of een aanvrager bij terugkeer naar het land van herkomst te vrezen heeft voor een onmenselijke of vernederende behandeling maakt daarmee onderdeel uit van die beoordeling.

Van Somalië erkent de overheid dat er een reëel risico op besnijdenis bestaat bij terugkeer naar het land. In recente gegevens van het Ministerie van Buitenlandse Zaken²⁸ staat vermeld dat in Somalië naar schatting 98% van de meisjes wordt besneden. 'Voor ouders is het vrijwel onmogelijk om hun dochter te onttrekken aan besnijdenis, althans, het gebeurt zeer zelden dat men de druk van de omgeving om aan de traditie te voldoen kan of wil weerstaan. Voor zover zij nog niet zijn besneden, ontkomen ook meisjes die met de familie uit de diaspora terugkeren naar Somalië, niet aan besnijdenis. Dit geldt eveneens voor meisjes die ouder zijn dan dertien jaar. Voor een onbesneden vrouw is het vrijwel onmogelijk te trouwen en zo haar bestaan veilig te stellen. In de Grondwet van Somaliland wordt een verbod op FGM (female genital mutilation) inbegrepen in het verbod op schadelijke traditionele praktijken, terwijl in Puntland een expliciet verbod op FGM is opgenomen in de wetgeving. Het ligt evenwel voor de hand dat ingesleten culturele patronen als FGM niet gemakkelijk uit te bannen zijn. Van strafrechtelijke vervolging van uitvoerders van FGM is in Somalië geen sprake.' In 'Tussentijds Bericht Vreemdelingencirculaire 2003/4 'Beoordeling van asielaanvragen van personen van Somalische nationaliteit' wordt gesteld dat: 'Indien een vrouw (of haar dochter) nog niet is besneden en dit in haar land van herkomst niet kan ontlopen, kan er sprake zijn van een reëel risico op schending van artikel 3 EVRM (vrees voor onmenselijke of vernederende behandeling).'

In de praktijk krijgen echter maar zeer weinig vrouwelijke asielzoekers uit Somalië op grond van vrees voor besnijdenis in het land van herkomst een verblijfsvergunning in Nederland. Dat heeft te maken met het feit dat vrouwen tijdens de aanmeldcentrumprocedure (de procedure van 48 uur na binnenkomst in Nederland waarbij de asielzoeker zijn asielaanvraag kan onderbouwen) de vrees voor genitale verminking niet inbrengen. Vaak wordt deze vrees uit schaamte of onwetenschap pas later in de procedure ingebracht, waardoor deze niet worden meegenomen in de afweging bij de beoordeling van de asielaanvraag.

De laatste tijd wordt Justitie steeds vaker geconfronteerd met herhaalde asielverzoeken van ouders die een dochttertje in Nederland hebben gekregen. Zo kreeg een Somalisch meisje, geboren in Den Haag in 2000, in een beschikking van de Immigratie en Naturalisatie Dienst van 1 oktober 2002 een verblijfsvergunning op grond van artikel 29, eerste lid, aanhef en onder b,

²⁸ Ambstbericht februari 2003 DPV AM 782174

Vreemdelingenwet 2000. Kort samengevat houdt dit artikel in dat het aannemelijk is dat er gegronde redenen zijn dat bij uitzetting de vreemdeling een reëel risico loopt om te worden onderworpen aan folteringen, onmenselijke of vernederende behandelingen. De moeder van het meisje en de andere vier minderjarige kinderen van het gezin (waaronder twee meisjes, beiden geboren in Somalië) kregen ook een verblijfsvergunning omdat zij tot het gezin behoorden (artikel 29, eerste lid, aanhef en onder f, Vreemdelingenwet 2000).

Van de herkomstlanden van de overige immigrantengroepen in Nederland waar dit rapport zich op heeft toegespitst (Soedanezen, Egyptenaren en Eritreërs) wordt door de Nederlandse regering, mede gebaseerd op ambtsberichten, niet geacht dat het voor vrouwen onmogelijk is om aan genitale verminking te ontkomen bij terugkeer naar het land van herkomst.

Standpunt regering

In 1993 kwam de Nederlandse regering met een officieel beleidsstandpunt²⁹, dat alle vormen van genitale verminking veroordeelt. 'Het is een begrip dat indruist tegen de in Nederland heersende opvattingen over de gelijkwaardigheid van de vrouw en haar positie in de samenleving en wordt derhalve in Nederland beschouwd als een vorm van vrouwenonderdrukking. Aangezien het Nederlandse beleid gericht is op de bestrijding van vrouwenonderdrukking wijst de regering iedere vorm van besnijdenis af. Daarbij wordt geen onderscheid gemaakt tussen mutilerende en niet-mutilerende vormen van vrouwenbesnijdenis.' Hiermee werd dus ook het symbolische prikje of sneetje afgewezen (zie hiervoor hoofdstuk 2 Achtergronden en voorgeschiedenis, van dit rapport).

DUITSLAND

Grondwet

In artikel 1 van de Duitse grondwet (Grundgesetz) is vastgelegd dat de menselijke waardigheid onaantastbaar is en dat het de plicht van de (rijks)overheid is om deze te respecteren en te beschermen. Artikel 3 waarborgt de gelijkheid van alle mensen voor de wet. Mannen en vrouwen zijn gelijkgerechtigd. Daarnaast garandeert de grondwet het recht op leven en lichamelijke integriteit voor iedereen.³⁰ De Duitse grondwet kent geen bepalingen die in het bijzonder gericht zijn op de bescherming van het kind.

²⁹ Brief staatssecretaris van WVC aan Tweede Kamer d.d. 16 maart 1993, kenmerk GGB/HIZ/931 029.

³⁰ Artikel 2 Grundgesetz.

Strafrecht

Duitsland heeft geen specifieke wet die meisjesbesnijdenis strafbaar stelt. In juli 1997 werd in de *Bundestag*, de Duitse volksvertegenwoordiging, gediscussieerd over de wenselijkheid van invoering van een wet die genitale verminking expliciet strafbaar stelt. De toenmalige regering achtte dit onnodig en antwoordde dat meisjes- en vrouwbesnijdenis strafbaar is volgens artikel 223 van het Wetboek van Strafrecht (*Strafgesetzbuch*). Wie zich schuldig maakt aan verminking van vrouwelijke genitaliën moet rekening houden met een veroordeling tot een gevangenisstraf van ten hoogste vijf jaar wegens mishandeling ingevolge artikel 223 (*Körperverletzung*) van het Wetboek van Strafrecht (*Strafgesetzbuch*).³¹ Indien de besnijdenis wordt uitgevoerd met een wapen of een ander gevaarlijk werktuig of middels een levensbedreigende behandeling dan kan de gevangenisstraf oplopen tot tien jaar volgens artikel 224 (*Gefährliche Körperverletzung*), lid 1, sub 1. Ook artikel 226 (*Schwere Körperverletzung*) is van belang. In dit artikel staat dat in het geval het slachtoffer geen kinderen meer kan krijgen, een belangrijk deel van het lichaam verliest of niet meer kan gebruiken of op aanmerkelijke wijze permanent misvormd raakt, de dader een gevangenisstraf kan krijgen van één jaar tot ten hoogste tien jaar.

Voor het Duitse strafrecht maakt het geen verschil of het meisje of de vrouw in kwestie ingestemd heeft met de besnijdenis. Volgens artikel 28 van het Wetboek van Strafrecht (*Strafgesetzbuch*) handelt eenieder die een lichamelijke mishandeling uitvoert met toestemming van de verwonde persoon, alleen dan in strijd met de wet indien de daad ondanks de toestemming indruist tegen de goede zeden. In het antwoord op vragen van volksvertegenwoordigers in 1997 stelde de bondsregering dat de wet zo uitgelegd moet worden dat ‘men bij besnijdenis van meisjes en vrouwen principieel veronderstellen mag dat er sprake is van indruisen tegen de naar de Duitse rechtsorde toonaangevende goede zeden’. Datzelfde geldt indien de wettelijke vertegenwoordiger (meestal de ouder(s)) van het slachtoffer heeft ingestemd met de besnijdenis.³² Het in artikel 4, lid 1 en 2 van de grondwet gedeponeerde recht op geloofsvrijheid respectievelijk het recht op geloofsuitoefening is in dit geval ondergeschikt aan het in artikel 2 in de grondwet vastgelegde recht op lichamelijke integriteit.

Aan het Duitse strafrecht wordt extraterritoriale werking toegekend. Duitsers die buiten de eigen landsgrenzen een besnijdenis uitvoeren zouden dus in Duitsland strafrechtelijk vervolgd kunnen worden. Echter, het Duitse strafrecht kent net als het Nederlandse strafrecht het vereiste van

³¹ Deutscher Bundestag: Drucksache 13/8281, Beschneidung von Mädchen und Frauen – Menschenrechtsverletzungen in Entwicklungsländern und Industrieländern.

³² Ibid.

dubbele strafbaarstelling³³. Dit betekent dat het Duitse strafrecht van toepassing is voor daden die in het buitenland tegen een Duitse zijn begaan, indien de daad in het land waar deze gepleegd is, eveneens strafbaar is gesteld. Ouders die hun dochter meenemen naar het buitenland en daar een genitale verminking bij het meisje laten uitvoeren, maken zich strafbaar aan medeplichtigheid van een mishandelingsdelict en kunnen op basis hiervan strafrechtelijk worden vervolgd.

Er zijn voor zover bekend in Duitsland geen strafrechtzaken omtrent meisjes- of vrouwenbesnijdenis geweest.

Strafgesetzbuch

§223 Körperverletzung

- (1) Wer eine Person körperlich misshandelt oder an der Gesundheit schädigt, wird mit Freiheitsstrafe bis zu fünf Jahren oder mit Geldstrafe bestraft.
- (2) Der Versuch ist strafbar.

§ 224 Gefährliche Körperverletzung

- (1) Wer die Körperverletzung
 1. durch Beibringung von Gift oder anderen gesundheitsschädlichen Stoffen,
 2. mittels eine Waffe oder eines anderen gefährlichen Werkzeugs,
 3. mittels eines hinterlistigen Überfalls,
 4. mit einem anderen Beteiligten gemeinschaftlich oder
 5. mittels einer das Leben gefährdenden Behandlungbegeht, wird mit Freiheitsstrafe von sechs Monaten bis zu zehn Jahren, in minder schweren Fällen mit Freiheitsstrafe von drei Monaten bis zu fünf Jahren bestraft.
- (2) Der Versuch ist strafbar.

§ 225 Misshandlung von Schutzbefohlenen

- (1) Wer eine Person unter achtzehn Jahren oder eine wegen Gebrechlichkeit oder Krankheit wehrlose Person, die
 1. seiner Fürsorge oder Obhut untersteht,

³³ Artikel 7, lid 1 Strafgesetzbuch

2. seinem Hausstand angehört,
 3. von dem Fürsorgepflichtigen seiner Gewalt überlassen worden oder
 4. ihm im Rahmen eines Dienst- oder Arbeitsverhältnisses untergeordnet ist, quält oder roh misshandelt, oder wer durch böswillige Vernachlässigung seiner Pflicht, für sie zu sorgen, sie an der Gesundheit schädigt, wird mit Freiheitsstrafe von sechs Monaten bis zu zehn Jahren bestraft.
- (2) Der Versuch ist strafbar.
- (3) Auf Freiheitsstrafe nicht unter einem Jahr ist zu erkennen, wenn der Täter die schutzbefohlene Person durch die Tat in die Gefahr
1. des Todes oder einer schweren Gesundheitsschädigung oder
 2. einer erheblichen Schädigung der körperlichen oder seelischen Entwicklung bringt.
- (4) In minder schweren Fällen des Absatzes 1 ist auf Freiheitsstrafe von drei Monaten bis zu fünf Jahren, in minder schweren Fällen des Absatzes 3 auf Freiheitsstrafe von sechs Monaten bis zu fünf Jahren zu erkennen.

§ 226 Schwere Körperverletzung

- (1) Hat die Körperverletzung zur Folge, dass die verletzte Person
1. das Sehvermögen auf einen Auge oder beiden Augen, das Gehör, das Sprechvermögen oder die Fortpflanzungsfähigkeit verliert,
 2. ein wichtiges Glied des Körpers verliert oder dauernd nicht mehr gebrauchen kann oder
 3. in erheblicher Weise dauernd entstellt wird oder in Siechtum, Lähmung oder geistige Krankheit oder Behinderung verfällt,
- so ist die Strafe Freiheitsstrafe von einem Jahr bis zu zehn Jahren.
- (2) Verursacht der Täter eine der in Absatz 1 bezeichneten Folgen absichtlich oder wissentlich, so ist die Strafe Freiheitsstrafe nicht unter drei Jahren.
- (3) In minder schweren Fällen des Absatzes 1 ist auf Freiheitsstrafe von sechs Monaten bis zu fünf Jahren in minder schweren Fällen des Absatzes 2 auf Freiheitsstrafe von einem Jahr bis zu zehn Jahren zu erkennen.

§ 227 Körperverletzung mit Todesfolge

- (1) Verursacht der Täter durch die Körperverletzung (§§ 223 bis 226) den Tod der verletzten Person, so ist die Strafe Freiheitsstrafe nicht unter drei Jahren.

(2) In minder schweren Fällen ist auf Freiheitsstrafe von einem Jahr bis zu zehn Jahren zu erkennen.

§ 228 Einwilligung

Wer eine Körperverletzung mit Einwilligung der verletzten Person vornimmt, handelt nur dann rechtswidrig, wenn der Tat trotz der Einwilligung gegen die guten Sitten verstößt.

Immigratiewetgeving

In 1996 verleende de administratieve rechtbank (Verwaltungsgericht) in Magdeburg asiel aan een vrouw uit Ivoorkust die asiel had aangevraagd uit angst voor een besnijdenis bij terugkeer naar haar land. De rechtbank achtte deze dreiging bewezen. Ook oordeelde de rechtbank dat de regering van Ivoorkust hoogst onwaarschijnlijk pogingen zou ondernemen de vrouw te beschermen.³⁴ Andere rechtbanken, waar meer dan dertig zaken aanhangig zijn, hebben deze uitspraak niet gevolgd.³⁵

Medische professie

Ook naar het geldend medisch beroepsrecht (Berufsordnung der Landesärztekammern) is het uitvoeren van meisjesbesnijdenis ongeoorloofd. In de beroepscode (Musterberufsordnung) voor Duitse medici staat in artikel 1, lid 1 dat het medisch beroep verlangt dat de arts zijn taak uitvoert naar 'de geboden van de menselijkheid'. Bovendien mag hij geen grondbeginselen goedkeuren en geen voorschriften of aanwijzingen opvolgen die niet te verenigen zijn met zijn taak of waarvan hij de gevolgen niet kan verantwoorden. In juni 1996 werd op de negenennegentigste Duitse *Ärztetag* deelname van artsen aan de uitvoering van enigerlei vorm van besnijdenis van vrouwelijke genitaliën veroordeeld.³⁶ Ook werd vastgesteld dat artsen alle preventieve en juridische mogelijkheden dienen te benutten indien een meisje slachtoffer dreigt te worden van een rituele genitale verminking.

Het bondsministerie voor familie, senioren, vrouwen en jeugd bracht in het najaar van 2000 een informatiefolder uit voor artsen en consulenten waarin uitleg wordt gegeven over de

³⁴ Verwaltungsgericht Magdeburg, AZ: 1A 185/95, juni 1996.

³⁵ Tobe Levin, FORWARD Germany, Questionnaire november 2002.

³⁶ Genital Verstümmelung bei Mädchen und Frauen, Eine Informationsschrift für Ärztinnen und Ärzte, Beraterinnen und Berater unter Verwendung von Informationen der Weltgesundheitsorganisation der Vereinten Nationen, 2000, p. 25.

achtergronden van genitale verminking en de medische en wettelijke aspecten van vrouwen- en meisjesbesnijdenis.³⁷

Standpunt regering

De *Bundestag*, de Duitse volksvertegenwoordiging, sprak zich op 17 juni 1998 duidelijk uit tegen meisjes- en vrouwenbesnijdenis. De *Bundestag* stelde dat ‘de verminking van de vrouwelijke genitaliën, zoals zij in een reeks van Afrikaanse en enkele Aziatische landen voorkomt evenals in migrantengroepen in verscheidene geïndustrialiseerde landen, wordt beschouwd als een zwaarwegende schending van de mensenrechten. Deze onomkeerbare beschadiging van de lichamelijke integriteit van vrouwen en meisjes is niet te rechtvaardigen door een beroep te doen op culturele en religieuze tradities’.³⁸

VERENIGD KONINKRIJK

Grondwet

Het Verenigd Koninkrijk kent geen geschreven grondwet die is vastgelegd in een enkel document zoals Nederland dat kent. Er zijn verschillende wetten waarin de rechten van kinderen worden gewaarborgd. Daarnaast bestaat er jurisprudentie waarin de rechter oordeelt kinderrechten te waarborgen.

Strafrecht

Het Verenigd Koninkrijk heeft sinds 1985 een speciale wet, getiteld ‘Prohibition of Female Circumcision Act’, die genitale verminking strafbaar stelt. Op genitale verminking staat een gevangenisstraf van ten hoogste vijf jaar of een geldboete of beide. Het bieden van hulp bij de besnijdenis kan gestraft worden met een gevangenisstraf van maximaal zes maanden of een geldboete of beide. Artikel 2 van de wet maakt een uitzondering voor chirurgische operaties die noodzakelijk zijn voor de lichamelijke of geestelijke gezondheid van een persoon, mits deze operatie wordt uitgevoerd door een geregistreerd medische beoefenaar. Lid 2 van artikel 2 sluit rituelen en gebruiken uit.

³⁷ Ibid.

³⁸ Deutscher Bundestag: Drucksache 13/10682, Beschlussempfehlung und Bericht des Ausschusses für Familie, Senioren, Frauen und Jugend.

De wet heeft geen extraterritoriale werking. Dat betekent dat staatsburgers of ingezetenen niet in het Verenigd Koninkrijk kunnen worden vervolgd indien zij een besnijdenis uitvoeren of laten uitvoeren op meisjes in het buitenland. In november 2000 publiceerde een interdepartementale werkgroep, de zogenoemde All Party Parliamentary Group on Population, Development and Reproductive Health, een rapport over meisjesbesnijdenis in Groot-Brittannië.³⁹ Belangrijke aanbeveling was om de Britse wetgeving omtrent meisjesbesnijdenis, de 'Prohibition of Female Circumcision Act', zodanig aan te passen dat inwoners van Groot-Brittannië die meisjes meenemen naar het buitenland om ze daar te (laten) besnijden vervolgd kunnen worden onder de Britse wet bij terugkomst in Groot-Brittannië.

De invoering van de specifieke wet die vrouwenbesnijdenis verbiedt, heeft tot nu toe niet geleid tot gerechtelijke vervolgingen. Wel moest in 1993 een arts voor het Britse medisch tuchtcollege verschijnen omdat hij een toezegging had gedaan om een besnijdenis uit te voeren. Het college bevond de arts schuldig aan zeven aanklachten van ernstige ambtsovertredingen. Tot een gerechtelijke vervolging is het nooit gekomen, wegens gebrek aan bewijs.⁴⁰

Prohibition of Female Circumcision Act of 1985

1. (1) Subject to section 2 below, it shall be an offence for any person –
 - (a) to excise, infibulate or otherwise mutilate the whole or any part of the labia majora or labia minora or clitoris of any person; or
 - (b) to aid, abet, counsel or procure the performance by another person of any of those acts on that other person's own body.
- (2) A person of an offence under this section shall be liable –
 - (a) on conviction on indictment, to a fine or to imprisonment for a term not exceeding five years or to both; or
 - (b) on summary conviction, to a fine not exceeding the statutory maximum (as defined in section 74 of the Criminal Justice Act 1982) or to imprisonment for a term not exceeding six months, or to both.

³⁹ Report of the parliamentary hearings held on 23 and 24 May 2000, All-Party Parliamentary Group on Population, Development and Reproductive Health, p. 9.

⁴⁰ O. Dyer, Gynaecologist struck off over female genital mutilation, *British Medical Journal*, 307, 1993, p. 1441-2.

2. (1) Subsection (1) (a) of section 1 shall not render unlawful the performance of a surgical operation if that operation –
- (a) is necessary for the physical or mental health of the person on whom it is performed and is performed by a registered medical practitioner; or
 - (b) is performed on a person who is in any stage of labour or has just given birth and is so performed for purposes connected with that labour or birth by -
 - (i) a registered medical practitioner or a registered midwife; or
 - (ii) a person undergoing a course of training with a view to becoming a registered medical practitioner or a registered midwife.

In determining for the purposes of this section whether an operation is necessary for the mental health of a person, no account shall be taken of the effect on that person of any belief on the part of that or any other person that the operation is required as a matter of custom or ritual.

Kinderbeschermingswet

De *Children Act* codificeert privaatrecht van kinderen in relatie tot hun familie en het publiekrecht gerelateerd aan de bescherming van kinderen. Deel V van de *Children Act* waarborgt de bescherming van het kind tegen mishandeling. Onder artikel 47 van de *Children Act* hebben lokale autoriteiten de plicht een onderzoek in te stellen indien er een vermoeden bestaat van mishandeling of indien er daadwerkelijk sprake is van geweld tegen een kind.

Onder artikel 8 van de *Children Act* kunnen maatregelen worden genomen door het Hof om ouders te verbieden een kind mee te nemen naar een ander land om daar een besnijdenis uit te laten voeren. Hiervoor kan een ondertoezichtstelling (art. 31(1)) noodzakelijk zijn. Dit gebeurt echter alleen indien er geen andere mogelijkheid bestaat om het kind te beschermen. Sinds 1989 hebben lokale autoriteiten minstens zeven keer ingegrepen en zodoende een besnijdenis kunnen voorkomen.⁴¹

Medische professie

Verskillende medische beroepsorganen in Groot-Brittannië hebben adviezen en richtlijnen over genitale verminking opgesteld voor medisch personeel, waaronder de British Medical Association

⁴¹ Jenny Davidson, Forward, Questionnaire 1998.

(BMA), de Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG), de Royal College of Nurses (RCN) en de Royal College of Midwives (RCM). De BMA, het RCM en het Britse medische tuchtcollege (General Medical College) nemen een helder standpunt in tegen genitale verminking en stellen dat medici nimmer mogen bijdragen aan genitale verminking van meisjes en vrouwen. In de adviezen en richtlijnen van de verschillende beroepsorganen wordt onder andere stil gestaan bij de beweegredenen van gemeenschappen voor het besnijden van meisjes en vrouwen, de lichamelijke en geestelijke gevolgen van besnijdenis, en de rol van medisch personeel bij een dreigende besnijdenis of een verzoek tot reïnfibulatie na een bevalling. De BMA en het RCM zien een duidelijke taak weggelegd voor medisch personeel bij de bescherming van het kind. Zo stelt de BMA in haar richtlijnen: ‘Wanneer er een vermoeden bestaat dat een meisje meegenomen zal worden naar het buitenland om daar een besnijdenis te ondergaan, is het de taak van artsen om de ouders hiervan te weerhouden en hen voor te lichten over de medische en wettelijke aspecten van genitale verminking. Het inschakelen van een kinderarts kan daarbij van pas komen. In het uiterste geval kan een arts overwegen om kinderbeschermingsmaatregelen aan te wenden indien er geen andere mogelijkheden zijn om het kind te beschermen.’⁴² Het RCM en het RCOG geven in hun advies aan dat ook een verzoek tot reïnfibulatie na een geboorte afgewezen moet worden, aangezien er ook in het geval van reïnfibulatie sprake is van een vorm van besnijdenis en dus bij wet verboden is. Er zijn geen cijfers bekend van het aantal vrouwen dat vraagt om reïnfibulatie na een bevalling.

Immigratiewetgeving

De Britse immigratiedienst (Immigration Appellate Authority) heeft een handleiding⁴³ voor zijn personeel opgesteld inzake gender (het verschil tussen man en vrouw) gerelateerde asielverzoeken. De immigratiedienst wijst op sociale, culturele en religieuze tradities in herkomstlanden die kunnen uitmonden in gender gerelateerd geweld dat in het land van herkomst als acceptabel wordt beschouwd. Hieronder valt ook genitale verminking.

Er zijn een aantal zaken bekend van vrouwen die asiel werd verleend (voornamelijk in hoger beroep) wegens een dreigende besnijdenis in het thuisland.⁴⁴ Officiële cijfers van het aantal gehonoreerde asielaanvragen met betrekking tot een dreigende besnijdenis in het land van herkomst zijn niet voorhanden.

⁴² British Medical Association, *Caring for patients and child protection Guidance from the British Medical Association*, 1996, pag. 6.

⁴³ Immigration Appellate Authority, *Asylum Gender Guidelines*, 2002.

⁴⁴ Forward UK, questionnaire, december 2002.

FRANKRIJK

Grondwet

In de preambule van de Franse grondwet van 1958 worden de bepalingen van de preambule van de grondwet van 1946 nog eens bevestigd. In de preambule van de grondwet van 1946 garandeert de republiek de gelijke rechten van de vrouw aan die van de man op alle gebieden. Daarnaast garandeert zij ieders bescherming van de gezondheid, in het bijzonder die van het kind.

Strafrecht

Frankrijk kent geen specifieke wet die genitale verminking van meisjes en/of vrouwen strafbaar stelt. In december 1982 verklaarde de toenmalige minister van Justitie, naar aanleiding van vragen van het hoofd van de afdeling kindergeneeskunde van een groot ziekenhuis in Parijs, dat meisjesbesnijdenis wettelijk gelijk staat aan kindermishandeling en daarmee viel onder artikel 312 van het Wetboek van Strafrecht (Code Pénal). In navolging hiervan besliste op 20 augustus 1983 het Franse Hof van Cassatie (Cour de Cassation) dat de verwijdering van clitoris en schaamlippen, als gevolg van geweld, een verminking vormen zoals gedefinieerd in artikel 312-3 in het Wetboek van Strafrecht (Code Pénal).

Sinds de inwerkingtreding van het Nieuwe Wetboek van Strafrecht (Nouveau Code Pénal) op 1 maart 1994 valt genitale verminking onder de artikelen 222-9 en 222-10. Op delicten die bij een persoon een verminking of een permanente handicap veroorzaken staat een gevangenisstraf van 10 jaar en een boete van 150.000 euro. Er treedt een strafverzwaring op indien de besnijdenis is uitgevoerd op een kind onder de 15 jaar. Op dit delict staat een gevangenisstraf van 15 jaar. Indien de besnijdenis is uitgevoerd door een ouder of de wettelijke gezagshouder wordt de gevangenisstraf verhoogd tot 20 jaar.

Het Franse strafrecht is ook van toepassing op iedere persoon met de Franse nationaliteit die een delict heeft gepleegd in het buitenland. Dit geldt ook voor personen die buiten Frankrijk een delict hebben gepleegd op een persoon die op dat moment de Franse nationaliteit heeft.⁴⁵ De extraterritoriale werking van de Franse strafwet is dus niet alleen gericht op het daderschap, maar ook op het slachtofferschap. Zo werd een moeder in 1997 veroordeeld nadat ze haar dochter mee naar Gambia had genomen om haar daar te laten besnijden, aangezien zij wist dat dit in Frankrijk wettelijk verboden is.

⁴⁵ Artikel 113-7 Code Pénal.

In 1982 kwam voor het eerst in Frankrijk het onderwerp meisjesbesnijdenis groots in de publiciteit na de dood van een drie maanden oud meisje dat overleed aan haar verwondingen na te zijn besneden. De ouders van het meisje, die hadden nagelaten hun dochter tijdig naar het ziekenhuis te brengen, werden vervolgd. Sinds 1978 zijn er in Frankrijk 25 rechtszaken geweest.⁴⁶ Tot 1983 werden enkel de uitvoerders van de besnijdenis voor het gerecht gedaagd. Zij werden voornamelijk beschuldigd van het plegen van een strafbaar feit zoals bedreiging van een minderjarige onder de vijftien jaar of van onopzettelijke doodslag; delicten waar relatief lage straffen op staan.⁴⁷ Vanaf 1983, nadat het Hof van Cassatie (Cour de Cassation) had erkend dat genitale verminking ook valt onder mishandeling, zoals toen bepaald in artikel 312 van het wetboek van strafrecht, werd meisjesbesnijdenis gerekend onder deze bepaling. Straffen vielen aanzienlijk hoger uit en vanaf dat moment werden naast besnijders ook ouders aangeklaagd. De grootste zaak tot nu toe in Frankrijk speelde in 1999. Een vrouw werd veroordeeld tot acht jaar gevangenisstraf wegens het besnijden van 48 meisjes. De moeder van het meisje dat de zaak aan het licht had gebracht, kreeg twee jaar gevangenisstraf. De meeste ouders die werden berecht kregen voorwaardelijke gevangenisstraffen van drie tot vijf jaar. De 48 slachtoffers kregen een schadevergoeding van 80,000 Franse franc.

Nouveau Code Pénal

Article 222-9

Les violences ayant entraîné une mutilation ou une infirmité permanente sont punies de dix ans d'emprisonnement et de 150.000 euros d'amende.

Article 222-10

L'infraction définie à l'article 222-9 est punie de quinze ans de réclusion criminelle lorsqu'elle est commise :

- 1° Sur un mineur de quinze ans ;
- 2° Sur une personne dont la particulière vulnérabilité, due à son âge, à une maladie, à une infirmité, à une déficience physique ou à un état de grossesse, est apparente ou connue de

⁴⁶ Linda Curiel-Weil, (CAMS France), Combating sexual mutilation in France through the application of the law, 2002

⁴⁷ M. Allaix, Droit et Excision in E. Rude-Antoinne (ed.) *L'immigration face aux lois de la République*, Paris : Éditions Karthala, 1992, p. 135.

- son auteur ;
- 3° Sur un ascendant légitime ou naturel ou sur les père ou mère adoptifs ;
 - 4° Sur un magistrat, un juré, un avocat, un officier public ou ministériel, un militaire de la gendarmerie, un fonctionnaire de la police nationale, des douanes, de l'administration pénitentiaire, un agent d'un exploitant de réseau de transport public de voyageurs ou toute autre personne dépositaire de l'autorité publique ou chargée d'une mission de service public, dans l'exercice ou à l'occasion de l'exercice de ses fonctions ou de sa mission, lorsque la qualité de la victime est apparente ou connue de l'auteur ;
 - 5° Sur un témoin, une victime ou une partie civile, soit pour l'empêcher de dénoncer les faits, de porter plainte ou de déposer en justice, soit en raison de sa dénonciation, de sa plainte ou de sa déposition ;
 - 6° Par le conjoint ou le concubin de la victime ;
 - 7° Par une personne dépositaire de l'autorité publique ou chargée d'une mission de service public dans l'exercice ou à l'occasion de l'exercice de ses fonctions ou de sa mission ;
 - 8° Par plusieurs personnes agissant en qualité d'auteur ou de complice ;
 - 9° Avec préméditation ;
 - 10° Avec usage ou menace d'une arme.

La peine encourue est portée à vingt ans de réclusion criminelle lorsque l'infraction définie à l'article 222-9 est commise sur un mineur de quinze ans par un ascendant légitime, naturel ou adoptif ou par toute autre personne ayant autorité sur le mineur.

Les deux premiers alinéas de l'article 132-23 relatif à la période de sûreté sont applicables aux infractions prévues par le présent article.

Kinderbescherming

In het geval een meisje dreigt te worden besneden kan er preventief worden ingegrepen op grond van artikel 375 van het Burgerlijk Wetboek (Code Civil). Dit artikel stelt dat een rechter maatregelen kan nemen indien de gezondheid, de veiligheid of de moraal van een minderjarige in gevaar is gebracht. In het uiterste geval kan een rechter besluiten het kind uit huis te plaatsen.⁴⁸

⁴⁸ Artikel 375-3 Code Civil.

Medische professie

De vele rechtszaken in Frankrijk rond meisjesbesnijdenis hebben er toe geleid dat er onder artsen en ander personeel in de gezondheidszorg het besef is ontstaan dat ook zij een belangrijke bijdrage kunnen leveren aan de preventie van meisjesbesnijdenis door dreigende gevallen te melden bij de autoriteiten. Artikel 226-14 van het Wetboek van Strafrecht (Code Pénal) ontheft personen van hun beroepsgeheim indien deprivatie of mishandeling is toegebracht op een minderjarige van vijftien jaar of jonger. Hieronder valt ook meisjesbesnijdenis. Het Franse medisch tuchtcollege (Le Conseil National de l'Ordre des Médecins) bepaalde bij een decreet van 6 september 1995 dat het verboden is voor artsen om verminkende ingrepen uit te voeren als daar geen serieuze medische noodzaak voor is.⁴⁹

Immigratiewetgeving

De hoogste instantie van asielzaken in Frankrijk heeft in principe het gevaar voor gedwongen genitale verminking als asielgrond erkend: 'De besnijding valt onder die mensenrechtenschendingen, zoals deze door de Conventie van Genève gedefinieerd worden.'⁵⁰ Eind 2001 kregen een Malinees echtpaar en een Somalische vrouw, die weigerden hun dochters te laten besnijden in hun eigen land van de Franse overheid de status van vluchteling.⁵¹ Er zijn geen exacte cijfers bekend van het aantal asielverzoeken op grond van het risico op genitale verminking in het land van herkomst.

BELGIË

Grondwet

In de Belgische grondwet staat: 'Elk kind heeft recht op eerbiediging van zijn morele, lichamelijke, geestelijke en seksuele integriteit'.⁵² Deze bepaling werd pas in 2000 toegevoegd aan de grondwet op aanbeveling van de Nationale Commissie tegen Seksuele Uitbuiting van Kinderen. Deze commissie werd ingesteld als gevolg van de Dutroux-affaire in 1996. In haar eindrapport meldt de commissie dat het VN-Verdrag inzake de Rechten van het Kind van 20 november 1989 een goede wettelijke aanzet is, maar wijst zij desalniettemin op het belang van een

⁴⁹ Decret n° 95-1000 du 6 Septembre 1995 portant code de déontologie médicale, Article 41.

⁵⁰ Smith, J., Van der Weide, H., *Visies en discussies omtrent genitale verminking van meisjes, een inventarisatie in internationaal perspectief*, Defence for Children International Afdeling Nederland, 1992.

⁵¹ Equilibres & Populations, nr. 73, januari 2002

⁵² Artikel 22bis Grondwet België

grondwetsbepaling teneinde alle mogelijke interpretaties of uitwegen te vermijden. Daarnaast waarborgt de Belgische grondwet in artikel 10 de gelijkheid van vrouwen en mannen.

Strafrecht

In België werd op 28 november 2000 een wet afgekondigd betreffende de strafrechtelijke bescherming van minderjarigen. Deze wet was het antwoord op de golf van paniek en kritiek na het uitbreken van de Dutroux-affaire in augustus 1996. De toenmalige Belgische minister van Justitie, De Clerck, onderstreepte tijdens de besprekingen van het wetsontwerp de noodzaak om dieper in te gaan op de essentiële waarden van de Belgische samenleving: in het bijzonder de vereiste eerbied voor de menselijke waardigheid, vooral ten opzichte van de meest kwetsbaren, de minderjarigen. Het wetsontwerp heeft vooral tot doel de gewelddaden tegen minderjarigen strenger te bestraffen.⁵³

Genitale verminking wordt volgens het nieuwe artikel 409 van het Strafwetboek expliciet strafbaar gesteld; zelfs als de vrouw zelf om een besnijdenis heeft gevraagd en/of meerderjarig is. Er wordt in de wet geen onderscheid gemaakt tussen verschillende vormen van genitale verminking; de strafmaat voor de verschillende vormen ligt even hoog. De minister van Justitie achtte het met name vermelden van een aantal toegepaste technieken zoals ‘incisie’ of ‘infibulatie’ niet raadzaam aangezien ‘diegenen die deze praktijken toepassen van een grote inventiviteit getuigen’.⁵⁴

De nieuwe wet houdt ook in dat artsen en gynaecologen een vrouw niet opnieuw mogen dichtmaken (reïnfibulatie), bijvoorbeeld na een bevalling. Deze handeling valt ook onder de term ‘genitale verminking’. Het nieuwe artikel 409 van het Strafwetboek heeft overigens geen betrekking op sommige kleine aantastingen van de geslachtsorganen, zoals piercings en tatoeages.⁵⁵ Dat geldt ook voor jongensbesnijdenis, castratie en operaties met het oog op geslachtsverandering.⁵⁶

Op besnijdenis van een minderjarige staat een straf van vijf tot zeven jaar. Er treedt een strafverzwaring op indien de uitvoerder van de besnijdenis een ouder, bloedverwant, voogd of verzorger is of samenwoont (permanent of occasioneel) met het slachtoffer.

⁵³ Verslag namens de Commissie voor Justitie, Parlementaire stukken Kamer, 1998-1999, nr. 1907/7, 3-5.

⁵⁴ Verslag namens de Commissie voor Justitie, Parlementaire stukken Senaat, 1999-2000, nr. 2-280/5, 104-105.

⁵⁵ Memorie van Toelichting, Parlementaire stukken Kamer, 1998-1999, nr. 2-280/5, 104-105.

⁵⁶ Verslag namens de Commissie voor Justitie, Parlementaire stukken Kamer 1998-1999, nr. 1907/7, 32-33; Verslag namens de Commissie voor Justitie, Parlementaire stukken Senaat, 1999-2000, nr. 2-280-5, 1001-101.

De wet betreffende de strafrechtelijke bescherming van minderjarigen werd van kracht op 1 april 2001. Tot nu toe zijn er sinds de invoering van de nieuwe wet geen rechtszaken geweest omtrent meisjes- en/of vrouwenbesnijdenis.

Wet van 28-11-2000 betreffende strafrechtelijke bescherming van minderjarigen

Artikel 409

- § 1. Hij die eender welke vorm van verminking van de genitaliën van een persoon van het vrouwelijk geslacht uitvoert, vergemakkelijkt of bevordert, met of zonder haar toestemming wordt gestraft met een gevangenisstraf van drie tot vijf jaar. De poging wordt gestraft met een gevangenisstraf van acht dagen tot een jaar.
- § 2. Indien de verminking uitgevoerd wordt op een minderjarige of met een winstoogmerk, is de straf opsluiting van vijf tot zeven jaar.
- § 3. Indien de verminking een ongeneeslijk lijkende ziekte of een blijvende arbeidsongeschiktheid heeft veroorzaakt, is de straf opsluiting van vijf tot tien jaar.
- § 4. Wanneer de verminking zonder het oogmerk om te doden, toch de dood ten gevolge heeft, is de straf opsluiting van tien tot vijftien jaar.
- § 5. Is de in § 1 bedoelde verminking op een minderjarige of een persoon die uit hoofde van zijn lichaams- of geestestoestand niet bij machte is om in zijn onderhoud te voorzien, uitgevoerd door zijn vader, moeder of andere bloedverwanten in de opgaande lijn, of door enig ander persoon die gezag heeft over de minderjarige of de onbekwame, of door een persoon die hen onder zijn bewaring heeft, of door een persoon die occasioneel of gewoonlijk samenwoont met het slachtoffer, dan wordt het minimum van de bij de §§ 1 tot 4 bepaalde straffen verdubbeld in geval van gevangenisstraf en met twee jaar verhoogd in geval van opsluiting.

De wet betreffende de strafrechtelijke bescherming van minderjarigen heeft extraterritoriale werking. Dat betekent dat ook personen die buiten België een besnijding uitvoeren of laten uitvoeren op een minderjarige in België kunnen worden berecht. De nieuwe wet voert namelijk een uitzondering in op het territorialiteitsbeginsel voor het specifieke misdrijf 'genitale verminking' bij minderjarigen. Artikel 10ter van het Wetboek van Strafvordering stelt: 'Eenieder kan in België vervolgd worden wanneer hij zich buiten het grondgebied schuldig maakt aan: (...) 2° een van de misdrijven bepaald in de artikelen 372 tot 377 en 409, van hetzelfde Wetboek, indien het feit werd gepleegd op een minderjarige.'

Kinderbescherming

België is een federale staat met drie Regio's en vijf Gemeenschappen, te weten de Vlaamse Regio met de Vlaamse Gemeenschap, de Walloonse regio met de Franse en een kleine Duitse Gemeenschap en de Regio Brussel met een Vlaamse en Franse Gemeenschap. Tot de bevoegdheid van de Gemeenschappen behoort het beleid inzake de voorzieningen voor de uitvoering van de jeugdbeschermingsmaatregelen.

In geval van mishandeling van een minderjarige, waaronder ook (een dreigende) meisjesbesnijdenis valt, kan de zaak aanhangig worden gemaakt bij de jeugdrechter. De jeugdrechtbank valt onder de federale bevoegdheid. Sinds de Jeugdbeschermingswet van 1965 kan in een uiterst geval de rechter de ouders uit het ouderlijk gezag zetten. Aanleiding tot ontzetting kan onder andere zijn wanneer door slechte behandeling het kind in gevaar gebracht wordt. In elk concreet geval moet onderzocht worden of de ontzetting uit de ouderlijke macht in het belang van het kind is.⁵⁷

Medische professie

Sinds juni 2000 is er voor personeel in de Belgische gezondheidszorg een technisch-medische handleiding waarin wordt ingegaan op de problematiek bij reeds besneden vrouwen tijdens prenatale raadplegingen, bij de bevalling of na de bevalling. Deze handleiding is afkomstig van de Vrije Universiteit Brussel en van de Groupement pour l'Abolition des Mutilations Sexuelles (GAMS), gevestigd in Brussel. Het gezondheidspersoneel wordt in de handleiding onder andere op de hoogte gebracht van de strafbaarheid van reïnfibulatie of 'dichtmaken' na de bevalling. 'Het verzorgend personeel kan worden geconfronteerd met de vraag voor reïnfibulatie. Hoewel dit gebruikelijk is in het land van herkomst van deze vrouwen, is zoiets in België deontologisch niet aanvaardbaar. Een arts, of een vroedvrouw, mag geen medewerking verlenen aan verminking (...)

⁵⁷ Verhellen, E. Jeugdbeschermingsrecht, Gent: Mys & Breesch, 1996.

De arts of de vroedvrouw kan de deontologische code en het Belgisch recht inroepen om zijn/haar weigering tot het uitvoeren van een reïnfibulatie te gronden.⁵⁸ In de handleiding wordt geen aandacht besteed aan de preventieve taak van medisch personeel omtrent genitale verminking.

Immigratiewetgeving

Op 18 november 1999 werden er in de Senaat mondelinge vragen gesteld aan de minister van Binnenlandse Zaken en de minister van Justitie over de toepasbaarheid van het Verdrag van Genève op vrouwen die seksueel verminkt zijn. De antwoorden hierop zijn onbekend.

ZWEDEN

Grondwet

Artikel 20 (1) (7) van de Zweedse grondwet garandeert ieders bescherming tegen discriminatie op grond van ras, huidskleur, etniciteit of geslacht. Daarnaast geniet iedereen bescherming tegen lichamelijk geweld en vrijheidsberoving.⁵⁹ De Zweedse grondwet kent geen bepalingen die in het bijzonder gericht zijn op de bescherming van het kind.

Strafrecht

Zweden was in 1982 het eerste Europese land waar een specifieke wet⁶⁰ van kracht werd die genitale verminking als zodanig strafbaar stelt. Volgens de wet is meisjes- en/of vrouwenbesnijdenis ook verboden indien degene bij wie de besnijdenis is uitgevoerd, heeft ingestemd met de ingreep. Alle personen die bij de besnijdenis betrokken zijn - zowel de persoon die de ingreep uitvoert, als iedere persoon die handelingen heeft verricht om de ingreep plaats te laten vinden – zijn strafbaar. Dit betekent dat ook ouders die hun dochters laten besnijden vervolgd kunnen worden. Een mislukte poging tot genitale verminking is eveneens een strafbaar feit. De gevangenisstraffen variëren van minimaal twee jaar tot maximaal tien jaar.

In 1998 is de wet aangescherpt en is het beginsel van dubbele strafbaarstelling losgelaten; iedere inwoner van Zweden die betrokken is bij een besnijdenis in het buitenland kan in Zweden

⁵⁸ Technisch advies voor gezondheidspersoneel in België. Vrouwelijke genitale verminking (vrouwenbesnijdenis) – Handleiding voor bij de bevalling. Richard, F., Daniel, D., Ostyn, B., Copaert, E., Amy, J.J., juni 2002

⁵⁹ Artikel 20(2) (3, 4) Grondwet Zweden

⁶⁰ Lag 1982: 316, med förbud mot konsstymping av kvinnor

vervolgd worden, ongeacht of de ingreep in het land waar deze is uitgevoerd strafbaar is gesteld bij wet. Sinds de aanscherping van de wet in 1998 is het ook strafbaar om kennis te hebben van een uitgevoerde besnijdenis zonder daarvan aangifte doen.

Er zijn tot nu toe geen rechtszaken in Zweden geweest omtrent genitale verminking van meisjes of vrouwen.

Act Prohibiting the Female Genital Mutilation of Women (1982: 316, as amended in July 1998)⁶¹

Section 1: Operations on the external female genital organs which are designed to mutilate them or to produce other permanent changes in them (genital mutilation) must not take place, regardless of whether consent to this operation has or has not been given.

Section 2: Anyone contravening Section 1 will be sent to prison for a maximum of four years. If the crime has resulted in danger to life or serious illness or has in some other way involved particularly reckless behaviour, it is to be regarded as serious. The punishment for a serious crime is prison for a minimum of two and a maximum of ten years. Attempts, preparations, conspiracy and failure to report crimes are treated as criminal liability in accordance with Section 23 of the Penal Code.

Kinderbeschermingswetten

Genitale verminking bij minderjarigen is een vorm van kindermishandeling en kan de basis vormen voor ingrijpen door de overheid onder paragraaf 2 van de Wet betreffende het welzijn van minderjarigen. Hieruit volgt dat een besluit om een kind in bescherming te nemen als gevolg van lichamelijke mishandeling, uitbuiting, verwaarlozing of een andere thuissituatie, dient te worden genomen indien er een duidelijk risico aanwezig is dat de gezondheid of de ontwikkeling van het kind kan worden geschaad.

⁶¹ Engelse vertaling overgenomen uit Rahman, A., Toubia, N., Female Genital Mutilation, *A guide to laws and policies worldwide*, Center for Reproductive Law and Policy and RAINB ♀, 2000

Migratiewetgeving

In 1997 kregen twee families uit Togo in Zweden asiel op grond van vrees voor genitale verminking van de vrouwelijke leden van deze families bij terugkeer naar het land van herkomst. De asielautoriteiten erkenden de familie niet als vluchteling in de zin van het Vluchtelingenverdrag; de families werd asiel verleend op humanitaire gronden.⁶²

Medische professie

Er geldt een meldplicht voor personen werkzaam in de gezondheidszorg en medische en sociale instellingen inzake gevallen waarbij minderjarigen bescherming behoeven.⁶³ Dit geldt ook voor leerkrachten, artsen, verplegend personeel en vroedvrouwen.⁶⁴

ITALIË

Grondwet

Volgens de Italiaanse grondwet zijn alle burgers voor de wet gelijkgesteld, zonder onderscheid te maken naar geslacht.⁶⁵ Daarnaast stelt de grondwet dat het de verantwoordelijkheid van de republiek is om alle economische en sociale belemmeringen weg te nemen die de vrijheid en gelijkheid van burgers in de weg staan, waardoor de volledige ontwikkeling van het individu niet tot stand zou kunnen komen.⁶⁶ Het recht op gezondheid wordt gewaarborgd in artikel 32(1). Dit artikel stelt dat de overheid voorziet in gezondheidsmaatregelen als basisrecht van het individu en in het belang van de gemeenschap, en kent medische hulp kosteloos toe aan behoeftige personen. Artikel 32(2) handelt over de lichamelijke integriteit: 'Niemand mag gedwongen worden een medische behandeling te ondergaan met uitzondering van de bepalingen in de wet. In geen enkel geval zal de wet de grenzen overtreden die zijn opgeworpen door een gepast respect voor de mens'. De bescherming van kinderen wordt expliciet vermeldt in artikel 31(22). Dit artikel waarborgt overheidssteun voor moederschap, kinderen en jeugd door het bevorderen en stimuleren van instellingen die nodig zijn om deze groepen te voorzien van de nodige zorg.

⁶² Informatie afkomstig van <http://www.amnesty.org/ailib/intcam/femgen/fgm1.htm> (internationale website van Amnesty International). Laatst bezocht op 20/05/2003

⁶³ Paragraaf 71 van de Wet Sociale Voorzieningen

⁶⁴ Immigration Services Administration, Female Genital Mutilation – Administration Routines Within Social Services, Gothenburg, 1996, p. 6

⁶⁵ Artikel 3(1) grondwet Italië

⁶⁶ Artikel 3(2) grondwet Italië

Strafrecht

Genitale verminking is niet als apart delict opgenomen in het Italiaanse strafrecht. Meisjesbesnijdenis is strafbaar onder de algemene artikelen 582 en 583 van het wetboek van strafrecht (Il Codice Penale). Het Italiaanse strafrecht kent geen relevante extraterritoriale werking.⁶⁷

In Italië wordt ten tijde van het schrijven van dit rapport een wetsvoorstel behandeld dat meisjesbesnijdenis als apart delict in het Wetboek van Strafrecht (Il Codice Penale) strafbaar stelt. Het wetsvoorstel handelt over een uitbreiding van artikel 583 waarin genitale verminking (zowel clitoridectomie, excisie of infibulatie) strafbaar wordt gesteld.

Il Codice Penale⁶⁸

Article 582: Personal injury

Whoever causes personal injury to another, which results in physical or mental illness, shall be punished by imprisonment for from three months to three years.

If the illness lasts no longer than ten days, and none of the aggravating circumstances designated in Articles 583 and 585 is present, with the exception of those specified in subparagraph (1) and in the last paragraph of Article 577, the crime shall be punishable on complaint of the victim.

Article 583: Aggravating Circumstances

Personal injury shall be serious, and imprisonment for from three to seven years shall be imposed:

- (1) if the act results in an illness which endangers the life of the victim, or an illness or incapacity which prevents his attending to his ordinary occupations for a period in excess of forty days;
- (2) if if the act produces the permanent impairment of a sense or organ; or
- (3) if the victim was a pregnant woman and the act resulted in an acceleration of birth.

⁶⁷ Artikel 10 Il Codice Penale

⁶⁸ Deze Engelse vertaling is overgenomen uit Wise, E. M. (trans), *The Italian Penal Code*, Fred B. Rothman & Co, Littleton, 1978, p. 195.

Personal injury shall be very serious, and imprisonment for from six to twelve years shall be imposed, if the act results in:

- (1) an illness which is certainly or probably incurable;
- (2) the loss of a sense;
- (3) the loss a limb, or mutilation which renders the limb useless, or the loss of the use of an organ or of ability to procreate, or a permanent and serious speech impediment;
- (4) a deformity or permanent disfigurement of the face; or
- (5) a miscarriage by the victim.

Kinderbeschermingswet

Het Italiaanse civielrecht biedt de rechter de mogelijkheid om adequate mogelijkheden te nemen in het geval het gedrag van een ouder of van beide ouders schadelijk is voor het kind. Hieronder zou ook meisjesbesnijdenis gerekend kunnen worden. In het uiterste geval kan het kind uit huis geplaatst worden.⁶⁹

Medische professie

Uit het in dit onderzoek aangeleverde materiaal en uit de door de onderzoekers bestudeerde rechtsbronnen zijn geen bijzondere bepalingen in de Italiaanse wet te identificeren die relevant zijn in het kader van medische professie inzake preventie en bestrijding van meisjesbesnijdenis.

Immigratiewetgeving

Er zijn geen gevallen bekend van vrouwen en/of meisjes die op grond van vrees voor besnijdenis in het land van herkomst asiel hebben aangevraagd in Italië. Reden hiervoor zou kunnen zijn dat de asielaanvragen in Italië voor het overgrote deel afkomstig zijn van mannen. Asielaanvragen afkomstig van vrouwen uit landen waar meisjesbesnijdenis veel voorkomt, zouden in de meeste gevallen op grond zijn van hereniging met hun man, die al in Italië verblijft.⁷⁰

⁶⁹ Art. 33 Codice civile Italiano

⁷⁰ Gabriella D'Angelo, Documento di lavoro sulle mutilazioni genitali femminili, 2001

ANALYSE

Voordat er een analyse gegeven kan worden van de juridische aspecten van meisjesbesnijdenis in Nederland, Duitsland, Verenigd Koninkrijk, Frankrijk, België, Zweden en Italië moet aangetekend worden dat deze landen alle een verschillend rechtssysteem hebben. Zo bestaan er onderling grote verschillen in de mogelijkheden tot strafrechtelijke vervolging, het opportuniteitsbeginsel versus legaliteitsbeginsel, de bewijsvoering en de rol/positie van het slachtoffer en anderen (zoals partie civile) in een rechtszaak. De onderlinge verschillen in rechtscultuur zijn in dit onderzoek buiten beschouwing gelaten, omdat het bestek van dit onderzoek het niet toelaat hier uitgebreid op in te gaan. Bij de analyse wordt steeds uitgegaan van de Nederlandse situatie in vergelijking met die in de andere onderzochte landen.

Grondwet

In de analyse met betrekking tot de grondwet in de verschillende onderzochte landen wordt het Verenigd Koninkrijk buiten beschouwing gelaten, aangezien deze geen grondwet kent zoals de overige landen en dus een vergelijking niet mogelijk is.

De Nederlandse grondwet, net als die van de overige beschreven landen in dit hoofdstuk, kent geen bepaling die specifiek handelt over bescherming tegen meisjesbesnijdenis. Wel bevat de grondwet van ieder onderzocht land meer algemene bepalingen die de gelijkheid van vrouwen en mannen waarborgen en daarnaast de fysieke integriteit van ieder mens dan wel het recht op leven en/of gezondheid waarborgt.

De grondwet van zowel België, Italië als Frankrijk zijn meer specifiek als het gaat om de bescherming van het kind. Zo staat in de Belgische grondwet dat ieder kind recht heeft op eerbiediging van zijn morele, lichamelijke, geestelijke en seksuele integriteit en waarborgt de Franse grondwet ieders recht op gezondheid, in het bijzonder die van het kind. De Duitse en Zweedse grondwet kennen geen specifieke bepaling betreffende de bescherming en eerbiediging van het kind.

Strafrecht

Meisjes- en/of vrouwenbesnijdenis is niet als zodanig strafbaar gesteld in het Nederlandse strafrecht. Dit in tegenstelling tot het Verenigd Koninkrijk, België, Zweden.⁷¹ Strafrechtelijke vervolging in Nederland is mogelijk op grond van de algemene delictomschrijving

⁷¹ Noorwegen kent eveneens een specifieke wetgeving. Dit land is echter voor dit onderzoek buiten beschouwing gelaten.

‘mishandeling’ zoals geformuleerd in artikel 300-304 van het Wetboek van Strafrecht door toepassing van lid 4 van artikel 300 waarin opzettelijke benadeling van de gezondheid gelijk wordt gesteld aan mishandeling.

Argumenten van voorstanders van een specifieke wet die meisjesbesnijdenis strafbaar stelt, luiden dat door het strafbaar stellen van meisjesbesnijdenis als specifiek delict het veel duidelijker wordt dat dit gebruik verboden is in Nederland. Het zou er ook toe kunnen leiden dat de publieke discussie goed op gang komt en de kennis bij instanties als politie, justitie en bij de hulpverlening toeneemt. Volgens tegenstanders van een specifieke wet in Nederland biedt de huidige strafwet voldoende mogelijkheden om plegers, medeplegers en medeplichtigen van meisjesbesnijdenis te kunnen vervolgen. Een specifieke wet maakt ook de bewijsvoering veel moeilijker omdat aan alle omschrijvingen in de strafbepaling moet worden voldaan. Daarnaast bestaat de mogelijkheid dat een specifieke wet beschouwd wordt als een aanval op bepaalde etnische groepen, waardoor een openlijke discussie over meisjesbesnijdenis wordt geblokkeerd. De invoering van een specifieke wet zou ook de indruk kunnen wekken dat meisjesbesnijdenis geen vorm van kindermishandeling is en dus niet onder de artikelen 300 tot en met 304 van het Wetboek van het Strafrecht valt .

De Nederlandse wet heeft extraterritoriale werking. Dit maakt strafrechtelijke vervolging van een door de ouders buiten Nederland gepleegde besnijdenis mogelijk. Echter het Nederlandse strafrecht kent het vereiste van dubbele strafbaarstelling, wat betekent dat een persoon die een strafbaar feit heeft gepleegd in het buitenland enkel vervolgd kan worden in eigen land indien dit feit ook in het land waar dit is gepleegd, strafbaar is gesteld. Daarbij geldt ook nog eens de voorwaarde dat de persoon de Nederlandse nationaliteit moet hebben.

In het geval ouders hun dochters meenemen naar het buitenland en ze daar laten besnijden is strafrechtelijk optreden in Nederland tegen de ouders mogelijk indien hun betrokkenheid een strafbaar feit oplevert op grond van de Nederlandse strafwet. Hiervan is sprake indien de feiten aangemerkt kunnen worden als mededaderschap, uitlokking of medeplichtigheid. Let wel: voorwaarde is dat deze feiten in Nederland zijn gepleegd, tenzij deze feiten ook strafbaar zijn in het land waar ze gepleegd zijn.

Van de in dit hoofdstuk onderzochte landen heeft de Britse strafwet geen extraterritoriale werking en kent ook het Italiaanse strafrecht geen relevante territoriale werking. Het extraterritorialiteitsbeginsel is wel van toepassing op het strafrecht van de overige landen. Zowel in Zweden als in België is het vereiste van dubbele strafbaarstelling niet van toepassing op de wetgeving die genitale verminking als apart delict verbiedt.

Opvallend is dat in landen met een specifieke wetgeving die meisjesbesnijdenis strafbaar stelt – zoals dat in bijvoorbeeld het Verenigd Koninkrijk en Zweden het geval is – dit niet geleid heeft tot veroordelingen van overtreders van de wet. Dit in tegenstelling tot Frankrijk, waar geen specifieke wet meisjesbesnijdenis strafbaar stelt van kracht is, terwijl er sinds 1978 zo'n 25 rechtszaken zijn geweest, waarin uitvoerders van besnijdenissen en/of ouder(s) van meisjes die besneden waren, zijn veroordeeld.

Kinderbescherming

In Nederland kan de rechter, net als in de andere onderzochte landen, preventief ingrijpen bij een dreigende besnijdenis in de vorm van een ondertoezichtstelling. In het uiterste geval kan een kind met een rechterlijke machtiging uit huis worden geplaatst.

Medische professie

In Nederland is het – net als in de andere onderzochte landen – als arts ongeoorloofd een meisjesbesnijdenis uit te voeren of hieraan mee te werken, ongeacht om welke vorm van besnijdenis het gaat. Nederland kent echter geen meldplicht voor medici die een vermoeden hebben van kindermishandeling - waaronder ook genitale verminking valt – maar een meldrecht. Dit in tegenstelling tot Zweden, waar wel een meldplicht geldt voor artsen en ander personeel in de gezondheidszorg en onderwijzend personeel inzake gevallen waarbij minderjarigen bescherming behoeven.

Immigratiewetgeving

De Nederlandse regering beschouwt, onder omstandigheden, het lopen van aantoonbaar risico om besneden te zullen worden als gegronde vrees voor vervolging in de zin van het Vluchtelingenverdrag. Binnen de beoordeling van de asielaanvraag wordt getoetst aan artikel 3 van het Europees Verdrag van de Rechten van de Mens. De vraag of een aanvrager bij terugkeer naar het land van herkomst te vrezen heeft voor een onmenselijke of vernederende behandeling maakt daarmee onderdeel uit van die beoordeling. Van Somalië erkent de overheid dat er een reëel risico op besnijdenis bestaat bij terugkeer naar het land. In recente gegevens van het Ministerie van Buitenlandse Zaken⁷² staat vermeld dat in Somalië naar schatting 98% van de meisjes wordt besneden. Van de herkomstlanden van de overige immigrantengroepen in Nederland waar dit rapport zich op heeft toegespitst (Soedanezen, Egyptenaren en Eritreërs) wordt door de Nederlandse regering, mede gebaseerd op ambtsberichten, niet geacht dat het

⁷² Ambtsbericht februari 2003 DPV AM 782174

voor vrouwen onmogelijk is om aan genitale verminking te ontkomen bij terugkeer naar het land van herkomst.

De onderzoekers beschikken over te weinig relevante informatie over de immigratiewetgeving in de overige onderzochte landen om op dit punt een goede vergelijking te kunnen maken. Dit komt mede door de snel wisselende regelgeving met betrekking tot immigratie in deze landen.

HOOFDSTUK 5

Preventie van meisjesbesnijdenis in Nederland

In hoofdstuk 3 hebben we gezien dat in Nederland migranten afkomstig uit landen die meisjesbesnijdenis toepassen, nog weinig op de hoogte zijn van de lichamelijke en geestelijke gevolgen van dit gebruik. Daarentegen zijn ze zich er zeer bewust van dat het in Nederland verboden is om meisjes te besnijden. In hoofdstuk 4 hebben we geconcludeerd dat in juridische termen meisjesbesnijdenis als een vorm van kindermishandeling kan worden beschouwd en dat dit een voldoende kader biedt voor preventie van meisjesbesnijdenis. Aansluitend bij deze bevindingen wordt er in dit hoofdstuk een inventarisatie weergegeven van preventieactiviteiten met betrekking tot meisjesbesnijdenis in Nederland. Preventie van meisjesbesnijdenis zien we daarbij als het voorkomen van het plaatsvinden van besnijdenis onder meisjes afkomstig uit samenlevingen waarin dit gebruik gepraktiseerd wordt. Deze meisjes lopen op basis van hun afkomst en achtergrond het risico besneden te worden. Preventie daarvan is in onze ogen het terugbrengen van dat risico. Preventie van meisjesbesnijdenis betekent niet altijd dat ouders of betrokkenen ook de mening toegedaan zijn dat meisjesbesnijdenis onwenselijk is of dat ouders of betrokkenen niet zullen proberen meisjesbesnijdenissen wel plaats te laten vinden. Preventie is niet hetzelfde als attitudeverandering. Zo blijkt uit recent onderzoek dat attitudeverandering niet een noodzakelijke voorwaarde is voor het niet toepassen van meisjesbesnijdenis en dat Somalische ouders die nog steeds voorstander van het gebruik zijn, toch ervoor kiezen hun dochters niet te besnijden als een gevolg van hun leefsituatie in Nederland (Tarrida 2003).

Ook wanneer ouders graag zouden zien dat hun dochters besneden worden maar dat niet laten uitvoeren omdat de mogelijkheden ontbreken, of omdat vervolging dreigt, is preventie dus succesvol. Natuurlijk is attitudeverandering, het overtuigd raken van de negatieve gevolgen en de onwenselijkheid van meisjesbesnijdenis te prefereren boven voorkomen omdat vervolging dreigt. In beide situaties echter is er sprake van succesvolle preventie. Preventie is dus het voorkomen, het verhoeden van plaatsvinden, zowel in Nederland als elders.

Deze zeer complexe problematiek vraagt erom dat alle betrokkenen, zoals risicogroepen, hulpverleners, zoveel mogelijk informatie wordt verschaft over de medische, sociaal-culturele en juridische aspecten van dit gebruik, maar ook dat er met hun visie rekening wordt gehouden in beleidsformulering en uitvoering ervan.

In dit hoofdstuk wordt ingegaan op de rol die de medische zorg speelt in de contacten met de risico groepen. Ook wordt weergegeven welke kenniscentra activiteiten ontplooien die gericht zijn op de betrokken migrantengroepen. Bovendien wordt gekeken bij welke organisaties

bruikbare deskundigheid over het thema aanwezig is en of er coördinatie is tussen de verschillende activiteiten.

Onder A worden de activiteiten gepresenteerd die er vanuit de medische zorg plaats vinden op het gebied van meisjesbesnijdenis; hiervoor zijn gesprekken gevoerd met gynaecologen, huisartsen en vertegenwoordigers en artsen binnen de jeugdgezondheidszorg. Geïnterviewd is of zij personen afkomstig uit de betreffende migrantengroepen zien, of en hoe zij het onderwerp bespreekbaar maken en welke strategieën zij als wenselijk zien meisjesbesnijdenis te voorkomen. Daarnaast worden de standpunten van de medische beroepsverenigingen kort besproken. Tevens wordt beschreven in hoeverre meisjesbesnijdenis terug te vinden is als onderwerp binnen de medische curricula, de herscholingscursussen en andere trainingen.

Vervolgens wordt onder B aandacht besteed aan de activiteiten van kenniscentra op dit gebied in Nederland, zoals het voorlichtingsprogramma van Somalische personen door Pharos/FSAN. Onder C wordt vervolgens ingegaan op een groot scala van activiteiten die indirect kunnen leiden tot en context bieden aan het voorkomen van meisjesbesnijdenis; daarbij wordt aandacht geschonken aan de mogelijke rol van het basis en voortgezet onderwijs, aan de geïntegreerde activiteiten binnen het aanbod van cursussen door gemeenten aan oud- en nieuwkomers en aan de samenwerking met advies en meldpunten kindermishandeling. Tenslotte wordt onder D aandacht besteed aan de samenhang van de verschillende activiteiten onder A, B, en C. Daarbij wordt als voorbeeld het Axion project in Flevoland beschreven, waarin samengewerkt wordt door verschillende kenniscentra, maatschappelijke organisaties en andere betrokkenen.

A. De medische zorg

De hulpverleners in de medische zorg die in Nederland die te maken krijgen met vrouwen en risicomeisjes afkomstig uit migrantengroepen die meisjesbesnijdenis toepassen, zijn huisartsen, gynaecologen, artsen en verpleegkundigen in de jeugdgezondheidszorg en op consultatiebureaus. Wij weten echter niet hoe vaak deze professionals werkelijk in aanraking komen met mensen uit de doelgroep⁷³, laat staan hoe vaak zij signalen kunnen opvangen dat meisjesbesnijdenis recent heeft plaatsgevonden of op handen is⁷⁴.

In vergelijking met andere landen wordt in Nederland heel weinig onderzoek gedaan naar en gepubliceerd over de medische gevolgen van vrouwenbesnijdenis op zwangerschap, mortaliteit en

⁷³ In Nederland vindt geen systematische registratie naar etnische groepen plaats.

⁷⁴ Voor de duidelijkheid moet hier benadrukt worden dat artsen geen meisjesbesnijdenis zullen uitvoeren omdat er geen medische noodzaak voor is, het als verminkend wordt opgevat, en het betreffende meisje wilsonbekwaam is.

morbiditeit⁷⁵. Wetenschappelijke studies (zie bijlage 3) die buiten Nederland plaatsvonden maar voor de geïnteresseerde toegankelijk zijn, tonen niet onomstotelijk aan dat infibulatie leidt tot meer klachten en meer contacten met de gezondheidszorg. Wel bestaat het vermoeden dat infibulatie in combinatie met andere sociaal-economische factoren bijdraagt tot vergrote mortaliteit en mortaliteit van moeder en kind.

De inventarisatie gedaan tijdens deze studie betreft gynaecologen, huisartsen, jeugdartsen en verpleegkundigen. Huisartsen en gynaecologen leveren vooral zorg aan individuele patiënten. Hun voorlichting zal vooral op dit niveau plaats kunnen vinden. Zijn zij op de hoogte van problemen met betrekking tot meisjesbesnijdenis? Zien zij besneden vrouwen, zien zij meisjes uit de risicogroepen en geven zij voorlichting? En geven zij het Nederlandse standpunt inzake vrouwenbesnijdenis aan deze vrouwen door?

Gynaecologen en verloskundigen

Wie zien zij?

Voor dit onderzoek werd gesproken met 6 gynaecologen en 2 verloskundigen die verspreid over Nederland werkzaam zijn. Alle gynaecologen zeiden in aanraking te komen met de complicaties en gevolgen van vrouwenbesnijdenis door consulten van zwangere vrouwen met name afkomstig uit Somalië, Soedan, Eritrea, Ethiopië, een enkele keer Egypte. Daarbij zien de gynaecologen zowel vrouwen die al open zijn gemaakt, als vrouwen die zwanger zijn en van wie de vaginaopening zo klein is dat het bijna niet voor te stellen is dat zij ooit coïtus hebben gehad. Verloskundigen zeggen onregelmatig met besneden vrouwen in aanraking te komen, omdat de meeste besneden vrouwen rechtstreeks doorgestuurd worden naar de gynaecoloog, mede doordat de betrokken vrouwen meestal zelf de voorkeur hebben te bevallen in het ziekenhuis bijgestaan door een gynaecoloog.

Bespreekbaarheid

Uit de interviews blijkt dat de gynaecologen verschillende tactieken gebruiken om het onderwerp 'meisjes en vrouwenbesnijdenis' bespreekbaar te maken. Zo zijn er artsen die al bij het eerste

⁷⁵ In Nederland is er weinig in de medische vakbladen over geschreven en zijn vooral een artikel over klinische lessen in Medisch Contact (Baaij en Kagie 1999) en het Gynaecologisch Formularium, te noemen. Dit laatste is het boekje dat elke gynaecoloog bij wijze van spreken bij zich draagt. Hierin staat een hoofdstuk over gynaecologische morbiditeit bij allochtone vrouwen waarbij op vrouwenbesnijdenis wordt ingegaan (Derksen en van Roosmalen, 2001).

De vraag blijft interessant welke mogelijke extra kosten en druk de complicaties die besneden vrouwen ervaren, opleveren voor de gezondheidszorg, omdat dan mogelijk meer geld wordt vrijgemaakt voor preventieactiviteiten.

consult van een zwangere vrouw afkomstig uit de betreffende doelgroep expliciet vragen of de echtgenoot bij het volgende consult kan meekomen zodat de arts met beiden de problematiek en gevolgen van meisjesbesnijdenis kan bespreken. Met of zonder de echtgenoot gaan de gynaecologen dan expliciet in op de procedure tijdens en na de bevalling. Soms wordt zowel aan de vrouw als aan het echtpaar gevraagd naar seksualiteitservaringen en problemen. Ook vragen de meeste gynaecologen of als er een meisje geboren wordt, zij deze zullen besnijden. Dit wordt ook wel ‘anticiperend beleid’ genoemd (Derksen en van Roosmalen 2001) Als vrouwen hun eigen besnijdenis als problematisch ervaren of er veel complicaties van ondervinden, zeiden de gynaecologen dat dit vaak ook een reden is om “het mijn dochter niet aan te doen”. Anderzijds zijn er vrouwen die zelf zo gesloten mogelijk willen, en dit ook als wenselijk zien voor hun dochters. De meeste gynaecologen vinden het geen punt om meisjesbesnijdenis aan te kaarten, andere gynaecologen ervaren de omgang met vooral Somalische patiënten complex en vinden het moeilijk om hun vertrouwen te winnen. Sommige van hen spreken zelfs van angst en weerstand om überhaupt het thema met de patiënten aan te kaarten. Ook vinden zij dat ze over te weinig klinische (anatomische) informatie beschikken⁷⁶. Tot nu toe bestaan er alleen klinische beschrijvingen in een artikel van Baaij en Kagie (1999), een technisch handboek van de WHO (2001) en Richtlijnen vanuit België (Richard 2002) die echter niet gemakkelijk toegankelijk zijn.

Strategieën

Als een patiënte er echt op staat om na de bevalling weer helemaal gesloten te worden dan zullen de meeste gynaecologen en verloskundigen de vulva sluiten. De gynaecologen zeiden unaniem dat dit ‘gelukkig’ nog nooit te hebben meegemaakt en dat het van te voren bespreken van dit thema voldoende lijkt om het te voorkomen. De meeste gynaecologen hebben wel de neiging bij het hechten ‘het iets meer open te laten’ dan voor de bevalling. Twee gynaecologen wezen de mogelijkheid van herinfibulatie resoluut af en verwezen naar de verscherping van het beleid van de beroepsvereniging in deze (zie bijlage 5). Als het gynaecologen verboden wordt de vulva te sluiten dan staan zij sterker en hoeven zij patiënten niet te overtuigen.

De verloskundigen vinden over het algemeen dat er te veel aandacht wordt besteed aan het sluiten na de bevalling en zij zien niet meteen het preventieve aspect hiervan in het voorkomen van meisjesbesnijdenis.

⁷⁶ Tijdens een bijeenkomst rond dit thema werd dit beeld bevestigd door een gynaecoloog werkzaam te Rotterdam (Verslag 5^e Platform en klankbordgroepbijeenkomst, 2002).

Alle gynaecologen melden dat er regelmatig defibulaties uitgevoerd worden bij de poliklinieken gynaecologie, maar hierover zijn geen precieze cijfers bekend⁷⁷.

Eigen betrokkenheid

De gynaecologen zijn het erover eens dat zij zelf (in de opleiding en nascholing) maar ook de betrokken gemeenschappen zelf beter voorgelicht moeten worden over dit thema⁷⁸. Gynaecologen benadrukken dat blijven praten en het bespreekbaar maken van de problematiek⁷⁹ de eerste en enige strategie is op de lange weg van het voorkomen van meisjesbesnijdenis. Angst van sommige gynaecologen die het onderwerp vermijden, moet doorbroken worden door meer gestandaardiseerde aandacht in de opleiding en de herscholingscursussen.

Huisartsen

Wie zien zij?

In totaal werden 44 huisartsen over heel Nederland verspreid gevraagd mee te doen aan een interview, slechts 5 van hen waren bereid en geïnteresseerd mee te werken. Deze huisartsen geven allen aan patiënten, vrouwen en meisjes uit de betrokken migrantengroepen op hun spreekuren te zien, maar daarbij was nooit sprake van een hulpvraag die te maken had met meisjesbesnijdenis. In het verleden waren twee huisartsen tijdens onderzoek en tijdens werkzaamheden in Afrika, wel in aanraking geweest met vrouwenbesnijdenis.

Bespreekbaarheid

Hulpvragen van patiënten afkomstig uit de betrokken migrantengroepen gaan volgens de artsen over 'reële' lichamelijke problemen, soms ook over andere gezins- of opvoedingsproblematiek. De huisartsen gaan in op de hulpvraag van het moment en zij geven geen indirecte aandacht aan meisjesbesnijdenis. Eén arts bracht naar voren dat de eerstelijns hulpverlening aan migranten al niet optimaal gaat, aan vluchtelingen nog minder (schroom, weerstand, gebrek aan kennis en vaardigheden) en het bespreekbaar maken van meisjesbesnijdenis vraagt dan snel te veel.

⁷⁷ De NVOG en NVOK zijn de mening toegedaan dat de Landelijke Verloskunde registratie zich niet leent voor registratie van vrouwenbesnijdenis en dat hersteloperaties geweigerd dienen te worden (zie ook bijlage 5).

⁷⁸ Niet alleen de vrouwen van de betrokken migrantengroepen maar vooral ook de mannen, waarvoor het vrijen met een besneden vrouw ook pijnlijk moet zijn, zouden bij voorlichting betrokken moeten worden.

⁷⁹ Onder de gynaecologen bestaan verschillende ideeën met betrekking tot rol van de arts. Wanneer artsen meteen het gebruik afkeuren lijkt de weg naar een open dialoog versperd, terwijl anderen daar zeer duidelijk in willen zijn. Ook verschilt men in opvatting over de functie van de richtlijnen van de beroepsvereniging (Klankbordgroep 28 januari 2003)

De huisartsen geven aan dat zij vinden dat preventie- en voorlichtingszorg eigenlijk niet tot hun werkterrein behoort. Meisjesbesnijdenis ervaren zij als een dermate complex probleem dat Somalische mensen nooit uit zichzelf bij hen hebben aangekaart. De huisartsen benadrukken bijna allemaal dat zij ongevraagd lichamelijk onderzoek (om te kijken of meisjes bijvoorbeeld niet of juist recent besneden zijn) niet ethisch vinden, slechts op indicatie en met toestemming van de vrouwen zouden zij daartoe overgaan. Bovendien ervaren zij dat in de betrokken migrantengroepen de barrière tot lichamelijk onderzoek nog groter is dan bij andere allochtone patiënten. Opvallend is in dit kader dat K. Bartels en Haaijer (1995) in een studie onder 35 Somalische vrouwen uitgebreid ingingen op de presentatie van klachten door Somalische vrouwen en hoe deze vaak teleurgesteld waren door huisartsen die in hun ogen niets deden: geen lichamelijk onderzoek, geen medicatie.

Strategieën

Volgens een van de geïnterviewde huisartsen moeten zij zodanig geïnformeerd zijn dat zij weten dat meisjesbesnijdenis voorkomt bij bepaalde migrantengroepen. Uit bepaalde signalen moeten zij kunnen afleiden of meisjesbesnijdenis recent heeft plaats gevonden of in de naaste toekomst plaats gaat vinden, alvorens zij het werkelijke bespreekbaar kunnen maken met de ouders en/of moeders. Klachten van gynaecologische aard van besneden moeders kunnen bijvoorbeeld een aanknopingspunt zijn voor de huisarts het onderwerp te bespreken. Uit de interviews met de huisartsen blijkt dat zij niet weten hoe te handelen als zij dergelijke signalen opvangen en dat zij weinig bereidwillig zijn en geen tijd hebben om adequaat te handelen.

Eigen betrokkenheid

In de huisartsenopleiding komt het thema niet of heel summier aan de orde. De huisartsen constateren dat vrouwenbesnijdenis eigenlijk een problematiek voor de gynaecoloog is en de meeste van hen kennen de richtlijnen van de eigen beroepsvereniging voor huisartsen niet⁸⁰. Dit betekent dus ook dat zij zwangere vrouwen uit de betrokken migrantengroepen eerder naar een gynaecoloog dan naar een verloskundige verwijzen. Opmerkelijk is, dat tijdens de interviews met andere beroepsgroepen juist naar de huisartsen werd gewezen als de belangrijkste hulpverleners die in het contact met de betrokken migrantengroepen, meisjesbesnijdenis bespreekbaar kunnen maken. Zelf zien zij zich juist niet als de aangewezen hulpverleners op dit terrein. Vanuit de GG&GD werd meerdere malen op de belangrijke rol van de huisartsen gewezen. Wat dit

⁸⁰ Bij de beroepsvereniging werd bij navraag naar een richtlijn op dit gebied naar de het gynaecologisch standpunt gerefereerd.

onderzoek in ieder geval duidelijk maakt is dat gedegen kennisoverdracht over dit gebruik aan huisartsen noodzakelijk is, zodat zij in het minste geval signalen kunnen opvangen en in het beste geval het bespreekbaar kunnen maken met de betrokken vrouwen en meisjes.

De huisartsen gaven aan dat als zij tijdens het consult op enerlei wijze met de gevolgen van meisjesbesnijdenis in aanraking zouden komen, zij meer informatie zouden willen krijgen en dat zou een aanleiding zijn voor hen om er naderhand meer over te gaan lezen. Zij gaven aan dat ondanks bijscholingen, bijv over hulpverlening aan migranten/vluchtelingen in het algemeen, men al snel het gevoel heeft te weinig te weten over achtergronden, culturele gebruiken, en het ondergaat geweld om daarover door te kunnen en durven vragen, laat staan openlijk meisjesbesnijdenis bespreekbaar te maken.

Jeugdgezondheidszorg⁸¹ en consultatiebureaus⁸²

Wie zien zij?

De jeugdgezondheidszorg kwijt zich zowel van individuele zorg als van groepszorg. Voorlichting op het gebied van meisjesbesnijdenis zal ook op beide niveaus kunnen plaatsvinden. De centrale vraag is of de werkers binnen de jeugdgezondheidszorg op de hoogte zijn van de problematiek van meisjesbesnijdenis en wordt er vanuit die kennis aan voorlichting gedaan. Zij komen in aanraking met zowel de meisjes uit de risicogroepen zelf, op de consultatiebureaus en op scholen, als met de ouders die de kinderen begeleiden. Verpleegkundigen en artsen op de consultatiebureaus komen direct in contact met de betrokken etnische groepen, maar zij komen vooral met baby's en peuters in aanraking, terwijl de besnijdenissen waar we het hier over hebben vaak op oudere leeftijd plaatsvinden. Schoolverpleegkundigen komen vanuit de JGZ zeker in aanraking met Somalische jongeren via het invullen van een vragenlijst en op de reguliere spreekuren.

⁸¹ De jeugd gezondheidszorg kan omschreven worden als: het bevorderen en beveiligen van gezondheid, groei en ontwikkeling van jeugdigen of als individuele en collectief gegeven longitudinale en preventieve zorg, gericht op de gehele jeugd en gebaseerd op via epidemiologische gegevens verkregen inzichten. Op 1 maart 2001 is het basistakenpakket JGZ formeel vastgelegd. Het bestaat uit 6 productgroepen, te weten: 1. Monitoring en signalering, 2. Inschatten zorgbehoefte, 3. Screening en vaccinaties, 4. Voorlichting, advies, instructie en begeleiding, 5. Beïnvloeden van gezondheidsbedreigingen, en 6. Zorgsysteem, netwerken, overleg en samenwerking. Dit pakket bestaat uit een uniform deel, dat in heel Nederland op dezelfde wijze moet worden aangeboden, en uit een maatwerkdeel, waar de gemeente zelf invloed op heeft (Zwaan, 2003)

⁸² In totaal werd met 6 personen werkzaam binnen de JGZ gesproken waarvan vier artsen en twee verpleegkundigen.

Bespreekbaarheid

Preventie is een van de belangrijkste peilers van de JGZ. Er wordt gebruik gemaakt van een preventiepakket dat veel mogelijkheden biedt om relevante informatie over meisjesbesnijdenis te verstrekken en dit ook bespreekbaar te maken binnen relevante doelgroepen (risicogroepen). In realiteit gebeurt dit alleen wanneer de betrokken hulpverlener bekend is met meisjesbesnijdenis en het van belang vindt het bespreekbaar te maken. Als dit niet het geval is, wordt er geen aandacht aan besteed. Een standaardgesprek met de ouders van een meisje uit een risicogroep, (onder de risicogroep worden die bevolkingsgroepen verstaan die afkomstig zijn uit een land waarin meisjesbesnijdenis wordt uitgevoerd) waarin gewezen wordt op de schadelijke gevolgen van deze besnijdenis, behoort tot de mogelijkheden. Hierover zijn de meningen verdeeld, sommige jeugdartsen stellen dat een gesprek nooit standaard mag worden, maar dat er wel systematisch aandacht aan de problematiek van meisjesbesnijdenis wordt besteed. Wat nodig is, zijn betrokkenheid met een kind in de knel, communicatie met alle betrokkenen, continuïteit in zorg, coördinatie van de mensen om een kind, compassie met een kind dat besneden is of zal gaan worden, en controle als afspraken niet nagekomen worden. Andere jeugdartsen constateren dat ook met betrekking tot meisjesbesnijdenis de beroepsgroep eerder intern spreekt met elkaar dan met het betrokken kind en ouders.

De jeugdartsen en verpleegkundigen geven aan dat zij vaak niet voldoende geïnformeerd zijn en daarom niet alert genoeg op het voorkomen van meisjesbesnijdenis in welke vorm dan ook. De hulpverleners op de consultatiebureaus zouden vanuit hun werk eerder in aanraking kunnen komen met de gevolgen van mildere vormen van meisjesbesnijdenis die op jongere leeftijd uitgevoerd worden dan dat zij direct in aanraking komen met de gevolgen van infibulaties.

Verschillende jeugdartsen die via scholen in aanraking komen met Somalische jongeren geven aan behoefte te hebben aan een protocol of richtlijnen vanuit de beroepsgroep over hoe en wanneer meisjesbesnijdenis het beste bespreekbaar gemaakt kan worden.

Strategieën

De tweede belangrijke taak van de JGZ is signalering. De Nederlandse Vereniging voor Jeugdartsen (NVJG) heeft hierover overleg met onder andere het ministerie van VWS. Ten behoeve van de signalering is de vraag gerezen in hoeverre het mogelijk is om bij een meisje een recente besnijdenis via lichamelijk onderzoek vast te stellen. Een tweede vraag die hierop volgt is of een arts bij een mogelijke constatering van vrouwenbesnijdenis dit kan melden zonder dat de geheimhoudingsplicht overtreden wordt (Zwaan 2003)

De jeugdartsen stellen dat de betrokken meisjes naar verwachting niet direct toegeven dat zij, recent, besneden zijn. Vaststelling van een besnijdenis zou middels lichamelijk onderzoek kunnen, ware het niet dat artsen geen bevoegdheid hebben om zonder direct medische noodzaak en zonder verzoek van het individu een uitgebreid genitaal onderzoek te verrichten. Dit vloeit voort uit de Wet Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO). Verder moet men zich afvragen of, als een genitaal onderzoek wel mogelijk zou zijn, het onderzoek bij alleen de risicogroepen niet stigmatiserend werkt. Om dit op te lossen zouden alle meisjes uit alle bevolkingsgroepen onderzocht moeten worden maar dan stuit men wederom op het probleem dat ouders hun dochters zonder medische noodzaak niet zomaar aan een genitaal onderzoek laten deelnemen. Ook zijn er jeugdartsen die vinden dat zij als artsen wel degelijk de taak hebben om bij wijze van spreken onder het rokje van het Somalische meisje te kijken, en dat zij ook verplicht zijn om het thema aan te roeren, als een meisje met moeder of familielid op het spreekuur komt.

Eigen betrokkenheid

Ook hier blijkt dat alleen wanneer de artsen en verpleegkundigen specifiek in de thematiek geïnteresseerd zijn, zij meisjesbesnijdenis aankaarten bij de betrokken risicogroepen. Er is geen sprake van het systematisch bespreekbaar maken van een toekomstig besnijdenis.

Voor de JGZ kan geconstateerd worden dat er veel individuele jeugdartsen en verpleegkundigen zijn die in het onderwerp geïnteresseerd zijn en incidenteel bespreekbaar maken en er wordt op symposia aandacht aan besteed. Van systematische preventieactiviteiten is geen sprake, laat staan van signalering.

Medische beroepsverenigingen⁸³

De medische beroepsverenigingen lichten hun leden incidenteel voor over meisjesbesnijdenis via bijeenkomsten, vakbladen en herscholingscursussen. Wat betreft meisjesbesnijdenis ligt hun centrale taak vooral in het aanreiken van professionele codes en richtlijnen voor medisch handelen.

Alle beroepsverenigingen verbieden hun leden meisjesbesnijdenis uit te voeren. De Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie (NVOG) is daar het meest expliciet in en heeft onlangs ook haar richtlijn om vrouwen te hechten na de bevalling aangescherpt (zie bijlage 6). Zoals we eerder zagen, wordt dit niet zonder meer opgevolgd door hulpverleners.

⁸³ De medische beroepsverenigingen werden per e-mail en telefonisch benaderd.

De Landelijke Vereniging van Huisartsen verwees ons naar de richtlijnen van de NVOG. De vice-voorzitter van de Nederlandse Vereniging voor Jeugdgezondheidszorg (NVJG) ziet hun taak in primair in de preventie liggen: “Op dit moment proberen wij JGZ medewerkers ervan te overtuigen dat door gesprekken meisjesbesnijdenis moet worden voorkomen”.

De vereniging wijst selectief genitaal onderzoek af omdat zij bang zijn dat Somalische meisjes niet meer op de spreekuren komen. Daarnaast ziet de vereniging voorlichting via de eigen groep als een belangrijke weg tot attitudeverandering. Gesprekken met meisjes en ouders uit de risicogroepen zien zij als een mogelijkheid. Bij constatering van een recent uitgevoerde besnijdenis moet de jeugdarts dit melden bij een AMK en overleggen over de te nemen maatregelen en de te volgen werkwijze. Afhankelijk van de medische en psychosociale indicaties zal de jeugdarts het kind dienen te verwijzen voor behandeling c.q psychosociale begeleiding. De vraag is echter of deze laatste bestaat op het gebied van meisjesbesnijdenis.

Sommige jeugdartsen vinden de houding van beroepsverenigingen als die van de NVJG afwerend ten aanzien van het onderwerp en zij verwijzen ernaar dat Nederland de verklaring van de rechten van het Kind heeft geratificeerd, waarin in art. 19 wordt gesteld: “De Staten die partij zijn, nemen alle passende wettelijke en bestuurlijke maatregelen en maatregelen op sociaal en opvoedkundig gebied om het kind te beschermen tegen ALLE vormen van lichamelijk of geestelijk geweld, letsel of misbruik, verwaarlozing of nalatige behandeling, mishandeling of exploitatie, met inbegrip van seksueel misbruik, zolang het kind onder de hoede is van de ouder(s), wettige voogd(en) of iemand anders die de zorg voor het kind heeft”⁸⁴

De artsen die deze visie aanhangen vinden dat men door een voorzichtige instelling allochtone meisjes in de kou laat staan. Zij stellen dat het lijkt alsof meisjesbesnijdenis niet verboden en strafbaar is en dat het lijkt alsof we niet al jarenlang in de praktijk kindermishandeling dienen te signaleren, te melden, en aan te pakken. Bovendien zien ze een vermoeden van besnijdenis als voldoende aanleiding om nader onderzoek te doen dan wel te laten doen.

In 1994 heeft de Geneeskundige Hoofdinspectie van de Volksgezondheid (GHI) een bulletin met richtlijnen omtrent vrouwenbesnijdenis uitgegeven. De GHI gaat bij een geval van

⁸⁴ Bovendien staat in Art 24 van het IVRK

Ieder kind heeft recht op de best mogelijke gezondheid en gezondheidszorg. Nadruk ligt op vermindering van baby- en kindersterfte, op eerstelijnsgezondheidszorg, op voorzien in voldoende voedsel en zuiver drinkwater, op pre- en postnatale zorg voor moeders, op voorlichting over gezondheid, over voeding, over de voordelen van borstvoeding en over hygiëne. Traditionele gebruiken die schadelijk zijn voor de gezondheid moeten afgeschaft worden.....(waaronder dus meisjesbesnijdenis).

vrouwenbesnijdenis uit van het gebruikelijke beleid dat gevolgd wordt bij een melding van kindermishandeling. Er worden drie doelen nagestreefd met deze richtlijnen, te weten preventie, een uniform beleid bij iedere melding en als derde registratie om een indruk te krijgen van de omvang van het probleem.

Er is bij deze richtlijnen een tweedeling gemaakt in een vermoeden van een voorgenomen besnijdenis en een daadwerkelijk uitgevoerde besnijdenis. In beide gevallen wordt een (op handen zijnde) meisjesbesnijdenis geacht bij het AMK⁸⁵ gemeld te worden. Deze zal de betrokken huisarts informeren om het meisje en de familie te volgen en uit te zoeken of hij/zij, of andere instanties of personen, relevante informatie over de strafbaarheid en de gevolgen van vrouwenbesnijdenis kunnen geven (Zwaan 2003). De inspecteur van de GHI die vrouwenbesnijdenis in haar portefeuille heeft, is actief betrokken bij discussies en activiteiten gericht op dit thema. De inspectie is een voorstander van stringenter richtlijnen vanuit de beroepsverenigingen en een tegenstander van herinfibulatie na de bevalling. De inspecteur is diegene die medische onderzoek en registratie zou kunnen starten waardoor beroepsgroepen gaan registreren hoe vaak zij in aanraking komen met medische gevolgen van meisjesbesnijdenis, zowel bij jonge meisjes als vrouwen. Een dergelijke registratie kan meer inzicht verschaffen in de mate waarin meisjesbesnijdenis plaats vindt in Nederland.

Belangrijk is ook of artsen een meisjesbesnijdenis kunnen en mogen melden. Artsen zijn in eerste instantie gebonden aan de geheimhoudingsplicht. Dit is ten behoeve van de patiënten. Patiënten willen, soms erg vertrouwelijke informatie geven aan de hulpverlener in de wetenschap dat de informatie tussen hen blijft, zelfs als de patiënt een strafbaar feit heeft gepleegd. Artsen kunnen onder bepaalde omstandigheden van de zwijgplicht afwijken. Dit betreft gevallen van overmacht, als er toestemming van de patiënt is of als er sprake is van een wettelijk voorschrift.

De meldcode van de Koninklijke Maatschappij ter Bevordering van de Geneeskunde (KNMG) geeft het meest uitgebreide advies op dit gebied van signalering. De KNMG adviseert in haar gedragsregels voor artsen bij een geval van (vermoedens van) kindermishandeling in de eerste plaats advies in te winnen bij collega's of een AMK. De arts kan hierna een melding doen bij het AMK, al dan niet met toestemming van de ouders en het kind. Als er geen toestemming gegeven wordt zal een arts zijn beroepsgeheim moeten schenden. Belangrijk om te vermelden is dat artsen wettelijk gezien een meldingsrecht hebben, geen meldingsplicht. De arts handelt daarbij in overeenstemming met de 'Meldcode voor medici inzake vermoedens van kindermishandeling',

⁸⁵ Vroeger kwamen meldingen bij Bureau Vertrouwensartsen binnen, nu bij de AMK's die zeker er 4-6 weken overdoen om een melding te registeren, alvorens actie wordt ondernomen.

zoals deze op 25 juni 2002 is vastgesteld door de besturen van de KNMG en de Vereniging voor Vertrouwensartsen inzake Kindermishandeling (VVAK)⁸⁶.

Naast richtlijnen van de beroepsvereniging kunnen er ook in ziekenhuizen richtlijnen en protocollen opgesteld worden die van belang zijn. In het VU medisch centrum wordt sinds 1994 met een protocol voor kindermishandeling gewerkt op de eerste hulp, zodat artsen kindermishandeling eerder herkennen en kunnen melden. Het werken met dit protocol heeft inderdaad geleid tot een toename van de meldingen. (Verweij 2001). Tot nu toe is er binnen dit protocol geen aandacht voor meisjesbesnijdenis, maar daar zijn zeker aanknopingspunten voor te vinden.

Informatievoorziening naar de reguliere zorg

Duidelijk is dat onder de diverse beroepsgroepen die direct of indirect in aanraking komen met de gevolgen van meisjesbesnijdenis een grote behoefte aan informatie bestaat. Pharos inventariseerde de vragen die door de reguliere zorg gesteld zijn aan haar projectmedewerkers en helpdesk⁸⁷. Het gaat om vragen als: hoe en wanneer maken we het onderwerp bespreekbaar, waar kunnen de vrouwen naar toe verwezen worden met klachten en problemen rondom vrouwenbesnijdenis, wat te doen bij vermoedens van een op handen zijnde besnijdenis, hoe zit het met het openen voor het huwelijk en het sluiten na een bevalling. De vragen komen uit de medische opvang asielzoekers, vanuit begeleiding van alleenstaande asielzoekers, consultatie bureaus, schoolartsen, van de GGD en huisartsen. Ook waren er diverse vragen vanuit de reguliere zorg onder andere over gedwongen terugkeer en besnijdenis in land van herkomst, over het bespreekbaar maken van besnijdenis, over verzoeken tot openen van infibulatie op medische indicatie. Er werden diverse vragen gesteld vanuit de reguliere zorg, zoals: hoe om te gaan met een vermoeden dat meisjes besneden worden in het buitenland, hoe voorlichting aan de Somalische doelgroep te organiseren, hoe lotgenotengroepen opzetten om erover te kunnen praten, hoe het onderwerp bespreekbaar te maken.

De hier naar voren gebrachte vragen werden aan Pharos gesteld, maar tijdens de interviews en de klankbordgroepbijeenkomsten die in het kader van dit onderzoek plaats vonden, bleek dat alle

⁸⁶ Bij een conflict van plichten mag een arts zijn beroepsgeheim doorbreken, dat heeft het CMTC in 1972 al bepaald als het over kindermishandeling gaat, en dat is onlangs nog weer eens bevestigd door de meldcode.

⁸⁷ In de periode september 2000 – maart 2001 zijn circa vijftig vragen binnengekomen, waarvan tien vragen uit de reguliere zorg.

actief betrokkenen bij dit thema vaak ook op persoonlijke titel worden benaderd met soortgelijke vragen⁸⁸.

WPF voorziet momenteel in ieder geval in de behoefte aan algemene informatie door naast het jaarlijkse Wereld Bevolkingsrapport, een knipselkrant en een informatiebulletin uit te brengen waar genitale verminking wereldwijd uitgebreid aanbod komt⁸⁹. In Nederland is WPF vooral bezig met het vergroten van de bewustwording en het bespelen van de publieke opinie om internationale steun voor de strijd tegen vrouwenbesnijdenis te verwerven.

Curriculum medische beroepsgroepen

De constatering dat er zoveel behoefte aan informatie en voorlichting vanuit de reguliere zorg bestaat, roept de vraag op in hoeverre meisjesbesnijdenis als thema aanbod komt binnen de medische curricula. Er wordt door heel Nederland binnen het medisch en paramedisch onderwijs aandacht besteed aan dit thema. Opvallend is dat het behalve op de vroedvrouwscholen, niet gestandaardiseerd is. Het wordt incidenteel in het rooster wordt opgenomen door de inzet van een bij het thema betrokken docent.

In het Leids Universitair Medisch centrum bestaat een keuzevak *Safe Motherhood* waar vrouwenbesnijdenis besproken wordt. Op het VU medisch centrum komt het aanbod in het verplicht tweedejaars onderwijs Cultuur en Gezondheid en facultatief in het keuzevak Gezondheidszorg in Ontwikkelingslanden en het blok Metamedica⁹⁰. Op de vroedvrouwscholen in Amsterdam, Bilthoven, Kerkrade en Rotterdam wordt aandacht aan het onderwerp besteed⁹¹.

JGZ artsen krijgen les over dit onderwerp als zij binnen hun opleiding voor de keuzemodule migranten kiezen; daarin wordt anderhalf uur aan dit thema besteed. Afgelopen jaar vond de module geen doorgang omdat er te weinig inschrijvingen waren. Tijdens een congres over de JGZ in 2002 vond er een workshop plaats over het thema meisjesbesnijdenis plaats. Er waren dertig aanmeldingen. Dit geeft aan dat er binnen de beroepsgroep wel interesse voor is⁹².

88 Ook is niet duidelijk of Pharos genoeg zichtbaar is als vraagbaak voor migrantengroepen. Vanuit deze gemeenschappen zullen de vragen eerder aan de eigen organisaties gesteld worden.

89 Men kan hier tegen geringe vergoeding een abonnement op nemen: www.wpf.org

90 Op 11 december 2001 heeft het Ministerie van VWS een schrijven doen uitgaan waarin medische opleidingen gevraagd werd of zij aandacht besteden aan vrouwenbesnijdenis.

91 De lessen voor de vroedvrouwschool in Rotterdam en Bilthoven worden door Pharos verzorgd, aan de opleidingen in Heerlen en Amsterdam worden lessen gegeven door een verloskundige met ruime ervaring in het onderwerp vrouwenbesnijdenis.

92 Op 14 november 2003 vindt er weer een groot JGZ-congres plaats waar het thema uitgebreid aanbod komt.

Pharos heeft in opdracht van het Ministerie van VWS de taak de deskundigheidsbevordering van gezondheidswerkers betreffende meisjes en vrouwenbesnijdenis te vergroten. Door Pharos worden diverse scholingen op aanvraag verzorgd. Scholing wordt al gegeven aan medische studenten in de applicatiecursus consultatiebureauartsen, verpleegkundigen werkzaam binnen de medische opvang asielzoekers, verpleegkundigen werkzaam in obstetrie en gynaecologie. Nascholing aan jeugdartsen en verpleegkundigen, vroedvrouwen in België wordt ook door Pharos verzorgd. Een aanzet is gemaakt met het benaderen van beroepsgroepen, zoals de Werkgroep Interculturele Verpleging & Verzorging. Er zijn contacten gelegd met de afdeling Medische Opvang Asielzoekers (MOA) van de GGD voor een 'train de trainers' traject. Bij de specialistische opleiding voor verpleegkundigen in de obstetrie en gynaecologie in Dijkzicht Rotterdam, alsook aan het Vu medisch centrum, zijn een Somalische verpleegkundige en sociologe als docent werkzaam⁹³.

Pharos heeft lijnen uitgezet binnen de reguliere zorg onder andere naar de MOA, AMK, Jeugdgezondheidszorg, verloskundigen en gynaecologen, maar dit proces lijkt langzaam en moeizaam te verlopen. Initiatieven van de inmiddels getrainde Somalische sleutelpersonen om voorlichting te geven in een opvangcentrum lijken tot nu toe niet gehonoreerd. Er wordt gewacht op het landelijk MOA beleid inzake voorlichting en preventie van vrouwenbesnijdenis. Uit interviews met het hoofd van de MOA binnen de GGD Nederland en een Somalische verpleegkundige werkzaam binnen de MOA gevestigd in Den Haag, blijkt dat er een decentralisatiebeleid gevoerd wordt. In de zeven stichtingen van de MOA in Nederland kan aandacht besteed worden aan vrouwenbesnijdenis. De verpleegkundige van de MOA in Den Haag besteedt momenteel 16 uur per week aan het opzetten van een werkplan en het organiseren van een conferentie die op 11 december 2003 te Rotterdam zal plaatsvinden.

Conclusie met betrekking tot de medische zorg

Van de verschillende professionals binnen de medische zorg komen vooral gynaecologen in contact met de vrouwen van de risicogroepen. Zij zijn in staat hen te informeren over de gevolgen van meisjesbesnijdenis, over het verbod op meisjesbesnijdenis en herfibulatie in Nederland en over de redenen daarvoor. Huisartsen krijgen weinig hulpvragen met betrekking tot meisjesbesnijdenis en zij voelen zich niet geroepen het onderwerp bespreekbaar te maken.

⁹³ Incidenteel is tijdens trainingen wel aandacht gegeven aan het thema meisjesbesnijdenis onder andere in scholing over ouder en kindzorg aan verpleegkundigen, aan praktijk-verpleegkundigen van de Medische Opvang Asielzoekers (MOA) en aan deelnemers aan de cursus intercultureel werken in Nijmegen.

Bovendien lijken zij te weinig geïnformeerd om signalen op te vangen die duiden op recent plaatsgevonden of een toekomstige besnijdenis. Jeugdartsen en verpleegkundigen komen ook veel in contact met meisjes uit de risicogroepen en soms met hun ouders. Velen van hen zijn geïnteresseerd in het thema en zouden meer handvaten aangereikt willen krijgen hoe er mee om te gaan, hoe te signaleren en hoe te registreren. Door toename van het aantal symposia en workshops over dit thema, lijkt dit ook te gebeuren.

Duidelijk is dat een meersporenbeleid bestaande uit scholing en educatie, bredere bekendheid van richtlijnen vanuit de beroepsverenigingen en aanwijzingen door de Inspectie zeker bij zouden dragen aan een toename van kennis, het bespreekbaar maken en mogelijk signaleren van meisjesbesnijdenis.

B. Activiteiten van kenniscentra

In Nederland vinden trainingen en voorlichtingsbijeenkomsten voor de betrokken migrantengroepen plaats. Deze bijeenkomsten zijn er tot nu vooral op gericht de Somalische migrantengroepen te informeren, hen voor te lichten en hen mogelijk tot attitudeverandering te bewegen op een zodanige wijze dat zij niet meer tot besnijdenis van hun dochters overgaan. In dit deel van hoofdstuk 5 staan deze activiteiten van het landelijk kenniscentrum Pharos vluchtelingen en gezondheid en andere kenniscentra, centraal.

Op het gebied van preventie van meisjesbesnijdenis zijn er sinds 1992 verschillende initiatieven op gang gekomen. Deze waren met name op de Somalische migrantengroep gericht. Zo werd er een voorlichtingsfolder door Pharos ontwikkeld. Deze folder met antwoord op de meest basale vragen en verwijzing naar naar Pharos, stuitte op weerstand in de Somalische gemeenschap daar hij ontworpen was in een spijkerbroekenblauw.

Ook kwamen Somalische vrouwen onder leiding van de Vluchtelingen Organisaties Nederland (VON) bij elkaar, hetgeen uiteindelijk leidde tot het project Haawo Taako⁹⁴ dat zich richtte op deskundigheidsbevordering, cultuurbeleving/ontmoeting, individuele hulpverlening, en voorlichting (VON 1995). Dit programma mondde later uit in verschillende activiteiten van Federatie Somalische Associates Nederland (FSAN). De werkzaamheden van Pharos/FSAN

⁹⁴ Het project van FSAN en VON kwam tot stand door financiering van het Ministerie van Buitenlandse Zaken en van Volksgezondheid Welzijn en Sport en door Projecten in Nederland (PIN)

beslaan vier programma's te weten, de Eerste lijn, de GGZ, Opvang van asielzoekers en Jeugd. In elk programma zijn verschillende disciplines aanwezig, aangestuurd door een manager.

Het project van Pharos en FSAN "Vrouwenbesnijdenis in Nederland van beleid naar praktijk" valt geheel onder het eerste programma. De kern van het samenwerkingsproject Pharos/FSAN⁹⁵ bestaat uit:

- Het actief in gang zetten van veranderingsprocessen bij de doelgroep Somaliërs door middel van werving en training van sleutelfiguren en voorlichters eigen taal en cultuur (vetc'ers) die een reeks van voorlichtingsbijeenkomsten uitvoeren.
- Het oprichten van een platform waar alle ontwikkelingen rondom vrouwenbesnijdenis op nationaal en internationaal niveau worden uitgewisseld en een klankbordgroep, in te stellen om ervaringen en initiatieven bijeen te brengen⁹⁶.
- Het vergroten van kennis en vaardigheden van de reguliere zorg in het omgaan met de vele facetten van vrouwenbesnijdenis.

Train de Trainers (Pharos/FSAN)

Door Pharos/FSAN werd in de zomer van 1999 een 'train de trainers' cursus van vijf dagen voor Somalische sleutelpersonen ontwikkeld. Deelnemers aan deze training waren door FSAN geselecteerde Somalische voorlichters eigen taal en cultuur (vetc'ers) en belangrijke sleutelpersonen. Bij beide groepen werd gekeken naar hun motivatie, en naar hun (vertrouwens)positie binnen de Somalische gemeenschap in Nederland.

Door heel Nederland werden voorlichters en sleutelfiguren getraind (zie bijlage 4). De training verliep aan de hand van een basishandboek: 'Vrouwenbesnijdenis in Nederland: Preventie, sleutel voor gezondheid'. Speciale aandacht wordt geschonken aan de geschiedenis in Europa en Afrika,

⁹⁵ Bij deze beschrijving is grotendeels uit de Voortgangsrapportages en mondelinge gesprekken met Monique Kavelaars, Gerda Nienhuis, en Marina Hendriks geput. Dit project werd gefinancierd door het Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport.

⁹⁶ In het Platform Aanpak Vrouwenbesnijdenis, bestaande uit Pharos, FSAN, en Defence for Children International, afd. Nederland, zijn diverse invalshoeken verenigd (bevorderen gezondheid, behartigen belangen van de doelgroep, het bevorderen van rechten van kinderen). Het Platform is een kleine actieve club, die ontwikkelingen nationaal en internationaal bijhoudt en uitwisselt met de klankbordgroep. Het Platform komt eens per twee maanden bijeen. Twee keer per jaar vinden bijeenkomsten plaats van Platform met de Klankbordgroep om zowel beleidsmatige als praktijkervaringen uit te wisselen. Het platform en Klankbordgroep zijn ingesteld met als doel het vergroten van draagvlak, continuïteit en samenhang. Gemiddeld zijn er per bijeenkomst ongeveer 50 tot 60 deelnemers aanwezig van de ca. 100 actieve leden. Daarnaast zijn er ca. 25 corresponderende leden.

invloed van internationale organisaties, wet- en regelgeving in Nederland, gevolgen van besnijdenis, de reeds gevoerde campagnes en over interventies die werken en nog niet werken⁹⁷.

Pharos heeft over het ontwikkelen van deze training overlegd gevoerd met andere kenniscentra als NIGZ en Transact, die beiden een training hebben ontwikkeld voor Somalische voorlichters gericht op moeilijk bespreekbare onderwerpen (Aids, seksueel geweld). Met het NIGZ wordt ook gekeken hoe vrouwenbesnijdenis een onderdeel kan vormen in de opleiding voor vetc'ers. Door FSAN werd veel tijd en energie geïnvesteerd in het mondeling individueel benaderen (meestal telefonisch in de avonduren) van betrokken Somaliërs (voorlichters, sleutelfiguren, intermediairen, voorzitters van zelforganisaties, en wijze mensen).

Volgens Pharos en FSAN heeft de ervaring geleerd dat de materiële randvoorwaarden om actief in het project te participeren goed moeten geregeld zijn (onkostenvergoeding, vergoeding voor kinderopvang, reiskosten). Veel tijd kostte bijvoorbeeld de ingewikkelde situatie dat er vanuit landelijke steunpunten voor vetc'ers verschillende tarieven gehanterd worden voor voorlichtingsbijeenkomsten. Voor sleutelfiguren bestaan geen tarieven omdat zij geen officieel erkende categorie zijn in Nederland. Ook het samenwerken met zelforganisaties gaat niet vanzelfsprekend omdat medewerkers dat op basis van vrijwilligheid doen⁹⁸. Tijdens interviews met andere betrokkenen werd de kritiek geuit dat Pharos te weinig met de GG&GD op dit vlak samenwerkt. Een woordvoerder van de GG&GD in Amsterdam liet ons echter weten dat zij geen Somalische voorlichters hebben en samenwerking niet voor de hand ligt.

Het projectdeel dat bestaat uit de trainingen is per 1 september 2003 beëindigd. Een nieuwe subsidie is verkregen voor de periode van een jaar van het Europees Vluchtelingen Fonds (EVF) ten behoeve van het nieuwe Project Netwerk Sleutelfiguren en Contactpersonen Vrouwenbesnijdenis. Doel van dit project is het opbouwen van een sluitend netwerk van

⁹⁷ Hoewel de training in het Nederlands werd gegeven bleek het ook nodig om op kennisniveau in de Somalische taal te spreken om de eigen woordenschat rondom dit thema te vergroten. Verder bleken de deelnemers te hechten aan visueel overtuigingsmateriaal, zoals de video '7 drops of blood' (Somalisch gesproken) en de Deense film 'Let us talk'. In de training werden rollenspelen gespeeld en mocht elke deelnemer met een verhaal komen over meisjesbesnijdenis. Twee gastsprekers waren een imam en een vertrouwensarts van het AMK, Nederland.

⁹⁸ In Den Haag was de Stichting Bewonersorganisatie van Somaliërs in de Schilderswijk (SBSS) verantwoordelijk voor het uitzetten en uitvoeren van een aantal activiteiten gericht op preventie van vrouwenbesnijdenis in Den Haag en omgeving voor de periode september 2001 tot september 2002. Activiteiten bestonden uit: een grote startbijeenkomst, 3 voorlichtingsbijeenkomsten voor vrouwen en 3 voor mannen, 4 discussiedagen voor jongeren met als afsluiting een sporttoernooi waarbij de 'anti-besnijdenis trofee' gewonnen kan worden, 35 individuele benaderingen, estafette naar randgemeenten en een afsluitende grote bijeenkomst ter afsluiting.

SBSS kreeg van Pharos een deelbudget om deze activiteiten uit te voeren, uitgezonderd voor het sporttoernooi en de estafette naar randgemeenten. Voor deze activiteiten is financiering gevraagd bij de provincie. Na een grote startbijeenkomst, die op zondag 11 november 2002 plaatsvond, zijn de eerste voorlichtingen aan mannen, vrouwen en jongeren in december 2002 en voorjaar 2003 gegeven.

Somalische sleutelfiguren in Nederland. Naast de groep van ‘oude’ sleutelfiguren die eerder getraind werden, zullen er 15 nieuwe sleutelfiguren geworven (en getraind) worden uit een aantal gemeenten waar nog geen andere trainers uit geworven zijn en waar daarna voorlichting gegeven gaat worden. In totaal is er dan een bereik van 35 gemeenten met ongeveer 700 Somaliërs). Daarnaast zullen vijf regionale contactpersonen aangetrokken en getraind worden. Dit project moet de basis leggen voor vergelijkbare benadering binnen andere Afrikaanse vluchtelingengroepen in Nederland. Dat is gewenst omdat de aandacht nu uitsluitend op de Somalische migrantengroep gericht is en de verschillende vormen van meisjesbesnijdenis niet aan de orde komen. Voor zover er in Nederland voorlichting wordt gegeven, individueel of op groepsniveau, is dit gericht op infibulatie. Dat betekent dat groepen als Egyptenaren en Eritreërs niet bereikt worden. Op dit moment bestaan er geen voorlichtingsprogramma’s voor andere migrantengroepen.

Activiteiten van andere kenniscentra

Tijdens dit onderzoek werd ook geïnventariseerd welke andere kenniscentra direct in contact staan met de migrantengroepen en activiteiten uitvoeren met betrekking tot meisjesbesnijdenis, zoals Vluchtelingenwerk, VON en meer internationaal georiënteerde organisaties als Novib en World Population.

Vluchtelingenwerk Nederland die ook lokale stichtingen onder zich heeft, geeft geen specifieke aandacht aan vrouwenbesnijdenis⁹⁹. Wel komt dit thema regelmatig aan bod binnen de trainingen van de vrijwilligers werkzaam voor de lokale stichtingen Vluchtelingenwerk. Vooral de lokale vluchtelingenwerkgroepen hebben direct contact met de individuen en gezinnen van de betrokken migrantengroepen en het thema past goed binnen de opvoedingsondersteuning. Incidenteel worden er lokale voorlichtingsprojecten uitgevoerd. Zo ondernam Vluchtelingenwerk Leidschendam een project gericht op de zelfredzaamheid van Somalische vrouwen. Dit resulteerde in twee publicaties¹⁰⁰. Het project heeft echter geen vervolg gekregen omdat de Somalische voortrekster naar de Verenigde Staten is vertrokken is.

⁹⁹ Zij gaan uit van het standpunt zoals beschreven in het GHI bulletin (1994). Als zij aanvragen of verzoeken tot informatie krijgen, verwijzen zij door naar Pharos en eventueel naar voorheen de MOA, nu geïntegreerd in de GG&GD. Ook zien zij een taak liggen bij de COA die zich nu bijvoorbeeld bezighoudt met de veiligheid van vrouwen in de asielzoekerscentra.

¹⁰⁰ “*Actief in Leidschendam*”. *Project zelfredzaamheid Somalische vrouwen*. Gemeente Leidschendam en Stichting Vluchtelingenwerk, Leidschendam, april 2001., I.K. Bensmail en M.M.M. van den Enk-Hanewinkel, *Project zelfredzaamheid Somalische vrouwen* Stichting Vluchtelingenwerk Leidschendam, november 2000.

Het Nidos (voorheen Stichting de Opbouw) levert voogden voor alleenstaande minderjarige asielzoekers, waaronder personen afkomstig uit de migrantengroepen die hun meisjes besnijden. Incidenteel hebben de voogden vragen rond dit thema en er wordt af en toe voorlichting over dit thema gegeven. Vaak ervaren de voogden¹⁰¹ het als ingewikkeld om het thema bespreekbaar te maken met de betrokken meisjes of de gastgezinnen waar zij verblijven. In het verleden zijn er voogden geweest die een voltrokken of een op handen zijnde besnijdenis van hun pupillen signaleerden, maar zij wisten niet welke weg daarbij te bewandelen en hoe een follow-up te geven.

Novib en WPF die beiden zogenaamde FGM projecten ondersteunen in Afrika, organiseren en financieren incidenteel workshops in Nederland waarin het thema centraal staat. Beide organisaties proberen de brug te slaan tussen Somalische voortrekkers met betrekking tot meisjesbesnijdenis wereldwijd en in Somalië enerzijds, en de Somalische organisaties en betrokkenen in Nederland anderzijds. Daarnaast is VON sinds kort actief in het voorlichten van hun achterban op het gebied van vrouwenbesnijdenis.

Conclusie met betrekking tot kenniscentra

Op dit moment worden de meeste activiteiten gericht op de migrantengroepen vanuit Pharos ondernomen. Tot op heden is dat alleen de Somalische doelgroep. Door training van trainers die op hun beurt de Somalische gemeenschap proberen te informeren wordt geprobeerd veranderingsprocessen met betrekking tot meisjesbesnijdenis in werking te stellen¹⁰². Daarnaast vinden er incidentele activiteiten vanuit de andere kenniscentra plaats. Ook deze betreffen alleen de Somalische doelgroep.

C. Indirecte interventies

Naast de organisaties die direct in contact met de doelgroep staan en voorlichting en/of medische zorg leveren, is tijdens dit onderzoek een inventarisatie van voorwaarden scheppende

¹⁰¹ De voogden en brachten net als de jeugdartsen naar voren dat bij het signaleren vaak nog uit wordt gegaan van informatie die zij van leerkrachten hebben gekregen. Als een kind zomaar een tijdje weg was, en daarna volledig dichtgeklapt, teruggetrokken en stil in de klas zit, en niet meer mee wil gymmen, dient dit wel als signaal bij het onderzoek meegenomen te worden.

¹⁰² Op 6 februari 2004 zullende evaluatiestudies met betrekking tot deze trainingsactiviteiten in boekvorm uitgebracht worden door de Wetenschapswinkel VU, behalve onderzoeken naar veranderingsprocessen, identiteit en beeldvorming wordt er momenteel ook onderzoek gedaan naar de rol van JGZ, visie en mogelijkheden van gynaecologen en er wordt gekeken naar meisjesbesnijdenis bij francofone Afrikaanse groepen in Nederland.

activiteiten en interventies ter voorkoming van meisjesbesnijdenis. Zo werd door de onderzoekers verondersteld dat er mogelijk ook activiteiten en contacten met de betrokken migranten plaats hebben op scholen, bij de politie en de gemeenten. Op scholen vindt direct contact plaats met jongeren. Onderwijzers kunnen mogelijk inzicht hebben in het voorkomen van deze problematiek en een rol spelen bij het informeren van de jongeren over de gevolgen van meisjesbesnijdenis. Binnen gemeenten en politie wordt meer en meer aandacht gegeven aan kindermishandeling en huiselijk geweld en de vraag is of dit ook het geval is met meisjesbesnijdenis.

Regulier onderwijs lagere scholen, middelbare scholen en hoger onderwijs

In dit onderzoek is niet uitvoerig gezocht naar activiteiten binnen het onderwijs. Wel is gekeken of er projecten rond dit thema bestaan. Dat blijkt niet het geval. Op alle schooltypen wordt incidenteel aandacht besteed aan meisjesbesnijdenis in projecten binnen de vakken maatschappelijke vorming en religie en wereldbeschouwing. Er is echter geen sprake van geïnstitutionaliseerde aandacht voor dit thema. Wel wordt erkend dat leerkrachten een functie hebben in de signalering van besnijdenis alsook een voorlichtingsfunctie naar kinderen uit de betrokken migrantengroepen. Op de opleidingen voor leraren wordt incidenteel aandacht aan dit thema gegeven.

Gemeenten

In het huidige politieke stelsel hebben gemeenten een grote rol toebedeeld gekregen op het vlak van maatschappelijk welzijn en inburgering. Tijdens dit onderzoek is vooral gekeken naar de activiteiten die er zijn voor inburgering van migranten groepen.

De rijksregeling met betrekking tot het oudkomersbeleid biedt de gemeenten de vrijheid om in het kader van inburgeringprogramma's aandacht te besteden aan de problematiek van meisjesbesnijdenis. Zo legt de Oudkomersregeling G54 nadrukkelijk het accent op inburgering van oudkomers via duale trajecten. Met duale trajecten wordt bedoeld het combineren van de Nederlandse taal (NT-2) met een ander onderdeel zoals maatschappijoriëntatie, kennis van het Nederlandse onderwijs en gezondheidssysteem.

De gemeenten, zeker de grote steden en daar waar sprake is van veel migrantengroepen waarbij de besnijdenisproblematiek speelt, kunnen de combinatie van NT-2 en kennis van het Nederlandse gezondheidssysteem benutten voor de bewustwording en bestrijding van besnijdenis van meisjes.

Bij de gemeente Amsterdam bijvoorbeeld wordt gesteld dat het bespreekbaar maken van de problematiek van de besnijdenis en de fysieke gevolgen daarvan voor de vrouwen, in veel gevallen eerder een gunstig effect zal hebben dan een dwangmatige aanpak van de problematiek: “Een inburgeringstraject is bij uitstek één van de belangrijke middelen waarmee gewerkt kan worden aan de bestrijding van deze problematiek”, aldus een medewerker. Maar er is tot op heden niets mee gedaan. Slechts wanneer een docent van de uitvoerende instantie persoonlijk in de problematiek is geïnteresseerd, krijgt het onderwerp aandacht.

Ook nieuwkomers zijn verplicht in het kader van de inburgering een maximum van 600 uur Nederlandse taal en daarmee samenhangende vak maatschappij oriëntatie, te volgen. Dit is volgens de Wet Inburgering Nieuwkomers die in 1998 is ingetreden. Ook binnen deze oriëntatiecursussen, gegeven door regionale opleidingscentra ROC's in opdracht van de gemeenten, zou ruimte moeten zijn om systematisch aandacht te geven aan thema's als reproductieve gezondheid, meisjesbesnijdenis, geweld tegen vrouwen. Uit dit onderzoek zijn geen specifieke voorbeelden naar voren gekomen waarbij dit het geval is.

De gemeenten kunnen verder een centrale rol spelen in de coördinatie van activiteiten binnen hun grenzen. Op dit moment gaat het kenniscentrum Transact in samenwerking met de Vereniging van Nederlandse Gemeenten en in opdracht van het Ministerie van Justitie huiselijke geweld aanpakken door training en coördinatie van onder andere consultatiebureaus, maatschappelijke werk, huisartsen, Raad voor de Kinderbescherming, AMK's en huisartsen.

Politie en AMK's

Bij deze inventarisatie werd gekeken naar wat er gebeurt bij de politie, de politiescholen en de AMK's. Bij willekeurige navraag bij politiebureaus bleek dat men geen idee heeft wat meisjesbesnijdenis is en welke weg moet worden bewandeld wanneer er een melding komt.

Tijdens dit onderzoek werd veelvuldig gewezen naar de AMK's als aanspreekpunt en verwijlsbureau voor meisjesbesnijdenisproblematiek. Zoals we eerder zagen is een AMK is een provinciaal georganiseerde instantie die 24 uur per dag bereikbaar is. Hier kunnen meldingen van kindermishandeling gedaan worden¹⁰³. Binnen het AMK zijn twee functies te onderscheiden, te weten de advies- en consultfunctie en de meldingsfunctie. Bij de eerste functie houdt de adviesvrager de verantwoordelijkheid voor de aanpak van de kindermishandeling, terwijl bij de

¹⁰³ In 1997 zijn er bij de AMK's 14.623 meldingen van kindermishandeling binnengekomen. Slechts 1% van de meldingen bij de AMK's komt van het consultatiebureau, 8% van de schoolgezondheidszorg en 43% vanuit de directe omgeving (Zwaan 2003).

meldingsfunctie een werkelijke overdracht van persoonsgegevens plaats vindt. Hiermee wordt het AMK medeverantwoordelijk voor de aanpak van het probleem. Na onderzoek en beoordeling van een melding kan het AMK hulpverlening op gang brengen, bij voorkeur op basis van vrijwilligheid. Zoals we al in hoofdstuk 4 zagen, blijkt er binnen de AMK's geen expertise aanwezig te zijn op het thema meisjesbesnijdenis.

Door Pharos werd in 2001 een initiatief tot een zogenaamde referentiegroep genomen (Pharos, FSAN, DCI met onder andere het Advies en Meldpunt Kindermishandeling, Inspectie, Zedenpolitie, GGD) over de vraag hoe om te gaan met geruchten over en vermoedens van meisjesbesnijdenis en om de GHI richtlijnen concreter naar de praktijk te vertalen. Deze groep kwam twee keer bij elkaar. Hoewel duidelijk is dat deskundigheid bij instanties ontbreekt om adequaat met signalen rondom meisjesbesnijdenis om te gaan, zijn er geen vervolgacties op ondernomen¹⁰⁴. Met het expertisecentrum Kindermishandeling van het NIZW is door Pharos contact gelegd om meisjesbesnijdenis aan te kaarten in het Landelijk Overleg Bureauhoofden om te zien wat zij kunnen doen rondom deskundigheidsbevordering. Navraag bij NIZW bleek dat deze instantie vooral naar Pharos verwijst als organisatie die het mandaat heeft. Er bestaan geen concrete plannen om meisjesbesnijdenis als onderwerp te integreren¹⁰⁵.

Alhoewel meisjesbesnijdenis als een vorm van kindermishandeling wordt gezien, is er bij alle deskundigen op dit onderwerp niet meteen enthousiasme om meisjesbesnijdenis als thema te integreren en bijvoorbeeld op te nemen in grote publiekscampagnes over kindermishandeling. Reden daarvoor is dat veel aandacht naar dit thema zal gaan terwijl de incidentie en prevalentie veel lager is dan andere vormen van kindermishandeling. Bovendien komt het bij specifieke groepen binnen de Nederlandse samenleving voor.

Conclusie met betrekking tot indirecte interventies

Duidelijk is geworden dat er bij instanties als politie, AMKs en gemeenten geen specifieke deskundigheid op gebied van meisjesbesnijdenis bestaat en dat er slechts incidenteel aandacht is voor dit onderwerp. Ook is men soms bang om het onderwerp op de agenda te zetten omdat er dan veel aandacht naar dit thema gaat en andere onderwerpen blijven liggen.

¹⁰⁴Vanuit Pharos zijn er twee bijeenkomsten georganiseerd, referentiebijeenkomsten genoemd, dd 31 januari 2001 en 9 oktober 2001, waarin juist het vastlopen van meldingen en het zoeken naar adequate reacties op signalering, centraal staan (Pharos 2001). Pharos voerde bovendien gesprekken met het AMK en de Raad voor de Kinderbescherming in Utrecht. Belangstelling voor scholing is aanwezig.

¹⁰⁵ Dit is opmerkelijk omdat dat tijdens interviews met verschillende werkenden in de praktijk vele malen gewezen werd op een mogelijke rol in deze door het NIZW.

D. Samenhang tussen A,B, C

Uit de beschrijvingen onder A, B en C komt naar voren dat in Nederland een aantal activiteiten plaatsvindt op het gebied van meisjesbesnijdenis die incidenteel worden georganiseerd. Hoewel ook andere dan de Somalische migrantengroepen meisjesbesnijdenis kennen, is de aandacht beperkt gericht op de Somalische gemeenschap.

Geconcludeerd mag worden dat wanneer er specifieke interesse bestaat voor dit onderwerp er binnen opleiding en werk incidenteel wel aandacht aan wordt besteed. Er is echter geen sprake van systematische en geprogrammeerde aandacht. Verschillende beroepsgroepen worden vaak genoemd omdat verondersteld wordt dat zij een rol kunnen spelen in het voorlichten over en bespreekbaar maken van meisjesbesnijdenis. In werkelijkheid willen en kunnen zij dat niet. Zij hebben daartoe geen opleiding gehad. Vaak is er geen tijd voor. Soms ook wel, maar wordt het niet als hun verantwoordelijkheid gezien. Hier lijkt sprake van te zijn bij huisartsen, de politie en leerkrachten. Hoewel aan verschillende professionals onderwijs en training wordt gegeven, gebeurt dit vaak versnipperd en niet gestandaardiseerd. Hulpvragen van bijvoorbeeld gynaecologen of migrantengroepen zelf komen momenteel bij een breed scala van deskundigen terecht. Samenhang en samenwerking lijkt een eerste stap om deze fragmentatie tegen te gaan en de expertise in Nederland te bundelen. Zoals we zagen is er twee keer een referentiegroep bij elkaar geweest waarin de verschillende instanties samen kwamen maar deze bijeenkomsten zijn niet gecontinueerd. Vervolg hiervan is wenselijk. Ook de twee klankbordgroepen zoals georganiseerd tijdens dit onderzoek (zie bijlage 9 en 10) lieten zien dat overleg een eerste stap is naar een coherenter afgestemd activiteitenveld in Nederland.

In dit kader is het Axion initiatief 'Meisjesbesnijdenis: preventie en zorg' van de provincie Flevoland (zie bijlage 6) vermeldenswaardig. Hierin wordt het thema vrouwenbesnijdenis opgepakt en uitgewerkt in het Platform Hulpverlening Vluchtelingen Flevoland onder voorzitterschap van de GGD en Axion. Er wordt daarbij onderscheid gemaakt tussen een zogenaamde preventieketen (onder andere reguliere zorg en instanties gericht op nieuwkomers) en een signalen- en controleketen (onder andere AMK, GGD, huisartsen, ziekenhuizen, politie, Bureau Slachtofferhulp) Het plan bestaat om werkconferenties te organiseren voor een brede doelgroep: thuiszorg, consultatiebureaus, verloskundigen, GGD, jeugd GGZ, AMK, AZC, jeugd- en zedenpolitie, ROC's, huisartsen, en vluchtelingenwerk. Daarnaast wil men streven naar beleidsmatige inbedding van het onderwerp in provinciale en lokale beleidsnota's met betrekking tot de gezondheidszorg.

Via de media wordt er van tijd tot tijd aandacht gegeven aan meisjesbesnijdenis. Meestal zijn deze programma's bedoeld om het gebruik aan te kaarten en te veroordelen. Ook op internet is er nauwelijks niet becommentarieerde informatie te vinden over meisjesbesnijdenis. Voorlichting zonder afkeuring over het waarom, de nadelen en problemen die besnijdenissen voor meisjes en vrouwen oproepen wordt niet geboden. Opiniërende discussies via chatboxen over dit onderwerp zijn er niet.

Preventie van meisjesbesnijdenis in Nederland vraagt het toegankelijk maken van voorlichting aan de direct betrokken migrantengroepen, aan zowel ouders als jongeren. Zij moeten ook actief bij het beleid betrokken worden om voorlichting mogelijk te maken. Via voorlichting eigen taal en cultuur kan dit onder de aandacht worden gebracht. Daartoe is het belangrijk dat ook de trainers van deze voorlichtingstrajecten onderwezen worden in deze problematiek. De uitwerking hiervan kan gebeuren via eigen organisaties en kenniscentra. De afgelopen drie jaar is er vanuit het kenniscentrum Pharos veel werk verricht om dit mogelijk te maken. Maar de vraag blijft of dit centrum voor iedereen even toegankelijk is, ook omdat nog vele vragen bij andere deskundigen in Nederland terecht komen. Een beter toegankelijk en laagdrempelig kenniscentrum en samenwerking met de media kunnen daarvoor belangrijke instrumenten. Voorlichtingsprogramma's gericht op diverse doelgroepen (verschillende etnische groepen, verschillende vormen van besnijdenis) moeten ontwikkeld worden en een website waarin de gewoonte om meisjes te besnijden zo feitelijk mogelijk (zonder afkeuring) wordt behandeld, eventueel te vergelijken met gewoonten in de Nederlandse samenleving die ook omstreden zijn, zoals bijvoorbeeld cosmetische chirurgie van de schaamlippen, en borstvergrotingen. Deze meer algemene informatie en voorlichting kan dienstig zijn in het doorbreken van de taboesfeer rond meisjesbesnijdenis.

Conclusies

In dit hoofdstuk werd uitgegaan van preventie als het voorkomen van meisjesbesnijdenis. Binnen de preventie van meisjesbesnijdenis in Nederland staat het bespreekbaar maken van dit onderwerp centraal, niet alleen onder de betrokken migrantengroepen maar ook onder Nederlanders. Daarbij is het van belang de betrokkenen te informeren dat meisjesbesnijdenis in Nederland als kindermishandeling wordt gezien om de voorlichting een meer serieuze boodschap mee te geven.

Van de medische beroepsgroepen geeft vooral de gynaecologische, specifieke aandacht aan dit onderwerp. Deze beroepsgroep heeft ook een standpunt ingenomen. Huisartsen hebben weinig deskundigheid, geen tijd en weten niet hoe te handelen. De jeugdgezondheidszorg waar meisjes uit de betrokken groepen in de risicoleeftijd voor controle en onderzoek langskomen, geeft evenmin systematische aandacht aan meisjesbesnijdenis. Wel is er vanuit gezondheidsvoorlichting en –opvoeding en via gezondheidsvoorlichting eigen taal en cultuur speciale aandacht voor migranten. Vrouwen krijgen daarbinnen relatief veel aandacht maar over meisjesbesnijdenis wordt niet voorgelicht.

Preventie van meisjesbesnijdenis in Nederland vraagt beleid om onderwijs en voorlichting permanent in te voeren in het onderwijs aan uitvoerenden van maatschappelijke organisaties die te maken krijgen met migrantengezinnen en migrantenmeisjes afkomstig uit landen waar meisjesbesnijdenis wordt gepraktiseerd. Voorlichting over meisjesbesnijdenis is geen vanzelfsprekend onderdeel van medische hulpverleners, op scholen en opleidingen binnen hulpverlening en welzijnswerk. Individuele voorlichting aan betrokkenen vindt wel plaats maar is afhankelijk van de inzet van de individuele hulpverlener of docent.

Preventie van meisjesbesnijdenis in Nederland vraagt het ontwikkelen van gedegen (ook klinisch) lesmateriaal waarin de verschillen in vormen van meisjesbesnijdenis worden verwerkt zodat hulpverleners zorg op maat kunnen aanbieden. We denken hierbij aan medische beroepsgroepen, opleidingen voor leerkrachten en docenten in het middelbaar en hoger onderwijs, hulpverleners, en politie. Daarbij spelen voorwaardenscheppende interventies een rol zoals duidelijke richtlijnen van de beroepsverenigingen. Protocollen zoals gebruikt bij de EHBO van het VU medisch centrum heeft tot een hogere signalering van kindermishandeling geleid.

Het strekt tot aanbeveling dat ook in Nederland medische onderzoeken opgezet worden om de gevolgen van besnijdenis voor de gezondheidszorg in kaart te brengen en mogelijk inzicht te verkrijgen in incidentie en prevalentie van meisjesbesnijdenis. De Inspecteur van Gezondheid zou gynaecologen opdracht kunnen geven het aantal besneden vrouwen en hun complicaties in hun poliklinieken te registreren.

Een eerste noodzaak lijkt het tot stand brengen van meer coördinatie en afstemming tussen de verschillende professionals werkzaam binnen gezondheidszorg, hulpverlening en juridische organisaties. Ook is het belangrijk (en terugkijkend naar hoofdstuk 3) naast vertegenwoordigers van migrantengroepen, zogenaamde ‘betekenisvolle anderen’ in een dergelijke samenwerking te betrekken. Dit zijn personen die voor mensen van invloed zijn op het gedrag, de attitude en het

welzijn van individuen. Niet alle betekenisvolle anderen uit de individuele netwerken zijn geschikt voor voorlichting over en preventie van meisjesbesnijdenis. Door de relatie die migranten nog steeds leggen tussen hun religie en meisjesbesnijdenis lijken sommige imams en priesters wel een rol te kunnen spelen. Daarnaast lijkt de keuze van voorlichters eigen taal en cultuur hier belangrijk. Bij het selecteren van deze voorlichters is het van belang dat zij enig aanzien genieten in de eigen gemeenschap en dat zij voldoende initiatief en vaardigheid weten te ontplooien om meisjesbesnijdenis bereikbaar te maken in persoonlijke gesprekken en groepsvoorlichting.

Preventie in Nederland vraagt om coördinatie van de verschillende preventie- en signaleringsketens. Het voorbeeld van Flevoland moet geëvalueerd worden en verdient navolging. Daarbij zou een landelijk bereikbaar steunpunt een oplossing kunnen zijn. Daar kan zowel informatie verkregen worden als een hulpvraag worden gesteld. Een website met een telefoonnummer gekoppeld aan een netwerk van deskundigen lijkt de meest geschikte oplossing daartoe.

HOOFDSTUK 6

Europese en internationale activiteiten en netwerken

In dit hoofdstuk wordt een inventarisatie van activiteiten en netwerken weergegeven die van invloed zijn op de mogelijke strategieën ter voorkoming van meisjesbesnijdenis in Nederland. Na een weergave van wat er vanuit Nederland wordt gedaan op het gebied van de bestrijding van meisjesbesnijdenis binnen ontwikkelingssamenwerking, wordt ingegaan op Europees onderzoek, netwerken en internationale activiteiten.

Nederlandse ontwikkelingssamenwerking

Nederland is een belangrijke speler op alle internationale vergaderingen waar thema's zoals de positie van vrouwen en geweld tegen vrouwen worden aangekaart. Op dit moment worden projecten op het gebied van meisjesbesnijdenis onder andere gefinancierd door de Mensenrechtenafdeling van het Ministerie van Buitenlandse Zaken. Door Nederland is de zogenaamde “*UNGA resolution 56/128 on traditional or customary practices affecting the health of women and girls*” ingediend die door de Algemene Vergadering van de Verenigde Naties op 19 december 2001 werd aangenomen. In deze resolutie komt ‘vrouwelijke genitale verminking’ uitgebreid aan bod.

Daar de activiteiten van ontwikkelingssamenwerking buiten het doel van deze studie vallen, worden hier alleen een aantal genoemd die ook in relatie staan tot activiteiten in Nederland¹⁰⁶.

WPF, een organisatie die, zoals we in hoofdstuk 5 zagen, veel doet aan het informeren van publieke opinie, houdt zich vooral bezig met vrouwenbesnijdenisprojecten in het buitenland en het ondersteunen van lokale partners. Na een identificatiemissie van een Somalische juriste werkzaam bij WPF, eind 2002, wordt een programma in Puntland gefinancierd door de mensenrechtenafdeling van het ministerie van Buitenlandse Zaken. Ook steunt WPF Oeganda's Nationale Commissie van Traditionele Praktijken in haar zoektocht naar alternatieven voor schadelijke traditionele praktijken, zoals meisjesbesnijdenis. Dit kan echter niet zonder steun van de lokale gemeenschap (in de noordoostelijke districten Kapchorwa en Morota).

Novib is een van de weinige organisaties die projecten van partnerorganisaties ondersteunt in Somalië, Soedan en Zuid/Soedan, Ethiopië en Eritrea. Hierbij zijn geen specifieke

¹⁰⁶ Zo zijn er vele andere projecten te noemen. In Bamako Mali bijvoorbeeld, wordt van 3 tot 6 november 2003 een kwalitatieve onderzoekstraining geven gericht medewerkers die vrouwenbesnijdenis tegengaan. Ook het programma in Mali, gericht op uitbannen van vrouwenbesnijdenis, is door Nederland gefinancierd.

vrouwenbesnijdenisprojecten maar het thema kan wel een onderwerp zijn waarmee een project zich zijdelings bezighoudt, en het kan in trainingen ter sprake komen¹⁰⁷. Novib heeft in de afgelopen jaren een aantal initiatieven op het terrein van vrouwenbesnijdenis ondersteund, zo waren zij de medeorganisator van “*Vrouwenbesnijdenis de wereld uit*”. Op 14 oktober 2001 in het Tropenmuseum in Amsterdam werd een Manifest gepresenteerd waarin duidelijk gesteld werd dat na preventief beleid, na ondersteuning van tegenstanders uit de eigen gemeenschap en discussie daarover in die eigen gemeenschap, na het benadrukken van het belang van samenwerking en na het pleiten voor het recht op verblijf in Nederland in geval van dreiging van meisjesbesnijdenis, als laatste punt overgegaan moet worden tot een stringentere aanwending van wetsartikelen die mishandeling, geweld, dreiging en aantasting van de integriteit van het lichaam van meisjes en vrouwen verbieden.¹⁰⁸ Daarnaast is Novib, evenals het ministerie van SZW. een van de medefinanciers van films over dit thema die geproduceerd worden door de filmmaatschappij Fatusch in Utrecht. De film *Een dorpsproject. Hoe een Malinees dorp anders gaat denken over de traditie van vrouwenbesnijdenis*,¹⁰⁹ uit 2001 is zowel op Nederlands als Malinees publiek gericht. Deze film werd niet alleen vertoond op de Nederlandse televisie, maar ook gebruikt als voorlichtingsmateriaal in Mali. Een tweede film over vrouwenbesnijdenis in Somalië is in 2003 uitgebracht.

Door het Koninklijk Instituut van de Tropen is in 2003 een rapport geschreven in opdracht van de WHO, waar het thema integratie van seksuele gezondheid centraal staat en waarin uitgebreid aandacht wordt besteed aan vrouwelijke genitale verminking¹¹⁰

De plannen van de WHO wat betreft vrouwenbesnijdenis, bestaan vooral uit het opzetten en uitvoeren van onderzoek. Recentelijk heeft de WHO een onderzoek uitgevoerd naar verloskundige complicaties als gevolg van besnijdenis in zes landen. Verder zal er onderzoek gedaan worden naar besluitvorming, meisjesbesnijdenis, seksualiteit en vrouwenbesnijdenis. In 2004-2006 worden drie interventies op lokaal niveau in drie landen uitgevoerd om de ‘best practices’ te inventariseren.

107 Novib is een ontwikkelingsorganisatie die wereldwijd vooral via partnerorganisaties werkt en hun projecten ondersteunt. Vrouwenbesnijdenis valt onder ‘het recht op eigen identiteit’ en het subthema ‘geweld tegen vrouwen’.

108. Novib ondersteunt incidenteel initiatieven in Nederland zoals de workshop conferentie rond dit thema georganiseerd door een Somalische NGO eind 2002. Ook gaat Novib wel in op verzoeken van studenten. Onlangs begeleidden zij een onderzoekje van studenten van de Haagsche Hogeschool naar Somalische vrouwenorganisaties in Nederland.

109 Changing paths [videorecording] :Female circumcision in Mali ,directed by Jacqueline Bakker for Fatusch Productions.

110 Integration of Sexual Health Into Reproductive Health Services: Needs, Evidence and Implications. A review paper. Prepared for WHO/RHR, Maria-Pia Waelkens, Korrie de Koning, Hermen Ormel, Anke van der Kwaak. Amsterdam, KIT Development, Policy & Practice, February 2003.

Europese activiteiten

Het Instituut voor Reproductive Health van het Gents Universiteitziekenhuis doet als enig instituut in Europa grootschalig onderzoek naar meisjesbesnijdenis. Een recent gestart onderzoek bestaat uit het evalueren van de invloed van wetgeving in Europese landen met betrekking tot vrouwenbesnijdenis. Dit project heeft als doel alle informatie te verzamelen op gebied van wetgeving in alle 15 lidstaten en het uitvoeren van een pilot-studie op gebied van uitvoering van wetgeving.¹¹¹

Door Daphne¹¹² (EU) worden vele projecten in Europa gefinancierd. Het tweejarig Daphne project IDIL wordt gesubsidieerd met als doel het ontwikkelen van nieuwe educatieve en informatieve materialen zoals een handleiding voor voorlichters in diverse talen. IDIL¹¹³ staat voor “Instruments to Develop the Integrity of Lasses”. Partner organisaties in dit project zijn met name Afrikaanse/Somalische organisaties uit een aantal Europese landen. Nederland wordt vertegenwoordigd door FSAN. De eerste bijeenkomst van dit project heeft plaatsgevonden in maart 2002 in Frankfurt. Een tweede Daphne (EU) project dat deze herfst van start gaat, heet “Strengthening the European Network for the Prevention of FGM by building on experiences and results in the early past”.¹¹⁴

Ook is er een Frans/Europees project ‘First European programme for the prevention of FGM in Europe’, een Fins community project (Follow Up), een Italiaans/Europees project ‘Raising awareness in patient and health worker’, en een Turks/Duits initiatief ter bescherming van vrouwen dat ook besnijdenis noemt. Dit zijn de FGM projecten die specifiek vermeldt zijn onder Daphne.¹¹⁵

111 Partners in dit project dat tot eind 2003 loopt zijn: de universiteit van Valencia (Prof José García Añón), FORWARD UK (Adwoa Kluviste), Lund University Sweden (Sara Johnsdotter) en CAMSE (Linda Weil-Curiel).

112 Het DAPHNE - EU programma dat in 2000 van start ging, is erop gericht geweld tegen kinderen, jonge mensen en vrouwen te bestrijden en het geven van steun aan slachtoffers van geweld en het voorkomen van hun toekomstige blootstelling aan geweld. Tot heden zijn 303 projecten gefinancierd en zijn er nog 79 aan de gang.

113 Idil is een Somalische vrouwen naam, die ‘intact’ betekent.

114 Dit project heeft ter doelstelling de resultaten van andere Daphne projecten over FGM te toetsen (door middel van workshops voor de organisaties die leden van het netwerk zijn), de ‘good practices’ van andere Daphne projecten uit te wisselen, en de resultaten te verspreiden naar alle EU lid staten door middel van een speciale methode die aangepast kan worden aan verschillende doelgroepen. Verspreiding is taak van het Europese netwerk ter voorkoming van FGM. Dit project zal ook een uitstekende kans bieden voor verschillende lidorganisaties om van elkaar te leren. Partners in en ontwikkelaars van dit project zijn het Europese netwerk ter voorkoming van FGM en GAMS in Frankrijk. Het project is goedgekeurd en zal in november 2003 van start gaan.

115 De “Parliamentary group” in Zweden is een soort referentie groep waarin parlementariërs in zaten om hen op de hoogte te houden en te proberen de nieuwe wetgeving tot uitvoer te brengen. Deze viel onder Sociale Zaken en is thans door een nieuwe minister opgeheven. Er is een nieuw nationaal plan in de maak

Internationale netwerken

In de loop van de jaren is in verschillende internationale verdragen indirect en direct aandacht gegeven aan meisjesbesnijdenis door te verwijzen naar de rechten, het welbevinden van vrouwen en meisjes in het bijzonder, en het veroordelen van geweld tegen vrouwen en meisjes. Te noemen zijn ‘the Nairobi Forward-looking Strategies for the Advancement of Women’ (1985), ‘the Convention on the Rights of the Child’ (1989), ‘the Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination against Women’ (1993), en ‘the Declaration on the Elimination of Violence against Women’ (1993), ‘the Action programme of the Vienna World Conference on Human Rights’ (1993), en the ‘Action programme of the Cairo International Conference on Population and Development’ (1994).

Veel vooruitgang is geboekt op conferenties en bijeenkomsten van de Verenigde Naties waar overheden gevraagd maatregelen te nemen en initiatieven van NGOs en religieuze organisaties te steunen. In 1993 werd in Wenen gevraagd naar “de effectieve bescherming en promotie van de mensenrechten van het meisjeskind” en ook “het verwijderen van gewoonten en gebruiken waardoor het meisjeskind gediscrimineerd en beschadigd wordt”¹¹⁶. Pas in Cairo tijdens de internationale bevolkingsconferentie van 1994, werd de term ‘female genital mutilation’ geïntroduceerd wat ook veel discussie met zich mee bracht.¹¹⁷ Een jaar later in Beijing op de Vierde Wereld Conferentie voor Vrouwen was de terminologie weer veranderd (Beijing, 1995)¹¹⁸; er werd gesproken over mensenrechten, geweld en discriminatie maar vrouwenbesnijdenis werd niet specifiek genoemd. Op internationaal niveau viel het niet mee consensus te bereiken in vragen rond de rechten van meisjes in het bijzonder en over de vraag *hoe* bestaande situaties en praktijken in tegenspraak met deze rechten veranderd kunnen worden. In Europa is meer overeenstemming dan op wereldniveau, omdat de gesprekpartners relatief gelijkgezind zijn. Moeilijker is de dialoog met partners uit niet-Europese landen waar meisjesbesnijdenis wordt gepraktiseerd.

waarbij vooral aan preventie wordt gedacht door middel van voorlichting in bijzonder door peer-education. http://europa.eu.int/comm/justice_home/project/daphne/search.cfm?list=all

116 Vienna Declaration and Programme of Action, 14-25 June 1993. Chapter 4: The rights of the child, article 49.

[http://www.unhchr.ch/huridocda/huridoca.nsf/\(Symbol\)/A.CONF.157.23.En?OpenDocument](http://www.unhchr.ch/huridocda/huridoca.nsf/(Symbol)/A.CONF.157.23.En?OpenDocument)

117 Cairo Programme of Action, September 1994. Chapter IV on Gender Equality, Equity and Empowerment of Women, point B the girl child.

<http://www.un.org/popin/icpd/conference/offeng/poa.html>

118 Fourth World Conference on Women Beijing Declaration.

<http://www.un.org/womenwatch/daw/beijing/platform/declar.htm>

Het European Network for the Prevention and Eradication of Female Genital Mutilation (Euronet-FGM) is inmiddels in werking gesteld door organisaties die actief werkzaam zijn op het terrein van vrouwenbesnijdenis. Het Europees Netwerk is in maart 2002 in Parijs weer bijeen geweest en is nu een organisatie in oprichting, de statuten zijn besproken en taken zijn verdeeld. Het penningmeesterschap is aan Nederland toebedeeld. In 2000 zijn tijdens drie bijeenkomsten van dit Netwerk bijdragen geleverd door Pharos en FSAN (april en september in Göteborg, juni in Gent). Verder is door Nederland deelgenomen aan bijeenkomsten van Europese landen in Brussel over vrouwenbesnijdenis in Europa in november 2000 en in december 2002¹¹⁹.

Opvallend is dat op deze conferenties¹²⁰, net als op de in februari 2003 door het IAC gehouden conferentie in Addis Ababa, telkens weer gepleit wordt voor specifieke wetgevingen tegen besnijdenis, in combinatie van preventie. Tijdens deze bijeenkomsten wordt vooral de Franse situatie als voorbeeld voorgehouden. Dat is opmerkelijk omdat er in Frankrijk juist geen specifieke wetgeving bestaat (zie hoofdstuk 4).

“Good practices”

Tijdens dit onderzoek werd een vragenlijst gestuurd naar veel Europese NGO's om vooral zogenaamde 'good practices' te inventariseren. Uiteindelijk reageerden vooral diegenen die lid zijn van het Europese netwerk en door hen werd Daphne als de grootste financier aangemerkt.

Als voorbeelden van goede projecten kunnen de onderzoeksactiviteiten vanuit Gent genoemd worden, de vele inspanningen door de Italiaanse NGO Aidos en de zogenaamde Parliamentary Group in het Zweedse ministerie van Sociale Zaken. De Nederlandse regering is volgens vele NGO's in Europa zelf een goed voorbeeld omdat zij al jaren heel actief is in de globale campagne tegen vrouwenbesnijdenis en door de jarenlange steun aan het IAC (Inter-African Committee) en het werk van mevrouw Warzazi, de speciale rapporteur voor 'traditional praktijken' bij de Verenigde Naties in de subcommissie voor mensenrechten.

Via het IAC (Inter African Committee)¹²¹ hebben zowel Pharos als FSAN als leden van IAC een anatomisch model ontvangen, dat in Afrika wordt gebruikt in het kader van

¹¹⁹ Hier waren een vertegenwoordiger van het Ministerie van VWS, vertegenwoordigers van Pharos, Somalische organisaties, en de VU aanwezig.

¹²⁰ Begin maart 2001 hebben Pharos, FSAN en WPF deelgenomen aan de vijfde conferentie van de IAC in Tanzania, waar het project in Nederland is gepresenteerd.

¹²¹ Pharos heeft internationale erkenning verkregen door het lidmaatschap van het Inter African Committee (IAC) in oktober 2000.

gezondheidsvoorlichting over vrouwenbesnijdenis. Het gebruik van dit model is te zien in de hiervoor genoemde film van de filmmaatschappij Fatusch over een dorpstraject in Malie.

De Italiaanse NGO AIDOS benadrukt de noodzaak van samenwerking tussen migranten en burgers. Uit onderzoek blijkt dat migranten die in een ‘toleranter’ regio zijn ingeburgerd, en meer interactie hebben met de lokale burgers, sneller en overtuigender veranderen in tradities, ook meisjesbesnijdenis. Controversiële thema’s kunnen worden besproken en oplossingen worden gezocht in een groep die alle partijen omvat en aan het woord laat komen. In regio’s waar migranten zijn opgenomen, maar ‘met weerzin’ geïntegreerd worden, is er minder communicatie tussen lokale burgers en migranten en wordt het vasthouden aan traditionele rituelen zoals meisjesbesnijdenis eerder gezien als kenmerkend voor het behouden van de eigen identiteit in een vreemde omgeving.

Een programma dat aparte vermelding behoeft zijn de zogenaamde African Well Woman Clinics die sinds 1997 in verschillende steden in Engeland zijn opgericht en die zowel counseling, advies, informatie en steun aan zwangere en niet-zwangere besneden vrouwen bieden. Ook worden er defibulaties uitgevoerd. In de klinieken die geleid worden door een verloskundige en een zogenaamde consultant, wordt eveneens registratie en onderzoek verricht. Ook kunnen vrouwen verwezen worden naar andere vormen van hulpverlening. De klinieken maken deel uit van een zogenaamd ‘Child protection Plan’ waarbij samengewerkt wordt met scholen, jeugdartsen, Kinderbescherming en de Sociale Diensten. Deze klinieken zijn opmerkelijk omdat deze vormen van hulpverlening voor een specifieke groep vrouwen bedoeld is en zeer succesvol blijken. Ook de samenwerking met zowel zelforganisaties als vertegenwoordigers van centrale overheden maken dat deze klinieken als een belangrijk informatie kanaal fungeren naar zowel migrantengroepen als professionals.

Conclusies

Voor de Nederlandse situatie heeft het uitgangspunt dat meisjesbesnijdenis als kindermishandeling is op te vatten (zie hoofdstuk 4 en 7) een strategisch voordeel als dit wordt begeleid door voldoende publieke en groepsspecifieke voorlichtingsactiviteiten en adequate zorgfaciliteiten. Een analyse van Europese wetgeving inzake meisjesbesnijdenis heeft laten zien dat een wetsverscherping op zich geen positief effect heeft op het voorkomen van dit gebruik. Besnijdenis blijft in de illegaliteit of in het land van herkomst plaatsvinden. Maar weinig aangiften zijn bekend in heel Europa terwijl men weet (door middelen van hulpverleners, en vrouwen die de

traditie willen doorbreken omdat ze zelf veel leed daardoor hebben ervaren) dat meisjesbesnijdenis doorgaat.

Huidige Europese projecten combineren sociaal-cultureel onderzoek en geroepspecifieke voorlichting (e.g. AIDOS, Italië) met zorgtaken (Well Woman Clinics, GB). Dit lijkt de ideale benadering te zijn. Door gerichte voorlichting over de nadelen van meisjesbesnijdenis in Europa en landen van herkomst van de migranten wordt langzaam maar zeker een verandering bereikt in deze traditie. Ten slotte willen we benadrukken dat het belangrijk is dat veranderingen door de groep zelf worden aanvaard.

DEEL 3

ANALYSE EN AANBEVELINGEN

Hoofdstuk 7

Discours en discussie

Conclusies en aanbevelingen

HOOFDSTUK 7

Discours en discussie

In de discussies over en activiteiten gericht op meisjesbesnijdenis worden verschillende discoursen gebruikt. Het meest opvallend zijn de verschillen tussen de discoursen van de mensen die meisjesbesnijdenis praktiseren en de discoursen van de mensen die meisjesbesnijdenis bestrijden. Maar ook onder tegenstanders van meisjesbesnijdenis wordt verschillend gedacht over de wijze waarop er naar dit gebruik gekeken moet worden en hoe ermee omgegaan dient te worden.¹²²

In het gebruik van de termen om meisjesbesnijdenis aan te duiden (genitale verminking (FGM) of meisjesbesnijdenis/vrouwenbesnijdenis) worden al verschillende uitgangspunten duidelijk. Met omschrijvingen als mutilatie en verminking wordt sterke afkeuring en morele verwerping uitgedrukt. Dit roept een scheiding op tussen mensen die meisjesbesnijdenis praktiseren en mensen die het bestrijden. Dat is onwenselijk; het is uiteindelijk wel de bedoeling de betrokken migrantengroepen te bereiken zodat deze mensen op een andere manier gaan denken en handelen en het gebruik niet meer uitvoeren. Uit het onderzoek komt naar voren dat bespreekbaarheid een probleem is in het bestrijden van meisjesbesnijdenis. In dit hoofdstuk worden de verschillende discoursen kort besproken. Ook wordt de aanbeveling van dit onderzoek besproken om meisjesbesnijdenis als een bijzonder vorm van kindermishandeling aan te merken.

Discours

We gebruiken hier het begrip discours. Dat is ingegeven vanuit de gedachte dat het gaat om meer dan alleen argumenten om gedragsveranderingen te bewerkstelligen. Hierboven is al gezegd dat voorlichting alleen niet voldoende is om betrokkenen te bewegen een gebruik als meisjesbesnijdenis niet meer te praktiseren. Het begrip discours heeft niet alleen betrekking op de inhoud van de argumenten maar ook op de ordening binnen dat wat er gezegd wordt, de patronen in het spreken die in verschillende situaties zichtbaar worden. Maar discours is nog meer. Discours creëert ook de beleving van de sociale werkelijkheid en geeft deze mede vorm. Discours is dus niet alleen dat wat mensen zeggen maar tegelijkertijd ook sociale werkelijkheid die in interactie tot stand komt. Met andere woorden: door in een bepaald discours te praten wordt niet alleen duidelijk wat mensen ervan vinden maar tegelijkertijd wordt door hen dan ook de

¹²² We spreken bijvoorbeeld over *The Female circumcision controversy* (Gruenenbaum 2001)

sociale werkelijkheid geconstrueerd, en zelfs tot op zekere hoogte een objectief karakter gegeven.¹²³

Dit sociaal-constructivistisch uitgangspunt maakt duidelijk dat voorlichting alleen niet voldoende is om betrokkenen te bewegen een gebruik als meisjesbesnijdenis niet meer te toe te passen. Die voorlichting moet op de juiste manier verwerkt worden, dat wil zeggen herkend kunnen worden door de betrokkenen en dat kan wanneer het ingezet kan worden binnen het gebruikte discours. Verandering in denken zien we dan ook als een voorwaarde om tot gedragsverandering te komen.

Discours en voorlichting

In het algemeen kunnen er verschillende discourses met betrekking tot meisjesbesnijdenis worden onderscheiden. Daarbij kan een onderscheid gemaakt worden tussen discourses die het gebruik verdedigen en discourses waarin centraal staat waarom meisjesbesnijdenis tegengegaan moet worden. Het eerst genoemde type discours is sterk particularistisch terwijl het tweede universalistisch van aard is. Dat wil niet zeggen dat vanuit een particularistisch discours geen universalistische claim uit kan gaan bijvoorbeeld in de vorm van het recht op culturele zelfbeschikking en godsdienstvrijheid.

Van de kant van de migrantengroepen worden verklaringen gegeven in termen van religieuze verschillen, culturele achtergrond en traditie en opvattingen over schoonheid en ideaal van vrouwelijkheid. Meisjesbesnijdenis wordt vooral geassocieerd met de islam (Bartels 1993A, Van der Kwaak 1991). Zoals in hoofdstuk 2 al gesteld is meisjesbesnijdenis ook verspreid met de komst van de islam in Indonesië. Dat wil echter niet zeggen dat meisjesbesnijdenis als een 'islamitische gewoonte' is te typeren. In de landen in het westen van noord Afrika en Turkije, waar de meeste moslimmigranten in Nederland vandaan komen en in Saoedië Arabië dat als 'het hart' van de islam gekenmerkt kan worden, komt dit gebruik niet voor. Van belang is ook dat niet alle groepen die met dit gebruik in aanraking komen en islamiseren deze gewoonte overnemen. Vermoedelijk is er alleen sprake geweest van overname wanneer het in de bestaande gebruiken geïntegreerd of toegevoegd kan worden. Voorwaarde is dan wel dat de ontwikkelingen in de groepen zelf daar mogelijkheden voor moeten bieden (Bartels 1993).

Opmerkelijk is dat in Nederland en west Europa meisjesbesnijdenis steeds weer als in een tegenstelling gezien worden tussen westerse opvattingen en waarden tegenover islamitische.

¹²³ Zie voor uitgebreide uitleg van dit sociaal constructivistisch uitgangspunt: Prins en Slijper (2002) en Suurmond (1998).

Daarmee worden de christenen die meisjesbesnijdenis praktiseren over het hoofd gezien. In deze discussie wordt ook geen aandacht gegeven aan het feit dat de meeste moslimmigranten in Nederland uit landen komen waar meisjesbesnijdenis niet wordt gepraktiseerd. Sterker nog: onder Marokkaanse en Turkse moslims in Nederland is zelfs een duidelijke afwijzing van meisjesbesnijdenis te zien¹²⁴.

Meisjesbesnijdenis lijkt voor moslims uit landen waar dit gebruik wordt gepraktiseerd wel een religieuze verplichting. Het is in ieder geval in discussie. In Egypte wordt meisjesbesnijdenis door de hoogste religieuze en rechtsgeleerden niet aangemerkt als religieus gebod (zie hoofdstuk 3, informatie Dineke Korfker, medewerkster TNO Leiden Preventie en Gezondheid, voormalig onderzoekster in Egypte, zie bijlage 1). In de lijn van het islamitisch denken zoals onder de meeste moslims in Nederland, stelt de islamitische universiteit van Rotterdam stelt zich nadrukkelijk tegen meisjesbesnijdenis (Informatie prof. Dr. Ahmet Akgündüz, de voorzitter van het college van bestuur en rector van deze universiteit)¹²⁵. Tijdens de inburgeringscursus voor imams in de Nederlandse samenleving wordt aandacht gegeven aan het probleem van ontmaagding en hymenconstructie onder moslimmeisjes en niet aan meisjesbesnijdenis. Aandacht voor besnijdenis stond wel op het programma voor deze cursus maar door tijdgebrek moest er gekozen worden (Informatie Fouad Hussei, cursusleider inburgeringscursus Imams, Kontakt der Kontinenten).

Verklaringen van en gebod tot meisjesbesnijdenis vanuit culturele achtergronden en traditie hebben minder zeggenschap dan het religieuze gebod. Immers, het staat mensen vrij zich wel of niet aan de traditie te houden; een bovennatuurlijke legitimering ontbreekt. Anderzijds lijkt de culturele en traditieverklaring sterkere zeggenschap te krijgen wanneer meisjesbesnijdenis beslissend wordt in de etnische identiteitsformatie in de migratiesituatie. Bovendien kunnen betrokkenen het recht op culturele zelfbeschikking claimen.

¹²⁴ Onderzoeker naar besnijdenis en orgaandonatie onder moslims in Nederland, dr. Cor Hoffer, benadrukt zelfs het tegenovergesteld: hoe orthodoxer moslims zijn, hoe meer nadruk zij leggen op het gebod om van het lichaam af te blijven, hoe meer nadruk op lichamelijke integriteit als religieus voorschrift. Dat geldt ook voor meisjesbesnijdenis. Moslims geven veel nadruk op behoud van het lichaam; het lichaam is tijdelijk in beheer, het is heilig, van God gekregen. Jongensbesnijdenis is een uitzondering voor moslims op deze algemene regel. Het mannelijk lichaam is onvolmaakt geboren. Door besnijdenis wordt het mannelijk lichaam volmaakt.

¹²⁵ De rector bood aan na te denken over een onderzoeksproject met behulp van de studenten om discussies in moskeeën te initiëren onder moslims uit herkomstlanden waar meisjesbesnijdenis wordt gepraktiseerd.

Verklaringen vanuit opvattingen over schoonheid en ideaal van vrouwelijkheid hangen samen met culturele achtergronden. In Egypte wordt wel de term *tabara* gebruikt, in Soedan de term *tabur*. Deze begrippen betekenen eveneens rein, schoon; door besnijdenis wordt het meisje rein. Ook clitoridectomie in Eritrea onder Tigrigna heeft een duidelijke verwijzing naar schoonheid en reinheid. In principe wordt dit gebruik uitgevoerd voor de doop, een ritueel dat ook als reinigend wordt gezien. Geslachtsorganen van meisjes worden wel gedacht sterk uit te groeien. Een clitoris die lang en groot wordt, geldt als lelijk¹²⁶.

Vanuit een ideaal van vrouwelijkheid kan meisjesbesnijdenis gezien worden als een manier om vrouwelijke seksualiteit te controleren. Een actieve seksuele rol wordt als ongepast gezien voor vrouwen. Tijdens een interview reikte een Egyptische familie in Nederland argumenten aan om meisjesbesnijdenis tegen te gaan binnen dit ideaalbeeld voor vrouwen vanuit de islam. Ouders zijn verantwoordelijk voor de opvoeding. Opvoeding is binnen de islam ook een belangrijk doel en een belangrijke opdracht voor ouders. Meisjes kunnen via opvoeding ook tot gepast seksueel gedrag komen. Daarvoor is besnijdenis niet nodig. Met dit argument wordt niet tegemoet gekomen aan het tegengaan van meisjesbesnijdenis vanuit ongelijke gender verhoudingen, wel aan een rol in de bestrijding van meisjesbesnijdenis vanuit de islam.

Tegenstanders van meisjesbesnijdenis gebruiken meestal argumenten vanuit verschillende discoursen zoals het *reproductive health* discours, *human rights* discours en het discours of *harmfull practices*. Vanuit de vrouwenbeweging zijn vooral argumenten en analyses aangedragen tegen meisjesbesnijdenis vanuit de ongelijke man-vrouw verhoudingen in de samenlevingen waar deze gewoonte gepraktiseerd wordt.

Voorlichting aan Somalische vrouwen binnen het Pharos/FSAN project vindt vooral plaats vanuit het reproductive health discours. Opmerkelijk is dat veel Somalische vrouwen en mannen niet op de hoogte blijken te zijn van de gevolgen die meisjesbesnijdenis kunnen oproepen. Ook ervaren de vrouwen hun klachten niet als samenhangend hun besnijdenis. Klachten die ze hebben worden eerder als behorend bij het vrouw-zijn ervaren. Wanneer vrouwen eenmaal de relatie tussen gezondheidsklachten en besnijdenis leggen, is een discussie over de onwenselijkheid van meisjesbesnijdenis mogelijk. Voorlichting vanuit deze invalshoek is gewenst, en slaat aan

¹²⁶ Schoonheidsidealen spelen eveneens een rol rond de vraag naar herinfibulatie. Zo beschrijft Asma El Dareer (1982:52) een Soedanese gynaecoloog die zich actief verzet tegen meisjesbesnijdenis maar opmerkelijk genoeg, zich uitspreekt voor herinfibulatie. Volgens hem is de vaginaopening van een vrouw na een bevalling zo groot dat die veel te grof is voor de penis van een man.

vooral onder oudere vrouwen zoals uit een van de evaluatieonderzoeken van de studenten naar voren komt (Keizer 2003). Preventie van meisjesbesnijdenis vraagt namelijk ook voorlichting aan oudere vrouwen omdat zij vaak een belangrijke stem hebben in de gemeenschap (Van Aalst 2002, Tarrida 2003). Jongere vrouwen en oudere meisjes staan ook open voor argumenten vanuit het *human rights* discours. Het recht op beschikking over en integriteit van het lichaam zijn argumenten die voor oudere vrouwen minder zeggingskracht hebben. Duidelijk wordt dat argumenten die voor de ene groep herkenbaar zijn en aanslaan dat bij de andere juist weer niet doen. Argumenten vanuit het *reproductive health* discours zullen Eritreërs niet op hun situatie betrekken. De beperkte vorm zoals in Eritrea overwegend wordt gepraktiseerd heeft geen of weinig consequenties voor de gezondheid.

De Amsterdamse Somalische zelforganisatie Somvaq stelt dat het noodzakelijk is om basis informatie aan de Somalische gemeenschap te geven. Hun werkterrein ligt met name in Amsterdam Noord, hun thema is gezondheidszorg. In augustus 2002 organiseerden zij een bijeenkomst voor zo'n 40 Somalische vrouwen over HIV/Aids en besnijdenis. Ook houden zij regelmatig bijeenkomsten voor jongeren. Deze laatste zijn ook goed via internet te bereiken, maar Somvaq bepleit een meer geïntegreerde benadering, niet over een specifiek probleem zoals meisjesbesnijdenis praten maar het thema onder een meer centrale noemer onderbrengen en de informatie integreren.

Verschillen in leeftijd en de daarmee samenhangende ontvankelijkheid voor de argumenten uit de verschillende discoursen moeten niet te sterk gescheiden worden. Besneden vrouwen, die voor bevallingen onder gynaecologische behandeling komen worden door actieve gynaecologen voorgelicht over de problemen rond meisjesbesnijdenis en de nadelen van herinfibulatie, een zogenaamde hersteloperatie. Die actieve gynaecologen benadrukken het belang van duidelijke voorlichting aan aanstaande moeders omdat de baby een meisje kan worden. Daarbij lijkt het erop dat moeders die om herinfibulatie vragen waarschijnlijk meer geneigd zullen zijn hun dochters later te laten besnijden. (informatie dr. Jos van Rosmalen, gynaecoloog Leidse Universiteit, Medisch Centrum).

Discours, preventie en juridische maatregelen

Het *human rights* discours en het discours over besnijdenis vanuit *harmfull practices* bieden argumenten om meisjesbesnijdenis strafbaar te stellen. Ook internationaal wordt daarover gediscussieerd. Zo vragen Rahman en Toubia (2001:36) om wat ze noemen '*an approach that criminalizes FC/FGMG.*' Vertaald naar de Nederlandse discussies gaat het hier om strafbaarstelling

vanuit een specifieke delictomschrijving. Rahman en Toubia (2001:35) benadrukken wel dat *'in enacting laws and policies that relate to FC/FGM in contexts in which those who practice it belong to minority groups, governments must create safeguard against persecution of minorities.'* Ze stellen dat het niet zozeer gaat om de vraag of een ontvangend land wel of niet het recht heeft een wet tegen FC/FGM aan te nemen, dus of andere rechten hiermee geschonden zouden worden, bijvoorbeeld het recht op culturele zelfbeschikking en godsdienstvrijheid. Daarbij gaan Rahman en Toubia ervan uit dat nagegaan moet worden of de praktijk van FC/FGM in tegenspraak is met andere mensenrechten.

Voor beide activisten tegen FC/FGM is de *'real issue whether sufficient safeguards have been instituted to ensure that such laws does not become a means of persecuting cultural and racial minorities.'* Voorlopig lijkt dit in Nederland geen risico. Er is eerder sprake van het tegendeel. Zoals hierboven al vermeld blijkt er juist grote huiver te bestaan het thema aan te pakken en is de scholingsbehoefte onder Nederlanders gering, terwijl een actieve aanpak gewenst is. Juist de noodzaak tot een actieve aanpak door hulpverleners en zorgverleners brengt ons ertoe de bestrijding van meisjesbesnijdenis niet te zoeken binnen een specifieke delictomschrijving.

Criminalisering van meisjesbesnijdenis via een dergelijke delictomschrijving draagt het risico in zich dat het een onderwerp wordt voor de politie en het openbaar ministerie, niet alleen in geval van signalering van plaatsvinden maar ook in het algemeen. Daarmee lopen we het risico de dialoog met de betrokken groepen te verbreken. Bovendien raakt daarmee de noodzaak tot ondersteuning van preventie vanuit de bredere samenleving op z'n best op de achtergrond. Scholing van hulp- en zorgverleners is dan niet meer noodzakelijk. Zoals hiervoor beschreven moet voorlichting zoals nu gegeven door Pharos/FSAN aan de doelgroep afgebouwd worden, en daar komt geen andere vorm van preventie voor in de plaats. Vanuit deze gedachten lijkt een aparte en dus specifieke delictomschrijving van meisjesbesnijdenis daarom eerder tegenstrijdig aan preventie dan ondersteunend.

Discours en kindermishandeling

Wanneer we pleiten voor een strafbaarstelling door middel van algemene delictomschrijving kindermishandeling dan volgt de vraag vanuit welke beweegredenen wij dit doen. Zoals in de inleiding aangegeven maken we verschil tussen meisjesbesnijdenis en vrouwenbesnijdenis in de vorm van herinfibulatie. Strafbaarstelling via de delictomschrijving vrouwenmishandeling ligt daarom minder voor de hand en is minder effectief. De strafrechtscultuur en het

opportuïteitsbeginsel dragen er bovendien toe bij dat in geval van deze ingreep niet zo gemakkelijk tot vervolging zal worden overgegaan.

De vraag moet gesteld worden of meisjesbesnijdenis wel als een bijzondere vorm van kindermishandeling beschouwd kan worden. Ingewikkeld hierbij is immers dat kindermishandeling ingaat tegen wat binnen een samenleving als norm wordt gezien. Er wordt een grens overschreden van wat natuurlijk is, terwijl meisjesbesnijdenis juist niet als overschrijding van een sociale norm maar als iets ‘natuurlijks’ wordt gezien door de meerderheid van de mensen die het toepassen. Een tweede verschil is dat meisjesbesnijdenis éénmalig is: per meisje bestaat geen kans op herhaling. Een derde verschil tussen meisjesbesnijdenis en kindermishandeling is de relativering van kindermishandeling. Steeds weer wordt gesteld dat kindermishandeling over de hele samenleving voorkomt en niet aan bepaalde groepen is gebonden: in alle lagen en groepen in de samenleving komt kindermishandeling voor. Meisjesbesnijdenis is daarentegen gebonden aan bepaalde groepen migranten afkomstig uit bepaalde delen van buiten Europa. Dat maakt dat we het als apart verschijnsel kunnen blijven zien. Een afzonderlijke delictomschrijving zou deze apart stelling ondersteunen. Maar die apartstelling heeft ook nadelen. Vergelijkbare verschijnselen gepraktiseerd in de Nederlandse samenleving onder Nederlanders, kunnen dan buiten de discussie worden gehouden, zoals piercing bijvoorbeeld in de clitoris, borstvergrotingen en het korter knippen van schaamlippen als cosmetische correcties (Weil-Davis 2002) Dergelijke ingrepen zijn niet verboden, ook niet voor jongeren onder de achttien, en staan in Nederland niet ter discussie. Dat is wel het geval in sommige andere Europese landen. Het Europees parlement bijvoorbeeld, wil een verbod op borstvergrotingen voor meisjes beneden achttien jaar (NRC 14 februari 2003). In Zweden zijn met de wet op meisjesbesnijdenissen piercings voor niet volwassenen verboden. In een evenwichtige discussie past ook reflectie op de eigen samenleving.

De onderzoekers kiezen er voor meisjesbesnijdenis te beschouwen als een bijzondere vorm van kindermishandeling van ernstige aard. Wijzigingen van wetgeving in de sfeer van kinderbescherming zijn niet nodig. Wel zijn er aanbevelingen gedaan op de toepassing van de bestaande wetgeving zoals in hoofdstuk 4 en in de conclusies en aanbevelingen te lezen zijn. Deze algemene delictomschrijving heeft een voldoende werkzame functie naar de doelgroepen en de dialoog met hen blijft mogelijk. Indien tot vervolging kan worden overgegaan, is er meer kans op een adequate bewijsvoering en door een deze algemene delictomschrijving blijft een afstemmen en coördinatie van de preventieve en juridische aanpak mogelijk. De strafbaarstelling

van meisjesbesnijdenis via de algemene delictomschrijving kindermishandeling toegespitst op pedagogisch verantwoordelijken, zoals nu het geval is, biedt ons inziens de meeste mogelijkheden om juridische maatregelen in te zetten als ondersteunend voor preventie. Er kan aangesloten worden bij een bestaand netwerk van organisaties, AMK instellingen, jeugd en zedenpolitie, kindbescherming. Beleid ter preventie zal deze organisaties daarop ook moeten aanspreken.

CONCLUSIES EN AANBEVELINGEN

Sinds de komst van immigranten en vluchtelingen uit landen waar meisjesbesnijdenis voorkomt, heeft Nederland te maken gekregen met dit gebruik. Het onderwerp meisjesbesnijdenis heeft echter zowel politiek als maatschappelijk onvoldoende aandacht gekregen. De Nederlandse regering heeft weliswaar in 1993 in een officiële beleidsverklaring alle vormen van meisjesbesnijdenis veroordeeld, maar een samenhangend beleid van financiële, bestuurlijke en juridische maatregelen ontbreekt in Nederland. In dit hoofdstuk worden conclusies en aanbevelingen gepresenteerd ter preventie van meisjesbesnijdenis. De volgorde is overeenkomstig met de opbouw van het rapport. Na de aanbevelingen gericht op de betrokken migrantengroepen, volgen aanbevelingen met betrekking tot juridische aspecten van meisjesbesnijdenis en die op het gebied van preventie en maatschappelijk welzijn. Daarnaast pleiten de onderzoekers om de drie terreinen te combineren en activiteiten te coördineren, in een zogenaamd *focal point* inzake meisjesbesnijdenis, welke een van de belangrijkste aanbevelingen van dit rapport is.

Migrantengroepen

Uit vergelijking van de vier etnische groepen waarop het onderzoek betrekking heeft, te weten Somaliers, Sudanese, Eritreers en Egyptenaren, wordt duidelijk dat meisjesbesnijdenis onder alle groepen nog steeds een rol speelt. We kunnen niet stellen dat de ene groep het in de migrantensituatie wil blijven voortzetten en de andere niet. Wel zijn de omstandigheden en de motieven verschillend. Voor Somaliërs blijkt meisjesbesnijdenis een essentiële markering van hun Somaliër-zijn. Voor Eritreers is dat niet het geval, maar dat lijkt niet voldoende om dit gebruik niet meer toe te passen. Voor Soedanezen lijkt meisjesbesnijdenis minder verbonden met hun Soedanees-zijn in Nederland dan voor Somaliërs, maar het wordt toch nog steeds als vanzelfsprekend gezien. Bij Egyptenaren, christenen en moslims, past men mildere vormen van meisjesbesnijdenis toe en speelt het in Nederland geen rol van betekenis in hun Egyptisch-zijn. Hieruit kan geconcludeerd dat het gebruik nog steeds toegepast wordt onder de verschillende groepen met verschillende redenen, en dat het belangrijk is activiteiten te ontwikkelen waarin alle groepen worden betrokken, en niet alleen de Somalische zoals nu het geval is.

Bespreekbaarheid van meisjesbesnijdenis is een voorwaarde voor goede preventieve activiteiten en kan mogelijk zelfs een aanzet zijn tot emancipatoire veranderingen. Met name bespreekbaarheid van meisjesbesnijdenis onder de migranten zelf is belangrijk om te komen tot daadwerkelijke gedragsverandering. Voorlichting waarbij zelforganisaties en betekenisvolle anderen ingeschakeld worden, kan daarbij belangrijk zijn. Laatstgenoemden kunnen een brug slaan tussen professionals en de migrantengroepen. Slechts weinig zelforganisaties houden zich echter bezig met meisjesbesnijdenis.

Betekenisvolle anderen zijn personen die voor mensen van invloed zijn op het gedrag, de attitude en het welzijn van individuen. Niet alle betekenisvolle anderen uit de individuele netwerken zijn geschikt voor voorlichting over en preventie van meisjesbesnijdenis. Door de relatie die migranten nog steeds leggen tussen hun religie en meisjesbesnijdenis lijken sommige imams en priesters wel een rol te kunnen spelen. Daarnaast lijkt de keuze van voorlichters eigen taal en cultuur hier belangrijk. Bij het selecteren van deze voorlichters is het van belang dat zij enig aanzien genieten in de eigen gemeenschap en dat zij voldoende initiatief en vaardigheid weten te ontplooien om meisjesbesnijdenis bespreekbaar te maken in persoonlijke gesprekken en groepsvoorlichting.

Bij het geven van en prioriteiten stellen in voorlichtingsactiviteiten aan de verschillende migrantengroepen zal rekening moeten worden gehouden met de diversiteit van religie, etnische achtergrond, type meisjesbesnijdenis dat in het thuis wordt gepraktiseerd en de mate waarin meisjesbesnijdenis een rol speelt in het leven als migrant.

Aanbevelingen gericht op migrantengroepen

1. Voorlichting- en trainingsactiviteiten moeten op diverse groepen gericht zijn, niet alleen op de Somalische groep maar ook op andere migrantengroepen uit landen waar meisjesbesnijdenis wordt gepraktiseerd, niet alleen op vrouwen maar ook op mannen, ouderen en jongeren. Daarbij moet rekening gehouden worden met de diversiteit in achtergrond, opleiding en religie binnen die groepen.
2. Sleutelfiguren en voorlichters eigen taal en cultuur spelen een cruciale rol in de communicatie tussen de betrokken migrantengroepen en professionals werkzaam in gezondheidszorg, maatschappelijk welzijn en politie. Hun functie en rol zouden meer geïnstitutionaliseerd en beter betaald moeten worden.

3. Trainingen moeten binnen bredere kaders aangeboden worden afhankelijk van de betrokken groep en in combinatie met informatie over reproductieve en seksuele gezondheid, en/of wetgeving en juridische zaken in Nederland.
4. Het strekt tot aanbeveling om initiatieven van jongeren te stimuleren en te steunen, waarbinnen dit onderwerp besproken wordt, alsook voorlichting te geven via alle mogelijke beschikbare kanalen zoals chatboxen, media, scholen zodat deze jongeren als zij straks getrouwd zijn en kinderen hebben voor hun dochters van besnijdenis afzien.
5. Binnen de cursussen gericht op oud- en nieuwkomers vanuit de gemeenten die meestal door regionale opleidingscentra (ROC's) verzorgd worden, moet ook standaard aan dit thema aandacht gegeven worden. Omdat deze cursussen op alle migrantengroepen gericht zijn, kan men het thema onder 'harmful practices', of onder geweld tegen vrouwen en kinderen of gezondheidsrisico's behandelen.
6. Het betrekken van imams, wadaads, priesters en andere betekenisvolle formele en informele leiders uit de betrokken migrantengroepen bij trainingen aan zowel de eigen groepen als aan professionals.

Juridische aspecten

Meisjesbesnijdenis kan gezien worden als een schending van een aantal universele en fundamentele mensenrechten, met name het recht op leven, het recht op gezondheid, het recht op zelfbeschikking, het recht op integriteit en het recht om gevrijwaard te blijven van vormen van wrede, onmenselijke en ontorende behandeling, zoals deze zijn vastgelegd in verschillende verdragen en verklaringen.

In deze paragraaf worden aanbevelingen gedaan op het gebied van de juridische aspecten van meisjesbesnijdenis.

De onderzoekers concluderen dat meisjesbesnijdenis als *een bijzondere vorm van kindermishandeling* beschouwd kan worden. In de Nederlandse wetgeving worden twee definities van kindermishandeling gehanteerd. De Wet op de jeugdhulpverlening in verband met de advies- en meldpunten kindermishandeling hanteert de volgende definitie van kindermishandeling (art. 34a

lid 3): ‘Elke vorm van voor een minderjarige bedreigende of gewelddadige interactie van fysieke, psychische of seksuele aard, die de ouders of andere personen ten opzichte van wie de minderjarige in een relatie van afhankelijkheid of van onvrijheid staat, actief of passief opdringen, waardoor ernstige schade wordt berokkend of dreigt te worden berokkend aan de minderjarige in de vorm van fysiek of psychisch letsel’. Wat betreft het strafrecht valt meisjesbesnijdenis binnen het begrip mishandeling zoals geformuleerd in artikel 300 – 304 van het Wetboek van Strafrecht door toepassing van lid 4 van artikel 300 waarin ‘opzettelijke benadeling van de gezondheid’ gelijk wordt gesteld aan mishandeling.

In het door bijzonder hoogleraar Kinderrechten, prof. dr. J. Willems, ontwikkelde schema met criteria van kindermishandeling¹²⁷, onderverdeeld in verschillende vormen van mishandeling (subtypes) en gradaties per subtype, valt meisjesbesnijdenis in subtype A: lichamelijke mishandeling en gradatie 5: (bijna) ‘fataal’ en meest ernstig. Van deze vorm en gradatie is sprake als het kind dusdanig een verwonding is toegebracht dat dit tot ziekenhuisopname leidt en/of tot blijvende fysieke schade of tot verminking of misvorming of tot een dodelijke afloop.

Juridische aanbevelingen

De onderzoekers benadrukken dat het accent van de aanpak van meisjesbesnijdenis moet liggen op preventieve maatregelen en voorlichting en dat juridische maatregelen als ondersteunend moeten worden aangemerkt.

1. Grondwet

De onderzoekers voelen zich aangesproken door het voorstel¹²⁸ van bijzonder hoogleraar Kinderrechten, prof. dr. Jan Willems, om onder meer eerbiediging en bescherming van de lichamelijke en geestelijke integriteit van kinderen te waarborgen in de Nederlandse grondwet, zulks in navolging van een soortgelijk artikel in de Belgische Grondwet. Het gaat in de kern over het incorporeren van het Verdrag inzake de Rechten van het Kind op constitutioneel niveau. Ieder kind dat zich in Nederland bevindt heeft hier recht op.

De onderzoekers begrijpen dat zo’n voorstel verre de problematiek van meisjesbesnijdenis overstijgt, maar geven hiermee uiting vanuit welk perspectief de thematiek van meisjesbesnijdenis beoordeeld dient te worden. Deze aanbeveling moet gezien worden in een breder kader van

¹²⁷ Jan C.M. Willems, *Wie zal de ouders opvoeden? Kindermishandeling en het recht van het kind op persoonswording*, T.M.C. Asser Press, Den Haag, 1999, Bijlage 3, p. 1038-1062.

¹²⁸ Jan C.M. Willems, *Wie zal de ouders opvoeden? Kindermishandeling en het recht van het kind op persoonswording*, T.M.C. Asser Press, Den Haag, 1999

bescherming van kinderen tegen iedere vorm van mishandeling, zowel geestelijk als lichamelijk en niet enkel als bescherming van meisjes tegen genitale verminking.

2. Strafrecht

Het strafrecht is uiterst beperkt in het bieden van mogelijkheden om meisjesbesnijdenis tegen te gaan. Bovendien is het fenomeen meisjesbesnijdenis geen crimineel probleem, maar een probleem van sociaal-culturele aard. Het strafrecht kan met name bijdragen in het vaststellen van normstelling; voor iedere persoon in Nederland moet duidelijk zijn dat het besnijden van meisjes ontoelaatbaar is. En uiteindelijk, dient wanneer de norm aantoonbaar en opzettelijk is overschreden een sanctie te volgen passend bij de aard van het delict, de persoon van de dader en de omstandigheden van de normovertreding.

Opsporing en vervolging van zaken met betrekking tot meisjesbesnijdenis vergt deskundigheid, inzet en betrokkenheid van politie en justitie. Een casus zal zich niet gemakkelijk aandienen. Het onderwerp heeft een zelfde benadering nodig als seksueel misbruik en andere zedenzaken: met deskundigheid en met gevoel voor het kwetsbare van het slachtoffer, voor de aantasting van de intimiteit en de binding van het slachtoffer met de personen die verantwoordelijk zijn voor de ingreep.

2a. Algemene versus specifieke wetsbepaling

Sinds een aantal jaren laait in de Nederlandse politiek af en toe de discussie op of meisjesbesnijdenis als apart strafbaar feit in het Wetboek van Strafrecht opgenomen moet worden. Een vergelijking met andere Europese landen laat zien dat steeds meer landen hiertoe wel overgaan. Het onderzoeksteam acht een dergelijke aanpassing van het Nederlandse strafrecht niet noodzakelijk. Het strafrecht bevat voldoende bepalingen (algemene artikelen over mishandeling) om plegers en medeplichtigen van meisjesbesnijdenis strafrechtelijk te vervolgen. Groot nadeel van een specifieke wetgeving is dat hoe specifiek een wet geformuleerd is, des te moeilijker de bewijsvoering wordt. Bovendien laat de praktijk in andere Europese landen waar genitale verminking wel als apart strafbaar feit in het strafrecht is opgenomen zien dat dit niet heeft geleid tot strafzaken.

2b. Dubbele strafbaarstelling

Vervolging van personen die betrokken zijn bij een meisjesbesnijdenis gepleegd buiten Nederland is zeer gecompliceerd. Over de extraterritoriale werking van het Nederlandse strafrecht zegt artikel 5 lid 2 van het Wetboek van Strafrecht het volgende: 'De Nederlandse strafwet is van

toepassing op de Nederlander die zich buiten Nederland schuldig maakt aan een feit hetwelk door de Nederlandse strafwet als misdrijf wordt beschouwd en waarop door de wet van het land waar het misdrijf begaan is, straf is gesteld (Sr 5 lid 2)¹²⁹. Twee componenten zijn hierbij van belang. Ten eerste is de strafwet voor misdrijven die buiten Nederland zijn gepleegd enkel van toepassing op personen met de Nederlandse nationaliteit en niet op personen die in Nederland een vaste woon- of verblijfplaats hebben. Ten tweede geldt het vereiste van dubbele strafbaarstelling¹²⁹: het misdrijf moet ook strafbaar zijn naar het recht van het land waar dit is gepleegd.

Op 1 oktober 2002 trad de partiële wijziging zedelijkheidswetgeving¹³⁰ in werking. Met de wetswijziging is het vereiste van dubbele strafbaarstelling komen te vervallen inzake een aantal zedendelicten gepleegd jegens een minderjarige in het buitenland. Hierdoor is het mogelijk geworden plegers van misdrijven beschreven in de artikelen 240b en 242 tot en met 250a (waaronder ondermeer kinderpornografie, verkrachting en prostitutie) gepleegd ten aanzien van minderjarigen buiten Nederland, in Nederland strafrechtelijk te vervolgen. Dus ongeacht de wetgeving in het land waar het misdrijf gepleegd is. In deze is het Nederlandse strafrecht zowel toepasselijk op de Nederlander als op de vreemdeling die in Nederland een vaste woon- of verblijfplaats. Ook kan vervolging plaatshebben indien de verdachte eerst na het begaan van het feit een vaste woon- of verblijfplaats in Nederland heeft gekregen.

In aansluiting op de hierboven genoemde zeer recente wijziging in de strafwetgeving met betrekking tot in het buitenland gepleegde zedendelicten jegens minderjarigen, achten de onderzoekers het noodzakelijk het Nederlandse strafrecht op twee punten te wijzigen met het oog op de aanpak van meisjesbesnijdenis. Met name gezien de verhalen en berichten over de uitvoering van besnijdenissen in het buitenland van in Nederland woonachtige meisjes.

1. *Het verdient aanbeveling om in het (op 1 oktober 2002 gewijzigde) artikel 5 lid 1 sub 3 van het Wetboek van Strafrecht het misdrijf omschreven in artikel 300 met toepassing van lid 4 toe te voegen.* Hiermee wordt het vereiste van dubbele strafbaarstelling losgelaten voor genitale verminking begaan in het buitenland op minderjarigen. De intentie van deze wetswijziging is om niet afhankelijk te zijn van de wetgeving in een ander land.
2. *Het verdient aanbeveling om in (het op 1 oktober 2002 aan het Wetboek van Strafrecht toegevoegde) artikel 5a lid 1 het misdrijf omschreven in artikel 300 lid 4 toe te voegen.* Hierdoor is de Nederlandse

¹²⁹ De uitzonderingen hierop worden genoemd in art. 5 lid 1 sub 2 en sub 3 van het Wetboek van Strafrecht.

¹³⁰ Staatsblad 2002, 388

strafwet ook toepasselijk op de vreemdeling (en dus niet enkel op de Nederlander) die in Nederland een vaste woon- of verblijfplaats heeft en zich buiten Nederland schuldig maakt aan meisjesbesnijdenis.

Hieronder volgt de tekst van artikel 5 en artikel 5a van het Wetboek van Strafrecht zoals die zal luiden na invoering van de aanbevelingen die de onderzoekers wenselijk achten. De door de onderzoekers toegevoegde tekst is vetcursief gedrukt.

Wetboek van Strafrecht

(inclusief voorgestelde toevoegingen met het oog op de aanpak van meisjesbesnijdenis; deze zijn vetcursief gedrukt)

Artikel 5

1. De Nederlandse strafwet is toepasselijk op de Nederlander die zich buiten Nederland schuldig maakt:
 - 1°. aan een der misdrijven omschreven in de Titels I en II van het Tweede Boek, en in de artikelen 197a, 197b, 197c, 206,237,272, 273, 388 en 389;
 - 2°. aan een feit hetwelk door de Nederlandse strafwet als misdrijf wordt beschouwd en waarop door de wet van het land waar het begaan is, straf is gesteld.
 - 3°. Aan een der misdrijven omschreven in de artikelen 240b en 242 tot en met 250a ***en 300 - met toepassing van lid 4 -***, voor zover het feit is gepleegd.
2. De vervolging kan ook plaatshebben, indien de verdachte eerst na het begaan van het feit Nederlander wordt (Sr 8; Sv 2 v.; UW4)

Artikel 5a

1. De Nederlandse strafwet is toepasselijk op de vreemdeling die in Nederland een vaste woon- en verblijfplaats heeft en zich buiten Nederland schuldig maakt aan een der misdrijven omschreven in de artikelen 240b en 242 tot en met 250a en ***300 - met toepassing van lid 4 -***, voor zover het feit is gepleegd ten aanzien van een minderjarige. De vervolging kan ook plaatshebben, indien de verdachte eerst na het begaan van het feit een vaste woon- of verblijfplaats in Nederland heeft gekregen.

3. Wetgeving in de sfeer van kinderscherming en jeugdzorg

Meisjesbesnijdenis is te beschouwen als een bijzondere vorm van kindermishandeling van ernstige aard. Wijzigingen van wetgeving in de sfeer van kinderscherming zijn niet nodig. Het is wel van belang, dat de Raad voor de Kinderscherming alert is om zo nodig snel te kunnen ingrijpen in geval van een dreigende genitale verminking van een meisje, bijvoorbeeld door toepassing van een spoedprocedure in de vorm van een voorlopige toevertrouwing.

De aanbeveling uit het rapport van de Geneeskundige Hoofdinspectie van 1994 om een dreigende meisjesbesnijdenis te melden bij het Bureau Vertrouwensarts inzake Kindermishandeling, nu genoemd Advies- en Meldpunt Kindermishandeling (AMK) heeft geen enkel effect gehad. Er is de afgelopen jaren geen melding van een meisjesbesnijdenis ontvangen. Uit de kring van de AMK's wordt aangegeven, dat er geen bijzondere deskundigheid bij de AMK's aanwezig is over dit onderwerp.

4. Medische professie

Er is nog geen ervaring met het nieuwe wettelijke meldrecht (artikel 34c lid 3 Wet op de Jeugdhulpverlening) voor medische beroepsbeoefenaren ingeval van (vermoeden van) kindermishandeling. Hoewel er discussies zijn om in geval van kindermishandeling het meldrecht om te zetten in een meldplicht (met name voor beroepsbeoefenaren; ook die professionals die niet aan een beroepsgeheim zijn gehouden), is nu geen reden in het bijzonder met oog op meisjesbesnijdenis met een aanvullend voorstel te komen.

Ook zien de onderzoekers geen noodzaak om ten aanzien van herinfibulatie (het 'dichtmaken' van een vrouw na de bevalling) de huidige wetgeving aan te passen. Of herinfibulatie een aanvaardbaar medisch ingrijpen is, moet zoals ook in andere gevallen worden bepaald door de medische professie zelf, een en ander binnen de context van de geldende nationale en internationale regelgeving. Bij deze interne discussie binnen de kring van gynaecologen kan ook als overweging worden meegenomen, dat het niet wenselijk is dat enerzijds meisjesbesnijdenis onaanvaardbaar en strafbaar is, terwijl voortzetting van de gevolgen van een eerdere besnijdenis wel acceptabel zou kunnen binnen de Nederlandse samenleving. Hiermee zou een dubbele boodschap worden afgegeven.

5. Immigratiewetgeving

Er is geen aanleiding tot aanpassing van de huidige regelgeving. De huidige regelgeving dient in de praktijk met soepelheid en alertheid van de immigratieautoriteiten te worden toegepast. Dit

kan impliceren dat er ook geen uitzetting plaatsvindt naar een land waarin meisjesbesnijdenis in de ene regio meer voorkomt dan in een andere regio in hetzelfde land. Het is niet in alle omstandigheden redelijk dat iemand afkomstig uit de ene regio zich in een andere regio moet vestigen. Zorgvuldige beoordeling van geval tot geval is hierbij vereist (bij gereede twijfel mag geen risico worden genomen).

Preventie

De onderzoekers benadrukken dat het accent van de aanpak van besnijdenis van meisjes moet liggen op preventieve maatregelen en voorlichting.

Preventie van meisjesbesnijdenis in Nederland vraagt om een coördinatie van de diverse activiteiten en initiatieven die vaak persoonsgebonden zijn en niet structureel ingebed in een samenhangend beleid. Binnen relevant onderwijs en voorlichting moet het onderwerp structureel via het programma aangeboden worden. Nu wordt er op initiatief van individuele docenten, binnen verschillen type onderwijs, her en der door Nederland, zo nu en dan, aandacht aan het onderwerp gegeven.

Niet alleen binnen het onderwijs aan uitvoerenden van maatschappelijke organisaties die te maken krijgen met de betrokken migrantengroepen, maar ook binnen andere vormen van onderwijs aan (toekomstige) medewerkers van voorwaardenscheppende activiteiten is het van belang aandacht aan meisjesbesnijdenis te geven. De richtlijnen van medische beroepsgroepen, opleidingen voor leerkrachten en docenten in het middelbaar en hoger onderwijs, nascholing van hulpverleners en politie en werknemers AMK's zijn daar voorbeelden van.

Hiertoe moet lesmateriaal ontwikkeld worden waarin de verschillen in vormen van meisjesbesnijdenis worden verwerkt en waarin de verschillende migrantengroepen afkomstig van landen waar meisjesbesnijdenis wordt geëxerciseerd, herkend kunnen worden, zodat hulpverleners zorg op maat kunnen aanbieden, hierbij kan gebruik gemaakt worden van het Handboek dat door Pharos ontwikkeld en uitgegeven zal worden.

Preventie van meisjesbesnijdenis in Nederland vraagt ook het actief betrekken van de doelgroep in activiteiten, formulering en uitvoering van beleid. Dit kan via voorlichters eigen taal en cultuur, sleutelfiguren en zelforganisaties.

Binnen de medische zorg is behoefte aan duidelijker richtlijnen vanuit de beroepsverenigingen. Vooral jeugdartsen geven aan dit als een noodzaak te vinden voor betere preventie en

signaleringsactiviteiten. Ook voorlichting aan huisartsen middels integratie van dit onderwerp binnen opfriscursussen lijkt noodzakelijk om deze groep professionals beter in staat te stellen met dit onderwerp om te gaan en bespreekbaar te maken. Het is van belang na te gaan door wie in Nederland psychosociale begeleiding aan besneden meisjes geboden kan worden en wie daarvoor methodiek kan ontwikkelen.

In Europa zijn verschillende activiteiten te vinden op het gebied van preventie van en onderzoek naar meisjesbesnijdenis. Netwerken zijn goede middelen om ervaringen uit te wisselen en van elkaars goede voorbeelden te leren. Nederland is altijd vertegenwoordigd op bijeenkomsten en vergaderingen en wordt door andere Europese landen zelf als een goed voorbeeld genoemd.

Aanbevelingen gericht op preventie

1. Het ontwikkelen van protocollen voor diverse beroepsgroepen, met name jeugdartsen en verpleegkundigen, gynaecologen, huisartsen. Speciale aandacht dient hierbij gegeven te worden aan consultatiebureauartsen en schoolverpleegkundigen.
2. Het opzetten van incidentie en prevalentie van meisjesbesnijdenis in Nederland via poliklinieken gynaecologie.
3. Het ontwikkelen van klinisch lesmateriaal voor artsen en het opzetten van onderzoek naar medische gevolgen en complicaties en de kosten ervan voor de gezondheidszorg.
4. Standarisering van (medisch) onderwijs wat betreft aandacht voor het onderwerp en verplichte lesstof in opfriscursussen voor met name huisartsen, jeugdartsen en verpleegkundigen, gynaecologen en verloskundigen.
5. Integratie van het thema in training en opleiding van politie, leerkrachten en docenten in basis en middelbaar onderwijs, werknemers van AMK's
6. Voortzetten van klankbordgroepen zoals deze plaatsvinden in het kader van het Pharos/FSAN/DCI programma en in het kader van dit onderzoek, zodat verschillende beroepsgroepen betrokken blijven en tot uitwisseling kunnen komen van hun ervaringen.
7. Voortzetten van participatie in Europese en internationale netwerken.

8. Ervaringen van ‘goede Europese voorbeelden’ als bijvoorbeeld de klinieken in het Verenigd Koninkrijk die zowel preventieve als curatieve zorg leveren aan besneden vrouwen en die ingebed zijn in een preventief en juridisch netwerk, vertalen naar de Nederlandse situatie.

Coördinatie van activiteiten

De twee belangrijkste conclusies uit dit onderzoek zijn dat er nauwelijks coördinatie en samenwerking bestaat tussen de personen en instanties die zich met meisjesbesnijdenis bezighouden. Het gevolg hiervan is een versnippering van activiteiten. Er wordt weinig geïnstitutionaliseerde aandacht aan dit thema gegeven. Dit geldt zowel voor personen, zelforganisaties, stichtingen die zich met dit thema bezighouden alsook voor opleidingen en vanuit beleid. Opvallend daarbij is dat op alle niveaus wel aandacht aan dit thema wordt gegeven wanneer een geïnteresseerde het voortouw neemt.

Ten tweede blijkt het moeilijk om informatie te verkrijgen als men (een professional of een betrokkene) deze zoekt. Daardoor worden verschillende verzoeken tegelijkertijd bij vele instanties en personen ingediend en blijkt dat uiteindelijk niet altijd de gevraagde informatie verstrekt wordt.

Het lijkt de onderzoekers noodzakelijk meer geïnstitutionaliseerd en minder willekeurig aandacht aan dit thema te geven. Als eerste aanzet daartoe zijn de volgende aanbevelingen geformuleerd. Wanneer deze uitgevoerd worden zou tegelijkertijd een vorm van monitoren in gang kunnen worden gezet en de resultaten van genomen maatregelen kunnen worden geëvalueerd.

Aanbevelingen gericht op coördinatie

1. Instellen van een zogenaamd *focal point* – een steunpunt aangehaakt bij een organisatie ingebed in een netwerk van professionals en vertegenwoordigers van diverse betrokken migrantengroepen. De leden van dit netwerk, zoals bijvoorbeeld twee gynaecologen, twee antropologen, twee juristen, twee preventiewerkers, twee kinderrechtenactivisten, twee huisartsen, twee jeugdartsen, vertegenwoordigers AMK, vertegenwoordigers migrantengroepen moeten bereikbaar zijn om antwoorden te geven op vragen (die zowel telefonisch als per e-mail gesteld kunnen worden) en kunnen op afroep ingezet worden.

2. Een dergelijk steunpunt moet te vinden zijn onder een apart telefoonnummer en een website, en er moet op vaste uren en telefonisch spreekuur zijn.
3. Een dergelijk steunpunt zou bij voorkeur aangehaakt moeten worden bij een organisatie die ervaring heeft op dit terrein. Vanuit die positie kan het steunpunt ook komen tot registratie van incidentie en tot het initiëren van onderzoek.
4. Continuering van de klankbordgroep zoals deze tijdens dit onderzoek plaatsvonden: ronde tafelconferenties met geïnvolveerde professionals en de doelgroepen om een breed en geïnformeerd draagvlak te creëren binnen de Nederlandse samenleving. De tweejaarlijkse klankbordgroepbijeenkomsten kunnen via contributie en lidmaatschapgeregeld worden, waarbij minderdraagkrachtigen vrijgesteld zijn van contributie. Voor de contributie kunnen leden komen naar de bijeenkomsten en worden zij op de hoogte gehouden van de laatste ontwikkelingen.

BIJLAGEN

Bijlage 1

Overzicht van informanten

Bijlage 2

Bibliografie

Bijlage 3

Overzicht medische onderzoeken

Bijlage 4

Activiteiten Pharos/FSAN

Bijlage 5

Standpunt NVOG vrouwenbesnijdenis

Bijlage 6

Axion, Flevoland

Bijlage 7

Questionnaires

BIJLAGE 1

Overzicht van informanten

Informanten uit de, Somalische en Eritrese, Egyptische en Soedanese bevolkingsgroepen in Nederland

Somaliërs

- Zes Somalische vrouwen
- Vier Somalische mannen
- Vier Somalische jongeren
- Vertegenwoordiger Somvaq, Somalische organisatie Amsterdam-noord
- Vertegenwoordiger van FSAN

Eritreërs

- Elf vrouwen uit Eritrea gehuwd of gehuwd geweest,
- Drie jonge niet-gehuwde vrouwen, geboren in Eritrea.

Egyptenaren

- Twee Egyptische echtparen
- Zeven Egyptische mannen, waarvan een imam en een koptische priester van de koptische kerk in Amsterdam
- Drie Egyptische vrouwen
- Vier Egyptische mannen als vertegenwoordigers van Egyptische organisaties
- Soedanezen
- Drie Soedanese families

Sleutelfiguren

- Mw. Drs. D. Appels, Mw. Drs. M. Heuvels beleidsmedewerkers, Novib, Den Haag
- Dr. Akgündüz, rector van de Islamitische Universiteit Rotterdam
- Drs. P. Baeten, NIZW, Utrecht
- Mr. Dr. J.A.C. Bartels, hoofd afdeling familie en jeugdrecht van de rechtbank in Amsterdam
- Mw. Drs. A. van den Berg, Communications, World Population Foundation, Hilversum
- Mw. M. Driessen, verloskundige
- Mw. Dr. A. Fahmy, World Health Organisation
- Hr. Fris, studiebegeleider Islamitische Universiteit Rotterdam
- Mw. Prof. Dr. G. ter Haar, Institute of Social Studies (ISS) en Institute for the Study of Religions and Society (ISRS)
- Mw. M. Hassan, MOA, Den Haag, verpleegkundige afkomstig uit Somalië
- Mw. M. Hendriks, projectleider Pharos
- Mw. Dr. M. Heeres, gynaecoloog Lucas-Andreas Ziekenhuis
- Mw. Drs. Y. van Heuvelen-Wiegerinck, consultant, Axion Flevoland
- Prof dr. R.A Hirasingsh, hoogleraar Jeugd Gezondheid Zorg Vrije Universiteit, GGD, Amsterdam
- Dr. C. Hoffer, Centrum voor medische ethiek aan de universiteit van Nijmegen en Riagg Rotterdam
- Mw. T. Hornas, gynaecologe in opleiding Academisch Ziekenhuis Groningen, afkomstig uit Soedan
- Drs. F. Hussein, cursusleider inburgeringscursus imams, Kontakt der Continenten
- Drs. C. Van den Idsert, antropologe met onderzoekservaring in Eritrea
- Mw. Drs. M. Kavelaars, hoofd afdeling Kennis en Overdracht, Pharos
- Mw. Drs. C. Keizer, onderzoek naar vrouwenbesnijdenis en psychische klachten, Den Haag
- Mw. Drs. E. Kok Transact

- Drs. D. Korfker, verloskundige en antropologe met onderzoekservaring in Egypte, Divisie jeugd, Sector Voorplanting en Perinatologie, TNO Preventie en Gezondheid, Leiden
- Mw. Drs. Els Leye en Jessica Deblonde (International Centre for Reproductive Health, University Hospital Ghent, België)
- GG &GD verschillende medewerkers
- Mw. G. Nienhuis, Senior Preventiefunctiefunctionaris, Pharos
- Mw. drs. H. Nysingh MOA/GGD Nederland,
- Medewerker NIGZ
- Mw. Mr. S. H. Said Hassan, project Coordinator Seksuele en Reproductieve rechten en FGM, World Population Foundation, Hilversum
- Mw. Christina Scoppa, medewerkster AIDOS
- Dr. F. Scheele gynaecoloog. Lucas-Andreas ziekenhuis Amsterdam
- Mw. A. Tarrida, student VU, onderzoek naar vrouwenbesnijdenis, identiteit en identificatie
- Mw. Drs. R. Weiler en Drs. T. Menelik, beleidsmedewerkers, Vluchtelingenwerk Nederland
- Mw. Drs. P. de Wit, antropologe met onderzoekservaring in Egypte, kenner van de koptische bevolkingsgroep in Egypte en Nederland
- Medewerker Vluchtelingenwerk Leidschendam
- Medewerker Vluchtelingenwerk Rijswijk
- Dr. D. Wilbers, gynaecoloog Leeuwarden Medisch Centrum
- Dr. J. van Roosmalen (telefonisch en schriftelijk 17 oktober 2002), gynaecoloog, LUMc
- Dr. B. Rensen Jeugdarts te Utrecht
- Mw. M. Zwaan, medisch student, onderzoek rol jeugdartsen en preventie vrouwenbesnijdenis

Overig

- Huisartsen, vier en veertig huisartsen telefonisch benaderd, hiervan gaven vijf huisartsen response
- Verschillende jeugdartsen
- Medische beroepsverenigingen, telefonisch en per email
- NGO's Europa, per e-mail, enquête (zie questionnaires)
- Axion, Flevoland, per e-mail en telefonisch
- Twee leerkrachten basisscholen Amsterdam
- Studiebegeleidster studierichting Religie en Levensbeschouwing, afdeling Theologie Vrije Universiteit Amsterdam

Deelnemers Eerste Klankbordgroepbijeenkomst, 21oktober 2002

- Dr. Alice Struijs (Raad voor de Volksgezondheid en Zorg), ethica en deskundige op het gebied van minderhedenbeleid. Vooral gericht op interculturalisatie van zorg en hulpverlening.
- Marina Hendriks (Pharos), projectleider aan een preventieproject tegen vrouwenbesnijdenis via voorlichting in eigen taal en cultuur aan de doelgroep.
- Mr. Stan Meeuwse directeur Defence for Children International, afdeling Nederland
- Prof. Dr. Thomas Spijkerboer (Vrije Universiteit), hoogleraar op het gebied van asielrecht.
- Prof. Dr. Corlien Varkevisser (Universiteit van Amsterdam), emeritus hoogleraar medische antropologie. In de jaren zeventig heeft zij meegewerkt aan een onderzoek naar vrouwenbesnijdenis in Soedan door de medische faculteit van de universiteit van Khartoum.
- Dr. Cor Hoffer (Katholieke Universiteit Nijmegen, centrum voor ethiek, tevens werkzaam bij Riagg Rijnmond), doet momenteel onderzoek naar verschillende visies op lichamelijke integriteit. Drs. Zahra Naleie (Federatie Somalische Associaties Nederland (FSAN)), betrokken bij het voorlichtingsproject.

Deelnemers Tweede Klankbordgroepbijeenkomst, 28 januari 2003

- Mr. Dr. Han Bartels, kinderrechter (hoofd afdeling familierecht, rechtbank Amsterdam).
- Marieke Driessen, verloskundige en geeft tevens sinds 6/7 jaar les aan leerling-verloskundigen over vrouwenbesnijdenis. Zij is tevens werkzaam geweest in Somalië.
- Dr. Jef Heuberger (gynaecoloog, Koninklijk Instituut voor de Tropen), sinds enkele maanden werkzaam in Amsterdam, maar heeft de vorige vijf jaren namens het KIT in Egypte gewerkt.
- Dr. Cor Hoffer (Katholieke Universiteit Nijmegen, tevens werkzaam bij RIAGG Rijnmond), doet voor de universiteit onderzoek naar jongens- en meisjesbesnijdenis en voor het RIAGG een antropologisch onderzoek in Rotterdamse achterstandswijken met betrekking tot verschillende visies op lichamelijke integriteit.
- Drs. Monique Kavelaars (Pharos), zij is het hoofd van de afdeling kennisontwikkeling en overdracht en heeft het project vrouwenbesnijdenis in haar portefeuille.
- Drs. Dineke Korfker, verloskundige en antropologe. Tijdens haar studie heeft zij al met het onderwerp vrouwenbesnijdenis te maken gehad, maar met name tijdens de zes jaren dat zij in Egypte heeft gewerkt voor het bevolkingsfonds van de VN.
- Mr. Stan Meuwese (Defence for Children International), betrokken bij het juridische deel van het onderzoek over meisjesbesnijdenis.
- Drs. Zahra Naleie (Federatie Somalische Associaties Nederland (FSAN)), geeft binnen de Somalische gemeenschap voorlichting over vrouwenbesnijdenis.
- Gerda Nienhuis (Pharos), betrokken bij het preventieproject tegen vrouwenbesnijdenis 'van beleid naar praktijk'. Geeft daarnaast ook scholing en training over vrouwenbesnijdenis.
- Prof. Dr. Annemiek Richters (Universiteit van Leiden), hoogleraar Cultuur, Gezondheid, Ziekte.
- Dr. Jos van Roosmalen (Leids Universitair Medisch Centrum), gynaecoloog en woonde lange tijd in Tanzania. Hij heeft regelmatig contact met besneden vrouwen tijdens de zwangerschap en bevalling.
- Dr. Fedde Scheele (Lucas-Andreas ziekenhuis), gynaecoloog in een multiculturele praktijk.
- Dr. Alice Struijs (Raad voor de Volksgezondheid en Zorg), ethica en deskundige op het gebied van minderhedenbeleid. Vooral gericht op interculturalisatie van zorg en hulpverlening. Elisabetta El-Karimy (masters medische antropologie), heeft een Egyptische achtergrond. Zij houdt zich daarom bezig met de Egyptische migranten. Ook kijkt zij naar preventiestrategieën en projecten in Italië.
- Prof. Dr. Corlien Varkevisser (Universiteit van Amsterdam), emeritus hoogleraar medische antropologie, tevens werkzaam geweest bij het Koninklijk Instituut voor de Tropen. In de jaren zeventig heeft zij meegewerkt aan een onderzoek naar vrouwenbesnijdenis in Soedan door de medische faculteit van de universiteit van Khartoum.
- Dr. Wil Voogt (Inspectie Gezondheidszorg), inspecteur.

BIJLAGE 2

Bibliografie

Van Aalst, Carlijn,

Vrouwenbesnijdenis in Nederland. Gedragsbepalende factoren. Somalische sleutelpersonen en voorlichtsters. Stageverslag. Biomedische Wetenschappen. Faculteit der Aard en Levenswetenschappen van de Vrije Universiteit, Amsterdam, Juni 2002.

Van Aalst, Carlijn,

Vrouwenbesnijdenis in Vrouwenbladen en tijdschriften. Paper, Medisch Centrum, Gezondheidszorg en cultuur. Vrije Universiteit Amsterdam, 2002.

Allaix, M.,

Droit et Excision. in E. Rude-Antoinne (ed.) *L'immigration face aux lois de la République*, Paris : Éditions Karthala, 1992, p. 135.

Baaij M. en M.J. Kagie,

Vrouwenbesnijdenis; het verhaal van drie patienten. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* (143) 46, 1999, pp. 2336 – 2337.

Bartels, Edien en Dineke Korfker,

Achtergronden van vrouwenbesnijdenis, *BKZ, Tijdschrift voor verzorgende beroepen*, april 1986.

Bartels, Edien,

Herinfibulatie en de strijd tegen vrouwenbesnijdenis. In: *Tijdschrift voor Vrouwenstudies*, 8(1) 1987 pp.15-31

Bartels, Edien,

Vrouwenbesnijdenis als markeringsritueel. *Antropologische Verkenningen* 12 (1), 1993a, 1-19.

Bartels, Edien,

Reinfibulation and the battle against female circumision. In: *'Eén dochter is beter dan duizend zonen'*. *Arabische vrouwen, symbolen en machtsverhoudingen tussen de sexen.* Utrecht: Jan van Arkel, 1993b.

Bartels, Edien,

Vrouwenbesnijdenis en spreekplicht. *Tijdschrift voor Vrouwenstudies* 1994 12 (1): 114-122.

Bartels, Edien,

Medische ethiek en rituelen van bloed. *Tijdschrift voor geneeskunde en ethiek*, 1998, jrg 8, nr 4. pp 128-133.

Bartels, Edien, Anke van der Kwaak, Han Bartels.

Meisjesbesnijdenis in juridisch perspectief. *Proces*, 2002, jaargang 81, nr. 3-4, pp 49-54.

Bartels, Edien,

Besnijdenis, en maagdelijkheidsrituelen. In: *Handboek voor interculturele zorg*. Redactie: Ineke Mouthaan, Milleke de Neef en Hans ten Wolde. Elsevier 2002.

Bartels, K en I. Haaier,

's Lands wijs, 's Lands eer?: vrouwenbesnijdenis en Somalische vrouwen in Nederland. Centrum Gezondheidszorg Vluchtelingen, Rijswijk. 1992.

Bartels, K en I. Haaier,

Vrouwenbesnijdenis en Somalische vrouwen in Nederland. Stichting Pharos, Utrecht. 1995.

Bensmail I.K. en M.M.M. van den Enk-Hanewinkel,

Project zelfredzaamheid Somalische vrouwen, Stichting Vluchtelingenwerk Leidschendam, November 2000.

Bouwmeester, M., M. Dekovic & H. Groenendaal,

Opvoeding in Somalische Vluchtelingengezinnen in Nederland. Assen, Van Gorcum, 1998

British Medical Association,

Caring for patients and child protection Guidance from the British Medical Association, 1996, pag. 6.

Curiel-Weil, Linda,

Combating sexual mutilation in France through the application of the law, CAMS France, 2002.

Dam, Jarmila,

Vrijheidsstrijd en Vlucht. Over Eritrese vrouwen daar en hier. Doctoraalscriptie Culturele Antropologie/Sociologie der Niet Westerse samenlevingen. Vrije Universiteit Amsterdam, 1994.

Derksen, J. en J. van Roosmalen,

Gynaecologische morbiditeit specifiek voor allochtone vrouwen. In: *Het Gynaecologisch Formularium*, een praktische leidraad. J.M.W.M. Merkus, M.P. Spinger en J.M.A. Sitsen (eds.), Houten/Diegem, Bohn Stafleu Van Loghum, 2001, Tweede Editie, pp. 257 – 264.

Dirie, Mahdi Ali,

Female circumcision in Somalia: medical and social implications. Mogadishu, *Somalia*: SOMAC/SAREC, 1985.

Dyer, O.,

Gynaecologist struck off over female genital mutilation., In: British Medical Journal, 307, 1993, pp. 1441-2.

El Dareer, Asma,

Women why do you weep? Circumcision and its Consequences. London, Zed Press 1982.

Essen, B. Johnsdotter, S. Hovellius, B. Gudmundsson, S. Sjöberg, N.O. Friedman, J. en Ostergren, P.O.,

Qualitative study of pregnancy and childbirth experiences in Somali women resident in Sweden, BJOG, Volume 107, Issue 12, December 2000, pp. 1507 – 1512.

Esveldt, Ingrid en George Groenewold,

Migranten: bruggenbouwers en geldschietters. Relaties in land van bestemming spelen centrale rol. In: Demos, jaargang 18, Februari 2002.

Foblets, Marie-Claire,

De Parijse besnijdenis-processen: Franse rechters in het beschavingsoffensief' (The Parisian circumcision processes: French courts in the offensive of civilisation). *Recht der Werkelijkheid (Right of Reality)*, no. 2, 1992, pp. 107 – 119.

Gemeente Leidschendam,

“Actief in Leidschendam.” Project zelfredzaamheid Somalische vrouwen, Gemeente Leidschendam en Stichting Vluchtelingenwerk Leidschendam, april 2001.

Grassivaro Gallo, Pia & L. Araldi,

Epidemiological, medical, legal and psychosocial aspects of mutilation/at-risk girls in Italy. In: *Male and female circumcision. Medical, legal and ethical considerations in pediatric practice*. George C. Denniston, Frederick Mansfield Hodges, and Marily Fayre Milos (eds) New York, Kluwer Academic Publishers, 1998, pp. 241- 257.

Gruenbaum, Ellen,

The Female Circumcision Controversy, an anthropological perspective. Philadelphia, University of Pennsylvania Press, 2001.

Harmsen , C.N.,

‘Cross-cultural marriages’ In: *Maandstatistiek van de Bevolking* december 1999: 17-20.

Hendriks, M.,

Verslag van de 5^e bijeenkomst Platform en Klankbordgroep Vrouwenbesnijdenis op 23 april 2002 Pharos, Utrecht. Utrecht, Pharos, 2002

Hessel, T.,

Somaliërs in Nederland, een profiel. Den Haag: Ministerie van Binnelandse Zaken en Koninkrijks relaties, 2000.

Van den Idsert, Carolien Adhiambo,

Gender, Reproducing Culture: Meanings and Values of Clitoridectomy Among the Tigrinya of Asmara, Eritrea , Doctoraalscriptie Culturele Antropologie. Amsterdam, Vrije Universiteit, 2003.

GHI Bulletin,

Inspectie Gezondheidszorg, Informatie over Vrouwenbesnijdenis, maart 1994.

Johansen, R.E.,

Pain as a counterpoint to culture: toward an analysis of pain associated with infibulation among Somali immigrants in Norway, *Medical Anthropology Quarterly* 16 (3), 312 –345.

Keizer, Cornelieke,

Acculturatie en psychische effecten van vrouwenbesnijdenis: Een onderzoek onder sleutelfiguren en vertegenwoordigers eigen taal en cultuur van de Somalische gemeenschap in Nederland. Doctoraalscriptie Psychologie. Rijksuniversiteit Leiden, 2003.

Van der Kwaak, A., I. Haaijer, K. Bartels,

Besnijdenis bij Somalische vrouwen: de stilte doorbroken? *Medische Antropologie* 3(2), 1991, pp. 211-235.

Van der Kwaak, Anke,

Gender identities and identity: a questionable alliance? *Soc.Sci.Med.*Vol.35, nr.6. 1992. pp. 777-787.

Van der Kwaak, Anke,

Basisgezondheidszorg in Zuidelijk Somalië: wie werden er beter van? In: Cultuur en Ontwikkeling. Rawoo Lunchlezingen 1992. Publication no. 4, 1993

Van der Kwaak, Anke,

The invention of Somali tradition: some reflections on Somali women in Saakow, Middle Juba. *SOAS*, London, 24 September, 1993.

Van der Kwaak, Anke,

From relief to self-reliance: problems, possibilities and perseverance in Somali District Health Care. Rotterdam/Leiden. Memisa/VENA, 1994

Van der Kwaak, Anke,

Somalische vrouwen van vlucht naar vrede. In: *Ongekend Verweer. De actieve rol van vrouwen in conflictsituaties en als vluchteling.* HOM en Vrouwenberaad OS, 1997, pp. 16-19.

Van der Kwaak, Anke,
Somali women;from flight to peace. In: *Beyond all bounds. Women about their active role in conflict situations as a refugee*. Utrecht: HOM. 1999, pp. 15-20.

Van der Kwaak, Anke,
Vrouwen en migratie. LOVA-Nieuwsbrief. Amsterdam, Landelijk Overleg Vrouwelijke Antropologen, 2001.

Van der Kwaak, Anke, en Marina Hendriks
Onderzoeksamvraag voorlichting en vrouwenbesnijdenis. Het voorkomen van vrouwenbesnijdenis via voorlichting. Een onderzoek naar de relatie tussen de inzet van sleutelfiguren en voorlichters eigen taal en cultuur en de kennis en attitude van de Somalische doelgroep in Nederland. Amsterdam/Utrecht: VU medisch centrum/Pharos/FSAN, 2001.

Van der Kwaak, Anke, Judith Beintema, Agnes Tarrida
Voorlichting en Meisjesbesnijdenis. Impressies van onderzoek en activiteiten. In: *Etniciteit en diversiteit. Van onderzoek, naar beleid, naar actie*. René Rector (red.) Congresbundel Wetenschapswinkel Vrije Universiteit 2002, Dienst Communicatie Wetenschapswinkel Vrije Universiteit Amsterdam.

Larsen U. and Okonofua, F.E.,
Female circumcision and obstetric complications, *IJGO*, Volume 77, Issue 3, June 2002, pp. 255-265.

Leye, Els,
Report of the first workshop " Exchanging experiences and information at community level". Göteborg, April 26-28 2000. Gent: ICRH and Ghent University, 2000.

Maslee, Marjolein en Stan Meuwese,
Genitale Verminking bij meisjes en vrouwen. In: *Ars Aequi* 49, 7/8, 2000, pp.535-545

Menage, Janet,

Post-Traumatic Stress Disorders after genital medical procedures. In: *Male and female circumcision. Medical, legal and ethical considerations in pediatric practice*. George C. Denniston, Frederick Mansfield Hodges, and Marily Fayre Milos (eds) New York, Kluwer Academic Publishers, 1998, pp. 215-219.

McCaffrey, M, Jankowska, A. Gordon H.,

Management of female genital mutilation: the NorthWick Park Hospital Experience. *BJOG* Volume 102, Issue 10, October 1995, pp. 787 – 790.

Ministerie SZW

Een land waar vrouwen willen wonen. Beleidsreactie op het rapport Het voorkomen en bestrijden van geweld tegen vrouwen (SIM) en advies Geweld tegen Vrouwen (AIV). Den Haag, 2002.

Ministerie van WVC.,

Regeringsstandpunt inzake vrouwenbesnijdenis. Rijswijk: WVC 1993.

Mohamoud, Abdullah,

Somaliërs: overleven in een ongemakkelijke omgeving. *Afrikanen in Nederland*. Redactie Inneke van Kessel, Nina Tellegen. Koninklijk Instituut voor de Tropen/Afrika-Studiecentrum 2000. pp. 133-149.

Momoh, C, Ladhani S, Lochrie DP, J Rymer,

Female genital mutilation: an analysis of the first twelve months of a Southeast London Specialist clinic, *BJOG*, Vol. 108, Issue 2, February 2001, pp. 186 – 191.

Naleie, Zahra, Siad,

The position of islam towards female circumcision. *Nieuwsbrief FSAN*, 5 juni 1997, pp. 3-4.

Naleie, Zahra, Siad,

Campagne tegen vrouwenbesnijdenis: de praktijk. *Phaxx*. 3 augustus 1997, p. 14.

Naleie, Zahra Siad,

Eindverslag van het voorlichtingsproject ter preventie van vrouwenbesnijdenis ten behoeve van de Somalische gemeenschap in Nederland. Amsterdam: FSAN, 1997.

Nienhuis, Gerda en Ineke Haaijer,

Vrouwenbesnijdenis. *Intercultureel verplegen.* Utrecht: de Tijdstroom, 1995, pp.42-56.

Nienhuis, Gerda,

'Het is of je de bevalling alleen moet doen':Somalische vrouwen aan het woord. *Tijdschrift voor Verloskundigen* 23(1998) 3 (mrt), pp. 160-166.

Nienhuis, Gerda,

Kraamzorg en besnijdenis. *Tijdschrift voor Verzorgenden* 31 (1999) 9. pp. 26-28.

Pharos

Verslag Referentiegroepbijeenkomsten, Utrecht 2001.

Population Council, Egypt,

Transitions to Adulthood, A National survey of Egyptian Adolescents, March 1999.

Prins, Baukje en Boris Slijper (redactie),

Inleiding Themanummer "Hoe tolerant zijn we eigenlijk?" In: *Migrantenstudies* 2002, 18^e jaargang, nummer 4, pp.1194-211.

Rahman, Anika and Hahid Toubia,

Female Genital Mutilation. A Guide to Laws and Policies Worldwide.

Zed Press, Londen and New York, 2000. In association with CRLP & Rainbo .

Rath, Jan,

Een Etnische Stoelendans in Mokum? Over de Economische Incorporatie van Immigranten en Hun Nakomelingen in Amsterdam. In: *Uit de Zevende. 50 Jaar Sociaal-Culturele Wetenschappen aan de Universiteit van Amsterdam.* Het Spinhuis, Amsterdam, 1998.

Reyners, M.M.J.,

Na de storm: actie! *Medische Antropologie* 4 (1992), pp.251-4.

Reyners, M.M.J.,

Het besnijden van meisjes. Een levenlang leed en pijn. Amsterdam, Boom, 1993.

Richard, F., Daniel, D., Ostyn, B., Copaert, E., Amy, J.J.,

Technisch advies voor gezondheidspersoneel in België. Vrouwelijke genitale verminking (vrouwenbesnijdenis) – Handleiding voor bij de bevalling, België Juni 2002.

Richters, Annemiek,

"Culturele diversiteit in hulpverlening en onderzoek: Kan wat moet, moet wat kan?"

Tijdschrift voor Humanistiek 6(2):18-26, 2002.

Richters, Annemiek,

“Ons lichaam, medisch object of cultureel-sociaal concept”, *VNVA krant* 30(mei):5-12, 2002.

Roosens, Eugeen,

Primordiale autochtonie. Dilemma van de multiculturele samenleving. Leuven/Apeldoorn: Acco, 1998.

Rushwan, Hamid, Corry Slot, Asma El Dareer, Nadia Bushra,

Female circumcision in the Sudan. Prevalence, complications, attitudes and changes. Faculty of Medecine, University of Khartoum, Sudan 1983.

Smith, Jaqueline en Hermine van der Weide,

Visies en discussies omtrent genitale verminking van meisjes, een inventarisatie in internationaal perspectief.

Defence for Children International, Afdeling Nederland, 1992

Smith, Jaqueline,

Visions and discussions on genital mutilation of girls, an international survey. Defence for Children International, Afdeling Amsterdam, 1995

Struijs, Alies,

Neutraliteit en Gelijkheid. Liberaal Overheidsbeleid ten Aanzien van Minderheidsgroepen. In: Kranenborg R., Stoker W. red. *Religies en ongelijkheid in een plurale samenleving*. Leuven/Apeldoorn: Garant 1995.

Suurmond, Janny Louise,

Grenzen aan grenzen. Een analyse van publieke debatten over vluchtelingen en migranten in termen van zorg en rechtvaardigheid. *Proefschrift ter verkrijging van de graad van doctor aan de Universiteit van Utrecht. Maastricht, Shaker Publishing BV, 1998.*

Tako, Haawa,

Somalische vrouwen in den vreemde. Utrecht VON, 1995

Tarrida, Agnes,

Voorlichting aan de Somalische gemeenschap in Den Haag. Evaluatiestudie.

Doctoraalscriptie, VU Amsterdam, 2003.

Tillaart, Harry van den, Marjolijn Olde Monnikhof, Sjaak van den Berg, John Warmerdam, *Nieuwe etnische groepen in Nederland. Een onderzoek onder vluchtelingen en statushouders uit Afghanistan, Ethiopië en Eritrea, Iran, Somalië en Vietnam*. Instituut voor toegepaste wetenschappen van de Stichting Katholieke Universiteit te Nijmegen, 2000.

Valk, Helga A.G.de, Ingrid Esveldt, Kène Henkens, Aart C.Liefbroer,

Oude en Nieuwe Allochtonen in Nederland. Een demografisch profiel. WRR, Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid, werkdocumenten W 123, Den Haag, juli 2001.

Vangen Siri, Camilla Stoltenberg, R. Elise B. Johansen, Johanne Sundby and Babill Stray-Pedersen,

Perinatal complications among ethnic Somalis in Norway, *Acta Obstreticia et Gynecologica Scandinavica*, Vol. 81, Issue, 4 , April 2002. pp. 317- 334.

Veerman, T. A. Hendriks en J. Smith,

Recht doen aan de gezondheid(sbelangen) van kinderen. Het regeringsbeleid inzake polio vaccinatie en meisjes- en jongensbesnijdenis, aan de grondrechten getoetst. In: *Recht en kritiek* 1995, 21: 136-165.

Vereinten Nationen,

Genital Verstümmelung bei Mädchen und Frauen, Eine Informationsschrift für Ärztinnen und Ärzte, Beraterinnen und Berater unter Verwendung von Informationen der Weltgesundheitsorganisation der Vereinten Nationen, 2000, p. 25.

Verweij, Margreet ,

Richtlijnen kindermishandeling AmsterdamVU mc, huisdrukkerij 2001

Willems, Jan C.M.,

Wie zal de ouders opvoeden? Kindermishandeling en het recht van het kind op persoonswording, T.M.C. Asser Press, Den Haag, 1999, Bijlage 3, p. 1038-1062.

Waelkens, Maria-Pia, Korrie de Koning, Hermen Ormel, Anke van der Kwaak,

Integration of Sexual Health Into Reproductive Health Services: Needs, Evidence and Implications. A review paper. Prepared for WHO/RHR, Maria-Pia Amsterdam, KIT Development, Policy & Practice, February 2003.

De Wit, Puck,

“Egypte is te klein voor mijn gedachten”. De migratiemotieven van Egyptische kopten. In: *Sbarqiyat*, jaargang 14, nr 1, 2002.

WHO,

Female genital mutilation. Programmes to date: what works and what doesn't. A review. Geneva, World Health Organisation, 1996

WHO,

Female genital mutilation. An overview. Geneva: World Health Organisation, 1998

WHO,

Female genital mutilation. Information Kit. Geneva: World Health Organisation, 1999.

WHO,

Management of Pregnancy, Childbirth and Postpartum period in the presence of female genital mutilation. Report of a WHO Technical Consultation, 15-17 October 1997, Geneva, World Health Organisation, 2001

Wise, E. M. (trans)

The Italian Penal Code, Fred B. Rothman & Co, Littleton, 1978, p. 195.

Yohannes, Habtom,

Eritreërs: natievorming op de vlucht. In: *Afrikanen in Nederland.* Redactie: Inneke van Kessel en Nina Tellegen. Amsterdam, Koninklijk Instituut voor de Tropen en Leiden, Afrika Studiecentrum, 2000. pp. 101-117.

Zwaan, Marjolein,

Onderzoeksprotocol JGZ en vrouwenbesnijdenis, Amsterdam, VUMC/WEWI, 2003.

Van der Zwaard, J.,

Een spreekbeurt over vrouwenbesnijdenis en cultuur. In: *Tijdschrift voor Vrouwenstudies* 1994;12 (1): 101-110.

BIJLAGE 3

Overzicht medische onderzoeken

McCaffrey e.a. presenteren onderzoekgegevens van de African Well Woman Clinic in Middlesex. De 50 Somalische vrouwen waren gemiddeld op hun 6.7 jaar geïnfibuleerd en het onderzoek laat zien hoe meer gecompliceerde bevallingen het gevolg van de infibulatie zijn (McCaffrey 1995). Ook in een andere studie had 86% van de vrouwen die naar een recent geopende kliniek kwamen en volgens het type III besneden waren hadden chronische en acute klachten. Van de 89 zwangere vrouwen die de kliniek bezochten, vroeg geen enkele vrouw om herinfibulatie na de bevalling, maar 6% dacht erover hun dochter buiten de Uk te laten besnijden, terwijl minder dan 10% de traditie van de hand wees (Momoh 2001).

In een vergelijkende Noorse studie onder vrouwen geboren in Somalië en Noorwegen bleek dat perinatale complicaties, het inleiden van de bevalling, keizersnede en perinatale sterfte, 'fetal distress', spoed keizersneden, Apgar scores lager dan 7 en 'still births' significant meer voorkwamen bij de Somalische vrouwen, de vraag blijft echter of dit door infibulatie alleen of veroorzaakt werd door een combinatie van te weinig optimale zorg, intercurrent ziektes en socio-culturele factoren. De onderzoekers concludeerden dat de Somalische vrouwen een risico groep zijn binnen de verloskunde die speciale zorg vraagt (Vangen et.al 2002).

Ook zijn er onderzoeken gedaan in Afrikaanse landen. In drie ziekenhuizen in Nigeria werden 1850 vrouwen lichamelijk onderzocht. De prevalentie van complicaties bij onbesneden vrouwen en bij type I en I besneden vrouwen werd bekeken alsook een statistische analyse gedaan van de zelf gerapporteerde complicaties tijdens de bevalling en de door de kliniek gerapporteerde soort besnijdenis. De besneden vrouwen liepen een hoger risico op uitscheuren en stilgeboorte (Larsen and Okonofua 2002).

Essen presenteert een Zweeds onderzoek onder 15 Somalische vrouwen die zowel in Somalië als in Zweden bevallen waren. Het fenomeen van minder eten om de foetus zo klein mogelijk te laten zijn bleek te zijn verminderd als een gevolg van de sterkere verloskundige begeleiding in Zweden (Essen 2000).

Een antropologische studie werd in Noorwegen verricht bij 30 Somalische vrouwen in een Somalische vrouwengroep, een gezondheidsgroep en in een gynaecologische afdeling geïnterviewd en een lange tijd gevolgd werden. Daaruit kwam naar voren dat vooral de pijn gerelateerd aan de besnijdenis de voornaamste reden is dat vrouwen in een andere context dan de Somalische tegenstanders van infibulatie worden. Een andere Noorse studie liet zien dat als het

gevolg van het migratieproces Somalische vrouwen op hun klachten kunnen reflecteren en hun ervaringen beter beschrijven (Johansen 2002)

BIJLAGE 4

Activiteiten Pharos/FSAN

Den Haag

- Startbijeenkomst op 11 november 2001 (startbijeenkomst is met name bedoeld om iedereen te informeren en te betrekken bij de activiteiten rondom vrouwenbesnijdenis)
- 1^e serie van 3 voorlichtingen in december 2001 voor vrouwen, mannen en jongeren
- 2^e serie van 4 voorlichtingen in februari en maart 2002
- 3^e serie voorlichtingen in juli en augustus 2002

Tilburg

- Startbijeenkomst op 2 maart 2002
- 6 voorlichtingen voor vrouwen in periode maart-mei 2002
- 2 voorlichtingen voor mannen in juni 2002
- 1 voorlichting aan meisjes in juni
- 1 voorlichting aan jonge mannen in september 2002
- 1 voorlichting aan mannen in september/oktober 2002

Arnhem en omgeving

- Startbijeenkomst op 9 maart 2002
- 4 voorlichtingen voor vrouwen in maart-mei 2002
- 4 voorlichtingen voor vrouwen in augustus-september 2002

Groningen

- Startbijeenkomst op 22 februari 2002
- Enkele voorlichtingen zijn in planning na zomervakantie

Leeuwarden

- 1^e serie van 4 voorlichtingen maart-mei 2002
- 1 voorlichting aan jongeren in maart 2002
- 1 voorlichting aan mannen in mei 2002
- 2 voorlichtingen aan vrouwen in april-mei 2002
- 4 voorlichtingen na zomervakantie

Emmeloord

- 2 voorlichtingen aan vrouwen in Almere en Emmeloord in april-mei 2002
- 2 voorlichtingen aan vrouwen in Almere en Dronten na zomervakantie

BIJLAGE 5

Standpunt NVOG vrouwenbesnijdenis

Inleiding

Vrouwenbesnijdenis, door de Wereld Gezondheids Organisatie (WHO) Female Genital Mutilation (FGM) genoemd, is een ritueel gebaseerd op culturele en traditionele praktijken. FGM is volgens de definitie van de WHO ‘een gedeeltelijke of volledige verwijdering of elke andere beschadiging van de vrouwelijke genitaliën omwille van culturele of niet-therapeutische redenen’[1]. Ofschoon er veel theorieën bestaan over het hoe en waarom van FGM is de rationale van deze ingreep verloren gegaan. Hoewel FGM vooral voorkomt bij islamitische volkeren, is het gebruik veel ouder dan de Islam [1]. De Koran vermeldt geen verplichting noch aansporing tot FGM. De opkomst van de ‘politieke islam’ gaat wel gepaard met het feit dat FGM steeds vaker voorkomt in landen (bijvoorbeeld Indonesië) waar het fenomeen eerder niet of slechts in geringe mate voorkwam [2]. De WHO schat dat wereldwijd tussen de 100 en 140 miljoen vrouwen besneden zijn en dat jaarlijks 2 miljoen meisjes het risico lopen besneden te worden [1].

Definities

Vormen van FGM zoals gedefinieerd door de WHO [1]:

- type I: excisie van het preputium clitoris, met of zonder gedeeltelijke of volledige excisie van de clitoris;
- type II: excisie van clitoris met gedeeltelijke of volledige excisie van de labia minora;
- type III: excisie van de externe genitalia en hechten/vernauwen van de introitus vaginae (infibulatie);
- type IV: overige vormen, zoals prikken/piercen/snijden in clitoris en/of labia, cauterisatie door het aanbrengen van brandwonden, inbrengen van corrosieve stoffen of kruiden in de vagina.

Analyse

Het meest voorkomende leeftijdsinterval waarop de mutilaties worden uitgevoerd, onder onhygiënische condities en zonder verdoving, is de periode tussen de 5 en 10 jaar. De besnijdenis vindt in de regel plaats als het meisje sterk genoeg wordt geacht en op een moment dat er tijd is voor herstel, bijvoorbeeld in de zomervakantie [1]. De afgelopen jaren is in de media melding gemaakt van in Nederland verblijvende Somalische meisjes die in Somalië tijdens een

vakantieperiode zijn besneden. Ook werd gemeld dat besnijdenissen in Nederland plaatsvinden. Het aantal Somaliërs in Nederland wordt geschat op 30.000. In Somalië en Soedan wordt vrijwel uitsluitend type III FGM gepraktiseerd. In Nederland krijgen hulpverleners inzake FGM vooral te maken met vrouwen die uit deze landen afkomstig zijn. Naast verzoeken tot het ongedaan maken van een infibulatie betreft het ook vragen om 're-infibulatie' na een partus.

Deze ontwikkelingen hebben ertoe geleid dat de Geneeskundige Hoofdinspectie van de Volksgezondheid het bestuur van de NVOG benaderde met de vraag of de NVOG een standpunt over vrouwenbesnijdenis had ingenomen en, zo ja, of dit standpunt herziening behoefde

Standpuntbepaling

De NVOG heeft eerder, tijdens haar huishoudelijke vergadering op 21 november 1992, het volgende standpunt ingenomen [3]:

1. De NVOG wijst iedere vorm van vrouwenbesnijdenis af.
2. Wanneer een arts/gynaecoloog geconfronteerd wordt met een verzoek tot enigerlei vorm van besnijdenis zal hij/zij dat verzoek afwijzen. Indien hij/zij daarin niet succesvol is, zal hij/zij contact opnemen met een door het Ministerie in te stellen commissie van bijstand in deze problematiek, die zal helpen om in dat speciale geval een zo acceptabel mogelijke oplossing te vinden.

Dit standpunt werd geformuleerd na een symposium op 2 oktober 1992, georganiseerd door de werkgroep Consultancy for Maternal Health and Family Planning [4]. Aanleiding voor dit symposium was het rapport *'s Lands wijs, 's lands eer*, dat was uitgebracht op verzoek van het Ministerie van WVC [5]. De conclusie van het rapport was dat een punctie of kleine incisie soms een redelijk alternatief zou kunnen zijn voor een 'echte besnijdenis', om erger te voorkomen. Het bestuur van de NVOG, alle argumenten gehoord hebbend, stelde in 1992 dat er geen gronden aanwezig zijn om onderscheid te maken tussen mutilerende en niet-mutilerende vormen van vrouwenbesnijdenis [3]. Ook een kleine incisie wordt dus afgewezen. Volledigheidshalve: dit betekent dat tijdens een vaginale bevalling van een vrouw die eerder een infibulatie onderging, de arts het nodig kan achten het littekenweefsel dat daarvan resteert te klieven (vaak door een episotomia anterior). In die omstandigheden dient de arts aan het eind van de bevalling niet te proberen de infibulatie te reconstrueren, maar dient hij/zij zich te beperken tot het verzorgen van hemostase van het chirurgisch geïncideerde gebied.

In 1994 bracht de Geneeskundige Hoofdinspectie van de Volksgezondheid het bulletin *Informatie over vrouwenbesnijdenis* uit [6]. Een van de conclusies was: ‘Artsen kunnen niet meewerken aan het uitvoeren van een mutilerende primaire besnijdenis bij minderjarige vrouwen en meisjes. Alle vormen van besnijdenis worden daarbij geacht mutilerend te zijn. Een wettelijk verbod op deze ingrepen valt te overwegen, doch kan ook uit de Grondwet en de Wet omtrent de geneeskundige behandelovereenkomst (WGBO) worden afgeleid’ [6]. In dit bulletin werd wel verwezen naar de standpunten van de KNOV en KNMG over FGM, maar het standpunt van de NVOG werd niet vermeld. Als Informatie- en Consultatiebureau Vrouwenbesnijdenis werd het Steunpunt Gezondheidszorg Vluchtelingen van de Stichting Pharos te Utrecht benoemd.

De KNMG stelt eveneens dat ‘een arts zich niet met vrouwenbesnijdenis, in welke vorm dan ook, dient in te laten’ [7]. De WHO, de International Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO) en vele andere overkoepelende organisaties nemen stelling tegen FGM en betrokkenheid van medisch geschoold personeel bij het verrichten van elke vorm van FGM [8].

Vele internationale verdragsorganisaties zoals WHO en Unicef, en de Internationale Conferentie over Bevolking en Ontwikkeling in Cairo in 1994 hebben FGM veroordeeld als een schending van de mensenrechten en een levenslange bedreiging van de gezondheid. De Verdragen en Verklaringen van de Verenigde Naties, zoals de Universele Verklaring van de Rechten van de Mens (1948), het Verdrag over de uitbanning van alle vormen van discriminatie van vrouwen (1979), het Internationaal verdrag inzake de Rechten van het Kind (1990), zijn strijdig met of verbieden het uitvoeren van FGM.

Er is geen wetenschappelijke basis voor FGM. Patiënten die deze procedure hebben ondergaan dienen uiteraard met respect en begrip worden benaderd, ook indien de besnijdenis tot obstetrische en of gynaecologische complicaties heeft geleid. Een leidraad hoe in dergelijke gevallen te handelen vindt men in een document van de WHO [9].

Conclusie

Het bestuur van de NVOG ziet geen aanleiding haar eerder ingenomen conclusie van 21 november 1992 te herzien en wijst iedere vorm van vrouwenbesnijdenis af.

Voor verdere informatie en consultatie kan men zich wenden tot Steunpunt Gezondheidszorg Vluchtelingen van de Stichting Pharos, Herenstraat 35, 3057 LH Utrecht, tel. (030) 234 98 00.

Literatuur

1. WHO. Female genital mutilation, an overview. Geneva: WHO, 1998.
2. Kousbroek R. Scheermesje in opkomst. NRC Handelsblad 2002: 12 juli, 21.

3. NVOG. Standpunt inzake de besnijdenis van vrouwen. Ned Tijdschr Obstet Gyn 1992: 104, 227.
4. Vrouwenbesnijdenis; wereldwijd en in Nederland. Ned Tijdschr Geneesk 1992: 136, 1527.
5. Bartels K, Haaijer I. 's Lands wijs, 's lands eer. Rijswijk: Centrum Gezondheidszorg Vluchtelingen, 1992.
6. GHI bulletin. Informatie over vrouwenbesnijdenis. Rijswijk, 1994.
7. KNMG wijst vrouwenbesnijdenis radicaal af. Medisch Contact 1993: 48; 103-5.
8. WHO/FIGO. Female circumcision. Female genital mutilation. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 1992; 45: 153-4.
9. WHO. Management of pregnancy, childbirth and the postpartum period in the presence of female genital mutilation. Geneva, 2001. <http://www.who.int/frh-whd/FGM/index.htm>.

© 2001 Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie

NVOG-standpunten behandelen actuele onderwerpen waarover in het algemeen (nog) geen consensus bestaat door het ontbreken van adequate wetenschappelijke onderbouwing. De gegeven informatie heeft derhalve geen dwingend karakter, maar beoogt slechts een advies te geven gebaseerd op de beschikbare kennis op het moment van publicatie. Dit standpunt is opgesteld door het bestuur van de NVOG in nauwe samenwerking met een terzake deskundig jurist.

Utrecht, 2002

NEDERLANDSE VERENIGING VOOR OBSTETRIE EN GYNAECOLOGIE

Lomanlaan 103

Postbus 20061, 3502 LB Utrecht

www.nvog.nl

BIJLAGE 6

Axion, Flevoland

Voorkomen (negatieve gevolgen van) meisjesbesnijdenis Flevoland

Inleiding

Meisjesbesnijdenis komt vooral voor in Somalië en in andere Afrikaanse landen (onder andere Djibouti, Noord-Soedan, Mali, Egypte, Guinea Bissau). Volgens schattingen van Amnesty International zijn er over de hele wereld ongeveer 135 miljoen vrouwen besneden. In de provincie Flevoland wonen onder meer 165 Somalische vrouwen en meisjes (CBS, 2002). Er zijn geen cijfers voorhanden over het aantal besneden vrouwen en meisjes in Nederland en Flevoland. Het is niet eenvoudig om het besnijden van meisjes en vrouwen bespreekbaar te maken. Het onderwerp ligt veelal in de taboesfeer. Landelijk heeft stichting Pharos het preventieproject vrouwenbesnijdenis: 'Van beleid naar praktijk' uitgevoerd. Zij hebben Somalische vrouwen getraind om binnen de eigen groep het thema meisjesbesnijdenis bespreekbaar te maken en voorlichting hierover te geven. Ook in Flevoland hebben enkele vrouwen deze training gevolgd.

Diverse organisaties, beroepskrachten en vrijwilligers kunnen te maken krijgen met (de negatieve gevolgen van) meisjesbesnijdenis. Stichting Pharos heeft hiervoor een verdeling gemaakt in een preventieketen en een signalen- en controle keten. In de preventieketen gaat het met name om het voorkomen van meisjesbesnijdenis. Instellingen en beroepskrachten in de signalen- en controle keten kunnen vooral met de negatieve gevolgen van meisjesbesnijdenis te maken krijgen.

Preventieketen

- reguliere zorg: huisartsen, verloskundigen, consultatiebureaus, schoolgezondheidsdiensten.
- nieuwkomers: COA's/MOA, asielzoekerscentra, algemeen maatschappelijk werk bij asielzoekerscentra, Nidos, voortgezet onderwijs (taalklassen jonge nieuwkomers), ROC's.

Signalen- en controle keten

- Blijf van mijn lijfhuizen, Advies- en Meldpunten Kindermishandeling, Voorkomen Kindermishandeling, wijkverpleegkundigen, GGD, huisartsen, ziekenhuizen (kindergeneeskunde, gynaecologie), politie (jeugd- en zedenpolitie), scholen, schoolbegeleidingsdiensten, MOA's, vluchtelingenwerk, bureau slachtofferhulp, maatschappelijk werk.

Tot nu toe is er in Flevoland geen centraal punt waar instellingen, beroepskrachten en vrijwilligers met hun vragen over (het voorkomen van) meisjesbesnijdenis terecht kunnen. Op verzoek van het Platform Hulpverlening Vluchtelingen heeft Axion samen met een werkgroep van deskundigen (advies en meldpunt kindermishandeling, huisarts, verloskundige, Somalische voorlichtster, vluchtelingenwerk) een pragmatische aanpak voor het voorkomen van (de negatieve gevolgen van) meisjesbesnijdenis in Flevoland ontwikkeld. Deze aanpak is nieuw, er bestaat nog geen soortgelijke aanpak elders in Nederland.

Doel

Bijdragen aan het voorkomen van (de negatieve gevolgen van) meisjesbesnijdenis door middel van informatie en voorlichting.

Doelgroep

Het project is gericht op zowel organisaties, beroepskrachten en vrijwilligers die te maken kunnen krijgen met (de negatieve gevolgen van) meisjesbesnijdenis als op vrouwen en meisjes die zelf hiermee geconfronteerd worden.

Werkwijze

Vanaf maart 2003 wordt Axion in Flevoland het coördinatiepunt voor informatie over meisjesbesnijdenis. Hiervoor werkt Axion nauw samen met deskundigen: huisarts, verloskundige, Advies en Meldpunt kindermishandeling, Somalische voorlichtster en stichting Pharos. De taken van het coördinatiepunt bestaan uit:

- verstrekken van algemene informatie over het voorkomen (van de negatieve gevolgen) van meisjesbesnijdenis (folders, brochures, enz.);
- bemiddelen bij vragen om individueel advies en groepsvoorlichting;
- verwijzen naar deskundigen (verloskundige, huisarts, Advies en Meldpunt kindermishandeling, stichting Pharos) bij specifieke vragen.

Startbijeenkomst

Op 18 maart wordt deze aanpak tijdens een korte bijeenkomst (van 16.00 – 17.00 uur) gepresenteerd aan alle instellingen, beroepskrachten in de preventieketen en signalen- en controle keten. Ook de pers zal hiervoor uitgenodigd worden. Tijdens deze startbijeenkomst zullen folders

over de aanpak in Flevoland verspreid worden. De presentatie is in handen van Axion en GGD (?). Ook stichting Pharos zal hieraan meewerken.

Evaluatie

Deze pragmatische aanpak is nieuw in Nederland. Na een jaar vindt een evaluatie plaats. Daarna volgt zo nodig bijstelling.

Axion, 2003

BIJLAGE 7

Questionnaires

DEFENCE FOR CHILDREN INTERNATIONAL-THE NETHERLANDS

<i>PO Box 75297, 1070 AG Amsterdam, The Netherlands</i>

tel: +31.20.4203771, fax: +31.20.4203832, e-mail: dcinl@wxs.nl
--

CALL FOR INFORMATION ON FEMALE GENITAL MUTILATION

Amsterdam, 1 October 2002

Defence for Children International (DCI) is an independent non-governmental organisation established in 1979 to promote and protect the rights of the child. At the request of the Vrije Universiteit of Amsterdam and on behalf of the Dutch Department of Social Affairs DCI The Netherlands is doing an international research on the legal aspects of female genital mutilation (FGM) in Europe and in countries where FGM originally is practised.

Hereby we make a request for your co-operation. Could you please answer this questionnaire? It is essential that this questionnaire will be returned as soon as possible, but before 1 November 2002. Please try to be as complete as possible. At first the final document will be published in Dutch, but we will keep you updated on the outcome of our research. Thank you very much for your co-operation!

Yours sincerely,

Stan Meuwese, director DCI The Netherlands

Femke de Vries, researcher

Questionnaire

In some questions we ask you to add sections of a law. If these documents are too extensive you could also refer to a website where these documents can be found or you could send them by post. Costs will be reimbursed.

1. General information:

- a. Name of the organization, institution, etc.:
- b. Address:
- c. Country:
- d. Name of contact person:
- e. Telephone number:
- f. Fax number:
- g. E-mail:
- h. Website:
- i. Your activities in the field of FGM:

2. Does the Constitution of your country provide clear protection against FGM? If so, please add the text of the law in a current European language.

3. Does the Constitution of your country contain more general protections:

- to ensure the equality of women and men;
- to ensure children's rights;
- to ensure the right to life and physical integrity;

If so, please mention in which section and add the text of the law in a current European languages.

4. Is there a specific law in your country prohibiting FGM? If so, please give the exact name of this law and the date of entry. Please add the text of the law in a current European language.

5. If there is no specific law in your country that makes FGM illegal, do you know if such a law is in preparation or in discussion?

6. Are there any other non-specific laws in your country that can be brought against FGM?

Particularly:

- penal code;
- child rights law;
- women's rights law;
- general health care regulations;
- others;

Please specify and add the text of the law in a current European language.

7. If there is a law (specific or general) that can be brought against FGM, is this law applicable to:

- nationals committing FGM in the country;
- nationals committing FGM out of the country;
- residents committing FGM in the country;
- residents committing FGM out of the country.

Please specify.

8. Have there been any investigations and/or prosecutions of practitioners of FGM? If so, could you please explain the case(s) in details?

9. Have there been any investigations and/or prosecutions of parents or relatives of girls who were forced by them to undergo FGM? If so, could you please explain the case(s) in details?

10. Has anyone in your country asked the right of asylum on the ground that FGM is feared in the home country? If so, please explain the case(s).

11. Is there a governmental policy document in your country on FGM? If so, please add the text in a current European language.

12. Is there a special medical technical advise for midwives, doctors, gynaecologist how to deal with pregnant women who have been already circumcised in their home country? For instance, how to react on a request of refibulation. If so, please add the text of this advise in a current European language.

13. Are there any programs to prevent or eliminate FGM? If so, could you please mention them?

14. Could you please describe the functioning of the laws and implementation in your country?
And if possible, could you add some critical remarks?

Please return before 1 November 2002

Questionnaire VU

Amsterdam, 18 oktober 2002

Dear colleagues,

As you may already know, a small research project "Strategies to prevent FGM" has started in September 2002 at the Vrije Universiteit in Amsterdam, the Netherlands, in collaboration with Defence for Children International (DCI), assessing the pervasiveness of FGM's among migrants in the Netherlands and mapping efforts being taken to prevent the practice in the Netherlands and Europe.

The research team consists of anthropologists (Anke van der Kwaak, Edien Bartels, Elisabetta El-Karimy) and legal experts in the domain of child's rights (Femke de Vries, DCI). The study is commissioned by the Dutch Ministry of Social Affairs and accompanied by a larger group of experts on the topic which are consulted on a regular basis.

The outcome should be presented to the Dutch Ministry of Social Affairs including a list of (legal) recommendations regarding the issue of FGM in the Netherlands. Femke de Vries (DCI) has already contacted you earlier with a short questionnaire on the legal situation.

Concurrently, the research team is trying to map the following points of interest in the Netherlands and Europe:

- preventive and legal strategies of female circumcision in the Netherlands and Europe;
- Somalian, Eritrean and Egyptian migrants and FGM in the Netherlands;
- laws in Europe and African countries pertaining to FGM;
- effectiveness of prevention programmes;
- vision, attitude and practice of general practitioners,
- gynaecologists, paediatricians and other health personnel in touch with the - migrant groups practising FGM;
- knowledge of FGM among police officers and child abuse centres (AMK), and possible ways of intervention;
- knowledge and activities of the refugee organisation's medical section in the Netherlands (Vluchtelingenwerk);

- relevant international (scientific) literature about FGM;
- presentation of (the issue of) FGM in the newspapers and popular magazines.

Given the geographical and political interrelatedness of the issue of FGM it is relevant to also map the neighbouring countries' efforts regarding the prevention of FGM. Therefore, we would appreciate you sharing some of your experiences with us in order to be able to make meaningful recommendations for the Dutch setting, and beyond.

At this point, we would kindly like to ask you the following contribution:

1. CAN YOU CONTRIBUTE ANY EXAMPLES OF PROJECTS/ ACTIVITIES CONCERNING THEMSELVES WITH THE PREVENTION OF FGM? (also mention whether they are participative in nature)
2. CAN YOU INFORM US WHICH MIGRANT GROUPS PRACTISING FGM ARE IN YOUR FOCUS?
3. CAN YOU LET US KNOW WHETHER THERE ARE OTHER ORGANISATIONS/ INITIATIVES THAT SPECIFICALLY DEAL WITH THE ISSUE OF FGM IN YOUR COUNTRY?

Looking forward to your contributions and participation.

Best regards,

Anke van der Kwaak & Elisabetta El-Karimy

Health Care and Culture (HVSG), VU Medisch Centrum Amsterdam