

Bestrijding vrouwelijke genitale verminking

Beleidsadvies

Advies uitgebracht door de Commissie Bestrijding Vrouwelijke Genitale
Verminking aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

Zoetermeer, 2005

**Secretariaat Commissie Bestrijding Vrouwelijke Genitale
Verminking**

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

Colofon

Ontwerp: 2D3D, Den Haag
Druk: Quantas, Rijswijk
Uitgave: 2005
Publicatienummer 05/01
ISBN 90 5732 1475

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

© Raad voor de Volksgezondheid en Zorg

Inhoudsopgave

Samenvatting	5
1 Inleiding	9
1.1 Een helder doel	9
1.2 Op zoek naar effectieve middelen	10
1.3 Werkwijze, terminologie, afbakening	11
1.4 Leeswijzer	13
2 Meisjesbesnijdenis in Nederland	14
2.1 Gegevens over besnijdenis in herkomst-landen	14
2.2 Uitkomsten onderzoek naar besnijdenis in ons land	14
2.3 Conclusie	17
3 Verplichte controle in risicogroepen	18
3.1 Het voorstel van de Tweede Kamer	18
3.2 Juridische haalbaarheid	19
3.3 Conclusie	21
4 Betere signalering	22
4.1 De rol van signalering	22
4.2 Gezondheidsonderzoek voor alle kinderen	23
4.3 Onderzoek van kinderen van asielzoekers	28
4.4 Vervolgonderzoek als kinderen niet verschijnen	28
4.5 Invoeren van meldplicht voor medische beroepsbeoefenaren en AMK's	30
4.6 Signaleren en melden door derden	32
4.7 Registratie en gegevensoverdracht	33
4.8 Conclusie	34
5 Meer mogelijkheden voor vervolging	36
5.1 De rol van vervolging	36
5.2 Verjaringstermijn verlengen	36
5.3 Invoeren meldplicht en inzage in medisch dossier	37
5.4 Specifiek strafbaar stellen	37
5.5 Elders uitgevoerde besnijdenis strafbaar stellen	40
5.6 Conclusie	40
6 Verbeterde preventie	41
6.1 De rol van preventie	41
6.2 Voorlichting aan de samenleving als geheel	41
6.3 Voorlichting aan bevolkingsgroepen waar meisjesbesnijdenis traditie is	42
6.4 Voorlichting aan individuele meisjes en hun ouders	44

6.5	Deskundigheidsbevordering bij professionals	44
6.6	Conclusie	45
7	Advies en implementatie	47
7.1	Landelijke maatregelen, regionaal starten	47
7.2	Verbetering van signalering, opsporing en vervolging	47
7.3	Verbetering van preventie	50
7.4	Implementatie	51
	Bijlagen	
1	Adviesaanvraag	55
2	Samenstelling commissie	73
3	Projectorganisatie	75
4	Verantwoording van de procedure van voorbereiding van het advies	77
5	FGC - Appendix 3: Terms used to describe female genital cutting	81
6	Lijst van afkortingen	83
7	Literatuur	85

Bestrijding vrouwelijke genitale verminking

Samenvatting

Adviesvraag

Met de migratie vanuit landen rond de Sahara heeft in Nederland het gebruik van meisjesbesnijdenis zijn intrede gedaan. Dit gebruik heeft voor betrokkenen vaak een grote culturele en persoonlijke betekenis. In ons land is het echter wettelijk verboden: het wordt beschouwd als een vorm van (kinder)mishandeling die kan leiden tot lichamelijke en psychische gezondheidsproblemen.

Ondanks dit verbod zijn er aanwijzingen dat meisjesbesnijdenis in Nederland nog voorkomt. Hoe kan ervoor gezorgd worden dat dit rituele gebruik in ons land definitief tot het verleden gaat behoren? Op verzoek van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft de speciaal ingestelde Commissie Bestrijding Vrouwelijke Genitale Verminking (VGV) zich daarover gebogen. Zij geeft in dit advies antwoord op de volgende vragen:

1. Hoe vaak komt meisjesbesnijdenis in ons land voor?
2. Hoe kan het verbod het beste gehandhaafd worden?
3. Hoe kan voorlichting ingezet worden voor preventie?

Geschatte omvang

Om de eerste vraag te beantwoorden heeft de commissie onderzoek laten uitvoeren in Amsterdam en Tilburg; plaatsen waar veel mensen wonen die afkomstig zijn uit landen waar besnijdenis van meisjes gebruikelijk is. De resultaten geven een eerste indicatie van de praktijk in Nederland.

De uitkomsten van het onderzoek wijzen erop dat er jaarlijks ten minste vijftig meisjes die in Nederland wonen besneden worden. Besnijdenis komt dus geregeld voor en het wettelijk verbod wordt overtreden.

Dat de frequentie van besnijdenis in Nederland lager ligt dan in de thuislanden wil niet zeggen dat er al sprake is van een stevig verankerde en bestendige gedragsverandering. Ouders lijken geen voorstander meer te zijn van de meest ingrijpende vorm van besnijdenis, volledig wegsnijden van schaamlippen en clitoris en bijna afsluiten van de ingang van de vagina. Maar over het uitvoeren van andere vormen bestaat nog veel aarze-

ling. Het verbod dat in het Nederlandse rechtssysteem ook op die vormen van toepassing is wordt niet goed begrepen.

Handhaving door verplichte controle?

De Tweede Kamer suggereerde een specifieke maatregel om de handhaving van het verbod te verbeteren, namelijk verplichte jaarlijkse controle van meisjes uit risicogroepen. Eén van de vragen van de Minister aan de commissie was dan ook om dit voorstel op haalbaarheid en effectiviteit te beoordelen.

De commissie komt tot de conclusie dat de voorgestelde verplichte controle juridisch niet haalbaar is. De overheid heeft geen bevoegdheid om burgers te verplichten tot deelname aan lichamelijk onderzoek om meisjesbesnijdenis te constateren. Voor het toekennen van dergelijke bevoegdheden is in dit geval geen grond te vinden.

Handhaving door verbeterde signalering en vervolging

Wat kan dan wel gedaan worden om de handhaving van het wettelijke verbod te verbeteren, als verplichte controle van meisjes uit risicogroepen niet kan? De commissie geeft een samenhangend pakket van maatregelen om enerzijds de signalering van meisjesbesnijdenis te verbeteren en anderzijds de vervolging ervan beter mogelijk te maken. Ze adviseert om daarmee eerst ervaring op te doen in twee pilotregio's.

Een belangrijk instrument voor verbeterde signalering is intensivering van de Jeugdgezondheidszorg (JGZ) voor alle kinderen. De commissie adviseert dat alle kinderen in ons land ook na hun contacten met het consultatiebureau een aantal keren lichamelijk onderzoek krijgen aangeboden.

Dat maakt het mogelijk besnijdenis bij meisjes te constateren, maar ook tal van andere problemen, zoals andere vormen van mishandeling, seksueel misbruik, en een scala van gezondheidsproblemen. Deskundigheid bij de zorgverleners is daarbij een voorwaarde.

Als kinderen systematisch weggehouden worden van deze gezondheidsonderzoeken, kan de JGZ, net als nu al op een aantal plaatsen gebeurt, de ouders benaderen en bij bepaalde vermoedens een melding doen aan het Advies en Meldpunt Kindermishandeling (AMK). Het AMK doet dan verder onderzoek en kan bij een gereede, op de persoon gerichte verdenking vervolgens aangifte doen bij het Openbaar Ministerie (OM). Met die procedure kan de JGZ een goed bereik waarborgen.

Op dit moment maken zorgverleners en AMK's zelf de afweging om vermoedens te melden of aangifte te doen. Voor meisjesbesnijdenis levert dat nooit meldingen op. Als besnijdenis al geconstateerd wordt, wordt er doorgaans voor gekozen om verder geen actie in strafrechtelijke zin te

ondernemen, en de gezinssituatie niet te verstoren. Herhaling bij hetzelfde meisje komt immers niet voor: het is een eenmalig misdrijf.

De commissie vindt deze handelwijze echter niet gewenst. Zij adviseert daarom meldplicht in te stellen voor alle artsen en medische hulpverleners bij vermoedens van meisjesbesnijdenis, en daarnaast bij (gekwalficeerde) andere vormen van mishandeling. AMK's moeten voor die gevallen aan-gifteplicht krijgen. Ook wil de commissie de kennis en de bereidheid om te melden vergroten bij derden, en vooral bij onderwijzend personeel.

Signalering en melding zijn de eerste stappen op weg naar verbeterde handhaving van het verbod op meisjesbesnijdenis. Vervolging komt daarna. Om de mogelijkheden daarvoor te vergroten moet de verjarings-termijn ingaan op de achttiende verjaardag van het slachtoffer, en niet zoals nu op het moment van het misdrijf.

Verder adviseert de commissie meisjesbesnijdenis als gekwalficeerde vorm van mishandeling strafbaar te stellen, door een lid toe te voegen aan het betreffende wetsartikel. Dat maakt duidelijk dat meisjesbesnijdenis een delict is. Nu kunnen ouders zich erop beroepen dat zij het gebruik op geen enkele manier met mishandeling associëren, en zo een beroep doen op het rechtsdwalingsrecht.

Met deze geadviseerde set maatregelen is de vraag naar maatregelen om het wettelijke verbod te handhaven beantwoord.

Preventie door voorlichting

Een andere belangrijke strategie bij het bestrijden van meisjesbesnijdenis in ons land is: voorlichting. Handhaving beïnvloedt het gedrag, maar lang niet altijd de attitude. Daarvoor is goede en gerichte informatievoorzie-ning nodig. Zo blijkt voorlichting over gezondheidsschade na besnijdenis effectief te zijn. Religieuze leiders die aangeven dat besnijdenis niet wordt aanbevolen in religieuze teksten kunnen ook een belangrijke rol spelen.

De voorlichting wordt bij voorkeur landelijk gecoördineerd, maar lokaal uitgevoerd. Dat geldt zeker bij het gericht informeren van ouders als meisjes concreet risico lopen om besneden te worden. Inzet en samenwer-king van sleutelfiguren en organisaties uit de eigen gemeenschap, JGZ, GGD, artsen, verloskundigen, AMK, politie en OM zijn cruciaal.

Voldoende deskundigheid is in al die geledingen uiteraard van groot belang. Deskundigheidsbevordering is dan ook een noodzakelijk onder-deel van de set maatregelen die de commissie adviseert. De medische hulpverleners hebben een extra zware verantwoordelijkheid. Nascholing is met name ook voor hen van belang.

Landelijke aanpak, regionaal starten

De commissie adviseert om deze integrale aanpak met intensivering van de Jeugdgezondheidszorg, vervolging en voorlichting, eerst te implementeren in twee pilotregio's, namelijk Amsterdam en Tilburg.

Zo kan er snel gestart worden in steden waar veel mensen wonen die afkomstig zijn uit landen waar besnijdenis nog gebruikelijk is. De omvang van de problemen en de effectiviteit van de maatregelen (ook met betrekking tot andere vormen van mishandeling) kunnen dan nader onderzocht worden en worden afgewogen tegen de meerkosten. De uitgangssituatie voor meisjesbesnijdenis is in deze twee pilotregio's al globaal in kaart gebracht. Van de ervaringen kan geleerd worden bij de geadviseerde landelijke invoering.

1 Inleiding

1.1 Een helder doel

Een eeuwenoud gebruik met een grote persoonlijke en culturele betekenis: waar besnijdenis van meisjes voorkomt is dat vaak het perspectief van de betrokkenen. Ouders zien besnijdenis als een manier om hun dochter te beschermen. Het biedt haar de kans op een goed huwelijk.

Met de migratie vanuit landen rond de Sahara naar Nederland heeft meisjesbesnijdenis ook hier zijn intrede gedaan. Het gebruik is in ons land echter verboden: het wordt aangemerkt als een onaanvaardbare aantasting van de lichamelijke integriteit van meisjes, en is strafbaar als vorm van mishandeling.

In zijn ernstigste vorm gaat het daarbij om het wegsnijden van schaamlippen en clitoris en het bijna geheel afsluiten van de ingang van de vagina. Dat kan tot zowel psychische als lichamelijke gezondheidsschade leiden.

Ondanks het wettelijke verbod en de inzet van vrouwen en mannen uit de betrokken bevolkingsgroepen om het gebruik te stoppen, zijn er aanwijzingen dat besnijdenis van meisjes in ons land nog steeds voorkomt. Het kabinet heeft bij de behandeling van het rapport *Strategieën ter voorkoming van besnijdenis bij meisjes* in 2003 dan ook besloten om de bestrijding van vrouwelijke genitale verminking te intensiveren.

In april 2004 werd in een breed debat in de Tweede Kamer gesproken over gezondheidsproblemen bij de jeugd. De rol van de Jeugdgezondheidszorg werd daarbij cruciaal genoemd, niet alleen voor preventie, maar ook voor het opsporen van strafbare feiten, zoals kindermishandeling. Ook meisjesbesnijdenis valt daaronder.

In het kader van deze discussie is de motie Arib (22 894, 28 en 32) ingediend. In deze motie wordt periodieke, verplichte controle van meisjes uit bevolkingsgroepen waarin besnijdenis traditie is voorgesteld.

Mede naar aanleiding van het debat in de Tweede Kamer heeft minister Hoogervorst van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ) gevraagd een bijzondere commissie in te stellen die advies moet uitbrengen over de wijze waarop vrouwelijke genitale verminking in ons land effectief kan worden bestreden. De adviesaanvraag is te vinden in bijlage 1.

De Minister verzocht de commissie aan te geven hoe de strafrechtelijke handhaving van het verbod verbeterd kan worden. In het bijzonder wilde

hij weten of de verplichte controle die de Tweede Kamer voorstelt haalbaar en effectief is en hoe een registratiesysteem eruit zou kunnen zien. Verder verzocht hij na te gaan wat de omvang van het probleem is. Al deze vragen worden in dit advies beantwoord.

Omdat strafrechtelijke handhaving alleen effectief kan zijn in combinatie met voorlichting, heeft de commissie besloten om niet alleen op deze vragen in te gaan, maar ook te onderzoeken hoe voorlichting kan bijdragen aan het uitbannen van genitale verminking bij meisjes in ons land. Daarmee wil zij bovendien steun geven aan vrouwen en mannen uit de bevolkingsgroepen zelf die ervoor ijveren het gebruik te stoppen.

1.2 Op zoek naar effectieve middelen

Wat zijn de stappen die gezet moeten worden om ervoor te zorgen dat meisjesbesnijdenis in ons land definitief tot het verleden gaat behoren?

Probleem in kaart brengen

Genitale verminking van minderjarige meisjes is strafbaar. Er is echter geen systematische controle. Er zijn wel aanwijzingen dat de praktijk in ons land voorkomt, maar onderzoeksgegevens ontbreken. De eerste vraag die we zullen beantwoorden is dan ook:

1. Hoe vaak worden in Nederland wonende meisjes besneden en waar worden eventuele besnijdenissen uitgevoerd?

Handhaving verbeteren

Tot nu toe is er in ons land niemand vervolgd voor (het meewerken aan) meisjesbesnijdenis. Een norm stellen zonder toe te zien op naleving maakt de wet tot een krachteloos instrument. De tweede vraag die we zullen beantwoorden is dan ook:

2. Wat zijn de beste maatregelen om het wettelijke verbod op genitale verminking bij meisjes te handhaven?

Bij de beantwoording wordt eerst aandacht besteed aan het voorstel van de Tweede Kamer dat een aanleiding vormt voor dit advies: jaarlijks verplichte controle van meisjes uit risicogroepen. We onderzoeken echter ook andere maatregelen en beperken ons daarbij niet tot de juridische sfeer.

Voorlichting verbeteren

Toepassing van het strafrecht blijft altijd een laatste middel. Belangrijker is het om te voorkomen dat er iets te vervolgen valt. Betere handhaving van het verbod kan daaraan bijdragen, maar ook voorlichting, gerichte

educatie en deskundigheidsbevordering zijn van groot belang. De derde vraag die we beantwoorden is dan ook:

3. Wat zijn de beste manieren om door voorlichting, gerichte educatie en deskundigheidsbevordering te werken aan preventie?

1.3 Werkwijze, terminologie, afbakening

Werkwijze

De commissie bestaat uit negen leden (zes vrouwen en drie mannen) met elk een relevante expertise, soms gecombineerd met ervaringsdeskundigheid. De samenstelling van de commissie is te vinden in bijlage 2. De commissie is zeven keer bijeengekomen.

De voorzitter van de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ), de heer F.B.M. Sanders, trad op als voorzitter. Verder droeg de Inspecteur Generaal van de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ), de heer J.H. Kingma, bij als adviseur.

Het secretariaat van de RVZ fungeerde als projectorganisatie voor deze speciale commissie. De projectmedewerkers hebben literatuur bestudeerd en twee achtergrondstudies laten uitvoeren. Deze worden apart gepubliceerd.

De eerste studie is een rechtsvergelijkend onderzoek naar de juridische mogelijkheden om meisjesbesnijdenis te bestrijden, verricht door het Willem Pompe Instituut (WPI), met als titel: *Vrouwelijke genitale verminking in juridisch perspectief*. De tweede is een studie naar het vóórkomen van besnijdenis bij meisjes die in ons land wonen, uitgevoerd door de GG&GD Amsterdam en GGD Hart voor Brabant, met als titel: *Vrouwelijke genitale verminking nader bekeken*.

Ook al het andere materiaal waarop de commissie zich baseert is in de publicatie *Bestrijding vrouwelijke genitale verminking: onderbouwing advies* te vinden, zoals een studie naar de morele rechtvaardiging van de beoogde maatregelen en een document over voorlichting en deskundigheidsbevordering en een kostenraming.

Zowel in de achtergrondstudies als in het overige materiaal is informatie te vinden over de aanpak van meisjesbesnijdenis in het buitenland. Van die ervaringen hebben we veel geleerd, al geeft geen enkel voorbeeld een blauwdruk voor de Nederlandse situatie.

Verder zijn twee consultatieve bijeenkomsten georganiseerd waarop iedereen welkom was die informatie wilde verstrekken. Uiteraard was de com-

missie daarbij vooral geïnteresseerd in de bijdragen van mensen uit de betrokken bevolkingsgroepen. De verslagen van deze bijeenkomsten zijn te vinden in de aparte publicatie *Bestrijding vrouwelijke genitale verminking: onderbouwing advies*.

Op de speciale website kwamen ook reacties binnen (zie onderbouwing advies). Zo zijn we in contact gekomen met veel betrokkenen en ervaringsdeskundigen die ons hun visie gaven.

Ook zijn interviews afgenomen om informatie in te winnen. Een lijst van geïnterviewden staat in bijlage 4.

Op grond van al dit materiaal zijn tal van mogelijke maatregelen in kaart gebracht, besproken en beoordeeld. In het argumentatiedocument (zie onderbouwing advies) wordt een uitgebreid overzicht gegeven van alle besproken opties en de afwegingen daarbij.

In de hoofdttekst concentreren we ons echter op de beoordeling van het voorstel van de Tweede Kamer en op de set maatregelen die we aan de Minister adviseren.

Terminologie

In de adviesaanvraag wordt gesproken over vrouwelijke genitale verminking (VGV). Die term wordt ook in dit advies gebruikt. Daarmee sluiten we aan bij het huidige internationale gebruik om te spreken over Female Genital Mutilation (FGM), al zijn ook andere aanduidingen in omloop. Een bespreking van de terminologie en een overzicht van termen zijn te vinden in bijlage 5 en in het argumentatiedocument (zie onderbouwing advies).

We zullen behalve over ‘vrouwelijke genitale verminking’ geregeld spreken over ‘meisjesbesnijdenis’. Zo blijft zichtbaar dat de besnijdenis doorgaans plaatsvindt bij minderjarigen. Bovendien doet deze beschrijvende term recht aan het feit dat veel besneden vrouwen zichzelf niet als ‘verminkt’ ervaren, ook al zijn ze tegen besnijdenis.

Afbakening

Onder vrouwelijke genitale verminking vatten we alle vormen en alle combinaties waarin dit kan voorkomen: wegsnijden van de voorhuid bij de clitoris, geheel of gedeeltelijk wegsnijden van de clitoris, geheel of gedeeltelijk wegsnijden van de kleine schaamlippen, geheel of gedeeltelijk wegsnijden van de grote schaamlippen, vernauwen van de ingang van de vagina (infibulatie), prikken of een sneetje maken in clitoris en/of schaamlippen. In dit advies gaat het om het bestrijden van al deze handelingen bij minderjarige meisjes.

Tijdens de adviesvoorbereiding is bij de commissie en in de Tweede Kamer de vraag gerezen of jongensbesnijdenis wél aanvaardbaar is. In dit advies doen wij daarover geen uitspraken. Ten eerste maakt de vraag geen deel uit van de adviesopdracht. Ten tweede is jongensbesnijdenis evenzeer een complex onderwerp, dat om een eigen aanpak en weging vraagt.

1.4 Leeswijzer

In het volgende hoofdstuk staan de belangrijkste uitkomsten van het onderzoek naar het vóórkomen van meisjesbesnijdenis in ons land. Dat onderzoek is speciaal voor dit advies uitgevoerd. Daarmee beantwoorden we de eerste vraag.

In hoofdstuk 3 bespreken we de maatregel die in de Tweede Kamer is gesuggereerd en die de Minister ons vroeg te beoordelen op haalbaarheid en effectiviteit: jaarlijkse, verplichte controle van meisjes uit de risicogroepen.

In hoofdstuk 4 en 5 wordt ons voorstel voor verbeterde handhaving uiteengezet. Hoofdstuk 4 is gewijd aan betere signalering. Hoofdstuk 5 gaat over verbeteren van de mogelijkheden voor vervolging. Met ons voorstel voor verbeterde signalering en vervolging is dan de tweede adviesvraag beantwoord.

Voorkomsten heeft uiteraard altijd de voorkeur. Hoofdstuk 6 is gewijd aan de manieren om door voorlichting bestaande positieve ontwikkelingen in risicogroepen te stimuleren en preventie te bevorderen. Ook komen gerichte informatievoorziening aan individuen en deskundigheidsbevordering van professionals aan bod. Daarmee is dan de derde adviesvraag beantwoord.

Hoofdstuk 7 geeft tenslotte de complete set van geadviseerde maatregelen. Daar wordt ook de manier besproken waarop de maatregelen geïmplementeerd kunnen worden.

Natuurlijk is voor deze advisering veel informatie verzameld (zie behalve de achtergrondstudies en de ook de literatuurlijst). De adviestekst begint echter niet met een hoofdstuk over 'alle aspecten van'. Die informatie is in vrijwel elke bron over meisjesbesnijdenis te vinden. Deze herhalen voegt hier weinig toe. Achtergrondinformatie wordt door het hele advies heen gegeven als dat relevant is.

2 Meisjesbesnijdenis in Nederland

2.1 Gegevens over besnijdenis in herkomstlanden

Om iets te weten te komen over de praktijk van besnijdenis van meisjes in ons land, kan men kijken naar cijfers in de landen van herkomst. Die geven wellicht een indicatie.

Tussen de landen van herkomst bestaan grote verschillen in het vóórkomen van meisjesbesnijdenis, zo blijkt uit WHO-gegevens uit 2001. In sommige landen gaat het om enkele tientallen procenten (bijvoorbeeld in Senegal, Tanzania, Ghana en Nigeria), elders om zo'n vijftig procent (bijvoorbeeld in Liberia, Tsjaad en Ivoorkust), in weer andere landen wordt meer dan negentig procent van de meisjes besneden (zoals in Somalië, Ethiopië, Egypte, Soedan, Guinee, Sierra Leone en Mali).

In sommige landen, zoals Senegal, wordt inmiddels veel gedaan om een einde te maken aan vrouwelijke genitale verminking. En met succes. Belangrijke pijlers daarbij zijn educatie en een wettelijk verbod.

Wat zeggen deze gegevens nu over de huidige praktijk van meisjesbesnijdenis in ons land? Dat is onduidelijk. Van de vrouwen die na hun puberteit naar ons land zijn gekomen is waarschijnlijk een even groot percentage besneden als in hun land van herkomst voorkomt.

Worden meisjes die hier opgroeien minder vaak besneden dan hun moeders? Daarover hebben we geen betrouwbare gegevens. Uit andere Europese landen, zoals Zweden, zijn soms wel gegevens bekend, maar die laten zich niet gemakkelijk vertalen naar de situatie in ons land. Inzicht daarin moet dus komen van specifiek Nederlands onderzoek.

2.2 Uitkomsten onderzoek naar besnijdenis in ons land

De Minister vroeg ons een onderzoek te laten uitvoeren naar het vóórkomen van meisjesbesnijdenis in ons land. Een gevalideerde nulmeting onder de risicogroepen bleek binnen de gestelde adviestermijn niet mogelijk. Daarom hebben we een beperkte, gerichte meting laten uitvoeren in twee grote steden, Amsterdam en Tilburg; plaatsen waar veel mensen uit risicogroepen wonen. Het onderzoek is uitgevoerd door de GG&GD Amsterdam en de GGD Hart voor Brabant en wordt apart gepubliceerd als achtergrondstudie, onder de titel *Vrouwelijke genitale verminking nader bekeken*.

Methode

Er zijn schriftelijke enquêtes verstuurd aan zorgverleners (onder andere JGZ-artsen en verpleegkundigen, huisartsen, verloskundigen, gynaecologen), aan scholen en aan een aantal zogenoemde ‘buurtregisseurs’, om via hun directe waarnemingen een beeld te krijgen van het vóórkomen van meisjesbesnijdenis in ons land.

Verder werd gevraagd naar de kennis over het onderwerp in de beroepsgroepen, de mate waarin zij meisjesbesnijdenis bespreken en de behoefte aan meer deskundigheid. De respons op de enquêtes lag rond de 50%, wat gezien de korte responstijd en de methode van onderzoek hoog is.

Om ook directe informatie uit de risicogroepen te krijgen zijn in focusgroepen gesprekken gevoerd met vrouwen. Ook daar werd gevraagd of de vrouwen op de hoogte waren van nieuwe gevallen van besnijdenis bij meisjes die in Nederland wonen. Verder gaven deze vrouwen hun visie op meisjesbesnijdenis en spraken zij zich uit over het beleid in ons land.

Dergelijke interviews met focusgroepen leveren veel materiaal, maar kennen ook beperkingen. Het beeld dat ontstaat is niet compleet. De deelnemers waren in dit geval grotendeels getrainde sleutelfiguren uit de Somalische gemeenschap, van wie bekend is dat zij tegen meisjesbesnijdenis zijn. Zij zullen daarom niet altijd deelgenoot worden gemaakt van informatie over uitgevoerde besnijdenissen.

Ook is het mogelijk dat sociaal wenselijke uitspraken werden gedaan, zeker nu de recente discussies het verbod onder de aandacht hebben gebracht.

Een andere beperking is dat de deelnemers veelal goed geïntegreerd zijn. Het is niet uit te sluiten dat juist bij minder goed geïntegreerde groepen meisjesbesnijdenis meer voorkomt.

Hoewel er dus kanttekeningen te plaatsen zijn bij de gegevens, levert de combinatie van enquêtes en gesprekken met focusgroepen een vrij consistent beeld op, dat ingangen biedt voor het ontwikkelen van beleid.

Incidentie volgens zorgverleners en scholen

De enquêtes met zorgverleners en scholen geven aan dat vrouwelijke genitale verminking in ons land beperkt voorkomt. Recente besnijdenissen (incidentie in de laatste twaalf maanden) worden heel weinig gezien. Artsen en verpleegkundigen geven verder aan dat het aantal besneden vrouwen en meisjes dat zij op spreekuren zien niet stijgt. Waar beroepsbeoefenaren in aanraking komen met vrouwelijke genitale verminking, zien zij alle vormen. Ook melden zij geconfronteerd te worden met de complicaties van besnijdenis.

Incidentie volgens focusgroepen

Uit de gesprekken met focusgroepen komen geen berichten dat de meest ernstige vorm van besnijdenis nog wordt toegepast bij meisjes in ons land: de zogenoemde faraonische besnijdenis (infibulatie), waarbij schaamlippen en clitoris volledig worden weggesneden en de ingang van de vagina wordt vernauwd of vrijwel afgesloten. Onduidelijk is of dat betekent dat het in ons land ook niet meer voorkomt, bijvoorbeeld in minder goed geïntegreerde gezinnen.

Over het voorkomen van andere vormen van meisjesbesnijdenis in ons land, bijvoorbeeld het snijden in de clitoris of schaamlippen of een stukje daarvan wegsnijden, gaan wel geruchten, zo blijkt uit de gesprekken met de focusgroepen. Verder wordt het aannemelijk geacht dat soms besnijdenissen plaatsvinden tijdens reizen naar het land van herkomst, naar bepaalde Arabische landen of naar Engeland.

Schatting van jaarlijks aantal nieuwe besnijdenissen

Op grond van deze gegevens kan nu een grove schatting gedaan worden van het aantal meisjes dat in ons land jaarlijks nog wordt besneden.

Uit de enquêtes in Amsterdam en Tilburg blijkt dat in totaal tien onderzochten in de afgelopen twaalf maanden één of meerdere vrouwen of meisjes gezien heeft die na vestiging in Nederland besneden zijn. Dubbel-tellingen zijn hierbij niet uitgesloten. Anderzijds is ook vijftig procent van mogelijke waarnemingen niet meegenomen, omdat de helft van de geënquêteerden reageerde. Ook is onderrapportage door ontbrekende kennis een reële mogelijkheid. Veel beroepsbeoefenaren geven aan het onderwerp niet te bespreken en behoefte te hebben aan meer kennis.

Gaan we uit van tien besnijdenissen in de laatste twaalf maanden in de onderzochte steden, dan zou dat voor ons hele land kunnen betekenen dat jaarlijks ten minste vijftig meisjes besneden worden. In Amsterdam en Tilburg woont namelijk ongeveer een vijfde van de mensen uit risicogroepen in ons land.

Attitude in risicogroep

De gesprekken met de focusgroepen maken duidelijk dat de deelnemers geen voorstander (meer) zijn van de meest ingrijpende vorm van besnijdenis, mede door positieve ontwikkelingen in de herkomstlanden en toegenomen kennis over teksten in de koran en de hadith.

Maar over de wenselijkheid van andere vormen van besnijdenis aarzelen zij vaak nog, zeker als terugkeer naar het land van herkomst een optie is. Religieuze teksten laten volgens sommigen de mogelijkheid van minder ingrijpende vormen van besnijdenis open of bevelen deze zelfs aan.

Ook zien de vrouwen de zogenoemde soenna als weinig beschadigend. Zij begrijpen lang niet altijd waarom minder ingrijpende vormen in ons land ook verboden zijn. Zelfs goed geïntegreerde vrouwen geven aan soms nog te twifelen over wel of niet besnijden van hun dochters. Hoe dit ligt bij groepen die niet door voorlichting worden bereikt, is niet duidelijk.

In de gesprekken is overigens niet altijd duidelijk naar welke specifieke vormen van besnijdenis wordt verwezen. Zo blijkt bijvoorbeeld dat onder 'soenna' een breed scala van vormen van besnijdenis kan vallen.

Behoeftes aan scholing bij professionals

De medische professionals beoordelen hun eigen kennis over vrouwelijke genitale verminking als gemiddeld, maar geven aan behoefte te hebben aan meer kennis. In hun contacten met de risicogroepen bespreken zij het onderwerp in veel gevallen niet. Zij rekenen dit echter wel tot hun taak. Onderwijzend personeel is minder zeker over dat laatste. Wel hebben ze net als zorgverleners behoefte aan meer kennis.

2.3 Conclusie

De resultaten van dit onderzoek bevestigen het vermoeden dat meisjesbesnijdenis nog voorkomt in ons land. De schatting is dat het jaarlijks om ten minste vijftig meisjes gaat. Hardere cijfers zijn binnen de gestelde adviestermijn niet te verkrijgen.

Van een bestendige attitudeverandering is in de risicogroepen nog geen sprake. Vrouwen voelen vaak nog wel voor minder ingrijpende vormen van besnijdenis bij hun dochters, al blijft soms onduidelijk welke vormen zij dan precies bedoelen.

Terughoudendheid in de uitvoering lijkt op dit moment eerder afgedwongen te worden door het wettelijk verbod dan door de overtuiging dat meisjesbesnijdenis in elke vorm onwenselijk is.

In hun contacten met mensen uit de risicogroepen brengen professionals het onderwerp meisjesbesnijdenis maar beperkt ter sprake. Ook beschikken zij niet altijd over voldoende deskundigheid. Zo lang dat het geval is, blijft het beeld over de praktijk van meisjesbesnijdenis in ons land onvolledig.

3 Verplichte controle in risicogroepen

3.1 Het voorstel van de Tweede Kamer

De Tweede Kamer dacht aan verplichte controles als manier om de handhaving te verbeteren en daarnaast een belangrijk signaal af te geven. Dat zou de ouders die nu nog twifelen ervan kunnen overtuigen dat ze hun dochters niet moeten laten besnijden. Uit het vorige hoofdstuk kwam naar voren dat van een definitieve afwijzing van alle vormen van meisjesbesnijdenis nog geen sprake is.

Verplichte controle zou zich specifiek richten op de risicogroepen. Jeugdartsen zouden dan jaarlijks de uitwendige geslachtsorganen inspecteren bij alle meisjes uit bevolkingsgroepen waar besnijdenis traditioneel wordt toegepast. Door de controle verplicht op te leggen zouden ouders hun kinderen er niet aan kunnen onttrekken.

Het voorstel is door de Tweede Kamer niet in detail uitgewerkt. Zo wordt niet aangegeven welke bevolkingsgroepen onder de verplichting zouden vallen. Internationaal zijn geen ervaringen opgedaan met deze aanpak, dus er zijn elders geen voorbeelden te vinden.

Op zich ligt het voor de hand dat bij verplichte controle meer besnijdenissen geconstateerd zouden worden dan nu gebeurt. Het voor dit advies uitgevoerde onderzoek naar meisjesbesnijdenis brengt incidenten aan het licht. Bij een systematische controle zouden misschien meer gevallen gesignaleerd worden.

Dat zou echter alleen tot betere handhaving van de wet leiden als na zo'n bevinding ook sancties kunnen volgen. De ouders die het misdrijf hebben (laten) begaan moeten dan ook wel gestraft kunnen worden. Dat zou andere ouders weer kunnen weerhouden van nieuwe misdrijven. De vrouwen uit de risicogroepen zijn overigens fel gekant tegen verplichte controle, zo blijkt uit het onderzoek in Amsterdam en Tilburg.

Strafrechtelijke vervolging heeft hier alleen kans van slagen als de overheid bevoegd is tot de verplichte controles van meisjes uit risicogroepen. Als dat niet zo is, kan de constatering dat een besnijdenis heeft plaatsgevonden geen grond zijn voor een vervolging: het is onrechtmatig verkregen informatie. We toetsen dan ook als eerste of de verplichting in dit geval wel opgelegd kan worden.

3.2 Juridische haalbaarheid

De achtergrondstudie *Vrouwelijke genitale verminking in juridisch perspectief* van het Willem Pompe Instituut en het argumentatiedocument bevatten een overzicht van alle juridische aspecten van het voorstel van de Tweede Kamer. Hieronder beperken we ons tot de hoofdzaken.

Kan de overheid mensen de verplichting opleggen mee te werken aan een lichamelijk onderzoek, met als doel het constateren van vrouwelijke genitale verminking? Die vraag dient zich als eerste aan. Alleen als verplichten mogelijk is, wordt de volgende vraag relevant: mag die verplichting selectief opgelegd worden aan bepaalde bevolkingsgroepen?

In principe is het opleggen van een verplichte lichamelijke controle een inbreuk op de individuele vrijheidsrechten van burgers. Deze rechten zijn sterk verankerd, zowel in de Grondwet (artikel 10) als in internationale verdragen. Zo waarborgt artikel 8 van het Europees Verdrag voor de Rechten van de Mens (EVRM) het recht op de eerbiediging van privé-, familie- en gezinsleven door de overheid.

Dit betekent niet dat deze rechten onaantastbaar zijn. Afhankelijk van het doel dat wordt nagestreefd heeft de overheid een aantal mogelijkheden om burgers ertoe te verplichten mee te werken aan lichamelijk onderzoek.

Een dergelijke inbreuk moet dan wel juridisch gerechtvaardigd zijn en omgeven zijn met waarborgen tegen ondoordachte toepassing. Daarvoor zijn specifieke wettelijke bevoegdheden vereist. Heeft de overheid in het huidige rechtsbestel de bevoegdheid om lichamelijk onderzoek af te dwingen als het doel is vrouwelijke genitale verminking op te sporen?

Opsporingsbevoegdheden

De overheid heeft in de eerste plaats zogeheten opsporingsbevoegdheden om, desnoods tegen iemands wil, lichamelijk onderzoek te laten verrichten. Om de verboden in het Wetboek van Strafrecht te handhaven zijn opsporingsbevoegdheden toegekend aan politie en andere justitiële autoriteiten. Ook de mogelijkheid om lichamelijk onderzoek af te dwingen valt daaronder.

Die bevoegdheden zijn echter niet toereikend voor het opsporen van genitale verminking. Ze kunnen namelijk alleen worden ingezet om de (vermoedelijke) dader te verplichten tot meewerken aan lichamelijk onderzoek, en dan ook nog alleen als er een op de persoon gerichte verdenking bestaat.

Daarvan is in dit geval geen sprake. Dat vrouwelijke genitale verminking in het land van herkomst gebruikelijk is, levert onvoldoende grond om

individuen in ons land te verdenken van het laten besnijden van hun dochter. Bovendien geldt dat de opsporingsbevoegdheid uitsluitend gericht kan zijn op de potentiële dader, niet op het slachtoffer.

Toezichtbevoegdheden

De opsporingsbevoegdheden van de overheid laten verplichte lichamelijke controle voor het opsporen van genitale verminking dus niet toe. De overheid heeft echter ook nog zogeheten toezichtbevoegdheden. Maken die verplichte controle mogelijk?

In verschillende wetten en regelingen – zowel in het strafrecht als daarbuiten – zijn toezichtbevoegdheden toegekend, op grond waarvan verplichtingen kunnen worden opgelegd aan burgers. Soms gaat het dan om gedwongen meewerken aan lichamelijk onderzoek. Wat zijn die bevoegdheden?

a. Binnen het strafrecht

Een voorbeeld binnen het strafrecht is artikel 160 van de Wegenverkeerswet, waarin de bevoegdheid om te verplichten tot deelname aan het ademonderzoek is geregeld. Rechtvaardigingsgrond daarbij is het gevaar dat derden kunnen lopen door gebruik van alcohol bij verkeersdeelnemers.

Lichamelijk onderzoek om genitale verminking op te sporen valt echter onder geen van de bijzondere strafrechtbepalingen. Dat ligt ook niet voor de hand: opname in een bijzondere (straf)wet – en daarmee de toekenning van toezichtbevoegdheden – kan alleen als een algemeen maatschappelijk belang in het geding is, zoals bescherming van het milieu of de verkeersveiligheid. Daarvan is bij genitale verminking geen sprake.

Bovendien: ook hier geldt weer dat eventueel toezicht uitsluitend gericht kan zijn op de potentiële overtreder, niet op het slachtoffer.

b. Buiten het strafrecht

Ook op het gebied van de volksgezondheid zijn toezichtbevoegdheden gegeven, soms zelfs vergaande. Zo kan op grond van de Infectieziektenwet in uitzonderlijke gevallen een persoon geïsoleerd worden of lichamelijk worden onderzocht, namelijk als die een ernstig gevaar vormt voor de volksgezondheid.

Besneden meisjes vormen echter geen gevaar voor anderen. Ze kunnen wel zelf gezondheidsschade lijden door de besnijdenis, maar zijn geen bedreiging voor wie dan ook. In die zin verschillen ze wezenlijk van de slachtoffers van een ernstige besmettelijke ziekte.

3.3 Conclusie

De conclusie is dat de overheid geen bevoegdheden heeft om burgers te verplichten mee te werken aan lichamelijk onderzoek, met als doel besnijdenis vast te stellen.

Eerbiediging van de persoonlijke levenssfeer is een belangrijk grondrecht. Waar ons strafrecht toch voorziet in gedwongen lichamelijk onderzoek geldt dat alleen vermoedelijke daders, niet slachtoffers. In het gezondheidsrecht is dwang alleen in uiterste gevallen toegestaan, als iemand bijvoorbeeld door een besmettelijke ziekte een ernstig gevaar vormt voor de volksgezondheid. Daarvan is bij meisjesbesnijdenis geen sprake.

Met die conclusie is de volgende vraag, of de verplichting opgelegd kan worden aan bepaalde bevolkingsgroepen, niet meer relevant. Ook dat is juridisch onmogelijk. Wat voor alle burgers geldt, geldt immers evenzeer voor bepaalde groepen burgers. Zou van dat principe afgeweken worden, dan werd daarmee een ander belangrijk grondrecht geschonden: dat van non-discriminatie.

Deze grondrechten, eerbiediging van de persoonlijke levenssfeer en non-discriminatie, zijn geformuleerd op basis van sterk verankerde morele principes. Daarin op korte termijn wijzigingen aanbrengen is onmogelijk.

Heel concreet betekent dit alles dat als meisjes opgeroepen zouden worden voor een lichamelijk onderzoek, hun ouders deelname daaraan kunnen weigeren. Een rechter zal hen dan in het gelijk stellen. En zou het na een afgedwongen controle toch tot vervolging komen, dan kan de verdediging de rechter verzoeken het verkregen bewijs, namelijk de constatering van genitale verminking, onrechtmatig te verklaren. Zowel in de Nederlandse als in de Europese rechtspraak zou de rechter dit verzoek honoreren.

De maatregel is dan ook niet effectief bij het opsporen en vervolgen van genitale verminking bij meisjes.

Uiteraard zou het voorstel van de Tweede Kamer op veel meer aspecten beoordeeld moeten worden, zoals praktische uitvoerbaarheid, draagvlak, kosten en morele aanvaardbaarheid. In de is hierover veel informatie te vinden. Nu de verplichting niet opgelegd kan worden, zijn deze overwegingen echter niet meer relevant voor de advisering. Dat geldt ook voor de eventuele voordelen van verplichte controle.

In de volgende hoofdstukken ontwikkelen we stapsgewijs een andere strategie. De verplichte deelname aan controle laten we daar los.

4 Betere signalering

4.1 De rol van signalering

Het Kabinet heeft als voornemen geformuleerd om de bestrijding van meisjesbesnijdenis te intensiveren. De verplichte controle is geen optie, bleek in het vorige hoofdstuk. Maatregelen zijn echter wel nodig om in ons land een einde te maken aan meisjesbesnijdenis.

De cijfers die we nu hebben wijzen in de richting van ten minste vijftig besnijdenissen per jaar. Dat zagen we in hoofdstuk 2. Verder maakt het onderzoek in Amsterdam en Tilburg duidelijk dat meisjes uit bepaalde bevolkingsgroepen nog steeds risico lopen. Van een bestendige attitudeverandering is nog geen sprake.

Veel ouders overwegen weliswaar niet langer de ernstigste vorm van besnijdenis, waarbij clitoris en schaamlippen worden weggesneden en de ingang van de vagina bijna wordt afgesloten, maar nog wel het gedeeltelijk wegsnijden of insnijden van de clitoris of schaamlippen. Ook die praktijk, of de reële kans dat hij wordt uitgevoerd of hervat, moet beëindigd worden.

Verder blijkt uit het onderzoek dat de daadwerkelijke uitvoering van een besnijdenis wordt geremd door het wettelijke verbod en de mogelijkheid van sancties. Afgaand op de gesprekken in de focusgroepen leidt handhaving van het verbod niet direct tot bestendige attitudeverandering, maar wel tot gedragsverandering.

De signalering is ook nog niet optimaal. Artsen, en vooral JGZ-artsen, geven aan dat ze behoefte hebben aan meer kennis en het onderwerp meestal niet ter sprake brengen. Omdat in de JGZ bij kinderen ouder dan vier jaar vaak ook geen uitgebreid lichamelijk onderzoek wordt gedaan, is het goed denkbaar dat een deel van de gevallen gemist wordt.

Dit alles pleit voor een aanpak langs verschillende lijnen. Het verbod moet gehandhaafd worden door verbeterde signalering en vervolging. Die weg onderzoeken we in dit hoofdstuk, conform het verzoek van de Minister. Maar ook voorlichting en deskundigheidsbevordering zijn van groot belang. Daarover gaat het in hoofdstuk 6.

Om te kunnen adviseren over handhaving hebben we een serie alternatieven onderzocht en deze beoordeeld op tal van aspecten. De afwegingen zijn te vinden in het argumentatiedocument (onderbouwing advies).

De internationale vergelijking in de achtergrondstudie van het Willem Pompe Instituut maakt duidelijk dat een definitieve uitspraak over de effectiviteit van maatregelen niet mogelijk is. Het succes is altijd afhankelijk van talloze lokale factoren: bijvoorbeeld of iets past in het rechtssysteem van een land en of er draagvlak voor is.

Hieronder doet de commissie een voorstel voor een aanpak in de Nederlandse situatie. De eerste stap is verbeterde signalering. De commissie baseert zich op de volgende drie algemene uitgangspunten.

1. Betere bescherming van kinderen

In alle geledingen van de samenleving wordt het belang gevoeld van een betere gezondheidsbescherming en begeleiding van alle kinderen, ook als dat leidt tot meer inmenging in het gezin en de persoonlijke levenssfeer dan op dit moment gebruikelijk is. De discussie over meer interventies bij kindermishandeling geeft daar blijk van. Wij onderschrijven het belang hiervan en sluiten daarbij aan met ons voorstel.

2. Lichamelijk onderzoek als vorm van goed medisch handelen

Lichamelijk onderzoek moet deel uitmaken van alle reguliere contactmomenten in de Jeugdgezondheidszorg (JGZ). De commissie stelt zich op het standpunt dat inspectie van de uitwendige geslachtsorganen daar bij hoort. Hoewel zich om allerlei redenen een zekere terughoudendheid heeft ontwikkeld, vinden wij het juist goed medisch handelen als dit deel van het lichaam niet wordt overgeslagen. Uiteraard zijn ook een goede anamnese en een professionele inschatting op basis van andere gegevens van groot belang om goede zorg te verlenen aan het kind.

3. Aansluiten bij huidige structuren en waardevolle ontwikkelingen

Beter signaleren kan alleen als zo veel mogelijk wordt aangesloten bij bestaande structuren en bij waardevolle ontwikkelingen en beleidsvoorstellen die zich al aftekenen, zoals de intensivering van de aanpak van kindermishandeling. Ons advies zal dan ook voortbouwen op de zorg die er al is. Verder zullen we nieuwe ontwikkelingen stimuleren als die het doel, uitbannen van de praktijk van meisjesbesnijdenis in ons land, dichterbij kunnen brengen.

4.2 Gezondheidsonderzoek voor alle kinderen

Op basis van de drie uitgangspunten adviseren we nu de volgende aanpak.

Voorstel

Het wettelijk basistakenpakket van de Jeugdgezondheidszorg (JGZ) voorziet in de mogelijkheid om de zorg voor onze kinderen te intensiveren. Wij adviseren om deze mogelijkheid te benutten.

Ten eerste uiteraard, gezien de adviesopdracht, om er zo aan bij te dragen dat meisjesbesnijdenis in ons land definitief tot het verleden gaat behoren. Maar intensivering van de Jeugdgezondheidszorg is ook een middel om een scala aan problemen bij alle kinderen beter op het spoor te komen, zoals andere vormen van mishandeling, misbruik, en gezondheidsproblemen. Het gaat om een samenhangend pakket, waarmee de zorg voor alle kinderen wordt verbeterd.

Hoe zou die intensivering eruit zien? Het basistakenpakket van de JGZ biedt de mogelijkheid om alle kinderen tot negentien jaar contactmomenten aan te bieden, met lichamelijk onderzoek, inclusief inspectie van de uitwendige geslachtsorganen, als onderdeel van de zorg. Hierna spreken wij van 'gedegen lichamelijk onderzoek'. Van die mogelijkheid wordt echter lang niet altijd gebruik gemaakt.

Op dit moment komen kinderen tot vier jaar op het consultatiebureau. Daar krijgen zij op bepaalde leeftijden lichamelijk onderzoek aangeboden. Ook oudere kinderen worden door de JGZ gevolgd. Zij krijgen in het kader van die zorg echter veel minder vaak een gedegen lichamelijk onderzoek aangeboden. Inspectie van de uitwendige geslachtsorganen vindt alleen op indicatie plaats.

Wij stellen voor om deze praktijk te veranderen en alle kinderen (meisjes en jongens) op de leeftijd van vijf à zes jaar, op de leeftijd van negen à tien jaar en op de leeftijd van dertien à veertien jaar contactmomenten aan te bieden, en hen daarbij als onderdeel van de totale zorg ook gedegen lichamelijk te onderzoeken, inclusief inspectie van de uitwendige geslachtsorganen. Daarna zou dergelijk onderzoek alleen nog moeten plaatsvinden als er eerder problemen zijn gesignaleerd.

Per leeftijdsgroep zou het daarbij gaan om gezondheidsonderzoek bij ongeveer 200.000 kinderen (in totaal dus 600.000 kinderen).

Doelen

Net als alle kinderen krijgen de meisjes uit risicogroepen voor besnijdenis in deze opzet een aantal keren gedegen lichamelijk onderzoek aangeboden. Daarmee kan voor deze groep een aantal doelen bereikt worden.

Ten eerste kunnen eventuele complicaties besproken en behandeld worden als een besnijdenis al heeft plaatsgevonden. Complicaties kort na een besnijdenis zijn bijvoorbeeld: infectie, schade aan anus of urinewegen en

fistelvorming. Verder kunnen er psychische problemen optreden. Meisjes kunnen angstig zijn en lijden aan een posttraumatische stressstoornis.

Ten tweede is signaleren van besnijdenis het startpunt voor melding aan een bevoegde instantie. Dat wordt uitgewerkt in paragraaf 4.4.

Voor de populatie kinderen in het algemeen zijn ook belangrijke doelen te formuleren. Voorkomen en signaleren van kindermishandeling en seksueel misbruik liggen daarbij als eerste voor de hand. Zo valt 73% van de kinderen die mishandeld worden in de leeftijdsgroep van 3-14 jaar, volgens gegevens uit 2001.

Lichamelijk onderzoek tijdens alle contactmomenten tussen 0 en 14 jaar biedt verder de mogelijkheid om bijvoorbeeld allergieën, astma, huidproblemen, groeiachterstanden, verwondingen en overgewicht of juist ondervoeding te constateren.

Deze aanpak sluit ook aan bij de doelen die de Jeugdgezondheidszorg zich voor de komende jaren heeft gesteld: meer aandacht voor overgewicht, meer voorlichting over voeding en het belang van bewegen, meer voorlichting over verslavingen, meer aandacht voor het opsporen van kindermishandeling en seksueel misbruik, en meer aandacht voor het volgen van de psychische en motorische ontwikkeling van kinderen.

Al met al kan door periodiek gezondheidsonderzoek voor alle kinderen tot veertien jaar, met een gedegen lichamelijk onderzoek als geprotocolleerd onderdeel, het belangrijke doel van betere zorg voor alle kinderen, inclusief meisjes uit risicogroepen voor besnijdenis, dichterbij komen.

Randvoorwaarden

a. Protocollering

Gedegen lichamelijk onderzoek, ook na de leeftijd van vier jaar, zou in deze opzet ook als vast onderdeel opgenomen moeten worden in het protocol van de JGZ. Op dit moment maakt het daar nog geen deel van uit. Wij bepleiten dit gedegen lichamelijk onderzoek als standaard op te nemen, ook al is de effectiviteit ervan voor het signaleren van bepaalde problemen nog niet altijd wetenschappelijk vastgesteld. In aanvulling daarop zouden minimumnormen over de inhoud en frequentie van lichamelijk onderzoek opgenomen moeten worden in het uniforme deel van het wettelijk basistakenpakket JGZ (Besluit Jeugdgezondheidszorg).

De problemen, zoals kindermishandeling en seksueel misbruik, zijn namelijk zo ernstig dat afwachten tot er meer onderzoeksgegevens zijn ons onwenselijk lijkt. Er zijn aanwijzingen dat mishandeling en misbruik

aanzienlijk vaker voorkomen dan werd gedacht. Gedegen lichamelijk onderzoek als standaardonderdeel laat aan ouders zien dat de overheid dit probleem serieus neemt.

Deze aanpak kan bovendien helpen beter zicht te krijgen op de prevalentie. Behalve over meisjesbesnijdenis zijn ook over andere vormen van mishandeling of misbruik lang niet altijd harde cijfers beschikbaar.

b. Capaciteit

Om de gezondheidsonderzoeken te kunnen uitvoeren moeten er uiteraard voldoende jeugdartsen zijn. Dat betekent uitbreiding van de formatie met naar schatting 70-140 fte en 10-20 fte ondersteuning, en een extra uitgave van 4-8 miljoen euro per jaar. In de aparte publicatie *Bestrijding vrouwelijke genitale verminking: onderbouwing advies* staat een uitgebreide toelichting op de kosten die met deze aanpak verbonden zijn.

c. Deskundigheid

Voor goede signalering is deskundigheid noodzakelijk. De omvangsmeting wijst op te weinig deskundigheid om meisjesbesnijdenis te bespreken. Maar ook voor het interpreteren van de bevindingen bij inspectie van de uitwendige geslachtsorganen is bijzondere expertise nodig. Professionals moeten weten waar ze op moeten letten en hoe bepaalde signalen of symptomen geïnterpreteerd kunnen worden. En ze moeten weten wanneer doorverwijzen nodig is.

Seksueel misbruik en lichtere vormen van besnijdenis zijn bijvoorbeeld niet zo gemakkelijk te constateren. De variatie in vormen van besnijdenis en in hoe geslachtsdelen van meisjes er uitzien is groot. Ook komt op de hele populatie van kinderen besnijdenis zo weinig voor, dat jeugdartsen in sommige delen van het land er weinig ervaring mee zullen opdoen. Scholing van de artsen die gezondheidsonderzoek uitvoeren en daarnaast van huisartsen en kinderartsen is dan ook erg belangrijk. Wij komen hier in hoofdstuk 6 op terug.

Deskundigheid is ook van belang om goed om te gaan met eventuele schaamte of angst en deze voor een groot deel te ondervangen. Goed getrainde professionals weten een veilige sfeer te creëren die duidelijk maakt dat er in de onderzoekskamer geen taboe ligt op zaken die met het lichaam, de geslachtsorganen of seksualiteit te maken hebben. Dat kan de drempel voor kinderen verlagen om hun problemen te bespreken.

Professionals weten ook wanneer het beter is op een bepaald moment van een lichamelijk onderzoek af te zien, bijvoorbeeld als het kind te heftig reageert. Zo'n reactie geeft overigens ook belangrijke informatie. Die zou gemist worden als het onderzoek niet werd aangeboden.

Ook zou er speciale aandacht moeten zijn voor cultureel bepaalde schaamte. Uit de gesprekken in de focusgroepen blijkt dat veel vrouwen uit risicogroepen niet gewend zijn aan het idee dat hun dochter gedegen lichamelijk onderzocht wordt, inclusief inspectie van de uitwendige geslachtsdelen. Dat vergt dus een zorgvuldige en professionele benadering.

In alle gevallen baseert de arts zich op een veelheid aan observaties. Een goede anamnese, de houding en gezichtsuitdrukking van een kind, een gesprek met het kind of de ouders: het draagt allemaal bij aan een totaalindruk.

Voor de noodzakelijke scholing en deskundigheidsbevordering van JGZ artsen ramen wij de kosten jaarlijks op 800.000 euro. Indien ook alle huisartsen en kinderartsen training krijgen stijgt deze raming naar 4 miljoen euro (zie onderbouwing advies).

d. Vertrouwen en continuïteit

Een andere belangrijke voorwaarde is vertrouwen en continuïteit in de relatie met de hulpverlener. Uit onderzoek blijkt dat ouders, naast de huisarts en eigen familie, het consultatiebureau als belangrijkste vraagbaak zien bij problemen met hun kinderen.

Ook blijkt het consultatiebureau voor ouders van jonge kinderen de belangrijkste steunbron te zijn bij vragen over opvoeding en ontwikkeling.

De bekendheid van ouders en kinderen met het consultatiebureau is dus groot. Ze kennen zowel de medewerkers als de locatie. Op het consultatiebureau wordt een vertrouwensband opgebouwd. Dat is belangrijk om de acceptatie van het periodiek gezondheidsonderzoek, inclusief gedegen lichamelijk onderzoek, te vergroten. Een vertrouwensband is zeker van belang voor vrouwen uit risicogroepen. Zij hebben mogelijk meer weerstand tegen gedegen lichamelijk onderzoek van hun dochters.

We adviseren dan ook om voort te bouwen op de zorg die in de eerste vier jaar wordt gegeven. Dit betekent heel concreet dat de periodieke gezondheidsonderzoeken van vier tot veertien jaar en de eventuele vervolgonderzoeken op dezelfde plaats uitgevoerd zouden moeten worden als de zorg tot vier jaar. Op veel plaatsen bestaan al initiatieven voor een dergelijke integratie. Ook een goede gegevensoverdracht is daarbij overigens van belang.

Aanpassen van de infrastructuur zal jaarlijks naar schatting 0,5 miljoen euro kosten (zie onderbouwing advies).

4.3 Onderzoek van kinderen van asielzoekers

Elk jaar komt een aantal meisjes uit de landen waar besnijdenis gepraktiseerd wordt naar ons land. Zij krijgen bij binnenkomst medische zorg via de Medische Opvang Asielzoekers (MOA).

Direct na binnenkomst worden asielzoekers door de GGD verplicht gecontroleerd op besmettelijke ziekten. Hier geldt het volksgezondheidsbelang als rechtvaardiging. Er zijn daarvoor dan ook specifieke bevoegdheden verleend in de Vreemdelingenwet. Daarnaast wordt een onderzoek aangeboden dat op vrijwillige basis kan worden uitgevoerd. Verder is er medische zorg tijdens het verblijf in het asielzoekerscentrum.

Kinderen krijgen in deze situatie de reguliere JGZ-contactmomenten aangeboden. In die zin verschilt de zorg voor kinderen in een asielprocedure niet van de zorg voor alle andere kinderen in Nederland.

Dat betekent dat zij ook onderdeel zijn van de intensivering van de zorg die wij in dit advies voorstaan. De MOA moet vervolgens zorgen voor de overdracht van de gegevens naar de huisarts en de JGZ op het moment dat een verblijfsvergunning is toegekend en mensen zich vestigen in een gemeente.

4.4 Vervolonderzoek als kinderen niet verschijnen

Deelname aan de gezondheidsonderzoeken zoals wij die adviseren is in principe vrijwillig. Dat roept vragen op over de effectiviteit van de maatregel die wij voorstellen. Verschijnen alle kinderen dan wel? Of zullen juist de ouders van mishandelde kinderen hen weghouden van het onderzoek? En wat is daartegen te doen?

Huidige situatie

Er zijn middelen om te voorkomen dat kinderen door de mazen van het net vallen. Een instrument dat in het huidige systeem goed werkt is de melding van (herhaald) niet verschijnen bij een Advies en Meldpunt Kindermishandeling, door de consultatiebureaus.

Wordt een kind structureel onttrokken aan de contactmomenten, dan volgt de JGZ dit eerst op met telefonisch contact en zonodig huisbezoek. Vervolgens kan eventueel een ‘niet pluis-melding’ gedaan worden bij het AMK, waarna deze instantie nader onderzoek instelt.

Toepassing bij periodiek gezondheidsonderzoek

Deze procedure biedt de mogelijkheid om deelname te bewaken. Ook in het systeem met periodieke gezondheidsonderzoeken na het vierde jaar kan hij goed gebruikt worden om een groot bereik te waarborgen. Herhaald niet verschijnen wordt dan gemeld bij het AMK. Het AMK stelt vervolgens een onderzoek in.

Op grond daarvan kan het gefundeerde vermoeden ontstaan dat er iets met een kind aan de hand is. Dit kan reden zijn lichamelijk onderzoek te laten uitvoeren bij het kind dat aan de contactmomenten is onttrokken. De bevoegdheid hiervoor ontleent het AMK aan de Wet op de Jeugdhulpverlening c.q. de Wet op de Jeugdzorg. Het primaire doel is dan bescherming van het kind.

Nader onderzoek zou moeten uitwijzen of daarbij tijdelijke ontzetting uit de ouderlijke macht nodig is, om zo te voorkomen dat de ouders mee moeten werken aan een onderzoek dat tot hun eigen veroordeling kan leiden. Zij zijn in beginsel immers degenen die toestemming moeten geven om, in het belang van het kind, lichamelijk onderzoek toe te staan.

Een mogelijke uitkomst van zo'n lichamelijk onderzoek bij een kind door een forensisch arts is dat er een strafbaar feit wordt geconstateerd: een vorm van mishandeling (bijvoorbeeld vrouwelijke genitale verminking) of seksueel misbruik. Een volgende stap is dan het opmaken van een proces-verbaal door de politie. Het Openbaar Ministerie beslist daarna of er een vervolging in gang wordt gezet. In hoofdstuk 5 wordt deze gang van zaken verder uitgewerkt.

Verplichte deelname?

Mocht na intensivering van de JGZ en de inzet van het AMK blijken dat deze aanpak niet volstaat om de ernstige problemen te signaleren, dan zou de optie van verplichte deelname aan de gezondheidsonderzoeken onderzocht kunnen worden.

Zoals al bleek in hoofdstuk 3 is loslaten van het uitgangspunt van vrijwilligheid echter zeer ingrijpend. In onze rechtsstaat betekent het verplicht stellen van gezondheidscontroles een fundamentele stap in de richting van een vergaande overheidsbemoeyenis met de privé-sfeer van burgers, zoals die nationaal en internationaal beschermd wordt (in het bijzonder in de artikelen 8 EVRM en 17 IVBPR).

Er zou dan ook aangetoond moeten worden dat er een duidelijke maatschappelijke noodzaak is, die geen andere uitweg openlaat. Dit vergt op zijn minst gedegen onderzoek van alle mogelijkheden en een uitvoerig maatschappelijk debat.

Al met al menen wij dat verplicht stellen op de korte en middellange termijn geen optie is en vooralsnog ook niet noodzakelijk is om intensievere zorg voor alle kinderen te garanderen. Nader onderzoek bij herhaald niet verschijnen is daarom vooralsnog de aangewezen weg.

Randvoorwaarden

a. Voldoende capaciteit

Om herhaald niet-verschijnen op periodiek gezondheidsonderzoek op te volgen zou er wel voldoende capaciteit moeten zijn. Wij ramen dat daarvoor 1,5 tot 2 miljoen euro nodig is (zie onderbouwing advies).

Binnen de JGZ moet er de capaciteit zijn om te bellen en eventueel op huisbezoek te gaan. De AMK's moeten genoeg mensen en middelen hebben om na een niet-pluismelding de situatie uitgebreider te beoordelen. De AMK's handelen op dit moment jaarlijks zo'n 30.000 contacten af. In ongeveer 7500 gevallen gaat het om meldingen waarbij het AMK zelf onderzoek doet.

b. Goede voorlichting aan ouders

Ook voorlichting is van groot belang. Ouders moeten van tevoren goed geïnformeerd worden over de gang van zaken en de mogelijke sancties. Speciale aandacht voor bevolkingsgroepen waar gedegen lichamelijk onderzoek op weerstand zou kunnen stuiten is daarbij gewenst.

4.5 Invoeren van meldplicht voor medische beroepsbeoefenaren en AMK's

Wat zou er moeten gebeuren als een medische beroepsbeoefenaar een gevolg van mishandeling meent te constateren, zoals besnijdenis?

Huidige situatie

Op dit moment is de gang van zaken als volgt. Artsen kunnen een bevinding of vermoeden melden aan het AMK of zelf aangifte doen bij de politie. In het geval van meisjesbesnijdenis is de kans dat zij dit doen echter klein.

Artsen doorbreken namelijk alleen hun beroepsgeheim als het belang van het kind dat in hun ogen rechtvaardigt. Verdere schade voorkomen staat daarbij centraal, conform de meldcode van de Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst (KNMG).

Besnijdenis is echter een eenmalige vorm van mishandeling. Bij meisjesbesnijdenis leidt deze benadering dan ook vrijwel nooit tot een melding.

Alleen als er nog jongere meisjes in een gezin zijn kan een arts door melden voorkomen dat zij besneden worden.

Ook AMK's oordelen vaak dat het behoud van de gezinssituatie meer in het belang van het kind is dan aangifte doen. Criterium is wel dat het kind geen gevaar meer loopt en de mishandeling niet doorgaat.

De roep om bezinning op deze keuze wordt echter sterker, omdat de veiligheid van kinderen niet altijd gegarandeerd blijkt. Diverse incidenten op het gebied van kindermishandeling hebben duidelijk gemaakt dat het behoud van de gezinssituatie vooropstellen niet altijd de beste optie is.

Meldplicht instellen

De huidige gang van zaken heeft tot gevolg dat ouders niet bestraft (kunnen) worden, zolang ze na het plegen van het feit maar meewerken. Die medewerking kan dan bestaan uit het laten behandelen van de eventuele medische complicaties bij hun besneden dochter en de toezegging dat zij eventuele jongere dochters niet zullen besnijden.

Deze medewerking van ouders is voor ons niet voldoende reden om af te zien van melding of aangifte. Het leidt tot een informeel sepot: ouders kunnen zo altijd vervolging ontlopen. Het wettelijk verbod is in deze situatie niet te handhaven.

We stellen dan ook voor een meldplicht in te stellen voor artsen en andere hulpverleners in de gezondheidszorg bij vermoedens of bevindingen die wijzen op kindermishandeling, waaronder ook besnijdenis bij meisjes tot achttien jaar. Wil signalering binnen de JGZ kunnen leiden tot vervolging, dan is dat een noodzakelijke stap.

Wat zou deze meldplicht inhouden? Alle hulpverleners in de gezondheidszorg, onder wie dus ook kinder- en jeugdartsen en huisartsen, moeten dan een vermoeden of constatering van kindermishandeling of meisjesbesnijdenis melden bij een AMK. Ze kunnen eventueel ook direct aangifte doen bij de politie. Ook moeten ze aangeven waarop hun vermoeden is gebaseerd.

De AMK's zouden op hun beurt verplicht moeten worden om bij bepaalde vermoedens of bevindingen aangifte te doen bij het OM. Hiervoor zijn goede richtlijnen nodig. Het OM neemt vervolgens een besluit om al dan niet te vervolgen.

Dat een meldplicht effectief kan zijn blijkt uit de ervaringen in Frankrijk. Daar hebben vrijwillige controles door meldplichtige artsen op consultatiebureaus veel succes gehad bij het terugdringen van besnijdenis bij meisjes van Malinese afkomst, die doorgaans zeer jong besneden worden. Er

zijn geen aanwijzingen dat het bezoek aan de bureaus is gedaald door de meldplicht.

Meldplicht kan aan beide kanten duidelijkheid geven. Voor artsen is geen complexe afweging meer nodig, omdat zij moeten melden. En patiënten zijn daarvan op de hoogte.

Op dit moment loopt al de implementatie van de meldcode kindermishandeling. Dit is een vorm van zelfregulering die op verzoek van het ministerie van VWS is ontwikkeld. In de meldcode staat wat beroepsbeoefenaren die met kinderen werken moeten doen als ze denken dat er sprake is van kindermishandeling. Wij bepleiten echter meldplicht voor medische beroepsbeoefenaren.

4.6 Signaleren en melden door derden

Niet alleen artsen en medewerkers van AMK's zijn van belang bij het signaleren en melden van meisjesbesnijdenis. Juist de mensen uit de directe sociale omgeving kunnen helpen om een op handen zijnde besnijdenis te voorkomen door deze te melden bij een AMK.

Zij kunnen vaak ook snel signaleren dat een besnijdenis heeft plaatsgevonden. Zij hebben immers veel frequenter contact met (potentiële) slachtoffers dan jeugdartsen, zelfs bij een intensievere jeugdgezondheidszorg. Net als bij andere vormen van kindermishandeling kunnen zij als burgers hiervan melding doen bij het AMK.

De bereidheid om te melden is in het bijzonder bij onderwijzend personeel van groot belang. Leraren hebben veel contact met leerlingen. Horen ze bijvoorbeeld dat een meisje uit een risicogroep voor langere tijd naar het buitenland zal gaan, dan kan dat een teken zijn dat een besnijdenis op handen is. Als leraren zien dat een meisje zich opeens teruggetrokken gedraagt of regelmatig verzuimt, kan dat erop wijzen dat zij recent is besneden. Uit de omvangsmeting blijkt dat juist onderwijzend personeel weinig kennis heeft en maar beperkt bereid is om meisjesbesnijdenis te bespreken.

Ook anderen uit de omgeving kunnen een belangrijke rol spelen in preventie en signalering: sleutelfiguren uit de gemeenschap, familieleden en bureaus. Hun bereidheid om te melden is eveneens van groot belang. De politie beschikt vaak ook over veel informatie. Zij zijn uit hoofde van hun beroep verplicht strafbare feiten te melden. Meldingen die bij de politie binnenkomen kunnen in de al bestaande pilotregio's voor de aanpak van cultuurgerelateerd geweld ingepast worden in de activiteiten aldaar.

We hechten groot belang aan het stimuleren van alertheid bij derden. Bij kindermishandeling en seksueel misbruik heeft de bekendheid met die onderwerpen en de grotere bereidheid om te melden al geleid tot betere signalering. Zo is het aantal contacten bij de AMK's in de periode 1993-2003 gestegen van ruim 13.000 naar meer dan 28.000. Particulieren en mensen uit het onderwijs zorgden voor 52% van de contacten.

4.7 Registratie en gegevensoverdracht

De Minister vroeg ons te adviseren over een registratiesysteem, in het kader van een eventuele verplichte controle van meisjes uit risicogroepen. Die verplichte controle is niet mogelijk gebleken. Maar ook in de bredere aanpak die wij adviseren zijn registratie en een adequate overdracht van gegevens van groot belang.

Ten eerste is het noodzakelijk om de meldingen van vermoedens van meisjesbesnijdenis bij te houden. Harde cijfers ontbreken tot nu toe, hebben we in hoofdstuk 2 gezien. Registratie geeft enig zicht op de effectiviteit van de aanpak. De jaarlijkse publicatie van cijfers van meldingen zal de aandacht voor het onderwerp bovendien levend houden; dat leert de publicatie van de cijfers van meldingen van kindermishandeling en seksueel misbruik. Wij adviseren de registratie van meldingen van vermoedens van genitale verminking mee te laten lopen in het bestaande registratiesysteem van het AMK.

Ten tweede moet de JGZ zicht krijgen op meisjes die een hoog risico lopen om besneden te worden. Informatie over dergelijke risicofactoren zou verzameld moeten worden in het JGZ-dossier. De basis voor deze informatie is een goede anamnese door consultatiebureau en jeugdarts. Maar het is wenselijk dat ook alle andere betrokken hulpverleners in de gezondheidszorg relevante informatie aanleveren aan de JGZ, zoals verloskundigen en gynaecologen die vaststellen dat een meisje is geboren uit een besneden moeder.

Tenslotte bevelen wij aan om in het geval van asielzoekers bij de eerste gezondheidsscreening door een GGD-arts aan de ouders van minderjarige meisjes een verklaring ter ondertekening aan te bieden, waarin zij kunnen aangeven kennis te hebben genomen van het verbod op meisjesbesnijdenis in Nederland. Ook kunnen zij aangeven of minderjarige dochters al dan niet reeds besneden zijn. Hiermee wordt de uitgangssituatie in kaart gebracht.

4.8 Conclusie

Alle kinderen in ons land zouden intensiever gevolgd moeten worden door de Jeugdgezondheidszorg. Wij denken dat op die manier tal van problemen bij kinderen eerder gesignaleerd zullen worden, waaronder ook besnijdenis bij meisjes. Hieronder geven we een overzicht van de maatregelen die nodig zijn om dit voorstel voor verbeterde signalering uit te voeren.

We adviseren om eerst in twee pilotregio's te werken met het pakket van voorgestelde maatregelen, namelijk Tilburg en Amsterdam. Dit zijn steden met relatief grote populaties risicogroepen voor meisjesbesnijdenis. Het zijn ook de steden waarover nu al wat gegevens beschikbaar zijn uit het onderzoek dat voor dit advies is uitgevoerd. In die plaatsen kunnen dan ervaringen opgedaan worden, die vervolgens weer tot aanpassingen kunnen leiden. In hoofdstuk 7 gaan we verder in op de functie van deze *pilot-regio's*.

Daarna kan de jeugdgezondheidszorg dan landelijk geïntensiveerd worden. In grote lijnen bestaat ons voorstel daarvoor uit de volgende onderdelen:

- Periodieke gezondheidsonderzoeken voor alle kinderen tot veertien jaar, met de mogelijkheid van vervolgonderzoek tot negentien jaar, met als doel het signaleren van een scala aan fysieke en psychosociale problemen, waaronder besnijdenis bij meisjes.
- Een gedegen lichamelijk onderzoek (inclusief inspectie van de uitwendige geslachtsorganen) als onderdeel in het protocol, ook voor kinderen ouder dan vier jaar. Artsen voeren dit onderzoek in principe uit, tenzij er goede redenen zijn om dat (nog) niet te doen. Een goede anamnese blijft ook van belang.
- Telefonische opvolging en eventueel huisbezoek door de JGZ als kinderen niet verschijnen.
- Vervolgonderzoek door meldpunten voor kindermishandeling (AMK's) na de melding door de JGZ dat kinderen structureel niet verschijnen.
- Verplicht melden van vermoedens van mishandeling of meisjesbesnijdenis bij AMK's door alle artsen en andere medische hulpverleners.
- Verplicht aangifte doen door AMK's bij het Openbaar Ministerie bij bevindingen die wijzen op mishandeling of meisjesbesnijdenis.
- Besluit door het OM om al dan niet te vervolgen.
- Stimuleren van alertheid en bereidheid om mishandeling of meisjesbesnijdenis te melden door derden en met name door onderwijzend personeel.

- Goede registratie van het aantal meldingen en het vervolg daarop, aansluitend bij de bestaande registratie van kindermishandeling.
- Eén JGZ-dossier waarin alle relevante informatie wordt verzameld.

Om deze maatregelen uit te kunnen voeren moet aan een aantal belangrijke randvoorwaarden voldaan worden:

- Eén locatie voor de zorg voor 0-19-jarigen, met continuïteit van zorg en zorgvuldige overdracht en een voor de verschillende leeftijdsgroepen passende onderzoeksomgeving.
- Deskundigheidsbevordering bij huisartsen, kinder- en jeugdartsen, zodat ze weten waar ze op moeten letten en met zorg en begrip voor het kind kunnen optreden.
- Voorlichting voor alle ouders en andere betrokkenen. Hierbij is vooral ook scholing van onderwijzend personeel noodzakelijk.
- Voldoende capaciteit voor het gezondheidsonderzoek en voor vervolgonderzoek als kinderen niet verschijnen.

Voor de benodigde extra capaciteit en de scholing en deskundigheidsbevordering van professionals zou jaarlijks naar schatting 10 tot 14 miljoen euro nodig zijn. Verder is een aanpassing nodig in de spreekkamers in de JGZ die naar schatting 0,5 miljoen zal bedragen (zie onderbouwing advies).

We zetten nu de tweede stap op weg naar een verbeterde handhaving van de wet: vervolging.

5 Meer mogelijkheden voor vervolging

5.1 De rol van vervolging

Daadwerkelijke strafrechtelijke vervolging geeft een krachtig signaal: meisjesbesnijdenis is een onaanvaardbare aantasting van de lichamelijke integriteit, die in ons land bij wet verboden is en bestraft wordt. Een reële mogelijkheid van strafvervolging is dan ook een belangrijk onderdeel van de strategie om vrouwelijke genitale verminking hier uit te bannen.

In ons land is echter nog nooit een ouder aangeklaagd voor het laten besnijden van een dochter. Vrouwen die op verzoek van ouders besnijdenissen uitvoeren zijn in ons land evenmin vervolgd.

Dat komt in de eerste plaats doordat besnijdenis niet gesignaleerd wordt, of wel gesignaleerd wordt maar niet gemeld. Maar ook met een verbeterde signalering en melding zijn er problemen die vervolging bemoeilijken.

Hieronder bespreken we die en formuleren ons advies voor verbetering. Ook hier heeft de achtergrondstudie van het Willem Pompe Instituut belangrijke bouwstenen geleverd.

5.2 Verjaringstermijn verlengen

Het is in ons land nog niet voorgekomen dat slachtoffers zelf aangifte doen van besnijdenis. Daar zijn verschillende redenen voor.

De slachtoffers zijn doorgaans jong als de besnijdenis wordt uitgevoerd. Uit ervaring met andere vormen van mishandeling weten we dat kinderen uit zichzelf bijna nooit aangifte doen van strafbare feiten die zijn gepleegd door hun ouders. Hun loyaliteit aan ouders is vaak zeer groot.

Verder zullen meisjes de besnijdenis doorgaans ervaren als iets dat hoort bij hun cultuur, hoe pijnlijk of traumatisch de gebeurtenis ook kan zijn. Ze weten ook dat hun ouders vanuit zorg voor hen handelen. In een omgeving waar besnijdenis normaal is, zullen meisjes deze vaak ook willen ondergaan. Zij ervaren de besnijdenis op het moment zelf niet als misdaad, maar als een belangrijk moment in hun leven en als teken van verbondenheid met de eigen gemeenschap. Het besef dat schade is toegebracht komt vaak pas veel later.

Daarom is het belangrijk om de verjaringstermijn aan te passen. Op dit moment begint de telling van de verjaring vanaf het moment van de besnijdenis. Is een meisje jong besneden, dan kan het misdrijf al verjaren

terwijl zij nog minderjarig is. De verjaringstermijn is namelijk acht jaar, of tien jaar en drie maanden wanneer ouders worden aangeklaagd.

De kans op aangifte wordt groter als de verjaringstermijn pas ingaat als het slachtoffer achttien jaar is geworden, en niet op het moment van het delict. Aanpassing van de ingangsdatum van de verjaringstermijn geeft haar de tijd om als volwassene een oordeel te vormen over de besnijdenis en over de consequenties van aangifte.

We adviseren dan ook om de verjaringstermijn te laten ingaan op de leeftijd van achttien jaar, zoals dat ook het geval is bij bepaalde zedenmisdrijven.

5.3 Invoeren meldplicht en inzage in medisch dossier

Op dit moment krijgt het OM moeilijk toegang tot de medische gegevens die nodig zijn om vrouwelijke genitale verminking te kunnen vervolgen. Artsen hebben immers hun geheimhoudingsplicht.

In hoofdstuk 4 deden we al een voorstel voor meldplicht voor artsen (en aangifteplicht voor de AMK's). Die meldplicht impliceert dat het OM inzage kan krijgen in de relevante delen van het medische dossier van het slachtoffer. Daarbij kan aan dezelfde zorgvuldigheidseisen worden voldaan die artsen nu ook al volgen als ze andere vormen van mishandeling of misbruik melden.

5.4 Specifiek strafbaar stellen

Genitale verminking van meisjes kan vervolgd worden als een vorm van mishandeling, in dit geval van minderjarigen. Er doet zich echter een aantal problemen voor bij vervolging binnen de huidige strafbaarstelling.

Delict moeilijk af te grenzen van andere handelingen

Ten eerste laat meisjesbesnijdenis zich – zeker in zijn lichtste vorm – niet gemakkelijk afgrenzen van andere, niet-strafbare handelingen, zoals gaatjes prikken in de oren van kleine kinderen en piercings bij minderjarigen.

Geen recht gedaan aan verschillen in intentie/onzuidelijkheid verbod

Een ander probleem is dat de intentie van de dader een heel andere is dan bij de andere vormen van kindermishandeling. Meisjesbesnijdenis is een zogenoemd overtuigingsmisdrijf. Daarin onderscheidt het zich van andere vormen van mishandeling. De morele implicaties zijn daardoor ook anders.

In de wet wordt dat verschil echter niet gemaakt. Dat opent in een eventuele strafzaak een weg voor de verdediging. Die kan zich beroepen op de intentie van de ouders: zij associëren besnijdenis op geen enkele manier met mishandeling, en het kan dus niet hun opzet zijn geweest om in strijd met het verbod te handelen.

Lastige voorlichting

Dat meisjesbesnijdenis op dit moment strafbaar is als een niet verder gespecificeerde vorm van mishandeling maakt het lastig om de doelgroep voor te lichten over het verbod en om de rechtvaardiging ervoor te geven. In die groep wordt besnijdenis van meisjes immers niet gezien als mishandeling.

Voor andere betrokkenen, bijvoorbeeld derden die een rol kunnen spelen in het signaleren, laat de herkenbaarheid van het verbod ook te wensen over. Een helder signaal geven aan de samenleving is dan lastig.

Specifieke strafbaarstelling als oplossing

Een manier om deze kwesties bevredigender te regelen is besnijdenis van minderjarige meisjes specifiek strafbaar te stellen.

Uit het rapport van het Willem Pompe Instituut blijkt dat in sommige andere landen, zoals België, een specifieke strafbaarstelling bestaat. Dat heeft op zich niet geleid tot meer (succesvolle) vervolgingen. Vervolging is waarschijnlijk ook zonder een specifieke strafbaarstelling van genitale verminking bij meisjes mogelijk. Specifieke strafbaarstelling heeft echter een aantal belangrijke voordelen, die voor ons doorslaggevend zijn.

Ten eerste biedt het de mogelijkheid om tot een heldere, afgebakende norm te komen. Dat is van belang om betrokkenen ervan te kunnen doordringen dat deze traditie in ons land strafbaar is. Juist omdat het een overtuigingsdelict betreft is die helderheid van belang.

Ten tweede wordt zo voorkomen dat ouders zich tijdens een proces kunnen beroepen op een zogenaamde rechtsdwaling: zij konden niet weten dat besnijdenis strafbaar was, omdat zij dit gebruik vanuit hun achtergrond niet ervaren als mishandeling.

Een ander belangrijk punt is dat een specifieke bepaling de algemene bekendheid van het verbod zal verhogen. Voorlichtingscampagnes kunnen het immers onder de aandacht brengen als specifiek misdrijf, niet alleen bij het algemene publiek, maar ook bij politie, justitie, onderwijzend personeel, hulpverleners en mensen uit risicogroepen.

Dat laatste vergroot weer de kans dat ouders uit risicogroepen het verbod zullen kennen en naleven. Ook kan het hen helpen de sociale druk van de

eigen groep te weerstaan. Ze kunnen in eigen kring en in het land van herkomst wijzen op het verbod en hun weigering zo motiveren.

In Frankrijk ondertekenen ouders die afreizen naar het land van herkomst een contract dat zij hun dochter niet zullen laten besnijden. Ze krijgen een document mee met ‘belangwekkende stempels’. Dat kunnen ze ter plekke tonen om te laten zien dat het hun niet is toegestaan hun dochter te laten besnijden. De ervaring is dat dit helpt om de sociale druk in het land van herkomst te weerstaan. Iets dergelijks zou ook voor de Nederlandse situatie overwogen kunnen worden.

Tenslotte sluit specifieke strafbaarstelling aan bij de internationale meningsvorming. Bescherming van de gezondheid van vrouwen en meisjes en het respecteren van hun lichamelijke en psychische integriteit wordt daar gesteld boven aanspraken op culturele zelfbeschikking. Om die reden is er internationaal een duidelijke voorkeur voor specifieke strafbaarstelling.

Plaatsing in de wet

Hoewel er verschillende mogelijkheden zijn om een specifieke bepaling op te nemen in het strafrecht, hebben wij een voorkeur voor het strafbaar stellen van meisjesbesnijdenis als gekwalificeerde mishandeling. Het gaat immers om het toebrengen van onomkeerbare schade aan het menselijk lichaam.

Een kwalificatie als misdrijf tegen de zeden ligt minder voor de hand. Daarbij gaat het vrijwel altijd om handelingen die in strijd zijn met de seksuele fatsoensnormen. Dat is bij meisjesbesnijdenis niet primair aan de orde.

Gevolgen voor overlevering

Zware mishandeling is binnen het Kaderbesluit Europees Aanhoudingsbevel een grond voor overlevering van verdachten van het ene EU-land naar het andere. Wordt meisjesbesnijdenis strafbaar gesteld als specifieke mishandeling, dan kan het – net als nu – binnen het bereik van het Kaderbesluit EAB vallen.

Voor die vormen die niet als zware mishandeling zijn aan te merken maar die niettemin strafbaar worden geacht, zou het Kaderbesluit EAB overigens uitgebreid moeten worden met het delict (gewone) mishandeling. Alleen dan vallen ze ook onder het bereik ervan.

5.5 Elders uitgevoerde besnijdenis strafbaar stellen

Besnijdenissen van in Nederland woonachtige meisjes zullen in sommige gevallen in het buitenland plaatsvinden. Wanneer dat het geval is en de ouders bovendien (nog) niet de Nederlandse nationaliteit hebben, kunnen zij op dit moment in ons land niet vervolgd worden.

Om dat wel mogelijk te maken adviseren wij om Artikel 5 en 5a van het Wetboek van Strafrecht aan de te vullen met de specifieke strafbaarstelling voor meisjesbesnijdenis.

5.6 Conclusie

De volgende maatregelen kunnen overwogen worden om vervolging meer kans van slagen te geven en op die manier de naleving van het wettelijk verbod te verbeteren:

- Verlengen van de verjaringstermijn door die te laten beginnen op de achttiende verjaardag van het slachtoffer.
- Meldplicht van artsen (en andere hulpverleners) instellen en daarmee vergemakkelijken dat relevante delen van het medisch dossier in het strafdossier worden opgenomen.
- Specifieke strafbaarstelling door het bestaande wetsartikel voor mishandeling (artikel 304 Sr) uit te breiden met een extra lid, waarin verminking van de genitaliën van minderjarige meisjes als strafverzwarende omstandigheid wordt genoemd.
- Kaderbesluit EAB uitbreiden met het delict (gewone) mishandeling.
- Uitbreiding artikel 5 en 5a (Sr) met specifieke strafbaarstelling voor verminking van de genitaliën van minderjarige meisjes, om elders uitgevoerde besnijdenissen van in Nederland woonachtige meisjes te kunnen vervolgen.
- Deskundigheidsbevordering over de strafbaarstelling bij betrokken professionals.

6 Verbeterde preventie

6.1 De rol van preventie

De tweede belangrijke strategie om ervoor te zorgen dat meisjesbesnijdenis in ons land tot het verleden gaat behoren loopt via voorlichting, educatie en deskundigheidsbevordering. Het onderzoek *Vrouwelijke genitale verminking nader bekeken* laat zien dat handhaving van het verbod het gedrag wel lijkt te beïnvloeden, maar dat voor een definitieve beëindiging van meisjesbesnijdenis in ons land de overtuigingen ook moeten veranderen.

Besnijdenis van meisjes voorkómen is daarbij het belangrijkste doel. Betere informatievoorziening kan er daarnaast toe leiden dat meisjes en vrouwen die al besneden zijn eerder hulp zoeken bij complicaties. Zo kan verdere gezondheidsschade voorkómen worden. Ook die vorm van preventie is van belang.

Kernpunten bij het werken aan preventie zijn:

- iedereen informeren over het wettelijke verbod en de plicht om te melden;
- risicogroepen en individuen ervan overtuigen af te zien van meisjesbesnijdenis;
- trainen en opleiden van betrokken professionals.

Dit alles vergt een gecombineerde nationale en lokale aanpak. En net als bij verbeterde handhaving is voor preventie via voorlichting, educatie en deskundigheidsbevordering een langdurige inspanning nodig. Dat heeft de internationale ervaring geleerd.

6.2 Voorlichting aan de samenleving als geheel

Welke algemene voorlichting is nodig en hoe en door wie moet die gegeven worden?

Alle burgers informeren over het verbod en de mogelijkheid om te melden

In de eerste plaats moet algemeen bekend zijn dat meisjesbesnijdenis bij wet verboden is. Deze informatie is uiteraard in het bijzonder van belang voor ouders en kinderen uit bevolkingsgroepen waar besnijdenis nog traditie is. Zij moeten weten dat dit gebruik in Nederland verboden is en wat de sancties zijn.

Maar ook in de samenleving als geheel is kennis over het verbod van belang. Iedere burger kan in aanraking komen met meisjes die besneden

zijn of voor wie besnijdenis dreigt: bijvoorbeeld als buurtbewoner, als medeleerling, als leesmoeder of als familielid. Om in al die gevallen de alertheid en bereidheid om iets te doen te vergroten, moeten mensen weten dat besnijdenis van meisjes verboden is en waar ze kunnen melden.

Ouders informeren over periodiek gezondheidsonderzoek

Worden de periodieke lichamelijke onderzoeken voor alle kinderen tot veertien jaar ingevoerd, dan moeten ouders weten dat hun kinderen verwacht worden op de geplande contactmomenten, wat daarvan het doel is en wat de gevolgen zijn als ze hen systematisch weghouden. Wordt meldplicht ingevoerd bij een (vermoeden van) kindermishandeling of meisjesbesnijdenis, dan moet ook dat bekend zijn aan de ouders.

Het informeren over periodieke gezondheidsonderzoeken en de meldplicht van artsen zou vooral een taak zijn voor de JGZ, die immers verantwoordelijk is voor de zorg van 0 tot 19 jaar. De voorlichting voor alle ouders moet aangevuld worden met informatie die speciaal op de bevolkingsgroepen is gericht waar meisjesbesnijdenis voorkomt.

6.3 Voorlichting aan bevolkingsgroepen waar meisjesbesnijdenis traditie is

Ouders die in het belang van hun dochters vrijwillig afzien van besnijdenis: dat is het meest wenselijke scenario. Hieronder gaan we na hoe in de bevolkingsgroepen waar besnijdenis nog voorkomt door voorlichting een gedragsverandering gestimuleerd kan worden die voortkomt uit een veranderde visie op besnijdenis.

Deze route vergt een lange adem, zeker omdat meisjesbesnijdenis zo verankerd ligt in de cultuur. Toch zijn er inspirerende voorbeelden van individuen en groepen die door geduld en doorzettingsvermogen via de weg van educatie indrukwekkende resultaten behaalden, bijvoorbeeld in herkomstland Senegal, en binnen Europa in Frankrijk en Engeland.

De les uit deze ervaringen is dat de inspanningen er altijd op gericht moeten zijn het hele sociale systeem langdurig te beïnvloeden: vrouwen en mannen, jongeren en ouderen. Met name die laatste groep oefent vaak grote druk uit.

Belangrijke informatie

Welke informatie moet overgebracht worden om het gedrag te beïnvloeden? Ten eerste moeten mensen uit risicogroepen moeten op de hoogte gesteld worden van het wettelijke verbod, de voorgestelde periodieke gezondheidsonderzoeken en de meldplicht van artsen en burgers.

Ten tweede moet de risicogroep beter geïnformeerd worden over de mogelijke gezondheidsschade na besnijdenis. De kennis hierover is vaak gering en het verband tussen fysieke en/of psychische klachten en besnijdenis wordt vaak niet gelegd. Voorlichting helpt dan om de ernst van de aantasting te onderkennen. De gesprekken met de focusgroepen suggereren dat vrouwen uit de risicogroepen deze informatie laten meewegen als ze nadenken over besnijdenis van hun dochters (zie *vrouwelijke genitale verminking nader bekeken*).

Ten derde blijkt kennis over de achtergrond van het gebruik te helpen bij een gedragsverandering. Veel mensen denken dat er religieuze gronden zijn voor meisjesbesnijdenis. Een groot deel van de religieuze leiders wijst meisjesbesnijdenis echter af en ziet er geen religieuze gronden voor (zie onderbouwing advies). Informatie hierover, gegeven door sleutelfiguren in de gemeenschap of religieuze leiders, is dan ook van groot belang.

Verder is informatie over de positie van vrouwen belangrijk. Ook informatie over mensenrechten en het recht op lichamelijke integriteit spelen een rol bij het veranderen van opvattingen over besnijdenis. Heel algemeen dragen alle activiteiten die de sociale ontwikkeling en maatschappelijke kansen van mensen stimuleren bij aan verandering. De WHO spreekt in dat verband over het belang van 'social and economical development'.

Manieren van voorlichten

Aandacht in speciaal op de doelgroep gerichte media is nodig. Ook een website met algemene informatie over gezondheid en seksualiteit in de eigen taal kan een goed middel zijn om de kennis over besnijdenis te vergroten. Daarnaast is uiteraard een gerichte benadering nodig, regionaal en in de wijken.

Verder moeten bestaande contacten met hulpverleners, met name in het kader van de JGZ, benut worden om te praten over besnijdenis of een folder aan de ouders mee te geven.

Gaan mensen naar de GGD voor vaccinaties omdat ze naar een herkomstland willen reizen, dan kan daar informatie verstrekt worden over het verbod op besnijdenis en de gevolgen van overtreding. Ook kan hen een officieel document aangeboden worden om de sociale druk in het land van herkomst te weerstaan.

Uitvoerders

Belangrijke bijdragen moeten komen van zelforganisaties, opinieleiders uit de gemeenschappen, religieuze leiders, medische professionals, onderwijzend personeel, hulpverleners, politie, enzovoort. Meer samenwerking is daarbij noodzakelijk voor de gewenste integrale benadering.

Ook kan een landelijk kenniscentrum een belangrijke functie vervullen. Van daaruit kunnen regionale activiteiten ondersteund worden. Op dit moment zijn de kennis en de activiteiten te veel versnipperd.

6.4 Voorlichting aan individuele meisjes en hun ouders

Voor meisjes die specifiek risico lopen en voor de gezinnen waarin zij opgroeien is een actieve, gerichte benadering nodig, uitgevoerd door deskundige professionals.

Risicofactoren

Welke meisjes lopen risico om besneden te worden? Heel algemeen gaat het om meisjes van drie tot twaalf jaar van wie de ouders afkomstig zijn uit landen waar besnijdenis wordt geëxerciseerd. Binnen die groep kan het risico echter enorm variëren.

Specifieker lopen meisjes risico als hun moeder besneden is, als ze oudere zussen hebben die besneden zijn, als ze veel familie hebben in Nederland en als ze in een gezin leven dat niet goed geïntegreerd is en regelmatig het land van herkomst bezoekt.

Informeren en ondersteunen

Is er reden voor bezorgdheid over een meisje, dan is een actieve en individuele benadering nodig. De JGZ kan ouders of moeder en hun dochters in dat geval bijvoorbeeld extra gesprekken aanbieden, onder andere om te informeren over gezondheidsschade.

Als een meisje is besneden, dan is voorlichting nodig over de medische behandeling om complicaties te voorkomen of te minimaliseren. In Engeland zijn goede ervaringen opgedaan met een polikliniek voor vrouwen uit risicogroepen die complicaties ondervinden van een besnijdenis. Artsen en verpleegkundigen kunnen op zo'n poli ook voorlichting geven, om op die manier de drempel naar behandeling en ondersteuning te verlagen.

6.5 Deskundigheidsbevordering bij professionals

Uit het onderzoek in Amsterdam en Tilburg blijkt dat professionals die met meisjesbesnijdenis in contact komen onvoldoende deskundigheid bezitten. Iedereen die professioneel in aanraking komt met de problematiek van besnijdenis moet echter juist goed toegerust zijn met kennis en vaardigheden. Medische professionals, hulpverleners, medewerkers van AMK's, politie, justitie, onderwijzend personeel, imams, medewerkers in

zelforganisaties en medewerkers van lokale overheden hebben alle op hun eigen manier een rol.

Ze moeten daarom weten wat het verbod inhoudt, welke signalen wijzen op een besnijdenis die al is uitgevoerd of nog op handen is, en hoe zij moeten melden. Geven ze mondeling voorlichting, dan moeten ze weten hoe ze het onderwerp bespreekbaar kunnen maken. Kennis over de beste manieren om besnijdenis te voorkómen en over wat ze juist wel en wat juist niet moeten doen is cruciaal.

Medische professionals hebben een bijzondere verantwoordelijkheid. Zij moeten voldoende expertise hebben om bij lichamelijk onderzoek afwijkingen te constateren en te beoordelen of die bijvoorbeeld het gevolg kunnen zijn van een besnijdenis. En ze moeten weten wat de volgende stappen zijn: melden bij het AMK of doorverwijzen naar een gespecialiseerde professional, die de bevindingen verder kan onderzoeken.

In de publicatie *Bestrijding vrouwelijke genitale verminking: onderbouwing advies* is geïnventariseerd wat nodig is om alle betrokken professionals zo op te leiden en te trainen dat zij in staat zijn adequaat op te treden.

6.6 Conclusie

Kennisvermeerdering bij iedereen, gericht informeren van de bevolkingsgroepen waar meisjesbesnijdenis voorkomt en voldoende deskundigheid bij professionals: dit draagt allemaal bij aan preventie van meisjesbesnijdenis. Concreet betekent dit dat wij de volgende maatregelen adviseren:

- Een continue en consequente informatievoorziening, met een meerjarenbeleid vanuit één landelijk coördinatiecentrum en vanuit één departement.
- Ervaring opdoen met een integrale, actieve aanpak van preventie door informatievoorziening, met inzet van GGD, JGZ, gynaecologen, verloskundigen, huisartsen, zelforganisaties, AMK en politie en OM.
- Een polikliniek voor reproductieve gezondheidsproblemen opzetten, gericht op vrouwen uit risicogroepen, conform het Engelse voorbeeld, waar voorgelicht kan worden over de gevolgen van besnijdenis en deze eventueel ook behandeld kunnen worden.
- Voldoende opleiding en training voor alle betrokken professionals en medewerkers van zelforganisaties.
- Via de contacten in het kader van Ontwikkelingssamenwerking meewerken aan verandering in opvattingen over meisjesbesnijdenis in de herkomstlanden; daar aandringen op een verbod en stimuleren van

een geïntegreerde aanpak gericht op social and economical development.

- De bestaande mogelijkheden van MOA, AMK en JGZ benutten voor het vastleggen van relevante informatie.

7 Advies en implementatie

7.1 Landelijke maatregelen, regionaal starten

In dit hoofdstuk staan alle maatregelen bij elkaar die wij adviseren voor een integrale aanpak van meisjesbesnijdenis in ons land, als onderdeel van betere zorg voor alle kinderen. In paragraaf 7.2 geven we de acties die zullen bijdragen aan verbeterde signalering, opsporing en vervolging. In paragraaf 7.3 volgt de set maatregelen voor preventie. De commissie raamt de totale kosten van de voorgestelde maatregelen op 10-14 miljoen euro per jaar.

We adviseren om deze aanpak eerst in twee pilotregio's uit te voeren, namelijk Amsterdam en Tilburg. Daar kan dan ervaring opgedaan worden met de voorgestelde aanpak. Van die ervaringen kan geleerd worden bij landelijke invoering.

De pilotregio's zijn een manier om snel te kunnen starten, en wel op plaatsen waar veel mensen uit risicogroepen wonen. Dit zijn ook de plaatsen waar ons onderzoek naar de omvang van het probleem is uitgevoerd. Een nieuwe meting aan het eind van de pilotperiode kan inzicht geven in de effectiviteit van de maatregelen.

Implementeren in de pilotregio's kan daarnaast informatie geven over de effectiviteit bij het aanpakken van andere vormen van mishandeling en bij het behandelen en voorkomen van tal van gezondheidsproblemen bij alle kinderen.

De opzet van deze *pilot* wordt besproken in paragraaf 7.4. Eerst geven we echter een compleet overzicht van de maatregelen die wij adviseren voor een integrale aanpak van meisjesbesnijdenis in ons land.

7.2 Verbetering van signalering, opsporing en vervolging

1. Maak door middel van een heldere publieke normstelling duidelijk dat meisjesbesnijdenis in alle verschijningsvormen een fundamentele schending van de mensenrechten is, die bestreden moet worden. Introduceer een specifieke strafbaarstelling, als gekwalificeerde vorm van mishandeling.

2. Verbind de introductie van een specifieke strafbaarstelling onlosmakelijk met maatregelen om de signalering en opsporing van meisjesbesnijdenis te verbeteren. Waar actieve handhaving achterwege blijft, heeft een specifieke strafbaarstelling geen effect op de praktijk van besnijdenis.
3. Verbeter door de volgende maatregelen de signalering en opsporing van meisjesbesnijdenis:
 - a) Veranker minimumnormen voor de inhoud en frequentie van lichamelijk onderzoek in het uniforme deel van het wettelijke basistakenpakket JGZ (Besluit Jeugdgezondheidszorg). Doel van het lichamelijk onderzoek is preventie en vroegtijdige signalering van gezondheidsrisico's en –schade. Dat betekent dat een gedegen lichamelijk onderzoek nodig is, inclusief inspectie van de uitwendige geslachtsorganen. Alle kinderen op de leeftijd van 5 à 6 jaar, van 9 à 10 jaar en van 13 à 14 jaar krijgen een dergelijk onderzoek aangeboden, als geprotocolleerd onderdeel van hun contactmomenten met de JGZ. Op tussenliggende momenten en na het veertiende jaar gebeurt dit alleen als de arts dat nodig vindt.
 - b) Creëer de randvoorwaarden waaronder gedegen lichamelijk onderzoek kan plaatsvinden:
 - Zorg voor continuïteit in het contact met de ouders, zodat de vertrouwensrelatie die op het consultatiebureau is opgebouwd behouden blijft bij de contactmomenten met oudere kinderen.
 - Rust de faciliteiten zo toe dat deze ook geschikt worden voor het doen van lichamelijk onderzoek bij kinderen ouder dan 3 jaar en 9 maanden.
 - Zorg voor voldoende capaciteit voor de JGZ om gezondheidsonderzoek te intensiveren en tegelijkertijd de continuïteit van bezoeken op school te waarborgen.
 - Zorg voor voldoende capaciteit bij het AMK om een toename van het aantal meldingen en/of uitval bij de gezondheidsonderzoeken op te vangen.
 - Zorg voor voldoende verwijsmogelijkheden naar gespecialiseerde artsen.
 - Verzoek de inspectie om gericht toezicht te houden op de kwaliteit van de uitvoering van de JGZ-gezondheidsonderzoeken.

- c) Leg een middellijke meldplicht op aan medische beroepsbeoefenaren voor (gekwalficeerde vormen van) kindermishandeling (waaronder meisjesbesnijdenis). Stel, in samenspraak met Justitie, criteria op aan de hand waarvan in concrete situaties beoordeeld kan worden of meldplicht van toepassing is.

Bevorder, vooruitlopend op de invoering van deze wettelijke meldplicht, de totstandkoming van een eenduidige meldcode voor alle medische beroepsbeoefenaren (in navolging van de richtlijn voor kindermishandeling in het algemeen) op geleide van het stappenplan van de JGZ. Verzoek de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) om hierin actie te ondernemen.

- d) Leg een aangifteplicht op aan AMK's bij (vermoedens van) kindermishandeling.

Bevorder, vooruitlopend op de invoering van deze wettelijke aangifteplicht, de totstandkoming van een eenduidige meldcode voor alle AMK's bij kindermishandeling. Verzoek onafhankelijke deskundigen hierin het voortouw te nemen.

- e) Bevorder dat de GGD tijdens de eerste medische screening nieuwkomers informeert over het verbod op besnijdenis van meisjes en hen een verklaring ter ondertekening aanbiedt waarin zij aangeven: 1) kennis te hebben genomen van het verbod en 2) of hun meereizende dochters (indien van toepassing) besneden zijn in het land van herkomst.
- f) Laat de meldingen voor meisjesbesnijdenis meelopen met het bestaande registratiesysteem van het AMK voor kindermishandeling.
- g) Onderzoek of van overheidswege aanwijzen van een plaatsvervangend voogd nodig is op het moment dat een melding van meisjesbesnijdenis aan een AMK leidt tot een redelijk vermoeden dat besnijdenis heeft plaatsgevonden of zal plaatsvinden.

- 4. Verleng de verjaringstermijn ex artikel 71 Sr ter zake van meisjesbesnijdenis: laat deze aanvragen op de dag na die waarop het slachtoffer achttien jaar is geworden.
- 5. Breid het Kaderbesluit EAB uit met het delict (gewone) mishandeling, om ook voor vormen van meisjesbesnijdenis die niet als zware

mishandeling zijn aan te merken overlevering van verdachten tussen de EU-landen mogelijk te maken.

6. Breid artikel 5 en 5a Sr uit met specifieke strafbaarstelling voor verminking van de genitaliën van minderjarige meisjes, om elders uitgevoerde besnijdenissen van in Nederland woonachtige meisjes te kunnen vervolgen.

7.3 Verbetering van preventie

1. Zorg voor voldoende en regelmatige aandacht voor besnijdenis van meisjes op landelijk niveau vanuit één landelijk kenniscentrum.
 - Geef informatie over het verbod en over de intensivering van de handhaving via landelijke media, conform de campagne voor kindermishandeling. Informeer ook burgers over het belang van hun alertheid.
 - Publiceer jaarlijks cijfers over het aantal meldingen.
 - Informeer ouders eenmalig over de intensivering van de aandacht in de JGZ voor de gezondheid van kinderen in het algemeen en voor kindermishandeling, seksueel misbruik en meisjesbesnijdenis in het bijzonder.
2. Zorg voor voorlichting gericht op bevolkingsgroepen uit de landen waar meisjesbesnijdenis traditioneel gepraktiseerd wordt.
 - Geef informatie over het verbod en over de intensivering van de handhaving, over de gezondheidsrisico's en over mensenrechten en lichamelijke integriteit.
 - Maak het verbod op VGV bespreekbaar binnen de betreffende religieuze gemeenschappen met hulp van religieuze leiders. Zij kunnen relevante teksten uitleggen en misverstanden over meisjesbesnijdenis als religieuze verplichting wegnemen.
 - Benut voor deze voorlichting de lokale en op de doelgroep gerichte media; de moskeeën, bijeenkomsten van zelforganisaties en de bestaande contacten met de JGZ.
3. Zorg voor extra aandacht voor meisjes die specifiek risico lopen om besneden te worden.
 - Wijs betrokkenen op gezondheidsrisico's en geef voorlichting over de gevolgen van overtreding van het verbod en de sancties. Benut voor deze maatregelen de bestaande contactmomenten.
 - Bied ondersteuning aan de ouders om de sociale druk te weerstaan in de vorm van certificaten (voorbeeld Frankrijk) of steun van opinieleiders en zelforganisaties.

4. Zorg dat meisjes die specifiek risico lopen sneller gesignaleerd kunnen worden.
 - Bevorder dat de JGZ-informatie die relevant is voor het in kaart brengen van het risicoprofiel van de kinderen vastgelegd wordt in het JGZ-dossier.
 - Bevorder dat medische professionals informatie die relevant is voor het opstellen van een risicoprofiel doorgeven aan de JGZ.
5. Verbeter de deskundigheid van medische professionals (JGZ-artsen, huisartsen en kinderartsen) en de AMK's.
 - Organiseer nascholing gericht op verbetering van de vaardigheden in het geven van effectieve voorlichting en het signaleren van een (op handen zijnde) besnijdenis.
 - Organiseer nascholing gericht op vaardigheden in het professioneel aanbieden, uitvoeren en interpreteren van de bevindingen bij lichamelijk onderzoek en meer specifiek van onderzoek van de uitwendige geslachtsorganen, en op het afnemen van een goede anamnese.
 - Verbeter de kennis van en de communicatievaardigheden over meisjesbesnijdenis bij onderwijzend personeel, politie, religieuze leiders, zelforganisaties en het OM.
6. Verbeter de deskundigheid van huisartsen, gynaecologen en verloskundigen in het signaleren van en omgaan met de late complicaties van genitale verminking. Doe dit door nascholing op te zetten vanuit één landelijk behandelcentrum in een ziekenhuis, in een van de concentratiegebieden met poliklinische faciliteiten.
7. Laat de meldingen voor meisjesbesnijdenis meelopen met het bestaande registratiesysteem van het AMK voor kindermishandeling.

7.4 Implementatie

We adviseren om te starten met de aanpak zoals die hierboven is beschreven in de twee regio's waar de omvangsmeting is verricht. Het starten van een *pilot* in juist deze regio's heeft een aantal voordelen.

1. De omvangsmeting geeft globale informatie over de uitgangssituatie.
2. Een pilotregio biedt de mogelijkheid snel van start te kunnen gaan.
3. Het wordt mogelijk om goed inzicht te krijgen in de effectiviteit van de aanpak en de daarmee gemoeide middelen, en kan zo bijdragen aan evidence based handelen.
4. Eventuele ongewenste neveneffecten worden snel duidelijk en kunnen dan ondervangen worden.
5. Een pilotregio biedt de mogelijkheid om in overleg criteria voor melding en aangifte op te stellen (aanbeveling 3d en 3e).

Dit betekent concreet dat deze twee gemeenten en hun GGD's de opdracht, de middelen en de tijd moeten krijgen om te experimenteren met bovenstaande aanbevelingen.

Verder adviseren we deze gemeenten de volgende concrete stappen te nemen:

- Stel in overleg met de lokale beroepsgroep, de IGZ en vertegenwoordigers van justitie een zelfopgelegde meldplicht (meldcode) op. Doe ervaring op en verbeter waar nodig.
- Stel in overleg met het lokale AMK en twee onafhankelijke deskundigen (inhoudelijk en juridisch) een aangiftecode voor het AMK op. Doe ervaring op en verbeter waar nodig.
- Implementeer en volg de effecten van het aanbieden van een verklaring aan nieuwkomers bij de eerste gezondheidsscreening door de GGD.
- Start met de intensivering van het lichamelijk onderzoek in de groep van 5- en 6-jarigen en 9- en 10-jarigen en trek deze intensivering door bij controle van 10- tot 14-jarigen. Registreer eventuele uitval.
- Zet deskundigheidsbevordering op voor alle genoemde groepen, maar zeker voor JGZ, AMK en het OM.
- Registreer meldingen bij het AMK en registreer meisjes die specifiek risico lopen bij de JGZ.
- Verzorg voorlichting door inkoop van voorlichtingsactiviteiten van zelforganisaties.
- Betrek lokale (religieuze) opinieleiders bij de voorlichting.
- Zet regionale voorlichtingscampagnes op.
- Zet een behandelcentrum op in één lokaal ziekenhuis (in één van de gemeenten).

Daarbij is het uiteraard wenselijk om zo veel mogelijk aan te sluiten bij de bestaande structuren en lopende initiatieven. Deze initiatieven moeten ondersteuning krijgen vanuit een landelijk kennis- en coördinatiecentrum, waarin bestaande initiatieven gebundeld worden.

Bijlagen

Bijlage 1

Adviesaanvraag

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg
t.a.v. dhr. drs. F.B.M. Sanders
Postbus 7100
2701 AC ZOETERMEER

Ons kenmerk	Inlichtingen bij	Doorkiesnummer	Den Haag
GVM/2477547	Mw. A. den Hoed	070-3407574	29 april 2004
Onderwerp		Bijlage(n)	Uw brief
opdracht inzake vrouwelijke genitale verminking		2	

Geachte heer Sanders,

Hierbij verzoek ik u om een bijzondere commissie in te stellen die vóór eind 2004 advies uitbrengt over een effectieve bestrijding van vrouwelijke genitale verminking. Tevens verzoek ik u een onderzoek uit te voeren naar de omvang van de problematiek in Nederland. Dit onderzoek moet eveneens vóór eind 2004 zijn afgerond. Voor de concrete invulling van uw werkzaamheden verwijs ik naar de bijlagen. Bijlage één bevat de omschrijving van de opdracht. Tevens is bijgesloten de brief die op 23 april 2004 naar de Tweede Kamer is gestuurd over een actieve aanpak van vrouwelijke genitale verminking (bijlage twee).

Graag wil ik binnenkort met u de werkzaamheden van de commissie bespreken. Ik zal het initiatief nemen voor het maken van de afspraak. Uw contactpersoon bij mijn ministerie is mevrouw drs. A. den Hoed, Clusterhoofd Maatschappelijke Zorg van de directie Geestelijke Gezondheidszorg, Verslavingszorg en Maatschappelijke Opvang. Zij is bereikbaar via telefoonnummer 070-3407574.

Met vriendelijke groet,

de Minister van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport,

H. Hoogervorst

Bijlage bij opdracht RVZ

Het instellen van een bijzondere (ad-hoc) commissie die de mogelijkheden van effectieve signalering, opsporing en handhaving gaat onderzoeken. Cruciaal hierbij is een controlesysteem waarvan een preventieve werking uit gaat én waarmee vrouwelijke genitale verminking tijdig wordt opgespoord. Bij dit advies dient ook de Motie Arib (nr. 22894) inzake een verplichte controle door jeugdartsen op onder meer vrouwelijke genitale verminking te worden betrokken.

De RVZ wordt eveneens gevraagd om onderzoek uit te voeren – bij de zorg- en onderwijssector en migrantengroepen -naar de omvang van vrouwelijke genitale verminking (prevalentie en incidentie) in Nederland én de benodigde maatregelen op terrein van preventie, signalering, opsporing en handhaving. Omdat bekend is waar de risicogroepen in Nederland woonachtig zijn, kan het een gericht onderzoek zijn. Dit onderzoek moet fungeren als een nulmeting en moet uitmonden in aanbevelingen voor eventueel vervolgonderzoek, registratie en monitoring.

De commissie zal ter uitvoering van haar opdracht mogelijke controlesystemen in kaart moeten brengen inclusief alle juridische aspecten én de verwachte effectiviteit. Verder zal geadviseerd moeten worden over de wijze van uitvoering van een controlesysteem.

Voor wat betreft een effectieve signalering, opsporing en handhaving zal onder meer moeten worden bekeken of en hoe de huidige rol van (jeugdgezondheids)zorg, kinderscherming en Openbaar Ministerie betreffende deze problematiek verbeterd moet worden en meer specifiek of een meldplicht nodig en gewenst is. Hierbij zal ook naar voorbeelden in het buitenland worden gekeken.

Commissie

Personen nemen op persoonlijke titel deel (geen vertegenwoordigers van belangenorganisaties). De leden zijn gezaghebbende deskundigen die hun sporen hebben verdiend op het terrein van wetgeving, mensenrechten, samenlevingsvraagstukken, (preventieve) zorg en ethiek als mede ten aanzien van groepen en culturen waar vrouwelijke genitale verminking voorkomt.

Tijdpad

Advies en onderzoek dienen voor het einde van het jaar gereed te zijn.

1. Zie ook Tweede Kamerbrief ‘aankpak vrouwelijke genitale verminking’

Kosten

De kosten hebben betrekking op de werkzaamheden van de commissie (vergaderkosten enzovoorts) en het onderzoek. De RVZ legt zo spoedig mogelijk een projectbegroting voor aan VWS.

Communicatie

In overleg met VWS wordt wijze en tijdstip van openbaarmaking van het advies en onderzoeksrapport bepaald.

De Voorzitter van de Tweede Kamer
der Staten-Generaal
Postbus 20018
2500 EA DEN HAAG

Ons kenmerk	Inlichtingen bij	Doorkiesnummer	Den Haag
GVM/2464671			23 april 2004
Onderwerp		Bijlage(n)	Uw brief
Aanpak vrouwelijke genitale verminking			

Hierbij bied ik u de kabinetsreactie aan op het onderzoeksrapport ‘Strategieën ter voorkoming van meisjesbesnijdenis, inventarisatie en aanbevelingen’ (verder VU-rapport genoemd). Dit rapport doet een aantal aanbevelingen voor een samenhangend beleid om meisjesbesnijdenis te bestrijden. De aanbevelingen gaan in hoofdlijn over:

- meer inzicht in de omvang van het probleem;
- meer voorlichting aan migrantengroepen;
- deskundigheidsbevordering beroepsgroepen;
- loslaten van het vereiste van ‘dubbele strafbaarheid’;
- coördinatie van instanties die zich met dit onderwerp bezighouden.

Deze brief start met een aantal feiten over vrouwelijke genitale verminking. Daarna volgt de visie van het kabinet op dit vraagstuk. Kern hiervan is dat vrouwelijke genitale verminking onacceptabel is. In navolging van de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) hanteren wij vanaf nu de term vrouwelijke genitale verminking (in plaats van vrouwen- of meisjesbesnijdenis). Het kabinet wil er met deze term geen misverstand over laten bestaan dat het een zeer ernstig probleem is. Verder wordt geen enkele vorm van vrouwelijke genitale verminking getolereerd. Hiermee is de Nederlandse norm duidelijk en eenduidig én sluit aan bij het standpunt van de WHO. Het kabinet gaat vrouwelijke genitale verminking steviger aanpakken; het streven is om dit gebruik uit te bannen in Nederland. Het Rijk is hiervoor niet alleen verantwoordelijk, maar dat zijn ook en vooral de ouders zelf, betrokken gemeenschappen, gemeenten, de zorg-, de hulpverlenings- en de onderwijssector.

Deze brief schetst de inzet van het kabinet op het terrein van onderzoek, preventie en repressie. Het uitgangspunt hierbij is bestaande beleidsinstrumenten beter en gericht te benutten. Prioriteiten daarbij zijn:

- onderzoek naar omvang van de problematiek
- versterken van preventie
- betere vroegtijdige signalering en interventie
- meer voorlichting
- asielbeleid terzake voortzetten
- internationale inzet handhaven
- repressieve aanpak
- het loslaten van het vereiste van ‘dubbele strafbaarheid’
- vrouwelijke genitale verminking als onderdeel van de aanpak van huiselijk geweld bij het Openbaar Ministerie
- instellen speciale commissie bij de Raad voor Volksgezondheid en Zorg (RVZ) die mogelijkheden moet onderzoeken van een effectief controlesysteem én van effectief signaleren, opsporen en handhaven.

Deze nieuwe aanpak wordt besproken met de betrokken instanties, koe-pels en migrantenorganisaties. Zodra het advies van de RVZ-commissie en de uitkomsten van het onderzoek naar de omvang van de proble-matiek eind dit jaar gereed zijn, worden deze stukken naar u toegezonden. Wij informeren u dan tevens over de voortgang van de actiepunten uit deze brief. Naast de minister van VWS zijn de ministers van Justitie, BZK, BVK, V&I, OCW, BuZa, OS en SZW hiervoor gezamenlijk ver-antwoordelijk; VWS coördineert de interdepartementale uitvoering.

Omvang van het probleem

Vrouwelijke genitale verminking is sinds de jaren tachtig van de vorige eeuw bekend geworden met de komst van Somaliërs in Nederland. Maar ook andere bevolkingsgroepen hoofdzakelijk in Afrika maar ook in het Midden-Oosten en Azië passen vrouwelijke genitale verminking toe.

Land	Totaal	Aantal vrouwen (inclusief meisjes)	Aantal meisjes 0 t/m 16 jaar	Besneden vrouwen in het land van herkomst
Somali	27.567	12.786	5714	98%
Ghana	17.974	8.752	3274	30%
Egypte	17.026	6.100	3209	95%
Dem. Rep. Congo	8.312	3.759	1673	plaatselijk
Ethiopi	10.120	4.582	1601	95%
Nigeria	6.712	2.828	1410	90%
Soedan	7.629	2.305	897	90%
Kenia	2.207	1.173	471	50%
Liberia	2.819	1.014	470	50%
Sierra Leone	6.031	1.385	413	90%
Tanzania	1.389	713	279	18%
Guinee	3.371	761	269	90%
Kameroen	1.827	798	250	Plaatselijk
Senegal	1.131	420	204	20%
Togo	1.450	439	172	12%
Uganda	981	457	130	Plaatselijk
Totaal	116.546	48.272	20.436	

Toelichting: Cijfers CBS 1 januari 2003. Hierboven staan absolute aantallen van de Afrikaanse populatie in Nederland waar vrouwelijke genitale verminking in de herkomstlanden voor komt. De tabel geeft alleen bevolkingsgroepen aan met meer dan honderd meisjes onder de zestien jaar.

De genoemde percentages gelden in het land van herkomst. De mate van vrouwelijke genitale verminking onder Afrikaanse groepen in Nederland is niet bekend. Aangenomen wordt dat het percentage vrouwen in Nederland ouder dan zestien jaar dat genitaal verminkt is het percentage in land van herkomst benadert. Onbekend is hoeveel meisjes van onder de 16 jaar die in Nederland wonen, genitaal zijn verminkt. Het is waarschijnlijk dat veel ouders overwegen om hun dochter(s) te laten besnijden. Omdat er geen betrouwbare gegevens over de omvang van de problematiek in Nederland zijn, start in 2004 een onderzoek dat duidelijk moet maken hoeveel genitaal verminkte vrouwen en meisjes er in Nederland zijn. Het onderzoek moet ook zicht geven op de potentiële risicogroep.

Vormen van vrouwelijke genitale verminking

Vrouwelijke genitale verminking houdt geen verband met sociaal-economische status. Het komt voor in alle lagen van de betrokken bevolkingsgroepen. Besnijdenis markeert het toetreden tot de eigen groep of samen-

leving. Besneden zijn, is in deze traditie een voorwaarde om dochters een respectabel leven te laten leiden. Het is een eeuwenoude traditie waarbij de familiedruk groot is om deze in stand te houden. Er zijn verschillende, meer en minder ingrijpende, vormen:

- Infibulatie (faraonische besnijdenis): het geheel of gedeeltelijk verwijderen van clitoris en kleine schaamlippen, waarna de grote schaamlippen aan elkaar gehecht worden zodat een minimale opening resteert om slechts urine en menstruatiebloed door te laten.
- Excisie (clitoridectomie): het verwijderen van de clitoris en geheel of gedeeltelijk de kleine schaamlippen.
- Circumcisie: het verwijderen van de voorhuid van de clitoris.
- Incisie: het aanbrengen van een prik of sneetje in de voorhuid van de clitoris met als doel enkele druppels bloed te laten vloeien.

Risico's

De ingreep zelf (vooral de zwaarste variant) is voor de vrouw zeer traumatisch en veroorzaakt veel complicaties zoals bloedingen, beschadigingen van urinebuis, blaas, anus en vaginawanden; ook treden ontstekingen op. Latere complicaties kunnen zeer uitgebreid en divers zijn. Seksuele gemeenschap is moeilijk en pijnlijk. In de kleine vaginale opening hoopt zich urine en menstruatiebloed op en dit kan leiden tot chronische infecties van blaas en vagina, nieren, inwendige geslachtsorganen en tot spontane abortus. Verder kan onvruchtbaarheid het gevolg zijn. De angst voor de bevalling zorgt ervoor dat vrouwen soms heel weinig eten om te voorkomen dat het kind te groot wordt. Gynaecologisch onderzoek is praktisch onmogelijk. Problemen bij bevalling kunnen leiden tot de geboorte van een dood of beschadigd kind. Veel meisjes krijgen na de genitale verminking psychische klachten en vertonen gedragsstoornissen zoals eetstoornissen en angsten.

Visie van het kabinet

Het kabinet wil zo snel mogelijk vrouwelijke genitale verminking onder meisjes in Nederland uitbannen vanwege de ingrijpende lichamelijke en psychische gevolgen.

Het regeringsstandpunt van 1993¹ ziet vrouwenbesnijdenis primair als een vorm van vrouwenonderdrukking. Vrouwelijke genitale verminking tast inderdaad de rechten van de vrouw en het kind aan.

Omdat het om minderjarige meisjes gaat (de verminking vindt in de regel plaats tussen het zesde en twaalfde levensjaar) kan vrouwelijke genitale verminking worden gezien als kindermishandeling. Het is vanwege het eenmalige karakter en het feit dat het gebeurt vanuit culturele motieven een bijzondere vorm van kindermishandeling. Het kabinet besteedt aan de bredere context van pluriformiteit in de Nederlandse samenleving in relatie tot grondrechten binnenkort aandacht in een kabinetsnotitie.

Verantwoordelijkheidsverdeling

Niet alleen het Rijk heeft een verantwoordelijkheid in het voorkomen van vrouwelijke genitale verminking. De belangrijkste en eerste verantwoordelijkheid ligt bij de ouders. Het 'Integratiebeleid nieuwe stijl'² zet de eigen verantwoordelijkheid van de (autochtone en allochtone) burger voorop. Doel is het gedeeld burgerschap. Dat houdt onder meer in dat alle burgers zich houden aan Nederlandse normen en wetten. Ouders uit betrokken migrantengroepen behoren te weten dat de culturele gewoonte van vrouwelijke genitale verminking in Nederland verboden is. Daarnaast moeten de zorg-, hulpverlenings- en onderwijssector deskundiger worden én deze misstand eerder signaleren en proberen te stoppen. Daarbij moet goed worden samengewerkt zodat een sluitende aanpak is gegarandeerd. Tot slot zijn gemeenten - op basis van de Wet Collectieve Preventie - wettelijk verplicht tot een preventieve taak om gezondheidsproblemen bij risicogroepen te voorkomen. Het bestrijden van vrouwelijke genitale verminking hoort daarbij.

De Rijksoverheid moet hiervoor voorwaarden scheppen, faciliteren en stimuleren (door wettelijke kaders, onderzoek, financieren kennisinstituten, stimuleringsbudgetten enzovoorts) zodat de betrokken partijen hun verantwoordelijkheid ook kunnen én gaan nemen. Deze brief laat concreet zien hoe wij als kabinet die verantwoordelijkheid inhoud geven.

Nieuwe aanpak

Het beleid richtte zich tot nu toe op preventie door voorlichting aan met name de Somaliërs én het vergroten van de kennis over deze problematiek in de zorg. De ernst van de problematiek vraagt om een stevigere aanpak zowel in de preventieve als repressieve sfeer. Het kabinet wil gegevens over de omvang van het probleem, betere preventie en hulpverlening, een stevigere repressieve aanpak en onderzoek naar de mogelijkheden van een effectief controlesysteem én effectieve signalering, opsporing en handhaving. Het kabinet wil deze actieve aanpak zo snel mogelijk starten. Er wordt direct aan de slag gegaan met zaken die nu al in het reguliere beleid opgepakt kunnen worden. Na het advies van de RVZ-commissie en de uitkomsten van het onderzoek naar de omvang van de problematiek, wordt eind 2004 bekeken of deze aanpak verder kan worden versterkt.

Onderzoek

Er zijn momenteel geen (betrouwbare) gegevens over de omvang van de problematiek. Om een gericht (effectiever) beleid te kunnen voeren, zijn gegevens nodig over het aantal genitaal verminkte vrouwen én de concentraties van de migrantengroepen in het land. Daarom wordt nog dit jaar een kortdurend onderzoek uitgevoerd om hier meer duidelijkheid over te krijgen. Dit kan heel gericht, want het is bekend waar de risicogroepen in Nederland wonen. Dit onderzoek moet aanbevelingen opleveren voor vervolgonderzoek, registratie en het volgen van ontwikkelingen (monitoring).

De aanbeveling om (incidentie en prevalentie van) vrouwelijke genitale verminking ook via poliklinieken gynaecologie in de gaten te houden, wordt hierbij meegenomen. Dit onderzoek kan ook een gerichtere inzet van het preventiebeleid (zie hieronder) mogelijk maken. De resultaten zijn naar verwachting eind 2004 beschikbaar. De aanbeveling van het VU-rapport om onderzoek te doen naar de medische gevolgen van genitale verminking neemt het kabinet niet over. Hierover weten we al genoeg. Het kabinet volgt evenmin de aanbeveling om de kosten van genitale verminking voor de gezondheidszorg in beeld te brengen. Dergelijke gegevens zijn niet nodig voor het actief bestrijden van vrouwelijke genitale verminking. Gezien de grote raakvlakken met de opdracht van de commissie (zie verder) voert de RVZ het onderzoek uit.

Betere preventie en hulpverlening

Het kabinet gaat stimuleren dat gemeenten, de zorg en het onderwijs in reguliere beleids- en uitvoeringstrajecten gericht op ouders en kinderen meer aandacht besteden aan het bestrijden van vrouwelijke genitale verminking. Het kabinet kiest hiervoor vier sporen:

1. vroegtijdig signaleren en interveniëren
2. gedragsverandering door voorlichting
3. asielbeleid
4. internationale aanpak

Vroegtijdig signaleren en interveniëren

Het kabinet streeft met de Operatie JONG onder meer 'een sluitende keten van signaleren, beoordelen en interveniëren rond risicojeugd' na. Hiervoor wordt een risicoprofiel opgesteld als hulpmiddel voor de jeugdgezondheidszorg, jeugdzorg en het onderwijs. Het vroeg signaleren van (een op handen zijnde) vrouwelijke genitale verminking wordt hiervan onderdeel.

De jeugdgezondheidszorg gaat verder de diverse contactmomenten met ouders en kinderen beter benutten voor het vroegtijdig signaleren en interveniëren. Het plan 'voorkomen van meisjesbesnijdenis door samenwerken' (maart 2004) van Artsen Jeugdgezondheidszorg Nederland kent diverse concrete actiepunten. VWS steunt dit plan door te investeren in opleidingen en protocollen op dit terrein.

Omdat vanaf het vierde levensjaar de school de instantie is die intensief contact heeft met alle kinderen, speelt zij natuurlijk een rol bij het signaleren van problemen. In het kader van de Operatie JONG zullen vroegsignalering en het versterken van de zorgstructuren in en om de school worden uitgewerkt. Vrouwelijke genitale verminking wordt één van de aandachtspunten.

VWS gaat aan het Advies- en Meldpunt Kindermishandeling (AMK) vragen om in zijn informatie-, advies- en doorverwijsfunctie aandacht te besteden aan vrouwelijke genitale verminking. In de contacten met de risicogroepen (bij vermoedens van een mogelijk geplande vrouwelijke genitale verminking) wordt goed en duidelijke voorlichting en advies gegeven. Het AMK kan bij een reeds uitgevoerde ingreep bekijken of het betreffende meisje jeugdzorg nodig heeft. Het AMK kan indien nodig deze hulpverlening op gang brengen.

Het VU-rapport laat zien dat er nog onvoldoende kennis is bij de betrokken beroepsgroepen zoals huisartsen, kinderartsen, gynaecologen, verloskundigen en AMK-medewerkers. De beroepsgroepen zijn voor een groot deel zelf verantwoordelijk voor de opleidingen.

VWS gaat de colleges van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst, wetenschappelijke verenigingen en beroepsgroepen vragen het tegengaan van vrouwelijke genitale verminking op te nemen in de onderwijsprogramma's en te rapporteren hoe deze onderwijskundige vertaling plaatsvindt.

Nog niet alle relevante beroepsgroepen hebben richtlijnen over hoe te handelen bij een vermoeden van een op handen zijnde of een recent uitgevoerde vrouwelijke genitale verminking. De Inspectie van de Gezondheidszorg publiceert daarom in het najaar van 2004 hierover een brochure. De beroepsgroepen kunnen die gebruiken bij het opstellen van hun richtlijnen.

Beroepsbeoefenaren in de zorg, het onderwijs en bij de politie kunnen verder van Pharos steun krijgen voor het vergroten van hun deskundigheid over vrouwelijke genitale verminking. Pharos zal haar deskundigheid en netwerk rond dit onderwerp verder versterken. Pharos wordt hiermee het in het VU-rapport genoemde steunpunt voor instanties die zich bezighouden met het bestrijden van vrouwelijke genitale verminking ('focal point'). Voor de deskundigheidsbevordering bij de AMK's wordt ook het expertisecentrum kindermishandeling van het NIZW ingeschakeld.

Voorlichting

Pharos gaat de nadruk in de voorlichtingsactiviteiten verschuiven van Somaliërs naar andere risicogroepen. Het verscherpte kabinetsbeleid is tevens het uitgangspunt van het voorlichtingsbeleid. Hierbij wordt bekeken of de in het VU-rapport genoemde (in)formele leiders zoals imams en wadaads kunnen worden ingeschakeld. Speciale aandacht komt er voor de jeugd zoals het VU-rapport ook adviseert. De Rutgers Nisso Groep (RNG) wordt gevraagd - samen met Pharos - lesmateriaal in het kader

van seksuele en relationele vorming op scholen te ontwikkelen dat aandacht besteedt aan het voorkomen van vrouwelijke genitale verminking. Daarnaast zet Pharos een 'jongerenboard' op waarbij jongeren uit de risicogroepen met elkaar spreken (onder anderen in groepen en via internet) over de nadelen voor de gezondheid en de strafbaarheid van vrouwelijke genitale verminking.

De ministers van Sociale Zaken en Werkgelegenheid en voor Vreemdelingenzaken en Integratie hebben in het najaar van 2003 een plan naar de Tweede Kamer gestuurd met maatregelen voor de emancipatie en integratie van vrouwen en meisjes uit de etnische minderheden. Enkele maatregelen beogen de kennis over rechten en veiligheid onder de doelgroep te vergroten. Langs deze weg wordt gestimuleerd onderwerpen waarop een taboe rust bespreekbaar te maken. Het emancipatiesubsidiebeleid 2004 kent onder meer het hoofdthema 'rechten en veiligheid'. Projecten waarmee vrouwelijke genitale verminking bespreekbaar worden gemaakt in de betrokken bevolkingsgroepen behoren tot dit hoofdthema.

Het VU-rapport pleit voor meer aandacht in de inburgeringscursussen voor vrouwelijke genitale verminking. Het kabinet acht het van belang dat in de inburgeringscursussen, voor wat betreft maatschappij-oriëntatie, kennis wordt overgedragen over Nederlandse waarden en normen. Belangrijk in dit verband zijn beginselen zoals de rechten van de vrouw en het kind en de bescherming van de lichamelijke integriteit. Op dit moment wordt er gewerkt aan een nieuw inburgeringsstelsel. De commissie Normering Inburgeringsexamens (commissie-Franssen) komt naar verwachting eind mei 2004 met een advies over het inburgeringsexamen in Nederland. De minister voor Vreemdelingenzaken en Integratie informeert de Kamer naar aanleiding van deze adviezen over voornemens voor de eindtermen voor de inburgering.

De gemeente is verantwoordelijk voor het uitvoeren van de aanbeveling van het VU-rapport over institutionaliseren en financieren van voorlichters eigen taal (VETC-ers). De nieuwe acties liggen verder in de lijn van de overige aanbevelingen uit het VU-rapport over migrantengroepen.

Asielbeleid

Het Nederlandse toelatingsbeleid voorkomt dat een meisje terug moet naar het land van herkomst als zij het risico loopt genitaal verमित worden. Deze dreiging kan een grond zijn voor een beroep op asiel in de toelatingsprocedure omdat er een reëel gevaar is van schending van artikel 3 van het Europees Verdrag van de Rechten van de Mens (EVRM). Getoetst wordt of dit risico reëel is, of de autoriteiten in het land van herkomst er geen bescherming tegen kunnen of willen bieden en of er een veilig alternatief is van vestiging in de regio. Blijkt het risico reëel en kan er geen bescherming of vestigingsalternatief worden geboden, dan kan het

meisje een verblijfsvergunning asiel voor bepaalde tijd krijgen (artikel 29, eerste lid onder b Vreemdelingenwet 2000). De ouder die genitale verminking vreest van zijn minderjarige dochter(s), kan hier een beroep op doen. De ouder krijgt, wanneer het asielverzoek van de dochter(s) wordt gehonoreerd, ook een verblijfsvergunning asiel bepaalde tijd. Dat geldt ook voor de andere kinderen in het gezin.

Voor meisjes die gedurende het asielverzoek van de ouders in Nederland zijn geboren, kan een dreiging van genitale verminking na terugkeer worden meegenomen in de nog lopende asielprocedure als er een beroep op wordt gedaan.

Voor meisjes die in Nederland zijn geboren en die bij terugkeer bedreigd worden met genitale verminking, kan, indien de ouders al zijn uitgeprocedeerd, een nieuw asielverzoek worden gedaan. Dat geldt ook wanneer een dreigende genitale verminking om procedurele redenen niet in een eerdere asielprocedure kon worden meegenomen.

De conclusie is – conform het VU-rapport - dat de huidige asielprocedure voldoende houvast biedt en dus niet hoeft te worden aangepast.

Internationaal

Het optreden van Nederland vindt plaats in het besef dat vrouwelijke genitale verminking een schending van de mensenrechten van de betrokken vrouwen en meisjes is, en dat het verbod op vrouwelijke genitale verminking is terug te vinden in verschillende mensenrechteninstrumenten. In dit verband wordt specifiek verwezen naar verplichtingen op het terrein van de gezondheid onder het Verdrag inzake Economische, Sociale en Culturele Rechten, het Verdrag inzake de uitbanning van alle vormen van discriminatie jegens de Vrouw, en het Verdrag inzake de Rechten van het Kind. Het Verdrag inzake Economische, Sociale en Culturele Rechten bevat in artikel 12 het recht op gezondheid.

Vrouwelijke genitale verminking treft wereldwijd circa 100 tot 140 miljoen vrouwen, hoofdzakelijk in Afrika. Het vermoeden bestaat dat genitale verminking van in Nederland woonachtige meisjes van Afrikaanse afkomst veelal in het land van herkomst plaats vindt of in andere Europese landen. Om dit zeer ernstige (geïmporteerde) delict tegen te gaan is een samenhangende aanpak nodig, ook internationaal.

Nederland blijft zich – conform de aanbeveling van het VU-rapport - internationaal actief inzetten voor het bestrijden van vrouwelijke genitale verminking. Dit gebeurt door de Nederlandse inzet in internationale fora en door de Nederlandse ontwikkelingssamenwerking. Op het niveau van de internationale fora is Nederland op meerdere vlakken actief. In 1997, 1998, 1999 en 2001 diende Nederland bij de Algemene Vergadering van de Verenigde Naties een resolutie in tegen traditionele praktijken die schadelijk zijn voor de gezondheid van vrouwen en meisjes, zoals vrouwe-

lijke genitale verminking. De steeds aangescherpte resolutie werd in 2001 mede ingediend door 126 landen. Daarnaast zet Nederland zich steeds in voor opname van reproductieve gezondheidszorg en rechten in relevante internationale documenten. Hiermee probeert zij het draagvlak voor zaken als lichamelijke integriteit en verbod op vrouwelijke genitale verminking te verbreden.

Op het terrein van de ontwikkelingssamenwerking ondersteunt Nederland internationaal opererende non-gouvernementele organisaties (NGO's), gespecialiseerde VN-organisaties (Unfpa Unicef) en regionale organisaties zoals het Inter African Committee on Traditional Practices (IAC). Het IAC heeft in 26 landen zogenaamde nationale comités opgericht die de publieke opinie beïnvloeden, aandringen op verscherpte wetgeving en vervolging en voorlichtingscampagnes voor doelgroepen en relevante beroepsgroepen organiseren. In de bilaterale ontwikkelingssamenwerking maakt het onderwerp reproductieve gezondheid en rechten als beleidsprioriteit van Ontwikkelingssamenwerking deel uit van de beleidsdialoog met samenwerkingslanden. Vrouwelijke genitale verminking komt daarbij in de landen waar dit speelt stevast ter sprake. Bovendien ondersteunen diverse ambassades in met name Afrika specifieke nationale programma's ter bestrijding van vrouwelijke genitale verminking.

Repressieve aanpak

Meldrecht

Beroepsbeoefenaars kunnen een belangrijke bijdrage leveren aan het bestrijden van vrouwelijke genitale verminking door vermoedens van een dreigende besnijdenis te melden bij de aangewezen instantie. Zorgverleners hebben inmiddels een meldrecht bij het vermoeden van (een op handen zijnde) vrouwelijke genitale verminking. Het VU-rapport ziet geen aanleiding dit meldrecht om te zetten in een meldplicht. Een meldplicht kent immers een aantal nadelen met als belangrijkste nadeel dat de drempel voor een hulpvrager om een beroepsbeoefenaar te benaderen aanzienlijk hoger wordt. Het kabinet gaat (vooralsnog) dan ook niet over tot het invoeren van een meldplicht. De wenselijkheid van een meldplicht wordt wel onderdeel van de taakopdracht aan de commissie van de RVZ.

Registratie

Vrouwelijke genitale verminking wordt niet apart geregistreerd; noch bij de politie, noch in het registratiesysteem van het Openbaar Ministerie (COMPAS). Voor zover bekend zijn er in Nederland geen veroordelingen van deze vorm van mishandeling geweest. Zodra de omvang van de problematiek duidelijk is, wordt bekeken of aparte registratie bij de politie wenselijk is.

Specifieke strafbaarstelling van vrouwelijke genitale verminking

Vrouwelijke genitale verminking is in Nederland strafbaar als mishandeling (artikelen 300 tot en met 304 Sr). Strafbaar zijn de persoon die de besnijdenis uitvoert en de personen die deze handeling medeplegen, uitlokken dan wel daaraan medeplichtig zijn (artikelen 47 en 48 Sr). Ouders die hun dochter genitaal laten verminken, zijn dus strafbaar. Deze bepalingen geven voldoende grondslag en ruimte om strafrechtelijk op te treden tegen verschillende vormen van vrouwelijke genitale verminking. Bij strafrechtelijk optreden kunnen problemen rijzen. Zo zal het bewijs van de deelneming van de ouders aan de genitale verminking (in het buitenland) soms lastig zijn. Zo kan het slachtoffer beweren (al dan niet onder druk van de ouders) dat zij de genitale verminking vrijwillig heeft ondergaan. Afzonderlijke strafbaarstelling verhoogt de kans op succesvolle strafbaarstelling niet. Ook bij een afzonderlijke strafbaarstelling zal voor een succesvolle vervolging van de ouders nodig zijn dat hun betrokkenheid wordt bewezen. De omstandigheid dat het besneden meisje meedeelt dat zij de genitale verminking vrijwillig heeft ondergaan, staat niet in de weg aan vervolging van de ouders op basis van mishandeling. Voor afzonderlijke strafbaarstelling zou kunnen pleiten dat daarvan een betere signaalwerking en preventieve werking uitgaan. Deze werking gaat primair uit van de bekendheid bij de betrokken bevolkingsgroepen dat het strafbaar is in Nederland, en dat daartegen wordt opgetreden. Ten slotte is afzonderlijke strafbaarstelling niet nodig voor het loslaten van het vereiste van dubbele strafbaarheid. Bovendien blijkt uit het VU-rapport dat in Europese landen waar vrouwelijke genitale verminking wel als apart strafbaar feit in het strafrecht is opgenomen, dit niet heeft geleid tot strafzaken. De conclusie in het onderzoeksrapport dat afzonderlijke strafbaarstelling niet nodig is, wordt dan ook onderschreven.

Vereiste van dubbele strafbaarheid

Nederlanders die zich in een land waar vrouwelijke genitale verminking niet strafbaar is, schuldig maken aan het (mede)plegen of uitlokken daarvan of medeplichtigheid daaraan, kunnen in Nederland niet worden vervolgd, omdat het vereiste van dubbele strafbaarheid dit belemmert. Voorts kunnen vreemdelingen die in Nederland een vaste woon- of verblijfplaats hebben, in Nederland in de regel niet voor buiten Nederland gepleegde feiten worden vervolgd, dus ook niet voor vrouwelijke genitale verminking.

De minister van Justitie heeft in zijn notitie over het vereiste van dubbele strafbaarheid naar voren gebracht dat dit vereiste dient te vervallen bij vrouwelijke genitale verminking³. De totstandkoming van wetgeving zal worden bevorderd welke voorziet in toepasselijkheid van de Nederlandse strafwet op Nederlanders en vreemdelingen met een vaste woon- of verblijfplaats die zich in het buitenland schuldig maken aan vrouwelijke genitale verminking. Daarvoor zal het vereiste van dubbele strafbaarheid

niet (langer) gelden. Dit sluit aan bij de aanbeveling van het VU-rapport hieromtrent.

Opsporing en vervolging

Voor de effectiviteit van het strafrechtelijk optreden is het niet nodig om per parket een aparte officier van justitie vrouwelijke genitale verminking aan te stellen. Wel ligt het voor de hand om vrouwelijke genitale verminking onder te brengen bij de officieren van justitie die zeden of huiselijk geweld in hun portefeuille hebben, zodat het als onderdeel van die problematiek wordt behandeld. Dit is in lijn met de wens van de Kamer, zoals neergelegd in de motie-Halsema⁴.

Een aantal bestaande richtlijnen en aanwijzingen kan op gevallen van vrouwelijke genitale verminking toegepast worden, bijvoorbeeld:

- de richtlijn voor strafvordering mishandeling;
- de aanwijzing bejegening slachtoffers zedendelicten;
- de aanwijzing opsporing seksueel misbruik in afhankelijkheidsrelaties;
- de aanwijzing slachtofferzorg;
- de aanwijzing voor de opsporing;
- de aanwijzing huiselijk geweld.

De minister van Justitie zal het College van procureurs-generaal vragen te bezien of deze richtlijnen en aanwijzingen toereikend zijn.

Raad voor de Kinderbescherming

Als een beroepsbeoefenaar (bijvoorbeeld leerkracht of huisarts) een concreet vermoeden heeft dat een meisje genitaal zal worden verminkt dan kan het AMK worden ingeschakeld. Het AMK zal - als een maatregel met betrekking tot het gezag overwogen dient te worden -dit melden aan de Raad voor de Kinderbescherming. In spoedeisende zaken kan dit rechtstreeks bij de raad worden gemeld. De Raad kan, indien hij hiertoe aanleiding ziet, een voorlopige onder toezichtstelling (Vots) met een machtiging voor uithuisplaatsing of een voorlopige voogdij aan de kinderrechter verzoeken.

Adviescommissie vrouwelijke genitale verminking

Het kabinet gaat de mogelijkheden onderzoeken van effectief signaleren, opsporen en handhaven van vrouwelijke genitale verminking. Cruciaal hierbij is een controlesysteem dat een preventieve werking heeft én vrouwelijke genitale verminking tijdig opspoort.

Het is echter een ingewikkeld onderwerp én er is geen voorbeeld in de wereld. Het invoeren van een dergelijk controlesysteem raakt bijvoorbeeld aan diverse (grond)wetten en verdragen. Verder vereist de invoering van een controlesysteem aparte wetgeving.

Naast een onderzoek naar een controlesysteem moet bekeken worden hoe signalering, opsporing en handhaving van vrouwelijke genitale verminking in het algemeen verder kan worden versterkt. Daarbij kunnen buitenlandse voorbeelden ook een rol spelen.

Het kabinet heeft besloten dat vanwege de complexiteit van dit vraagstuk hiervoor een bijzondere commissie bij de RVZ wordt ingesteld. Hierin komen personen op persoonlijke titel te zitten. De leden zijn gezaghebbende deskundigen die hun sporen hebben verdiend op het terrein van wetgeving, mensenrechten, samenlevingsvraagstukken, (preventieve) zorg en ethiek, maar ook ten aanzien van groepen en culturen waar vrouwelijke genitale verminking voorkomt. De commissie wordt gevraagd voor eind 2004 advies uit te brengen. Hiermee voert het kabinet tevens de motie-Arib⁵ uit over een verplichte controle door jeugdartsen op onder meer vrouwelijke genitale verminking.

Geld

Mijn ministerie betaalt in 2004 het onderzoek en de RVZ-commissie. De acties van inzet van Pharos, NIZW, Rutgers Nisso-groep worden uit het gewone budget voor deze instellingen betaald. De deskundigheidsbevordering in de jeugdgezondheidszorg wordt gefinancierd uit de bestaande budgetten.

Voor het bespreekbaar maken van het onderwerp bij betrokken bevolkingsgroepen zijn binnen het reguliere emancipatiebudget van SZW middelen beschikbaar. Internationale activiteiten worden betaald uit reguliere budgetten van de minister van Ontwikkelingssamenwerking.

Tot slot

Op korte termijn wordt de preventieve aanpak versterkt. Er komt meer voorlichting, de deskundigheid bij beroepsgroepen wordt verbeterd en er is meer aandacht voor vrouwelijke genitale verminking bij AMK en jeugdgezondheidszorg. De eis van dubbele strafbaarheid wordt losgelaten. Verder wordt een advies opgesteld en onderzoek uitgevoerd door de RVZ.

Het kabinet verwacht hiermee uiterlijk eind 2004 de effectieve maatregelen ter bestrijding van vrouwelijke genitale verminking compleet te hebben.

De Minister van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport,

H. Hoogervorst

- 1 16 maart 1993, kenmerk GGB/HIZ/931029
- 2 Kamerstukken 2003 – 2004, 29203, no. 1
- 3 Kamerstukken II 2003/04, 29 241, nr. 1, p. 15.
- 4 TK 2002/03, 28 600 VI, nummer 53.
- 5 TK 2003/04, 22 894, nummer 23

Bijlage 2

Samenstelling commissie

Het kabinet heeft besloten om de bestrijding van vrouwelijke genitale verminking voortvarend aan te gaan pakken. Eén van de maatregelen daartoe is het instellen van een commissie bij de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. Deze commissie is op 8 juli 2004 ingesteld.

De commissie bestaat uit een aantal deskundigen op het gebied van bestrijding van vrouwelijke genitale verminking, medische antropologie, internationaal strafrecht en bestrijding kindermishandeling. Ook nemen een gynaecoloog, een jeugdarts, een verpleegkundige, een vertegenwoordiger van het Openbaar Ministerie en een vertegenwoordiger van de politie aan de commissie deel. Vanuit de Inspectie voor de Gezondheidszorg zal de Inspecteur-Generaal, de heer prof. dr. J.H. Kingma bijdragen aan de werkzaamheden van de commissie. De commissie wordt voorgezeten door de voorzitter van de RVZ, de heer drs. F.B.M. Sanders.

Commissieleden:

Mw. J. Bijlsma-Schlösser

Mw. mr. S. Hassan Saïd

Mw. drs. M. Hassan Mohamed

Dhr. prof. dr. J. Hermanns

Mw. prof. dr. J.P. Holm

Dhr. prof. dr. G.G.J. Knoop

Mw. mr. B. Mac-Lean

Mw. prof. dr. J.M. Richters

Dhr. W. Timmer

De commissie heeft tot taak om advies uit te brengen aan minister Hoogervorst over effectief signaleren, handhaven en opsporen van vrouwelijke genitale verminking. Cruciaal daarbij is de ontwikkeling van een controlesysteem dat een preventieve werking heeft en dat vrouwelijke genitale verminking tijdig opspoor. Tevens heeft de RVZ een onderzoek uitgevoerd naar de omvang van de problematiek van vrouwelijke genitale verminking in Nederland.

De commissie heeft zeven keer vergaderd, namelijk op: 26 augustus, 16 september, 14 oktober, 11 november, 7 december 2004, 13 januari en 10 maart 2005.

Bijlage 3

Projectorganisatie

Vanuit de Raad

Dhr. drs. F.B.M. Sanders

Mw. prof. dr. J.P. Holm

Samenstelling ambtelijke projectgroep

Mw. drs. M.G. Wats, arts, MBA, projectleider

Mw. mr. M.W. de Lint, projectmedewerker

Mw. dr. A.J. Struijs, projectmedewerker

Mw. A.J.J. Dees, projectsecretaresse

Bijlage 4

Verantwoording van de procedure van voorbereiding van het advies

Overleg is gevoerd met:

- Dhr. prof. A. Abd Elmageed,
Ahfad University for Women
- Mw. dr. E.A.C. Bartels,
Afdeling Sociale en Culturele Antropologie van de VU
- Mw. K. Bartels, huisarts
Zorggroep Almere
- Dhr. J.M. Becker Hoff
Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen
- Dhr. R. Bilo,
Forensisch onderzoeker bij kindermishandeling
- Dhr. prof. dr. F. Bovenkerk,
Willem Pompe Instituut (Universiteit Utrecht)
- Mw. prof. mr. C.P.M. Cleiren,
Universiteit Leiden, Dep. Strafrecht en Criminologie
- Mw. A. Desta,
Vluchtelingenorganisaties Nederland
- Dhr. drs. R. van Dijk,
BAVO/RNO-groep, Rotterdam
- Mw. M. Driessen,
Verloskundige
- Dhr. drs. R.P. Dubbeldam,
GGD Flevoland
- Mw. dr. A.D.H. Gornas,
Haga Ziekenhuis, locatie Leyenburg
- Dhr. G. van Harten
Advies en Meldpunt Kindermishandeling, Gelderland
- Mw. drs. Y. van Heuvelen-Wiegerinck,
Axion Advies Innovatie Ondersteuning Flevoland
- Mw. A.W. Hillen,
Nederlandse Vrouwen Raad
- Dhr. prof. dr. R.A. Hirasings,
Academisch Medisch Centrum/VU
- Dhr. P.C.H.M. Holland, arts
Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der
Geneeskunst
- Mw. R.R.R. Huisman,
Arts
- Mw. V. Houben, student
Willem Pompe Instituut

- Mw. Y. Kas
Advies- en Meldpunt Kindermishandeling Amsterdam
- Dhr. prof. dr. J.A. Knottnerus,
Gezondheidsraad
- Mw. drs. D. Korfker,
TNO Preventie en Gezondheid
- Mw. E. Leye, MA
Academisch Ziekenhuis Gent
- Mw. W.J.G. Lijs-Spek
Artsen(vereniging) Jeugdgezondheidszorg Nederland
- Mw. mr. L.F. Markenstein
Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst
- Dhr. dr. T.J.A.M. Meerman
Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst
- Mw. M. ter Meulen
MtM Advies
- Dhr. mr. S. Meuwese,
Defence for Children International, afdeling Nederland
- Mw. drs. Z.S. Naleie,
Stichting FSAN
- Mw. ir. S. Neppelenbroek,
GGD Nederland
- Dhr. prof. dr. T.W. Schulpen
Nederlandse Vereniging Kindergeneeskunde
- Mw. I. van Seumeren, (forensisch)arts
UMCU
- Mw. mr. drs. W.C. Voogt,
Inspectie voor de Gezondheidszorg
- Mw. drs. A.J.M. Waelput
Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen
- Dhr. J. van Wijngaarden,
Stichting Instituut GGD Nederland
- Mw. M. Wijsman,
Stichting tegen meisjesbesnijdenis
- Mw. mr. N.M. Wytzes
- Platform Jeugdgezondheidszorg

Regelmatig overleg heeft plaatsgevonden met:

- Mw. drs. A. den Hoed (contactpersoon VWS),
Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
- Mw. drs. A. van der Kwaak,
KIT Tropenmuseum (voorheen de sectie Gezondheidszorg en Cultuur van VU medisch centrum)
- Dhr. prof. dr. J.H. Kingma (adviseur van de commissie)
Inspectie voor de Gezondheidszorg

De commissie adviseert onafhankelijk. Gesprekken tijdens de voorbereiding van een advies hebben niet het karakter van draagvlakverwerving. De gesprekspartners hebben zich niet aan het advies gecommitteerd.

De volgende externe deskundigen hebben in opdracht van de commissie een bijdrage geleverd in de vorm van een document dat bouwstenen voor het advies opleverde:

- Pauline Slot tekst, training en advies
- Stichting Pharos
- GGD Hart voor Brabant
- GG&GD Amsterdam
- FSAN
- B&A Groep
- Bureau voor Tekstredactie FIOR

Een (rechtsvergelijkend) onderzoek naar de juridische mogelijkheden ter voorkoming en bestrijding van vrouwelijke genitale verminking is uitgevoerd door het Willem Pompe Instituut, sectie Strafrecht, Universiteit Utrecht. Dit onderzoek is als een aparte publicatie verschenen met de titel *Vrouwelijke genitale verminking in juridisch perspectief*.

In het kader van de omvangsmeting is tevens overleg gevoerd met onderzoekers van:

- Nivel
- Erasmus Universiteit
- RIVM

Het onderzoek naar de omvang van VGV in Amsterdam en Tilburg is verricht door GGD Hart voor Brabant en de GG&GD Amsterdam. Ondersteuning is geleverd door de Stichting Pharos en mevrouw drs. A. van der Kwaak. Dit onderzoek is eveneens als een aparte publicatie verschenen met de titel *Vrouwelijke genitale verminking nader bekeken*.

Bijlage 5

FGC - Appendix 3: Terms used to describe female genital cutting

Country	Language	Transliteration	Meaning
Burkina Faso	Moore Bambara	Baongo Bolokoli	Excision: Literally – washing one's hands. It is unclear whether the term is used to imply that circumcision represents cleanliness or that it refers to the circumciser washing hands after the cutting
		Negekorosigui	Literally- when a woman (or man) goes under the knife. Mostly used in rural settings.
Egypt	Jula	Kene-Kene	Circumcision/excision
	Arabic	Khifad	From the Arabic work 'khafad' which means to lower. The term refers to the lowering of the height of the clitoris by cutting. Mostly used in classical Arabic.
		Khitan	Circumcision (male and female)
		Tahara	From the Arabic word 'tahar' which means to clean or purify. It is often referred to as Tahara Sunna, to indicate type I of FGC, clitoridectomy.
Eritrea	Tigreña	Meknishab	Circumcision/cutting
Ethiopia	Harrari Amharic	Absum Megrez	Name giving ritual Circumcision/cutting
Gambia	Soussou	Lili	Cutting
Guinea	Malinke	Kileg/Digitongu	Ablution or cleansing. These terms are used interchangeably to describe the practice
Kenya	Maa	Emorata	The actual cutting in circumcision (female and male). Used by the Masai and Samburu ethnic groups.
	Kimeru	Gutanwa	The actual cutting in circumcision (female and male). Used by the Ameru ethnic group.
	Kikuyu	Irua	Ceremony
		Kurua	To circumcise
Swahili		Kuruithia airaetu	To circumcise girls
		Kutairi	Circumcision (male and female)

Country	Language	Transliteration	Meaning
Mali	Bambara	Bolokoli Negekorosigui Salidjili/Selidjile	(see Burkina Faso) Purification for prayer
	Sonrai	Bangou Kahourowou	Literally – returning to the water (a still pool where one may wash)
	Peul	Tadougol	Literally – to attach the pagne, the traditional cloth a woman wraps around her waist
Nigeria	Igbo	Ibi/Ugwu	The act of cutting (male and female). Several dialects use slightly different terms
Senegal	Mandingo	Naka Sunna/Sunnaye	Initiation Excision
	Jula	Nakaye	Excision
	Wolof	Njongal jigeen/ Xaraf jigeen	To circumcise a girl or a woman
Sierra Leone	Temenee Mendee Mandingo Limba	Bondo	Initiation/training which is an integral part of the passage into adulthood. Those who participate in the training are considered initiated once they have been circumcised. As for 'Bondo'.
Sierra Leone	Mendee Mandingo Sousso	Sonde Sunna	Refers to a range of practices that follow the teachings of islam. It is used by different groups of people of the muslim faith in different countries.
Somalia	Somali	Halalays	From the Arabic word 'halal' which means sanctioned. The term is used to imply purification or purity, mostly by the people of northern Somalia or Arabic-speaking Somalis. Circumcision (female and male)
		Gudiniin Qodiin	Stitching, tightening or sewing, refers to type III (infibulation)
Sudan	Arabic	Khifad Tahoor	From the Arabic word 'Tahar', which means to clean or purify

Source: Learning about Social Change; a research and evaluation guide-book using female circumcision as a case study. S. Izett & N. Toubia, Rainbo, 1999.

Bijlage 6

Lijst van afkortingen

AMK	Advies- en Meldpunt Kindermishandeling
BTP	basistakenpakket
BZK	Ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties
BuZa	Ministerie van Buitenlandse Zaken
BVK	Ministerie van Bestuurlijke Vernieuwing en Koninkrijksrelaties
CBS	Centraal Bureau voor de Statistiek
EAB	Europees arrestatiebevel
EUR	Erasmus Universiteit Rotterdam
EVRM	Europees Verdrag voor de Rechten van de Mens
FGM	Female Genital Mutilation
FSAN	Federatie van Somalische Associaties in Nederland
GGD	Gemeentelijke Gezondheidsdienst
GG&GD	Gemeentelijke Geneeskundige en Gezondheidsdienst
IAC	Inter African Committee on Traditional Practices
IGZ	Inspectie voor de Gezondheidszorg
IVBPR	Internationaal Verdrag inzake burgerrechten en politieke rechten
JGZ	Jeugdgezondheidszorg
KNMG	Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst
MC	Medisch Contact
MOA	Medische Opvang Asielzoekers
NGO	non-gouvernementele organisatie
NIVEL	Nederlands Instituut voor Onderzoek van de Gezondheidszorg
NIZW	Nederlands Instituut voor Zorg en Welzijn
NVK	Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde
NVOG	Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie
OCW	Ministerie van Onderwijs, Cultuur en Wetenschap
OM	Openbaar Ministerie
OS	Ministerie van Ontwikkelingssamenwerking
RIVM	Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu
RNG	De Rutgers Nisso Groep
RVZ	Raad voor de Volksgezondheid en Zorg
SONPPCAN	Somali Network for Prevention and Protection Against Child Abuse
SZW	Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid
TNO	Nederlandse Organisatie voor Toegepast-Natuurwetenschappelijk onderzoek

UMC/WKZ	Universitair Medisch Centrum/Wilhelmina Kinderziekenhuis
Unfpa	United nations population fund
Unicef	The United nations children's emergency fund
VETC	Voorlichting Eigen Taal en Cultuur
VGv	vrouwelijke genitale verminking
V&I	Ministerie van Vreemdelingenzaken en Integratie
VON	Vluchtelingenorganisatie Nederland
Vots	Voorlopige onder toezichtstelling
VU	Vrije Universiteit
VWS	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
WHO	World Health Organization
WPI	Willem Pompe Instituut

Bijlage 7

Literatuur

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

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

Bartels, E., A. van der Kwaak en H. Bartels. Meisjesbesnijdenis in juridisch perspectief. *Proces*, 81, 2002, no. 3-4, p. 49-54.

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

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

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

Centraal Bureau voor de Statistiek. Actuele bevolkingstrends. 2004.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Hendriks, M. Vrouwenbesnijdenis in Nederland: van beleid naar praktijk september 2000 – december 2002. Amsterdam/Utrecht: Federatie van Somalische Associaties in Nederland/Pharos Kenniscentrum vluchtelingen en gezondheid, 2003.

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

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

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

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

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

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

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

Leye, E. en J. Deblonde. Legislation in Europe regarding female genital mutilation and the implementation of the law in Belgium, France, Spain, Sweden and the UK. Ghent: International Centre for Reproductive Health, 2004.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Websites

www.commissie-fgm.nl

www.forwarduk.org.uk

www.gtz.de

www.harpweb.org.uk

www.islamicuniversity.nl

www.kindermishandeling.info

www.stopfgm.org

www.tostan.org