



STAPPENPLAN VROUWELIJKE GENITALE VERMINKING VOOR DE CLB



PROVINCIAAL
ONDERWIJS
VLAANDEREN



Inhoudsopgave

1	Algemene inleiding: achtergrond stappenplan VGV voor de CLB	2
2	Leidraad voor CLB	3
2.1	Hoe kan je alert zijn voor VGV? Signalen	3
2.1.1	Signalen van een risico op VGV.....	3
2.1.2	Signalen van een uitgevoerde VGV.....	4
2.2	Wat kan je doen?	5
2.2.1	Primaire preventie	5
2.2.2	Secundaire preventie: wanneer VGV werd uitgevoerd of het vermoeden ervan zeer groot is	12
2.3	Hoe ga je een gesprek aan over VGV	13
2.3.1	Praten met ouders	13
2.3.2	Praten met een leerling/kind.....	14
3	Achtergrond: Wat is vrouwelijke genitale verminking	15
3.1	Definitie en de verschillende vormen van VGV.....	15
3.2	Omvang van het probleem	16
3.3	Waarom men VGV uitvoert.....	19
3.4	Hoe het wordt uitgevoerd.....	19
3.5	Gevolgen voor de gezondheid	20
3.6	Schending van fundamentele rechten	21
3.7	Wettelijk kader in België	21
3.8	Specificiteit van VGV als kindermishandeling	23
3.9	Overzicht stappenplan voor CLB	22

1 Algemene inleiding: achtergrond stappenplan VGV voor de CLB

Elk jaar worden drie miljoen vrouwen over de hele wereld het slachtoffer van vrouwelijk genitale verminking (VGV). In België alleen al is in 2012 geschat dat ongeveer 4000 meisjes een risico op een besnijdenis lopen.

Uitgaande van de noodzaak van preventie van VGV besliste het Vlaams Forum Kindermishandeling op de vergadering van 27 mei 2013 tot de oprichting van een werkgroep rond deze thematiek. In deze werkgroep zetelden vertegenwoordigers voor Kind en Gezin, de Centra voor Leerlingenbegeleiding (CLB's) en de expertisecentra op vlak van VGV (Intact, Gams en het International Centre for Reproductive Health), aangevuld met een forensisch expert en een ethicus. Deze werkgroep kreeg als opdracht richting te geven aan de aanbevelingen betreffende de detectie, risicotaxatie en opvolging van VGV, betreffende de aanpak van een dreigende VGV en betreffende de informatie-uitwisseling tussen de verschillende actoren.

Het resultaat van het werk van de werkgroep voor de richtlijnen t.a.v. CLB's vindt u in het bijgaand stappenplan terug. Het bevat informatie over wat er kan gedaan worden in de verschillende situaties die met VGV verband (kunnen) houden. Tevens bevat het relevante achtergrondinformatie.

Bij het opstellen van dit stappenplan werd rekening gehouden met wat CLB's al doen op vlak van signaaldetectie, de ondersteuning van de scholen, de samenwerking met belangrijke lokale actoren, het werken met verontrustende situaties, het werken via de draaischijffunctie en werden waar relevant ook linken gelegd. Het handelen in het kader van VGV veronderstelt van medewerkers in CLB's dan ook geen nieuwe of andere competenties dan diegene waarover de CLB-medewerkers al beschikken. Het wil enkel helpen om:

- een beter inzicht te krijgen in de problematiek van VGV (omvang, geografische spreiding, wettelijk kader in België, gevolgen voor de gezondheid, ...);
- de betrokken families beter te begeleiden (met praktische tips over hoe het onderwerp kan aangekaart worden bij de ouders en de meisjes);
- gericht te kunnen doorverwijzen voor die gevallen waarin VGV is uitgevoerd;
- samen te werken in een netwerk voor die gevallen waarin bijkomende ondersteuning wenselijk is.

Het stappenplan is gemaakt als ondersteuning voor de CLB's in de veronderstelling dat ook medewerkers van CLB's een wezenlijke bijdrage kunnen leveren in de preventie van VGV.

2 Leidraad voor CLB

Vooreerst is het belangrijk de opdracht van de CLB's in deze problematiek duidelijk af te lijnen

Als CLB hebben we een schoolondersteunende rol te situeren binnen fase 0 en 1 van het zorgcontinuüm. Vragen rond ondersteuning bij de uitbouw van een zorgbeleid mbt deze problematiek en specifieke vragen vanuit leerkrachten nemen we op.

Daarnaast hebben we als CLB een taak naar detectie toe: welke signalen zijn specifiek voor VGV? Hoe kunnen we deze herkennen? We nemen onze rol als draaischijffunctie op: we verwijzen naar diensten die expertise hebben rond VGV. We werken hiervoor samen met gespecialiseerde diensten en lokale gemeenschappen, het mag duidelijk zijn dat deze complexe problematiek niet volledig door het CLB kan opgevolgd worden. Op deze aspecten wordt hieronder dieper ingegaan.

2.1 Hoe kan je alert zijn voor VGV? Signalen

De alertheid van de CLB-medewerker kan worden verhoogd door kennis van de context waarin VGV voorkomt en door kennis van signalen. Zo kan onderscheid worden gemaakt tussen signalen die wijzen op een risico op VGV/dreiging van VGV versus signalen van een uitgevoerde VGV.

2.1.1 Signalen van een risico op VGV

Alertheid is altijd geboden wanneer men werkt in scholen met onthaalklassen voor anderstalige nieuwkomers, maar ook in scholen waar sporadisch een leerling wordt opgevangen uit een land waar VGV wordt uitgevoerd (zie figuur 2 - pag. 18))

Specifieke risicofactoren zijn:

- Het treft meisjes;
- Een van de ouders (of beiden zijn) is afkomstig uit een endemisch land (zie figuur 1 – pag. 15);
- Een oudere zus is reeds besneden;
- Informatie over zwangerschap en bevalling in het dossier K&G/ONE/kraamkliniek;
- Ouders zijn terughoudend ten aanzien van de consulten en vraagt dat het medisch onderzoek door een eigen dokter gebeurt;
- Het gezin heeft geen contact met Belgische gezinnen en/of leeft in de beslotenheid van de gemeenschap van herkomst;
- Het gezin is zeer recent aangekomen in België en kent de taal noch de regelgeving;
- Bij dreiging van een gedwongen huwelijk;
- Geruchten over een nakende VGV;
- Plotse schoolverandering na een schoolvakantie. Dit kan ook een signaal zijn van een uitgevoerde VGV maar houdt tegelijk een risico in op VGV bij jongere zusjes.

Beschermende factoren zijn:

- Het verblijf van het gezin in België. Gezien de wetgeving zijn meisjes in principe beschermd tegen VGV;

- Niet onder invloed staan van de ruimere familie of gemeenschap die VGV onderschrijven - in België of in het buitenland;
- Beslissen om niet af te reizen naar het land van herkomst of een buurland waar de VGV ook wordt toegepast¹;
- Kennis hebben van het feit dat VGV ernstig bestraft wordt in België;
- Kennis hebben van de ernstige gevolgen op vlak van gezondheid, lichamelijk en emotioneel.
- Reeds in contact zijn met een organisatie als GAMS die vrouwen ondersteunt en met de gemeenschappen werkt.

2.1.2 Signalen van een uitgevoerde VGV

VGV is een vorm van kindermishandeling, waardoor er op het vlak van **gedrag en emotioneel functioneren** een reeks van VGV-aspecifieke signalen kunnen worden opgevangen door de leerkracht en vriendinnen. De school zal de bezorgdheid melden aan het CLB en/of naar het kind zelf.

- Gedragsveranderingen;
- Gebrek aan concentratie;
- Achteruitgang van de schoolresultaten;
- Teruggetrokken houding en eerder afstandelijk reageren. Meisjes durven niet praten over wat hen overkomen is omdat anderen het niet zouden begrijpen. Uitzonderlijk praat een meisje wel over de besnijdenis wanneer ze dit als een normale gebeurtenis beschouwt, iets wat alle meisjes ondergaan.
- Wanneer de leerling niet terugkomt na een schoolvakantie uit een land waar VGV wordt toegepast;
- Langdurige of frequente afwezigheid van school.

Ter gelegenheid van een medisch consult **kan** bij meisjes uit endemische gebieden gericht aandacht gaan naar **lichamelijke klachten** (meer info zie hfdts 3.1 en 3.5) die gevolg zijn van VGV, zoals:

- Recidiverende urineweginfecties;
- Problemen bij het plassen:
 - Er zijn geïnfibuleerde (zie hfdst. 3.1 –pag.15) meisjes die tot 15 à 20 minuten nodig hebben om de blaas te ledigen waarbij ze op de onderbuik moeten drukken;
 - Deze meisjes vragen vaak om te mogen gaan plassen en blijven daar dan ook lang zitten. De leerkracht zou dit als illustratie van storend of vreemd gedrag kunnen melden aan het CLB.
- Genitale verwondingen met pijn of jeuk;
- Pijn bij het lopen of zitten;
- Pijnlijke maandstonden, vooral bij de geïnfibuleerde meisjes, waarvoor het meisje het bed moet houden, resulterend in frequent schoolverzuim al dan niet met een doktersattest;
- Door het pijnlijk litteken weigeren deze meisjes om deel te nemen aan bepaalde sportactiviteiten zoals fietsen, springen, atletiek, ...².

¹ Meisjes in België uit VGV-endemische landen kunnen asielzoeker zijn, zonder papieren, papieren hebben verkregen in het kader van een medische of humanitaire regularisatie of van gezinshereniging, of erkend vluchteling zijn om andere redenen dan de vrees op VGV. Deze verschillende statuten laten verschillende reisopties toe.

2.2 Wat kan je doen?

Voor het CLB is het van belang een introductie te vinden en vertrouwen te winnen met de lokale gemeenschappen die deze praktijk als vanzelfsprekend beschouwen. Dit is de basis om goede samenwerking uit te bouwen. De enorme kwetsbaarheid van de meisjes en de ernst van de schade maakt dat we het netwerk moeten aanspreken om een gerichte aanpak mogelijk te maken. Dit is geen opdracht voor het CLB alleen, maar vanuit een gezamenlijke bezorgdheid en verantwoordelijkheid kunnen we hierin een rol spelen. We maken – conform andere problematieken – een onderscheid tussen primaire en secundaire preventie en dit zowel op schoolondersteunend vlak als op individueel vlak.

2.2.1 Primaire preventie

2.2.1.1 Een groepsgerichte benadering via schoolondersteuning - gezondheidsbeleid

1. In scholen die anderstalige leerlingen onthalen, in het bijzonder uit endemische gebieden voor VGV, is het belangrijk om leerkrachten, zorgcoördinatoren en leerlingenbegeleiders op school te informeren over het bestaan van VGV en welke signalen ze kunnen opvangen van een dreigende of uitgevoerde VGV. Het CLB kan het initiatief nemen om samen met de school te zoeken hoe met deze signalen kan omgegaan worden. Het CLB kan hier beroep doen op de expertise van GAMS en INTACT die naar de scholen toe infomomenten kan organiseren.

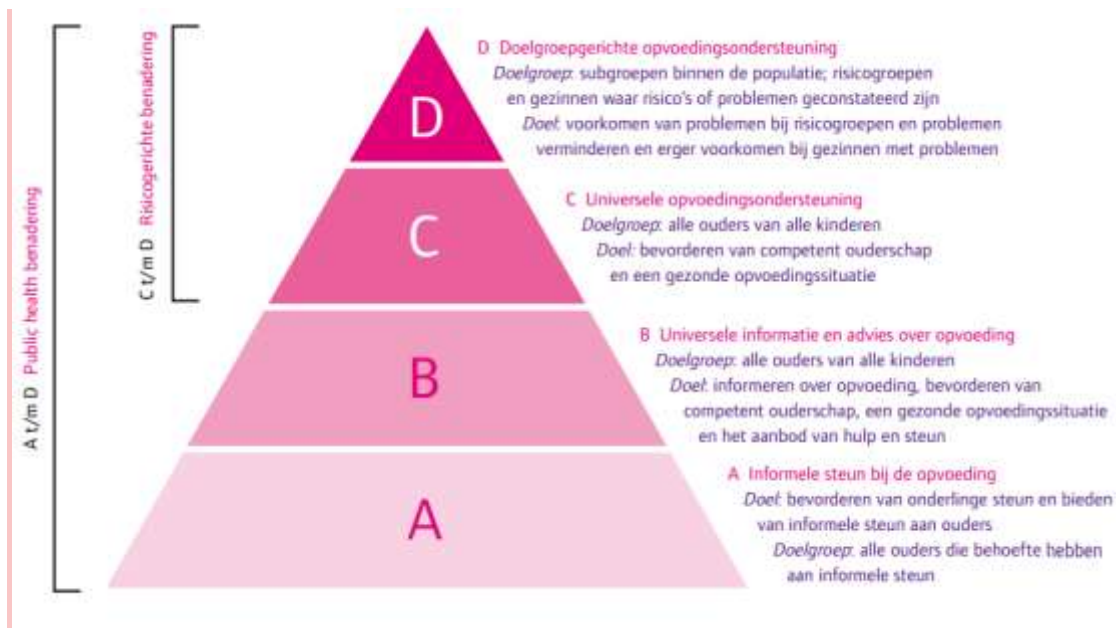
2. In samenspraak met de school kan er gewerkt worden aan ouderparticipatie en ouderbetrokkenheid. De doelgroep, ouders die asielaanvragen of illegaal in het land verblijven, zijn erg moeilijk te bereiken en vertegenwoordigen een bijzonder kwetsbare groep.

De brochure 'Werken met kansengroepen. Een brochure voor succesvolle projecten' van het VIGEZ (http://www.vigez.be/webwinkel?doelgroep=11&set_keuze=1) lijst enkele basisprincipes op die nuttig zijn. Doel is om het isolement van de gezinnen te doorbreken. Men kan hierbij ook sleutelfiguren betrekken. Dit kunnen mensen zijn uit organisaties met expertise op het vlak van VGV³ maar het kan ook iemand zijn uit de eigen etnische gemeenschap.

Moeders samenbrengen op school en hen de gelegenheid bieden om kennis te maken met andere moeders, culturen en godsdienstbeleving situeert zich op de opvoedingspiramide op niveau A, op het niveau van de informele steun. Het verstekken van doelgerichte informatie over opvoeden, over andere culturen, over België als opvoedingscontext, situeert zich meer op niveau B van de opvoedingspiramide. Deze vorm van opvoedingsondersteuning schept een vertrouwde context die de drempel om over VGV te praten kan verlagen. Het is geenszins de bedoeling om aan opvoedingsondersteuning te doen, maar wel om gericht te verwijzen naar andere diensten. Bij VGV is het belangrijk de ouders mee te nemen in het verhaal, vandaar de verwijzing naar onderstaande opvoedingspiramide ter illustratie.

² Bijkomende signalen op school die in verband kunnen worden gebracht met een VGV (Danish National Board of Health, 2000)

³ http://www.kleurbekennen.be/organization/gargaar-vzw/08_11_2013
<http://www.gams.be/index.php?lang=nl> , <http://www.intact-association.org/nl.html>



FIGUUR 1: DE PIRAMIDE VAN OPVOEDINGSONDERSTEUNING (BRON VAN DIJK EN PRINSEN, 2008⁴)

- In het kader van de lessen Relationele en Seksuele Vorming kan een groepsgebesprek met de meisjes worden geleid over thema's als kennis van het eigen lichaam, lichaamsverzorging, beleving van seksualiteit, VGV.

Het doel kan zijn om meisjes te informeren over de praktijk van genitale verminking en te sensibiliseren, het opwekken van awareness.

De leerkracht kan zich door het CLB laten bijstaan voor het aanspreken van hun netwerk (vb. SENSOA) of voor het uitwerken van de gepaste methodiek en het aanleveren van correcte informatie.

Pharos ontwikkelde een lesmap die te bestellen is via onderstaande link. Er is ook een gratis te downloaden Engelse versie van de lesmap.

<http://www.pharos.nl/nl/kenniscentrum/meisjesbesnijdenis/materiaal/lesmap-meisjesbesnijdenis>

Brochures ter informatie van ouders en adolescente leerlingen zijn hier ook in verschillende talen te vinden: <http://www.pharos.nl/nl/kenniscentrum/meisjesbesnijdenis/materiaal/folder-mijn-ouders-zeggen-nee>

Een ander doel kan zijn om adolescente meisjes aan te spreken en te informeren dat zij hulp kunnen krijgen.

Of klasactiviteiten kunnen een aanleiding zijn om de VGV te voorkomen bij jongere zusjes of om later, wanneer ze zelf moeder zijn, af te zien van besnijdenis bij hun dochters.

Scholen kunnen hiervoor beroep doen op organisaties met expertise op vlak van VGV.

Het kan zinvol zijn om aan de leerlingen de mogelijkheid van een gesprek aan te bieden naar aanleiding

⁴ van Dijk, M., & Prinsen, B. (2009). *Opvoedingsondersteuning in het Centrum voor Jeugd en Gezin*. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut.

<http://www.nji.nl/nl/OpvoedingsondersteuninginhetCJG1.pdf>

van deze klasactiviteit. Indien mogelijk zou men hier ook een medisch consult kunnen koppelen aan het klasgesprek, waarbij elke leerling, ongeacht de persoonlijke problematiek, wordt gezien door het CLB.

4. Ter gelegenheid van de periodieke consulten, in het bijzonder het kleuterconsult met ouders, kan in een kennismakingsgesprek een eerst toetsing gebeuren van risicofactoren (land van herkomst, verblijfstatuut, sociaal netwerk in België,...) bij die leerlingen die uit een risicogebied komen. In functie van de risicofactoren kan besloten worden tot een 2^e gesprek. Ook folders, opgemaakt door experts als GAMS en INTACT en specifiek ontworpen voor het tegengaan van VGV, kunnen in de wachtzaal van het CLB gelegd worden.

2.2.1.2 Individuele preventie: bij vermoeden van een dreigende VGV

De stappen zijn gelijklopend met elke vorm van kindermishandeling, enkel de invulling is specifiek voor VGV. Het is dan ook van belang om bij onderstaand stappenplan beroep te doen op het netwerk via de draaischrijffunctie van het CLB en door te verwijzen naar organisaties met specifieke expertise (INTACT, GAMS, ICRH)⁵.

1. **BRENG ALLE SIGNALLEN IN KAART.**

Vanuit school, ouders, leerling, CLB,... kunnen signalen tot bij het CLB komen. Het is geenszins de bedoeling dat de leerkracht die eventuele signalen opvangt alleen een begeleiding opstart. Net zoals in andere situaties van kindermishandeling, zal de leerkracht het CLB contacteren voor het bespreken van een aanpak op maat van de betrokken leerling.

Beschrijf de signalen objectief, vb. wat men zelf vaststelt, wat men weet. Bespreek je bezorgdheid met het team en bereid een gesprek met ouders/leerling voor.

Je kan beroep doen op expertisecentra (Intact, GAMS, ICRH) voor bijkomende informatie.

2. **GA IN GESPREK MET DE OUDERS (ZIE OOK HFST 2.3 – PAG.13)**

Meestal zal het nodig zijn om een tolk in te schakelen. Het is te verkiezen om beroep te doen op een beëdigde tolk omdat die ook aan het beroepsgeheim gebonden is. Hierbij is het goed om de tolk te informeren over het onderwerp van gesprek. Dit om te vermijden dat de persoonlijke voorgeschiedenis van de tolk bezwarend zou zijn voor het gesprek.

Doel van het gesprek is:

- Je bezorgdheid delen en duiden waarom je bezorgd bent aan de hand van de (objectieve) signalen;
- Duiden van de gezondheidsrisico's van VGV;
- Uitleggen dat VGV in België een strafbaar feit is. Mensen zijn hiervan vaak niet op de hoogte en denken dat de praktijk ook in België de norm is;
- Informatie verzamelen die moet toelaten de ernst van de dreiging in te schatten;
- Eventueel overhandigen van het document 'De Belgische wet verbiedt VGV. Hier en Elders'

Volgende elementen dragen bij tot het inschatten van het risico op VGV bij een kind:

- Is de moeder besneden?

⁵ <http://icrh.org/nl/icrh-belgi%C3%AB> , <http://www.intact-association.org/> , <http://www.gams.be/>

- Is de oudere zus/zussen besneden?
- Hoe denkt moeder over VGV bij haar dochter?
Niettegenstaande moeders ook zelf besneden zijn, kunnen ze de besnijdenis als ‘normaal’ beschouwen, als een traditie (zie ook 3.3); besneden vrouwen leggen niet steeds een oorzakelijk verband tussen de eigen, actuele gezondheidsproblemen en klachten, en de VGV die werd uitgevoerd toen ze nog erg jong waren;
- Hoe denkt vader over de VGV bij zijn dochter?
- Hoe denkt de familie of belangrijke anderen (in België en in het thuisland) over VGV?
- Zijn ouders zich bewust van de ernst van de gezondheidsproblemen?
- Zijn ouders op de hoogte dat VGV een strafbaar feit is?
- Hoe kijken de ouders aan het eind van het gesprek naar VGV? Welke zij hun intenties t.a.v. VGV?

3. **GA IN GESPREK MET HET MEISJE.**

Doel van het gesprek is na te gaan in welke mate ze op de hoogte is van de praktijk VGV.

De mogelijkheid om met het kind te spreken over VGV zal mee bepaald worden door haar leeftijd en oordelingsvermogen (cfr. Decreet rechtspositie van de minderjarige). Het is te verkiezen om het kind te spreken in afwezigheid van de ouders, eventueel in aanwezigheid van de juf van de klas indien deze vertrouwenspersoon is voor het kind. De wenselijkheid van dit gesprek wordt in teamoverleg besproken.

4. **TAXEER HET RISICO OP VGV.** Een risicotaxatie doe je nooit alleen maar wel in teamverband.

Weeg hiertoe de risico- en beschermende factoren tegen elkaar af.

Risicofactoren	Beschermende factoren
Mama komt uit een endemisch land	Ouders (vader) willen in gesprek gaan over VGV
Papa komt uit een endemisch land	Ouders wensen hulp
Mama is zelf ook verminkt (getuige mama of dossier kraamkliniek)	Ouders wensen zich een eigen mening te vormen over VGV, los van de etnische gemeenschap
Zussen zijn verminkt	Ouders zien af van een reis naar land van herkomst of buurland
Betrokkenen en naaste familie staan positief tegenover VGV	Ouders verstaan/praten een westerse taal
Er is grote druk vanuit de omgeving. Dit kan de familie zijn of het eigen etnische netwerk in België	
Regelmatig (familie)bezoek aan het land van herkomst of buurland waar VGV gangbaar is. Verontrustend hierbij kan zijn dat enkel met de meisjes wordt gereisd.	

Een geïsoleerd gezin, dat geen westerse taal spreekt, zonder sociale contacten, zonder werk

De grijs gearceerde risicofactoren wegen zwaar(der) door.

De genoemde factoren zijn eerder statische factoren. In het 'Handelingsprotocol Vrouwelijke Genitale Verminking bij minderjarigen' worden ook onderstaande dynamische factoren als de culturele context en de migratiecontext in overweging genomen⁶:

- Groepen waarin meisjes besneden worden kunnen een verschillende sociale, culturele (laag tot hoog opgeleid) en religieuze achtergrond hebben. Zij kunnen een vluchtelingen- of migrantenstatus hebben.
- Er kan een verschil zijn in de leeftijd waarop VGV wordt geïmplementeerd met die in het land van herkomst. Men kan de gegevens uit landen van herkomst niet als absolute waarheid aannemen voor België. Door de migratieomstandigheden kan de huidige situatie anders zijn. Als bijvoorbeeld een kind in het land van herkomst gebruikelijk op een leeftijd van 5-10 jaar zou worden besneden, betekent dit niet automatisch dat het kind in ons land tot 5 jaar geen risico loopt.
- Wees alert op gemengde huwelijken. Ervaring leert dat er nog veel risicokinderen gemist worden, onder andere als de moeder blank is. Ook kennen ouders elkaars mening over VGV niet altijd.

De problematiek van VGV kan samen voorkomen met de problematiek van gedwongen huwelijk en/of geweld binnen het huwelijk. Deze werken verzwarend in de risicotaxatie. Ook hier staan expertisecentra ter beschikking.

Risiconiveaus: er zijn 5 niveaus van risico

1. *Geen risico:*

- *Het gezin komt uit een land waar de praktijk niet wordt toegepast;*
- *Moeder noch zus(sen) zijn zelf besneden;*
- *Ouders zien af van een reis naar het thuisland;*
- *Ouders reageren positief op het gesprek en vragen/aanvaarden hulp om de familiale druk om te besnijden, te weerstaan;*
- *Ouders ondertekenen een engagement om hun dochter niet te besnijden.*

2. *Er is een mogelijk risico maar het risico is niet acuut:*

- *Hoewel ouders aangeven niet van plan zijn om hun dochters te laten besnijden, nemen ze geen duidelijke stelling in;*
- *Slechts een van beide ouders komt uit een endemisch land;*
- *Ouders zien niet af van eventuele reizen naar het land van herkomst in de toekomst;*
- *Ouders wensen geen bijkomend gesprek.*

3. *Reëel risico:*

- *De ouders verklaren dat ze hun dochter(s) wellicht wel zullen laten besnijden in de toekomst;*
- *Moeder en oudere meisjes in het gezin zijn besneden.*

4. *Er is een vermoeden van een uitgevoerde VGV*

- *Er zijn signalen die erop wijzen dat het meisje is besneden zoals afwezigheid op school van het*

⁶ 'Handelingsprotocol Vrouwelijke Genitale Verminking bij minderjarigen'. Uitleg en handvatten bij aanpak van VGV voor AMK, RvdK, politie. Pharos 25 juni 2013

kind door ziekte, klachten bij het kind,...

5. De besnijdenis is uitgevoerd

→ Een arts heeft de VGV vastgesteld.

6. HANDEL IN FUNCTIE VAN HET RISICO.

→ **Geen of laag risico:**

- i. volg de situatie op, met aandacht voor veranderingen in de familiale context of in het gedrag van de leerling;

→ **Een mogelijk risico, echter niet acuut:**

- i. registreer alle informatie met de argumenten voor de besluitvorming nauwkeurig in het CLB-dossier; uiteraard na een gesprek met leerling en/of ouders en in afspraak met hen.
- ii. Geef ouders een informatiefolder VGV mee (<http://www.strategiesconcertees-mgf.be/wp-content/uploads/GAMS-depliant-excNL13Web.pdf>)
- iii. Geef ouders een document mee 'Verklaring tegen meisjesbesnijdenis' /paspoort STOP VGV dat ze kunnen gebruiken om de druk van de lokale gemeenschap te weerstaan. <http://www.intact-association.org/nl/wat-doen-we/ondersteuning-van-professionals.html>. Dit document bestaat in 10 verschillende talen⁷.
- iv. Spreek je netwerk aan in kader van eventuele doorverwijzing. Vraag of de ouders een 'verklaring op eer' willen ondertekenen, waarin ze stellen hun kind niet te laten besnijden. Dit document heeft evenwel geen juridische waarde, maar kan de ouders van nut zijn om de druk van de lokale gemeenschap te weerstaan;
- v. Maak afspraken voor een toekomstig gesprek met de ouders, met het kind, of verwijst door naar specifieke organisaties.
Doel van dit gesprek is na te gaan in hoeverre ouders hulp nodig hebben bij het 'weerstand' aan de druk/verwachtingen van de lokale gemeenschap en familie en het risico te herevalueren. Indien ouders toekomstig contact weigeren, is dit een argument om de risico-inschatting te verhogen naar 'reëel risico'

→ **Een reëel risico:**

Indien je als CLB-medewerker vreest dat er een acute dreiging is van VGV die zal uitgevoerd worden in België of in het buitenland, is er in principe sprake van een noodsituatie. Je beschikt dan over volgende mogelijkheden:

- i. Registreer bij of na het gesprek alle informatie met de argumenten voor de besluitvorming nauwkeurig in het CLB-dossier.
- ii. Geef ouders een informatiefolder VGV mee (<http://www.strategiesconcertees-mgf.be/wp-content/uploads/GAMS-depliant-excNL13Web.pdf>)
- iii. Geef ouders een document mee paspoort STOP VGV dat ze kunnen gebruiken om de druk van de lokale gemeenschap te weerstaan. <http://www.health.belgium.be/eportal/Myhealth/OtherTopics/excision/index.htm#.U6LyNbFAfV8>.

⁷ <http://www.intact-association.org/nl/wat-doen-we/ondersteuning-van-professionals.html>

- iv. Vraag of de ouders een ‘verklaring op eer’ willen ondertekenen, waarin ze stellen hun kind niet te laten besnijden. Dit document heeft evenwel geen juridische waarde, maar kan de ouders van nut zijn om de druk van de lokale gemeenschap te weerstaan;
- v. Verwijs en werk samen met een multidisciplinair expertisecentrum:
 - o In Gent: <http://icrhb.org>
 - o In Brussel: <http://www.stpierre-bru.be/nl/service/gyneco/cemavie.html>
- vi. Vraag advies aan het VK. Hier zijn verschillende opties.
 - o Een consult aanvragen bij het VK op anonieme basis. Hier kan je de casus bespreken en nagaan welke mogelijke pistes er nog gevolgd kunnen worden. Dit kan evolueren naar een formele aanmelding bij het VK.
 - o Een aanmelding via het M-document⁸ aan het VK dat resulteert in een formele uitspraak over de al dan niet maatschappelijke noodzaak tot hulpverlening.
 - o De doorverwijzing naar het parket door het VK. Deze stap is op ieder moment in het traject mogelijk wanneer...
 - a. er weigering tot medewerking is van de cliënt en er sprake is van maatschappelijke noodzaak tot interventie;
 - b. de gepaste jeugdhulpverlening niet aanvaard wordt en de minimale veiligheid niet gegarandeerd kan worden;
 - c. ontplooiingskansen in het gedrang komen.

Het parket kan dan beslissen om vrijwillige hulpverlening te organiseren/verder te zetten of om de bescherming van het kind af te dwingen. Parket beslist om te herinneren aan wetgeving strafrecht, art. 409 SW, of om andere maatregelen te treffen indien bv VGV gepland is bij terugkeer in herkomstland (vb. verbod om het land te verlaten);
- vii. Bij een acute en reële dreiging van VGV kan je als CLB medewerker handelen in het kader van art.422bis dat verwijst naar een noodtoestand en de verplichting om hulp te bieden.

Art. 422bis.

Met gevangenisstraf van acht dagen tot (een jaar) en met geldboete van vijftig [euro] tot vijfhonderd [euro] of met een van die straffen alleen wordt gestraft hij die verzuimt hulp te verlenen of te verschaffen aan iemand die in groot gevaar verkeert, hetzij hij zelf diens toestand heeft vastgesteld, hetzij die toestand hem is beschreven door degenen die zijn hulp inroepen.

Voor het misdrijf is vereist dat de verzuimer kon helpen zonder ernstig gevaar voor zichzelf of voor anderen. Heeft de verzuimer niet persoonlijk het gevaar vastgesteld waarin de hulpbehoevende verkeerde, dan kan hij niet worden gestraft, indien hij op grond van de omstandigheden waarin hij werd verzocht te helpen, kon geloven dat het verzoek niet ernstig was of dat er gevaar aan verbonden was.

De straf bedoeld in het eerste lid wordt op twee jaar gebracht indien de persoon die in groot gevaar verkeert, minderjarig is of een persoon is van wie de kwetsbare toestand ten gevolge van de leeftijd,

⁸ http://wvg.vlaanderen.be/jongerenwelzijn/professionelen/assets/docs/jeugdhulpaanbieders/verontrusting/m-doc_handleiding.pdf

zwangerschap, een ziekte dan wel een lichamelijk of geestelijk gebrek of onvolwaardigheid duidelijk was of de dader bekend was.

- viii. Opvolging van de situatie door het CLB of een andere dienst eens het risico niet meer acuut is.

2.2.2 Secundaire preventie: wanneer VGV werd uitgevoerd of het vermoeden ervan zeer groot is

Tenzij de leerling en/of de ouders expliciet aangeven dat een VGV werd uitgevoerd, zal de CLB-arts of verpleegkundige nooit volledige zekerheid hebben over de al dan niet uitgevoerde VGV. Indien het vermoeden van een VGV dus erg groot is, zullen het kind en de ouders worden verwezen naar een centrum met forensische expertise voor een lichamelijk onderzoek (in Gent: <http://icrhb.org> ; in Brussel: <http://www.stpierre-bru.be/nl/service/gyneco/cemavie.html>). Indien hier geen lichamelijk letsels worden vastgesteld, zal het CLB de afweging maken zoals die beschreven is onder de paragraaf handelen bij een reëel risico (supra).

Indien door de forensisch expert VGV wordt geconstateerd, moeten volgende stappen worden ondernomen:

- de adequate verzorging verzekeren (fysiek en psychologisch), via dokters die expertise hebben ontwikkeld (lijst met gespecialiseerde artsen in bijlage);
- de dialoog met de familie aangaan in het bijzijn van een interculturele bemiddelaar/sleutelpersoon (uitleg over negatieve gezondheidsgevolgen van VGV en strafrecht) door VK/CLB;
- bescherming van andere meisjes (zussen geboren of die zullen geboren worden in België) zie hoger;
- een opvolging van de familie verzekeren tot het risico verdwijnt (door CLB of VK), afhankelijk van de medewerking van de ouders;
- overwegen om het beroepsgeheim wegens een misdrijf (de VGV) op te heffen en aan te melden bij parket als er andere meisjes aanwezig zijn in het gezin (art. 458bis SW) waarvoor de dreiging reëel en acuut is.

*Art. <458>bis.[1 Eenieder, die uit hoofde van zijn staat of beroep houder is van geheimen en hierdoor kennis heeft van een misdrijf zoals omschreven in de artikelen 372 tot 377, [3 377quater],[3 392 tot 394, 396 tot 405ter, 409, 423, 425 en 426, **gepleegd op een minderjarige** of op een persoon die kwetsbaar is ten gevolge van zijn leeftijd, zwangerschap, [2 partnergeweld,]2 een ziekte dan wel een lichamelijk of geestelijk gebrek of onvolwaardigheid kan, onverminderd de verplichtingen hem opgelegd door artikel 422bis, het misdrijf ter kennis brengen van de procureur des Konings, hetzij wanneer er een ernstig en dreigend gevaar bestaat voor de fysieke of psychische integriteit van de minderjarige of de bedoelde kwetsbare persoon en hij deze integriteit niet zelf of met hulp van anderen kan beschermen, hetzij wanneer er aanwijzingen zijn van een gewichtig en reëel gevaar dat andere minderjarigen of bedoelde kwetsbare personen het slachtoffer worden van de in voormelde artikelen bedoelde misdrijven en hij deze integriteit niet zelf of met hulp van anderen kan beschermen.]*

- In deze fase zijn mogelijks al diverse hulpverleners betrokken in de begeleiding (CLB, VK, Parket, forensisch expert, expertisecentrum, sleutelfiguren,...). Daarom is het erg belangrijk om goede onderlinge taakafspraken te maken en elkaar te informeren over relevante ontwikkelingen en stand van zaken.

2.3 Hoe ga je een gesprek aan over VGV

Indien je als CLB zelf het gesprek/ de begeleiding aangaat met de jongere en het gezin, zijn hieronder enkele aandachtspunten neergeschreven om het gesprek te voeren. Dit vanwege de specificiteit van de problematiek en de kwetsbaarheid van de meisjes. Uiteraard kan je ook hier beroep doen op – of doorverwijzen naar, organisaties met expertise in VGV.

Bedoeling van het gesprek is om een risico op VGV te detecteren en naar ernst te evalueren. Als basishouding bij het aangaan van het gesprek met de ouders moet het principe van gelijkheid en non-discriminatie, zoals ingebed in de Belgische grondwet en het Vlaams anti-discriminatiedecreet⁹, gehanteerd worden.

Het gesprek dient gevoerd te worden vanuit een respectvolle houding. Belangrijk uitgangspunt daarbij is het op een cultuur-sensitieve manier omgaan met situaties van VGV. Een studie bij Vlaamse gynaecologen omtrent VGV¹⁰, wees immers uit dat persoonlijke attitudes van hulpverleners in de gezondheidszorg een effectieve preventie van VGV in de weg kunnen staan. Tot gelijkaardige bevindingen kwam men ook in een studie van het European Institute for Gender Equality¹¹. Zo heeft men soms schrik om als “racist” te worden gebrandmerkt of meet men zich een cultureel relativistische houding waarbij men uit respect voor de andere cultuur niet handelt in het belang van het kind.

Voor je aan het gesprek begint, stel je jezelf voor en je professionele functie in het kader van de leerlingenbegeleiding.

2.3.1 Praten met ouders¹²

Indien er een taalbarrière is, is het aan te bevelen gebruik te maken van gecertificeerde tolken (liefst vrouwelijke tolken) met ervaring met het onderwerp of sleutelpersonen uit de eigen gemeenschap.

Zoals in elk gesprek gelden uiteraard ook tijdens een gesprek over VGV de volgende aandachtspunten:

- toon respect voor de persoon, de cultuur en de situatie;
- toon geduld en respecteer het dilemma waarin de moeders/ouders verkeren;
- zorg voor een veilige sfeer;
- investeer tijd en moeite in een vertrouwensrelatie met betrokkene;
- kaart het thema open en actief aan;
- nodig jezelf uit als gesprekspartner met kennis van zaken;
- stel je lerend en vragend op;
- denk aan de volgende mogelijkheden ter ondersteuning van het gesprek over VGV:
 - maak gebruik van de reguliere contactmomenten en de bestaande aanknopingspunten;
 - maak zo nodig gebruik van de mogelijkheid van een extra onderzoek op indicatie;

⁹ Decreet houdende een kader voor het Vlaamse gelijke kansenbeleid-en gelijke behandelingsbeleid van 10 juli 2008, art. 6.

¹⁰Leye E, Ysebaert I, Deblonde J, Claeys P, Vermeulen G, Jacquemyn Y, Temmerman M. Female genital mutilation: knowledge, attitudes and practices of Flemish gynaecologists. *European Journal of Contraception and Reproductive Health Care*, 2008;13(2):182-190).

¹¹Female genital mutilation in the European Union and Croatia.Report, EIGE, 2013, page 59

¹² Standpunt Preventie van Vrouwelijke Genitale Verminking (VGV) door de Jeugdgezondheidszorg. RIVM rapport 295001017/2010; F.I.M. Pijpers, M. Exterkate, M. de Jager

- betrek de echtgenoot en andere belangrijke familie bij het onderwerp;
- vermijd de vraag 'waarom', omdat het verwijtend is en geen open reactie zal geven;
- maak gebruik van mogelijkheden binnen de sociale kaart, zoals sleutelfiguren, voorlichters eigen taal en cultuur;
- maak gebruik van netwerken die zich om VGV bekommeren;
- hou het onderwerp levend door bijvoorbeeld terug te grijpen op eerdere gesprekken en/of eerdere voorlichting. Binnen de cultuur zijn de positieve aspecten belangrijk: feest, betere huwelijkskansen, ik hoor erbij, het is mooi.
- Het is belangrijk de ouder(s) niet te overvragen over dit onderwerp om verzet of onmiddellijke afwijzing te voorkomen. Doorvragen is echter wel belangrijk. Kennis van specifieke gesprekstechnieken en culturele verschillen is daarbij noodzakelijk, omdat de kans op sociaalwenselijke antwoorden groot is. Wees niet te snel tevreden, want een volledig beeld is nodig om het risico op een VGV goed in te kunnen schatten. Met andere woorden, pas op het moment dat alle gebieden geïnventariseerd zijn, kan het risico goed ingeschat worden. De praktijk in de pilots laat zien dat het risico te snel als 'niet aanwezig' inschat wordt, terwijl nog teveel onbekend is om die uitspraak gefundeerd te kunnen doen.
- Zorg er voor andere JGZ-onderwerpen voldoende aan bod te laten komen. De vraag over VGV kan bijvoorbeeld goed met een inleidende zin binnen het thema puberteit, zwangerschap en bevalling ingepast worden. De directe relatie met kindermishandeling vermijd je zo om het gesprek open te houden. Een aantal mogelijke vragen en reacties van ouder(s) op gestelde vragen zijn ter ondersteuning in Bijlage 4 over Motiverende Gespreksvoering opgenomen.
- Ouders vinden het soms frustrerend als bij het derde kind weer naar VGV gevraagd wordt alsof er niet eerder over gesproken is. Ouders vinden het namelijk altijd vervelend als er naar bekende informatie gevraagd wordt, ook bij alle andere vragen die nodig zijn om een dossier aan te leggen van een nieuw kind speelt dat. Als er meer kinderen binnen één gezin zijn die VGV-risico lopen en als die door het CLB worden opgevolgd, dan zal er afgesproken moeten worden wie wanneer het gesprek over VGV voert.

Concrete voorbeeldzinnen die bruikbaar zijn in de verschillende fasen van een gesprek of van toepassing zijn op de verschillende risiconiveaus kunnen geraadpleegd worden in bijlage 5 van het RIVM rapport¹³

http://www.rivm.nl/dsresource?objectid=rivmp:52602&type=org&disposition=inline&ns_nc=1

2.3.2 Praten met een leerling/kind

Diverse stappenplannen en werkboeken kindermishandeling geven aanwijzingen en tips die je best in acht neemt bij het praten met kinderen over de mishandeling of het misbruik. Deze aspecten blijven onverminderd van kracht voor het gesprek over VGV.

In het hogergenoemde RIVM rapport (bijlage 5) worden enkele typevragen voor het gesprek met het kind voorgesteld voor het bevragen van haar kennis over VGV en eventuele klachten als gevolg van VGV.

¹³ Standpunt Preventie van Vrouwelijke Genitale Verminking (VGV) door de Jeugdgezondheidszorg. RIVM rapport 295001017/2010; F.I.M. Pijpers, M. Exterkate, M. de Jager

3 Achtergrond: Wat is vrouwelijke genitale verminking

Bron van dit hoofdstuk is de nota 'VGV en kindbescherming in Vlaanderen', opgesteld voor het Vlaams Forum kindermishandeling door Christine Flamand (Intact vzw) en Els Leye (International Centre for Reproductive Health, Universiteit Gent).

3.1 Definitie en de verschillende vormen van VGV

Vrouwelijke genitale verminking (VGV), ook wel meisjesbesnijdenis genoemd, omvat alle ingrepen aan de uitwendige genitaliën van vrouwen (en meisjes) om niet-therapeutische redenen.

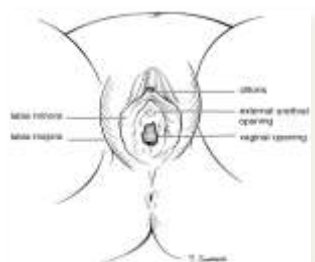
Typologie volgens de Wereldgezondheidsorganisatie¹⁴.

Type 1 of *clitoridectomie*, is de gehele of gedeeltelijke verwijdering van de clitoris, en/of de voorhuid van de clitoris;

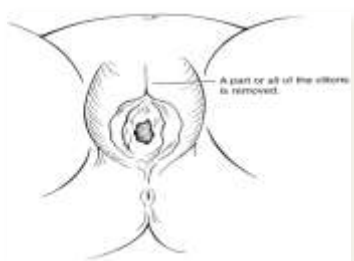
Type 2 of *excisie*, is de gehele of gedeeltelijke verwijdering van de clitoris en de kleine schaamlippen, met of zonder verwijdering van de grote schaamlippen.

Type 3 of *infibulatie* is de vernauwing van de vaginale opening door een bedekkende afsluiting, gecreëerd door het wegsnijden en aan elkaar hechten van de kleine schaamlippen en/of grote schaamlippen, waarbij de clitoris kan verwijderd worden.

Type 4 omvat alle *andere schadelijke ingrepen aan de vrouwelijke genitaliën voor niet-medische redenen*, zoals het prikken, piercen, (in) snijden en uitbranden.

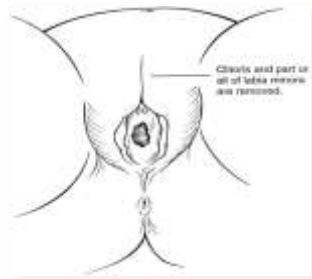


Normale anatomie

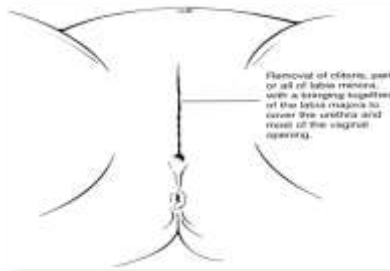


Type 1: clitoridectomie

¹⁴ World Health Organisation. 2008. *Eliminating Female genital mutilation. An interagency statement.* OHCHR, UNAIDS, UNDP, UNECA, UNESCO, UNFPA, UNHCR, UNICEF, UNIFEM, WHO.



Type 2: Excisie



Type 3: Infibulatie

FIGUUR 2: DE VIER TYPES VAN VGV VOLGENS DE CLASSIFICATIE VAN DE WERELDGEZONDHEIDSORGANISATIE¹⁵

3.2 Omvang van het probleem

VGV wordt vooral in Afrika uitgevoerd. In 27 landen van dit continent werd het probleem gedocumenteerd, alsook in Jemen, Irak, Arabische Emiraten, India, Indonesië, Latijns-Amerika, Maleisië en Sri Lanka¹⁶. De prevalentie van VGV verschilt van land tot land, en van regio tot regio.

In sommige landen is het merendeel van de vrouwen tussen 15 en 49 jaar besneden (meer dan 90%), zoals in Somalië, Egypte, Djibouti, Guinee en Sierra Leone. In andere landen liggen de prevalentie cijfers veel lager, bijvoorbeeld in Togo, Ghana, Niger, Kameroen en Oeganda bedraagt de prevalentie van vrouwen tussen de 15 en 49 jaar minder dan 10%. Volgens de Wereldgezondheidsorganisatie zijn 101 miljoen meisjes en vrouwen van 10 jaar en ouder, besneden. De prevalentie voor de leeftijdscategorie tussen de 10 en 14 jaar, bedraagt 14,1 miljoen. Per jaar lopen 3,3 miljoen meisjes het risico om besneden te worden¹⁷.

VGV komt ook voor in Europa, inclusief in België. Representatieve data per land in Europa zijn niet beschikbaar, maar er zijn wel studies voorhanden in enkele Europese landen. Bijvoorbeeld, een studie uit Engeland schat het aantal vrouwen in Engeland en Wales in 2001 die VGV hebben ondergaan op 65.790¹⁸; in Frankrijk leverde een schatting in 2004 het cijfer 50.000 op¹⁹. In Ierland leven ongeveer 2582 vrouwen tussen 15 en 44 jaar, die slachtoffer zijn van VGV²⁰. Het Europees Parlement ten slotte, maakte in maart 2009 melding van 500.000 vrouwen in Europa die slachtoffer werden van VGV²¹.

¹⁵ Tekeningen afkomstig uit: PEDIATRICS Volume 125, Nummer 5, mei 2010

¹⁶ Johansen E. Presentatie "WHO Marking 6 February 2013" op "L'Approccio dei servizi socio-sanitari alla pratica delle mutilazioni genitali femminili", Bologna, 6 februari 2013

¹⁷ Johansen E, op cit.

¹⁸ Dorkenoo E, Morison L, en Macfarlane A. 2007. A statistical study to estimate the prevalence of female genital mutilation in England and Wales. Summary Report. FORWARD.

¹⁹ Andro, A., en Lesclingand, M. 2007. Les mutilations sexuelles féminines: le point sur la situation en Afrique et en France. Populations & Sociétés, 438, 1-4.

²⁰ Irish Family Planning Association. 2008. Ireland's National Plan of Action to Address Female Genital Mutilation.

²¹ European Parliament Resolution of March 2009 on Combating Female Mutilation in the EU (2008/2071(INI)).

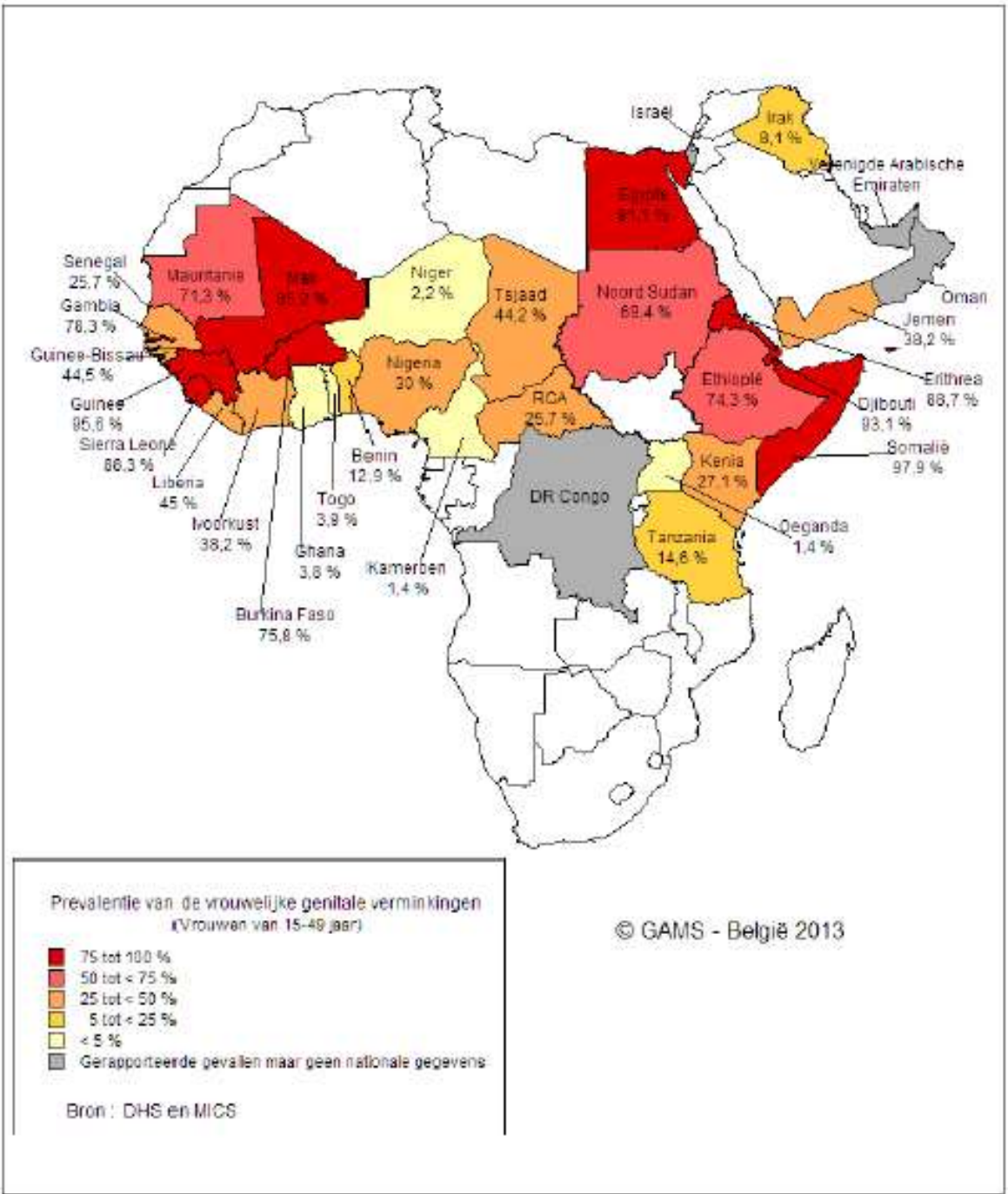
In België werd in 2010 een eerste prevalentie studie uitgevoerd²², die in 2012 werd geactualiseerd²³. Op 31 december 2012 woonden er in België 48.092 vrouwen en meisjes afkomstig uit een land waar VGV voorkomt. Van deze vrouwen en meisjes zijn er naar schatting 13.112 heel waarschijnlijk besneden en lopen er 4.084 meisjes een risico om besneden te worden.

Het Vlaams Gewest (6761 meisjes en vrouwen die al besneden zijn of dat risico lopen) was koploper, gevolgd door het Brussels Hoofdstedelijk Gewest (5009) en het Waals Gewest (3303). Een studie bij Vlaamse gynaecologen heeft aangetoond dat meer dan de helft van de respondenten een verminkte vrouw op consultatie heeft gehad, en dat de kennis over VGV en over de zorg voor vrouwen met VGV grote lacunes vertoont²⁴.

²² Dubourg D, Richard F, Leye E, Ndam S, Rommens T, en Maes S. 2011. Estimating the number of women with female genital mutilation in Belgium. *Eur. J. Contracept. Reprod. Health Care* 16 (4): 248-257

²³ Dubourg D, Richard F. Studie over de prevalentie van en het risico op vrouwelijke genitale verminking in België, 2014. http://www.laurette-onkelinx.be/articles_docs/VGV_Prevalentie_Studie_02_2014

²⁴ Leye E, Ysebaert I, Deblonde J, Claeys P, Vermeulen G, Jacquemyn Y, Temmerman M. 2008. Female genital mutilation: knowledge, attitudes and practices of Flemish gynaecologists. *Eur J Contracept Reprod Health Care* 13:182-90.



FIGUUR 3: GEOGRAFISCHE SPREIDING EN PREVALENTIE VAN VGV VAN TYPE 1, 2 EN 3 IN AFRIKA EN HET MIDDEN-OOSTEN, 2013

3.3 Waarom men VGV uitvoert²⁵

Een gebrekkige kennis over het functioneren van het menselijk lichaam en taboes rond seksualiteit, houden mythes met betrekking tot vrouwelijke genitale verminking in stand. Sommige bevolkingsgroepen veronderstellen dat de clitoris mannen impotent maakt, hen kan doden tijdens seksuele betrekkingen of de erectie van de man tenietdoet, en dus conceptie tegenhoudt. Anderen geloven dat een clitoris de baby kan doden tijdens de geboorte, of dat een besnijdenis kinderziekten kan genezen. In sommige Afrikaanse landen, zoals Egypte, Soedan, Ethiopië en Somalië, worden de uitwendige vrouwelijke genitaliën als onrein beschouwd, en dienen ze daarom verwijderd te worden^{26, 27}.

In menige gemeenschap die VGV beoefent, moeten vrouwen deze praktijk ondergaan om te kunnen huwen. Economische onafhankelijkheid van vrouwen is in vele Afrikaanse gemeenschappen een schaars goed, en een huwelijk is een absolute must voor een vrouw. Besnijdenissen worden dus in stand gehouden om een dochter alle kansen op een huwelijk te bieden. De besnijdsters zelf verwerven door het uitvoeren van besnijdenissen een inkomen en een zekere status in hun gemeenschap; ook deze factoren bemoeilijken het opgeven van VGV. Bij sommige gemeenschappen maakt VGV deel uit van een overgangsritueel voor meisjes, en versterkt het de cohesie in een gemeenschap omdat het de identificatie met een groep of cultuur ondersteunt.

Hoewel geen enkele religie VGV voorschrijft, spelen religieuze redenen heel vaak een voorname rol in het voortbestaan van de praktijk. VGV komt vooral bij moslims voor, maar wordt ook uitgevoerd door christenen (kopten, katholieken, protestanten), animisten en joden (Falashas in Egypte)²⁸. Omdat veel vrouwen geen toegang hebben tot religieuze teksten en omdat het merendeel van de religieuze leiders (mannen) zich niet uitspreekt tegen elke vorm van VGV, blijft een religieuze legitimering voor VGV zeer hardnekkig bestaan.

Een van de belangrijkste factoren die VGV in stand houdt zijn de normen en waarden rond vrouwelijkheid en seksualiteit. De waarde die gehecht wordt aan maagdelijkheid van een meisje en de controle van de vrouwelijke seksualiteit vindt haar vertaling in de noodzaak om maagdelijkheid als voorwaarde te stellen voor huwbaarheid en/of het betalen van een bruidsschat. Soms wordt naar VGV gerefereerd wanneer men spreekt van de 'eer' van een meisje. Een dergelijke eengerelateerde context pleit eveneens voor VGV: deze praktijk zou de seksuele lust van vrouwen verminderen, zodoende de maagdelijkheid van een meisje helpen bewaren en de verleiding om buitenhuwelijkse seks aan te gaan, verminderen²⁹.

3.4 Hoe het wordt uitgevoerd

VGV wordt in (ruraal) Afrika nog altijd op grote schaal uitgevoerd door traditionele besnijdsters of traditionele vroedvrouwen. Er is echter een toenemende medicalisatie vast te stellen, waarmee bedoeld wordt dat de procedure uitgevoerd wordt door medisch geschoold personeel, en/of in een klinische setting. Dit is bijvoorbeeld het geval voor Egypte, waar 95,8% van de vrouwen besneden zijn, en het aantal besnijdenissen tussen 1995 en

²⁵ De stukken 1.3, 1.4 en 1.5 en 2 komen grotendeels uit Vrouwen onder Druk, Leye E, Temmerman M, 2010.

²⁶ De Bruyn M. 2003. Discussion paper: socio-cultural aspects of female genital cutting. In *Proceedings of the expert meeting on female genital mutilation. Ghent-Belgium, November 5-7, 1998*, 68-82. Lokeren: De Consulterij.

²⁷ Dorkenoo E. 1995. *Cutting the rose. Female genital mutilation. The practice and its prevention*. London: Minority Rights Publications.

²⁸ De Bruyn op cit.

²⁹ De Bruyn op cit.

2000 uitgevoerd door een traditionele besnijdster gedaald is van 79,6% naar 38,3%, terwijl de besnijdenissen door medisch personeel stegen van 17,3% tot 61,4%. Ditzelfde fenomeen werd ook vastgesteld in Guinee en Mali³⁰.

3.5 Gevolgen voor de gezondheid

Het uitvoeren van VGV gebeurt vaak door traditionele besnijdsters. Veel van deze traditionele besnijdsters hebben geen of een beperkte medische training gehad, hebben bijgevolg een zeer gelimiteerde anatomische kennis, en beschikken niet over chirurgische vaardigheden.

De instrumenten die worden gebruikt (messen, scheermesjes, glasscherven, scherpe stenen of scharen), de omstandigheden waaronder de meisjes worden besneden (geen gebruik van steriel materiaal of anesthesie), de algemene lichamelijke conditie van het meisje op het moment van besnijdenis, de fysieke weerstand die ze biedt op het moment van de besnijdenis en de beschikbaarheid van medische hulpmiddelen (bijvoorbeeld tetanus injecties, ontsmettingsmiddelen, postoperatieve nazorg), kunnen de mogelijke gevolgen voor de gezondheid beïnvloeden. Volgens de Wereldgezondheidsorganisatie zijn de onmiddellijke gevolgen bij alle types van VGV infecties, pijn en bloedingen, waarbij vele meisjes een trauma oplopen door het fysieke geweld waarmee ze onder bedwang worden gehouden. Naargelang het type van VGV meer ingrijpend is, zullen ook de gevolgen zwaarder doorwegen.

Onmiddellijke complicaties zijn onder andere hevige pijn (een besnijdenis wordt vaak zonder anesthesie wordt uitgevoerd), bloedingen en shock. Het ophouden van de urine (acute urinaire retentie) is bijna altijd aanwezig door pijn en een brandend gevoel wanneer urine in contact komt met de wonde, door beschadiging aan de urinebuis en omliggende weefsels, en door verkleving van de labia of het bijna volledig afsluiten van de vaginale opening (bij infibulatie). Infecties van de wond en de urinewegen kunnen optreden door urinaire retentie en het gebruik van niet-steriel materiaal.

Op langere termijn zijn de gevolgen onder andere chronische pijn, infecties, verminderd seksueel genot, en posttraumatisch stress syndroom. Er kunnen zich op lange termijn ook huidcysten, abscessen en genitale zweren vormen; chronische bekkeninfecties kunnen chronische rug- en bekkenpijnen veroorzaken³¹. Bij bevallingen hebben vrouwen met VGV, in vergelijking met vrouwen die niet besneden zijn, aanzienlijk meer kans op complicaties zoals keizersnede, postpartum bloedingen, episiotomie, verlengd verblijf van de moeder in ziekenhuis, reanimatie van de pasgeborene, en perinatale sterfte tijdens het verblijf in het ziekenhuis³².

Enkele van de seksuele gevolgen die werden vastgesteld zijn o.a. pijn, voor, tijdens of na de coïtus bij man of vrouw, verwondingen aangebracht tijdens eerste seksuele betrekkingen, bekkeninfectie, gebrek aan orgasme door de amputatie van de clitoris³³, coïtale moeilijkheden of onmogelijkheid om vaginale betrekkingen te hebben door vernauwing van de vagina ten gevolge van littekenweefsel, huwelijksconflicten en relationele problemen.

³⁰ Yoder S, Noureddine A, en Arlinda Z. 2004. Female genital cutting in the Demographic and Health Surveys: a critical and comparative analysis.

³¹ WHO, 2008, op cit.

³² Banks E, Meirik O, Farley T, Akande O, Bathija H, en Ali M. 2006. Female genital mutilation and obstetric outcome: WHO collaborative prospective study in six African countries. *Lancet* 367 (9525): 1835-1841.

³³ Thabet SM, en Thabet AS. 2003. Defective sexuality and female circumcision: the cause and the possible management. *J. Obstet. Gynaecol. Res.* 29 (1): 12-19.

3.6 Schending van fundamentele rechten

Vrouwelijke genitale verminking is een gendergebonden vorm van geweld en een aanslag op de fysieke en psychische integriteit van de vrouwen en meisjes. Het wordt internationaal erkend als een schending van de mensenrechten en het recht om niet aan een foltering of onmenselijke behandeling te worden onderworpen³⁴. De Speciale VN-rapporteur betreffende foltering³⁵ assimileert VGV aan foltering en een onmenselijke handeling. In een recente resolutie van de Algemene Vergadering van de Verenigde Naties, wordt gevraagd aan alle Staten om de preventie van VGV te verbeteren.³⁶

Andere door VGV geschonden rechten: het recht op leven (wanneer VGV de dood tot gevolg heeft), het recht op gezondheid (de best mogelijke fysieke en mentale gezondheid) wanneer VGV de gezondheid van een vrouw beïnvloedt, het recht om niet gediscrimineerd te worden³⁷, het recht op vrijheid van geweld, het recht op vrijheid van denken, en het recht op het stichten van een gezin wanneer de ingreep leidt tot infertiliteit³⁸.

Voor een kind schendt VGV het recht om beschermd te worden tegen elke vorm van mishandeling en tegen traditionele gewoontes die schadelijk zijn voor de gezondheid van het kind (art. 19 en 24 van het Kinderrechtenverdrag³⁹). VGV is ook in strijd met het principe dat het belang van het kind voorop moet staan bij alle maatregelen die kinderen aangaan. In België zijn het vooral meisjes die risico lopen op verminking, meestal bij terugkeer naar het land van herkomst gedurende een schoolvakantie.

3.7 Wettelijk kader in België

In de meeste lidstaten van de Europese Unie definieert de strafwet VGV als een misdrijf, hetzij onder een specifiek strafwetartikel hetzij onder de algemene strafwet als het toebrengen van lichamelijke schade of verwondingen.

³⁴ Bv. European Court of Human Rights, *Izevbekhai c. Ireland* (application n°43408/08).

³⁵ Rapport van Speciale Rapporteur over foltering en ander onwaardig gedrag. Manfred Nowak, A/HCR/7/3, 15 januari 2008, p.5 (Comité CT) ; Net als foltering wordt ook VGV in overweging genomen. In juni 2011, verklaart de Nieuwe Speciale Rapporteur, Juan E. Mendez, : [http://www. stop-stoning.org/node/1853](http://www.stop-stoning.org/node/1853):

«The purpose of my presentation is twofold: to reiterate that FGM in its form and cruelty amounts to torture and cruel, inhuman or degrading treatment or punishment as set forth in article 1 and 16 of the CAT; and to emphasise States' obligations to exercise vane diligence to prevent, investigate and, in accordance with national legislation, punish acts of violence against women, whether perpetrated by the State or by private persons, and to provide redress, reparation and rehabilitation to victims of torture and ill-treatment.»

³⁶ Intensifying global efforts for the elimination of female genital mutilations, UN General Assembly, 20 December 2012.

³⁷ Convention on the Elimination of all forms of discrimination against women, UN General Assembly, 18 December 1979.

³⁸ Packer CAA. 2002. *Using human rights to change traditions. Traditional practices harmful to women's reproductive health in sub-Saharan Africa*. Antwerpen: Intersentia.

³⁹ Internationaal verdrag inzake de rechten van het Kind, Algemene Vergadering van de VN, New York, 20 november 1989.

In België is VGV sinds 2001 specifiek strafbaar gesteld in artikel 409 van het strafwetboek:

Art 409 SW

§1. Hij die eender welke vorm van verminking van de genitaliën van een persoon van het vrouwelijke geslacht uitvoert, vergemakkelijkt of bevordert, met of zonder de toestemming van deze persoon, zal bestraft worden met een gevangenisstraf van 3 tot 5 jaar.

§2. De poging zal bestraft worden met een gevangenisstraf van 8 dagen tot een jaar.

§3. Met dezelfde straf wordt gestraft hij die aanzet tot eender welke vorm van verminking van de genitaliën van een persoon van het vrouwelijk geslacht of er, direct of indirect, schriftelijk of mondeling reclame voor maakt of doet maken, uitgeeft, of verspreidt.

Dit artikel heeft enkel betrekking op besnijdenis van meisjes. Jongensbesnijdenis valt er dus niet onder. Als verzwarende omstandigheden gelden onder meer het uitvoeren van VGV op een minderjarige, de ernst van de gevolgen van VGV op de gezondheid, als VGV wordt uitgevoerd door de ouders of een dokter. De wet houdt geen rekening met de vraag of een vrouw haar toestemming geeft en de leeftijd waarop de ingreep gebeurt.

Iedere persoon die om het even welke vorm van VGV uitvoert, eraan deelneemt of vergemakkelijkt, is in België strafbaar ook al werd de praktijk uitgevoerd in het buitenland. De wet bepaalt wel dat indien de praktijk in het buitenland werd uitgevoerd, de dader in België moet gevonden worden om er vervolgd te kunnen worden door het gerecht.⁴⁰ Dit betekent dus dat de ouders die hun dochter naar hun land van herkomst sturen om er besneden te worden, eveneens kunnen bestraft worden, indien bewezen kan worden dat ze de besnijdenis bevordert of vergemakkelijkt hebben. De moeilijkheid echter in de praktijk is om deze bewijzen te kunnen verzamelen. De verjaringstermijn van de praktijk van VGV is recentelijk verlengd tot vijftien jaar (wet van 30.11.11). Indien het slachtoffer minderjarige was toen ze besneden werd, begint de termijn te lopen vanaf de 18-jarige leeftijd van het slachtoffer.

Sinds de wet in voege is getreden (2001), zijn er zeer weinig klachten ingediend en nog geen veroordelingen uitgesproken. Aangezien het gaat om een bijzonder diep verankerde traditie, is het onrealistisch om te geloven dat deze praktijk gewoon is verdwenen door te migreren. Maar het taboe over het onderwerp en het feit dat er weinig kennis is over VGV vanwege de hulpverleners heeft als gevolg dat er weinig alertheid is betreffende de opsporing van VGV.

De functie van de wet is dus vooral preventief: het feit dat VGV specifiek bestraft wordt geeft een duidelijk signaal naar de buitenwereld: deze praktijk is verboden. Samen met de informatie over de schadelijke gevolgen van VGV op de gezondheid van het kind is en het belang van het kind is de wet een belangrijk preventiemiddel en een manier voor hulpverleners om het thema bespreekbaar te maken met de familie.

Wel kan men betreuren dat wanneer de wetgeving tot stand is gekomen, er geen bijkomende maatregelen werden getroffen om een preventieve aanpak van VGV te bevorderen. Het is pas in 2010, dus 9 jaar later, dat de VGV in

⁴⁰ Wet houdende de voorafgaande titel van het wetboek van strafvordering, art. 10ter.

het Nationaal Actieplan 2010-2014⁴¹ betreffende intra-familiaal geweld en partnergeweld werd opgenomen en dat er specifieke aandacht werd geschonken aan deze problematiek alsook gedwongen huwelijken en eergelateerd geweld.

3.8 Specificiteit van VGV als kindermishandeling

Zoals al vermeld is VGV een bijzondere vorm van kindermishandeling. Het specifieke van deze vorm van kindermishandeling is dat de ouders niet de bedoeling hebben om het kind te kwetsen maar dat ze de praktijk beschouwen als een manier om hun kind een toekomst te geven. Dit neemt niet weg dat het hier een zeer ernstige vorm van kindermishandeling betreft, met mogelijks levenslange gevolgen.

De enorme kwetsbaarheid van de meisjes en de ernst van de schade die ze mogelijks kunnen ondergaan vergt een specifieke aanpak. Diverse protocollen Kindermishandeling zijn hierbij een belangrijke leidraad⁴². Hoewel het niet in de tekst naar VGV verwijst reikt het toch een stappenplan aan bij vermoeden van kindermishandeling. Het Protocol van Moed, pilootproject in Antwerpen, maakt casusgebonden overleg mogelijk in situaties van kindermishandeling⁴³. Al dit materiaal aangevuld met bestaande stappenplannen Kindermishandeling waren basis voor het hoger beschreven stappenplan VGV ten behoeve van CLB-medewerkers.

⁴¹ Nationaal actieplan ter bestrijding van partnergeweld en andere vormen van intrafamiliaal geweld 2010-2014, 23 november 2010, IGVM.

⁴² Protocol Kindermishandeling Justitie-Welzijn; Minister van Justitie, Stefaan DE CLERCK Vlaams Minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, Jo VANDEURZEN, 30 maart 2010.

⁴³ Protocol van Moed in Antwerpen (2012), 22 februari 2012.

3.9 Overzicht stappenplan voor CLB

