

HANDELINGSPROTOCOL

Vrouwelijke Genitale Verminking bij minderjarigen

Uitleg en handvatten bij aanpak VGV voor Veilig
Thuis, Raad voor de Kinderbescherming en Politie

Colofon

Redactie

Diana Geraci, projectleider VGV

Projectsecretariaat

Pharos expertisecentrum gezondheidsverschillen

Arthur van Schendelstraat 620

Postbus 13318

3507 LH Utrecht

Telefoon 030 234 98 00

E-mail info@pharos.nl

www.pharos.nl

Niets uit deze uitgave mag worden vermenigvuldigd en/of openbaar worden gemaakt door druk, fotokopie of microfilm of op een andere wijze zonder voorafgaande schriftelijke toestemming.

© 2016 Pharos, Utrecht

Voorwoord

Het eerste handelingsprotocol vgv is in 2009 tot stand gekomen met medewerking van een adviescommissie. Deelnemers kwamen van Politie Amsterdam-Amstelland, AMK Utrecht, Raad voor de Kinderbescherming, Pharos en FSAN. Ook de projectleiders Preventie VGV van de GGD'en in de 6 pilotsteden zijn geconsulteerd.

Het protocol is vanaf augustus 2009 in gebruik en wordt jaarlijks geëvalueerd door de adviescommissie voor het handelingsprotocol. De laatste inhoudelijke update van het handelingsprotocol dateert van juni 2013. In 2016 is het protocol aangepast op de ontwikkelingen die samenhangen met de transitie van de jeugdzorg naar gemeenten. Het AMK heet vanaf 1 januari 2015 wettelijk het Advies en Meldpunt Huiselijk geweld en Kindermishandeling (AMHK). In de communicatie wordt echter gesproken van Veilig Thuis (zie vooreenveiligthuis.nl). Het handelingsprotocol is afgestemd met het VNG Model Handelingsprotocol Veilig Thuis en het Model Samenwerkingsafspraken Veilig Thuis, politie en OM.

De volgende vertegenwoordigers hebben meegewerkt aan de totstandkoming van deze geactualiseerde versie van het handelingsprotocol:

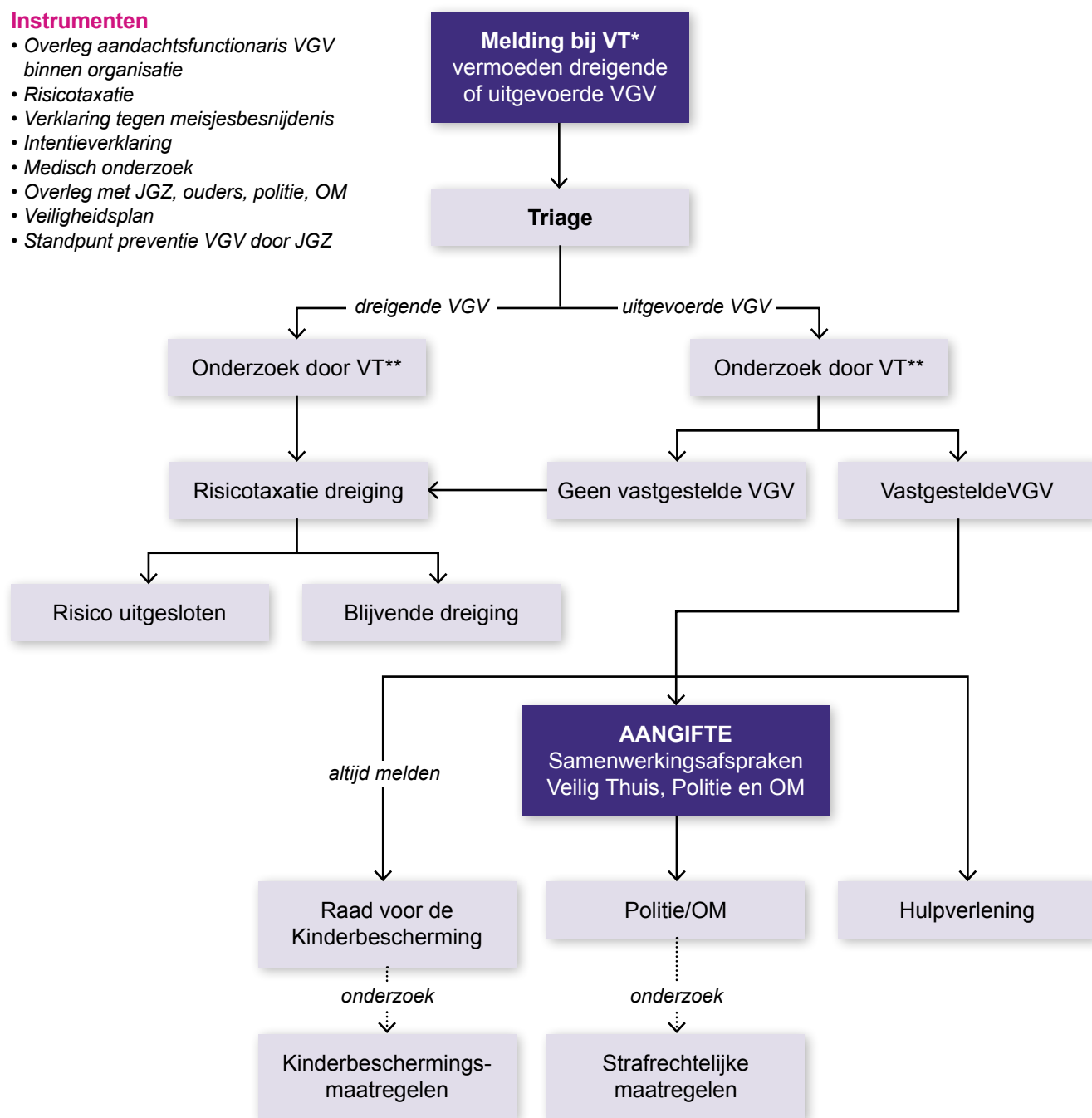
Jeroen Meijerink	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
Ico Kloppenburg en Annette van Delft	Vereniging van Nederlandse Gemeenten
Juul Polders-Reinders	Raad voor de Kinderbescherming
Anoek Voermans	Openbaar Ministerie
Janine Janssen en Wilfred Janmaat	Politie
Annemieke van der Bas	Veilig Thuis Flevoland
Joyce Brummelman	Defence for Children
Diana Geraci en Jeanine Brummel	Pharos, expertisecentrum gezondheidsverschillen

Dit protocol is te vinden op de website www.pharos.nl (meisjesbesnijdenis/protocollen). Indien u hier vragen over heeft of aanvullingen/correcties wilt doorgeven, kunt u contact opnemen met Pharos.

Schema: Ketenaanpak handelen bij vermoeden van dreigende of uitgevoerde VGV bij minderjarigen

Instrumenten

- Overleg aandachtsfunctionaris VGV binnen organisatie
- Risicotaxatie
- Verklaring tegen meisjesbesnijdenis
- Intentieverklaring
- Medisch onderzoek
- Overleg met JGZ, ouders, politie, OM
- Veiligheidsplan
- Standpunt preventie VGV door JGZ



* Wanneer in het eerste contact sprake is van een redelijk vermoeden van een reëel risico op VGV, leidt dat in principe in alle gevallen tot het ontvangst nemen van de melding door Veilig Thuis

** Overleg met politie over al dan niet betrekken van politie

Inhoud

Inleiding	6
1. Begripsomschrijving rondom VGV	8
1.1. Vrouwelijke Genitale Verminking	8
1.2. Terminologie	8
2. Achtergrond VGV	10
2.1. Incidentie en prevalentie	10
2.2. Waar komt het voor?	10
2.3. Medische en psychosociale gevolgen	11
2.4. Redenen voor besnijdenis	12
3. Handvatten voor risico inschatting	13
4. Vermoeden van een dreigende VGV	14
5. Vermoeden van een uitgevoerde VGV	18
BIJLAGE 1 Risicolanden en prevalentie VGV	20
BIJLAGE 2 Juridische mogelijkheden Raad voor de Kinderbescherming inzake VGV	22
BIJLAGE 3 Juridische informatie over meisjesbesnijdenis	24
BIJLAGE 4 Criteria OM voor vervolging inzake VGV 28	
BIJLAGE 5 Uit 'Model voor de Samenwerkingsafspraken tussen Veilig Thuis, Politie en OM' 7 juli 2015	29
BIJLAGE 6 Inzet Forensisch Medische Expertise bij Kinderen Procesplaten - Werkgroep Beter benutten forensisch medische expertise voor kinderen - april 2014	32
BIJLAGE 7 Werkinstructie JGZ: Verklaring tegen meisjesbesnijdenis	35
BIJLAGE 8 Intentieverklaring	38
Bronnen	39

Inleiding

In 1993 heeft de Nederlandse regering het standpunt ingenomen dat alle vormen van Vrouwelijke Genitale Verminking (VGV) verboden zijn. VGV bij minderjarigen wordt gezien als een bijzondere vorm van kindermishandeling en dient als zodanig behandeld te worden (RVZ, 2005).

Veilig Thuis heeft de wettelijke taak onderzoek te doen naar vermoedens van kindermishandeling. Voor het thema VGV is bij alle vroegere AMK's minimaal één aandachtsfunctionaris (AF) getraind, die daardoor specifiekere kennis heeft over dit thema. Dit zijn bijna altijd de vertrouwensartsen. Deze AF's krijgen jaarlijks een scholing aangeboden door Pharos om hun kennis up to date te houden.

Veilig Thuis voert de regie in het handelingsprotocol VGV. Zij doen onderzoek in geval van melding. Uitkomst van dit onderzoek kan leiden tot doorverwijzen naar de volgende schakels in de keten (Raad voor de Kinderbescherming, Politie en Openbaar Ministerie), of het weer terugverwijzen in de keten naar bijvoorbeeld de jeugdgezondheidszorg (JGZ) en/of hulpverlening. Veilig Thuis heeft de bevoegdheid om direct in contact te treden met het gezin en met de bij het gezin betrokken professionals.

Voor wie is dit protocol?

Dit handelingsprotocol geeft zicht op hoe te handelen vanaf het moment van adviesvraag of melding bij Veilig Thuis. Het is dus in het bijzonder bedoeld voor medewerkers van Veilig Thuis, de Raad voor de Kinderbescherming en de politie.

Daarnaast geeft het inzicht aan iedereen die te maken krijgt met (een vermoeden van) VGV bij minderjarigen. Professionals moeten handelen volgens de Wet verplichte meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling van hun eigen organisatie (zie www.meldcode.nl). Voor artsen geldt de meldcode Kindermishandeling en Huiselijk Geweld¹. Indien contact opnemen met Veilig Thuis daarvan een onderdeel is, is het goed voor hen om te weten wat er vervolgens gebeurt als zij advies vragen of een melding doen bij Veilig Thuis over een casus VGV. Verdere informatie over Veilig Thuis in het algemeen vindt u op vooreenveiligthuis.nl.

Waarom een apart protocol voor VGV?

VGV is een bijzondere vorm van kindermishandeling, omdat de intenties waarmee het gebeurt anders zijn dan bij andere vormen van kindermishandeling. Ouders willen hun dochter besnijden omdat zij het beste met haar voor hebben: het is een onderdeel van een diepgewortelde traditie.

¹ <http://www.knmg.nl/Publicaties/KNMGpublicatie-meldcode/61650/Meldcode-kindermishandeling-en-huiselijk-geweld-2014.htm>

Een aantal stappen binnen een onderzoek naar VGV wijkt af van de normale stappen binnen een onderzoek naar kindermishandeling. Daarmee is dit handelingsprotocol VGV een verbijzondering van het VNG-Model Handelingsprotocol voor het Advies en Meldpunt Huiselijk Geweld en Kindermishandeling 'Veilig Thuis' (Baeten, 2014). Daarnaast bevat het protocol achtergrondinformatie over VGV. De achtergrondinformatie helpt medewerkers in de keten de casus in perspectief te zien en bij het stellen van de juiste vragen tijdens het onderzoek.

Een bijzondere afspraak die gemaakt is over VGV gaat over het in ontvangst nemen van de melding door Veilig Thuis. Wanneer in het eerste contact sprake is van een aannemelijk vermoeden van VGV, dan zal dat in principe in alle gevallen leiden tot het in ontvangst nemen van de melding door het Veilig Thuis. Het in ontvangst nemen van de melding leidt tot de start van een onderzoek door Veilig Thuis of een directe doorgeleiding naar de Raad voor de Kinderbescherming.

Wat vindt u in het handelingsprotocol VGV?

Het handelingsprotocol bevat achtergrondinformatie over VGV en handvatten voor het maken van een risico inschatting. Daarnaast worden de stappen beschreven die moeten worden gevolgd, uitgaande van twee scenario's:

1. Vermoeden of kennis van een dreigende VGV.
2. Vermoeden of kennis van een uitgevoerde VGV.

Voor beide wordt de route beschreven.

Voor juridische wet- en regelgeving over dit onderwerp en een overzicht van civielrechtelijke maatregelen: zie bijlagen 2 en 3 en de website <http://www.pharos.nl/nl/kenniscentrum/meisjesbesnijdenis/feiten-en-cijfers/ontwikkelingen-in-nederland/wetgeving>

1. Begripsomschrijving rondom VGV

1.1. Vrouwelijke Genitale Verminking

Vrouwelijke genitale verminking (VGV), ook wel meisjesbesnijdenis genoemd, wordt door de World Health Organization (WHO) gedefinieerd als: 'gedeeltelijke of volledige verwijdering of elke andere beschadiging van de vrouwelijke genitaliën zonder medische noodzaak'.

Er zijn verschillende manieren waarop de vrouwelijke geslachtsorganen worden besneden. Het varieert welk deel van de geslachtsorganen verminkt wordt, en de mate waarin. Dit is afhankelijk van wat lokaal gebruikelijk is, heeft te maken met de wens van de ouder(s) en hangt af van diegene die de besnijdenis uitvoert. Vormen van VGV zoals geclassificeerd door de WHO (WHO, 2016):

Type 1: Gedeeltelijke of totale verwijdering van clitoris en/of preputium clitoridis (clitoridectomie):

- a) Verwijdering van alleen het preputium clitoridis.
- b) Verwijdering van de clitoris met het preputium clitoridis.

Type 2: Gedeeltelijk of totale verwijdering van clitoris en labia minora, met of zonder verwijdering van labia majora (excisie):

- a) Verwijdering van alleen labia minora.
- b) Gedeeltelijke of totale verwijdering van clitoris en labia minora.
- c) Gedeeltelijke of totale verwijdering van clitoris, labia minora en labia majora.

Type 3: Vernauwen van de vaginale opening door wegsnijden en aan elkaar hechten van labia minora en/of labia majora, met of zonder verwijdering van de clitoris (infibulatie):

- a) Verwijdering en aan elkaar hechten van labia minora.
- b) Verwijdering en aan elkaar hechten van labia majora.

Type 4: Niet geclassificeerd: alle andere schadelijke handelingen aan de vrouwelijke geslachtsorganen voor niet-medisch redenen, zoals bv. prikken, piercing, kerven, schrapen en wegbranden.

1.2. Terminologie

Het gebruik van de term 'vrouwelijke genitale verminking' positioneert het probleem duidelijk, maar kan bij mensen die afkomstig zijn uit landen waar VGV gepraktiseerd wordt zo confronterend werken dat een gesprek hierover niet meer mogelijk is. Bij hulpverleners wordt daarom ook de term 'meisjesbesnijdenis' gebruikt, omdat het minder veroordelend klinkt en het daardoor de kans vergroot om in gesprek te komen (Pijpers et al, 2010).

Rondom het thema VGV worden nog enkele termen gebruikt, waarvan het goed is om de betekenis te kunnen duiden zodat de hulpverlener weet wat er speelt. In enkele gevallen kunnen termen meerdere betekenissen hebben. Als hulpverlener is het belangrijk om daar alert op te zijn en door te vragen wat er werkelijk bedoeld wordt.

Aanvullende terminologie	
Deïnfibulatie	Het vergroten van de opening of het opheffen van de obstructie, meestal vóór het huwelijk, de bevalling of bij menstratieklachten.
Her- of reïnfibulatie	Het opnieuw hechten van de resterende delen van de schaamlippen, onder meer na een bevalling, waardoor de vaginale opening opnieuw wordt verkleind tot de oorspronkelijke opening van na de besnijdenis.
Reconstructieve operatie	Reconstructie van clitoris en/of kleine schaamlippen.

Terminologie met meerdere betekenissen	
Herbesnijdenis	Met deze term kan men verschillende dingen bedoelen: • Her- of reïnfibulatie (zoals hierboven beschreven). • Van een mildere naar een zwaardere vorm. • Rond 8 weken na besnijdenis (als eerste poging niet als geslaagd wordt beschouwd).
Hersteloperatie	Met deze term kan men verschillende dingen bedoelen: • Openingsingreep waarbij het litteken wordt opengesneden en snijvlakken zodanig worden gehecht dat ze niet meer aan elkaar kunnen groeien. • Her- of reïnfibulatie (zoals hierboven beschreven). • Reconstructieve operatie (zoals hierboven beschreven).
Sunna	Zou staan voor milde vorm van VGV of slechts het prikken in de clitoris tot een druppeltje bloed ontstaat. Echter, in praktijk blijkt 'sunna' een verzamelbegrip te zijn voor alle vormen van VGV.

2. Achtergrond VGV

2.1. Vrouwelijke Genitale Verminking

Naar schatting zijn er meer dan 200 miljoen meisjes en vrouwen in de wereld besneden. Ook al is er een aantal landen een significante daling van prevalentie waarneembaar, als de huidige trends van bevolkingsgroei en daling in prevalentie zich voortzetten dan lopen de komende jaren nog miljoenen meisjes het risico om besneden te worden (Unicef, 2016).

Besnijdenis vindt meestal plaats bij jonge meisjes, maar kan ook bijvoorbeeld vlak voor het huwelijk gebeuren. De leeftijd is afhankelijk van lokale tradities en omstandigheden. Over het algemeen vindt het qua leeftijd plaats tussen 4 en 12 jaar. Er zijn ook culturen waar in het eerste jaar na de geboorte al wordt besneden, zoals in Eritrea. De leeftijd waarop een meisje in Nederland wordt besneden is mogelijk anders dan de leeftijd die het meisje in het land van herkomst zou hebben gehad. Bijvoorbeeld vanwege het feit dat besnijdenis in Nederland strafbaar is of wanneer een uitvoerder van de besnijdenis niet beschikbaar is.

Een onderzoek van Pharos uit 2013 beschrijft dat er in Nederland naar schatting ruim 28.000 vrouwen wonen, afkomstig uit de 29 landen waar op dat moment officiële prevalentiecijfers van beschikbaar waren. Ongeveer 80% van deze vrouwen is afkomstig uit Somalië, Egypte, Ethiopië/ Eritrea en de Koerdische autonome regio in Noord Irak. Naar schatting lopen tussen de 40 en 50 in Nederland woonachtige meisjes jaarlijks het risico te worden besneden. Dit risico is voor een deel van de meisjes pas echt reëel wanneer zij het land van herkomst bezoeken (Exterkate, 2013). Een herhaling van deze prevalentie- en incidentiestudie staat gepland voor 2017-2018.

2.2. Waar komt het voor?

In de tabel in bijlage 1 is aangegeven wat het percentage besneden vrouwen in 28 Afrikaanse landen plus de Koerdische autonome regio in Noord-Irak en Jemen is. Deze prevalentiecijfers zijn afkomstig van Demographic and Health Surveys (DHS) en Multiple Indicator Cluster Surveys (MICS), waarin aan vrouwen zelf gevraagd is of ze besneden zijn (door respectievelijk ICF International en UNICEF). Aangezien vrouwen niet bekend zijn met de typen VGV zoals door WHO gecategoriseerd, is het type besnijdenis op een andere wijze aan de vrouwen gevraagd (zie tabel 1 'Type besnijdenis'). Uit andere onderzoeken blijkt dat naast bovengenoemde landen VGV ook gepraktiseerd wordt in een aantal andere landen. Recent zijn er cijfers van VGV in Indonesië beschikbaar gekomen. Vijftig procent van de meisjes onder de elf jaar is daar besneden². Wat dit betekent voor de Indonesische gemeenschap in NL is nog onbekend.

In de volgende landen is gerapporteerd dat VGV voorkomt, maar zijn geen (grootschalige) prevalentiecijfers van de DHS en de MICS beschikbaar: India, Iran, Oman, Maleisië, Thailand, Verenigde Arabische Emiraten. Daarnaast zijn er geruchten over VGV uit de

² http://data.unicef.org/corecode/uploads/document6/uploaded_country_profiles/corecode/222/Countries/FGMC_IDN.pdf

volgende landen, maar deze kunnen niet met cijfers worden onderbouwd: Colombia, Peru en Sri Lanka. Meest recente informatie is te vinden op <http://www.pharos.nl/nl/kenniscentrum/meisjesbesnijdenis/feiten-en-cijfers/internationale-ontwikkelingen/prevalentie-wereldwijd/vgv-in-afrika>

2.3. Medische en psychosociale gevolgen

Besnijdenis kent uiteenlopende complicaties zowel op korte als op langere termijn. Niet alle vrouwen ondervinden per definitie klachten op langere termijn als gevolg van VGV (Vloeberghs et. al 2010). Hieronder worden de belangrijkste klachten beschreven (WHO, 2016):

Directe gevolgen tijdens en na de ingreep:

- extreme pijn (wanneer de ingreep zonder verdoving plaatsvindt);
- klachten van de urinewegen (pijn bij plassen, ophoping urine in de blaas);
- overmatig bloedverlies;
- kans op infectie (lokaal, evt. met abcesvorming, maar ook hepatitis, HIV en tetanus);
- shock;
- overlijden.

Mogelijke medische gevolgen (op langere termijn) na de ingreep:

- menstratieklachten, m.n. dysmenorroe (dit zie je vaker naarmate de opening kleiner is);
- moeilijke en/of pijnlijke urinelozing (dit zie je vaker naarmate de opening kleiner is);
- urineweginfectie (door obstructie bij de mictie);
- chronische pijn in onderbuik;
- chronische infecties, zowel urineweginfecties als vaginaal;
- subfertiliteit;
- littekenvorming met keloïd en huidcysten;
- vaginastenen als gevolg van onvoldoende afvoer/reiniging;
- ontstaan van meatusstenose/urethrastenose;
- verhoogde kans op hiv-infectie als gevolg van verwondingen, en dus meer sperma/bloedcontact;
- moeilijk inwendig onderzoek (uitstrijkje);
- moeizame bevalling;
- medisch ingrijpen om coïtus en bevalling mogelijk te maken.

Mogelijke psychische en seksuele gevolgen (op langere termijn) na de ingreep:

- angst en depressie;
- posttraumatische stressstoornis (PTSS);
- angst voor seksualiteit;
- negatieve invloed op seksualiteitsbeleving;
- negatieve invloed op de lichamelijke seksuele respons van vrouwen.

Let op: Vrouwen leggen niet altijd de relatie tussen hun klachten en hun besnijdenis. Klachten worden gezien als horend bij het 'vrouw-zijn', niet als gevolg van de besnijdenis. Vaak gaat dit samen met onbekendheid van het menselijke lichaam en de verschillende lichamelijke functies. Wees bewust van het feit dat dit een gesprek over niet-besnijden kan

bemoeilijken. Pas na het leggen van een relatie tussen besnijdenis en gezondheidsrisico's is een gesprek mogelijk over het niet accepteren van VGV in Nederland. Zoals bij veel slecht nieuws boodschappen kan een proces optreden van eerst woede, afzetten tegen en schuld, voordat er acceptatie is (Pijpers et. al, 2010).

2.4. Redenen voor besnijdenis

Het wegsnijden van de vrouwelijke genitaliën bij minderjarige meisjes is een complexe traditie, die aan veel grote thema's raakt: mensenrechten, man-vrouwverhoudingen, religie, cultuur, integratie. Het is een oud cultureel gebruik waarvan de herkomst niet duidelijk is. Het stamt van vóór het Christendom en de Islam en wordt in de Bijbel en de Koran niet genoemd (Nienhuis et. al, 2008). Niettemin wordt religie vaak als reden aangevoerd om meisjes te besnijden.

Als hulpverlener is het belangrijk de redenen van besnijdenis goed te kennen: inzicht in en begrip van de culturele achtergrond is belangrijk om te begrijpen waar de oorsprong van de praktijk ligt. Hiermee heb je een ingang om het gesprek aan te gaan en eventueel actie te ondernemen (Nienhuis et al, 2008).

Meisjesbesnijdenis berust op een sociale norm, namelijk dat niet-besneden meisjes niet huwbaar zijn en niet gerespecteerd worden. In een gemeenschap waar besnijdenis traditie is, kunnen de (psycho)sociale gevolgen voor een meisje die geen besnijdenis heeft ondergaan groot zijn. Men kan haar beschouwen als onrein of verdenken van seksueel promiscue gedrag. Een onbesneden 'open' vrouw maakt de familie te schande, kan uitgestoten worden en heeft minder kans op een huwelijk (Vloeberghs et. al, 2010).

Mensen die het gebruik praktiseren, geven onder meer de volgende redenen:

- het vergroot de huwelijkskansen van het meisje;
- het beschermt de maagdelijkheid van het meisje;
- het geeft haar status in de gemeenschap;
- een geïnfibuleerde vrouw is mooi;
- het is een teken van een goede opvoeding;
- het zou een religieus voorschrift zijn;
- het vergroot het seksueel genot voor de man.

3. Handvatten voor risico inschatting

Voor kindermishandeling in het algemeen maakt Veilig Thuis gebruik van een risicotaxatie-instrument, waarbij risico- en beschermende factoren in kaart worden gebracht. Onderzoek heeft uitgewezen dat er een significante relatie bestaat tussen de factoren uit dit risicotaxatie-instrument en kindermishandeling.

Zo specifiek is de kennis op het gebied van VGV niet. Er is echter wel veel bekend over risicofactoren van VGV in het algemeen, die kunnen helpen bij het maken van een inschatting van de mate van risico op besnijdenis bij een meisje. Bij de JGZ wordt deze risico-inventarisatie gedaan op basis van de volgende factoren (Pijpers et al, 2010):

1. Land van herkomst van moeder is een risicoland voor VGV.
2. Land van herkomst van vader is een risicoland voor VGV.
3. Moeder van het meisje is besneden.
4. Zusjes zijn besneden.
5. Partner en directe familieleden staan positief tegenover besnijdenis.
6. Omgevingsdruk: gezin met veel familie in Nederland die druk uitoefent VGV uit te voeren en/of gezin met veel contacten binnen dezelfde etnische groep en er wordt druk uitgeoefend door de groep en/of de vraagbaak, steun en toeverlaat van de moeder als het om vrouwenaangelegenheden gaat oefent druk uit.
7. (Familie)bezoek buitenland; gezin dat op (familie)bezoek gaat in het buitenland, met name het land van herkomst.
8. Gezin is niet of slecht geïntegreerd; spreekt geen Nederlands, geen of weinig sociale contacten, werkloos.

Het risico neemt met het aantal geconstateerde risicofactoren toe. Vooral punt 3 en 4 zijn zwaarwegende risicofactoren.

De genoemde factoren zijn vooral statische factoren. Het onderzoek van Veilig Thuis richt zich daarnaast op de dynamische factoren zoals culturele context en migratiecontext.

De volgende punten zijn van belang om in de overwegingen mee te nemen:

- Groepen waarin meisjes besneden worden kunnen een verschillende sociale, culturele (laag tot hoog opgeleid) en religieuze achtergrond hebben. Zij kunnen ook 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 Nederland. 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 Nederland tot 5 jaar geen risico loopt.
- Wees alert op gemengde huwelijken. Denk bijvoorbeeld aan een andere nationaliteit dan een Nederlandse ouder met een Afrikaanse ouder. 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.

4. Vermoeden van een dreigende VGV

Melding bij Veilig Thuis

Wanneer sprake is van een redelijk vermoeden van een reëel risico op VGV, dient men volgens de meldcode advies te vragen bij Veilig Thuis. Dit advies houdt in dat adviesvrager en Veilig Thuis gezamenlijk bespreken hoe hoog de risicotaxatie is. Dan kan worden bepaald of adviesvrager zelf het gesprek met ouders aangaat om VGV te voorkomen of dat dit samen met de aandachtsfunctionaris VGV van Veilig Thuis kan gebeuren. Indien het risico aannemelijk is, leidt dat in alle gevallen tot het in ontvangst nemen van de melding door Veilig Thuis. Het in ontvangst nemen van de melding door Veilig Thuis leidt tot de start van een onderzoek of een directe doorgeleiding naar de Raad voor de Kinderbescherming.

Veilig Thuis kan ook besluiten ambtshalve een onderzoek te starten naar VGV als bij de intake blijkt dat (een van) de ouders uit een risicoland afkomstig is en er meisjes in het gezin zijn.

Onderzoek door Veilig Thuis

- Veilig Thuis gaat met de ouders en de betrokken kinderen, afhankelijk van hun leeftijd, in gesprek over de inhoud van de melding. Bij acute dreiging van VGV overlegt Veilig Thuis van tevoren met de politie en de Raad voor de Kinderbescherming³ over de strategie waarna direct een huisbezoek volgt. Bij een verhoogd veiligheidsrisico voor de onderzoeker kan overwogen worden om met de politie op huisbezoek te gaan. Wanneer de ouders de Nederlandse taal niet beheersen wordt een bij voorkeur vrouwelijke professionele tolk ingeschakeld via de tolkencentrale.
- Veilig Thuis kan overwegen een sleutelpersoon uit de gemeenschap te betrekken in de gesprekken met ouders en kinderen⁴.
- Veilig Thuis spreekt ook met informanten, waaronder in ieder geval de huisarts, JGZ en (indien van toepassing) de school. Indien de situatie dit toe laat: in geval van acute situaties dienen allereerst maatregelen genomen worden om het meisje veilig te stellen.
- De JGZ heeft vaste contactmomenten waarop zij het thema VGV bespreken als (één van) de ouders afkomstig is uit een risicoland⁵. Mogelijk is de JGZ daardoor al bekend met het gezin.
- Als er zusjes zijn in het gezin, wordt hun risico ook meegenomen.

Risicotaxatie

Op basis van de gegevens uit het onderzoek en aan de hand van de handvatten voor het maken van een risico-inventarisatie (zie hoofdstuk 3), maakt Veilig Thuis een taxatie van

³ Model Samenwerkingsafspraken Veilig Thuis, Politie en OM

⁴ De Federatie van Somalische Associaties Nederland (FSAN) beheert een netwerk van getrainde sleutelpersonen met verschillende achtergronden, verspreid over heel Nederland.

⁵ Zie het Standpunt Preventie VGV door de JGZ <http://www.pharos.nl/nl/kenniscentrum/meisjesbesnijdenis/protocollen/standpunt-jgz>

het risico dat het meisje loopt om te worden besneden. Dat kan leiden tot de volgende conclusies:

1. Ouders kunnen het risico overtuigend **uitsluiten**.
Zij gaan bijvoorbeeld niet naar het buitenland, zijn zelf niet besneden en kunnen de hulpverlener ervan overtuigen dat er geen risico bestaat.
2. Ouders verklaren **niet van plan** te zijn hun dochter(s) te laten besnijden, bij Veilig Thuis **blijft vermoeden bestaan**.
3. Ouders verklaren hun dochter(s) **in de toekomst wellicht wél** te willen laten besnijden.

Vervolgacties:

1. **Ouders kunnen het risico overtuigend uitsluiten**
 - Veilig Thuis geeft uitleg over mogelijke procedures als er toch signalen zijn.
 - Veilig Thuis sluit het onderzoek af met een brief aan de ouders en stelt relevante informanten, zoals de huisarts, JGZ en de school van het kind op de hoogte van de conclusie van het onderzoek. Veilig Thuis informeert de ouders hierover.
 - Veilig Thuis geeft de ouders de *Verklaring tegen meisjesbesnijdenis* mee. Veilig Thuis heeft de beschikking over diverse materialen.
2. **Ouders verklaren niet van plan te zijn hun dochter(s) te laten besnijden, bij Veilig Thuis blijft vermoeden bestaan**
 - Met de ouders wordt besproken dat zij weliswaar verklaren hun dochter niet te willen laten besnijden, maar dat het risico in het land van herkomst of onder druk van familie/ gemeenschap in andere Europese landen groot is en de mogelijkheid bestaat dat een familielid alsnog tegen de zin van de ouders in het meisje zal willen laten besnijden. Ook wordt besproken hoe zij dit zouden kunnen voorkomen. Veilig Thuis geeft de ouders de *Verklaring tegen meisjesbesnijdenis*.
 - Indien het vermoeden blijft bestaan dat ouders hun dochter gaan besnijden, wordt de ouders gevraagd een *Intentieverklaring* te ondertekenen. Veilig Thuis neemt de intentieverklaring zorgvuldig door met de ouders om er zeker van te zijn dat de ouders weten wat er in de verklaring staat.
 - Indien het vermoeden blijft bestaan dat deze ouders hun dochter gaan besnijden en ouders werken mee, dan vraagt Veilig Thuis aan de ouders of zij erin toestemmen om hun kind lichamelijk te laten onderzoeken als er bijvoorbeeld na terugkeer uit het buitenland signalen bij het kind zijn of andere vermoedens dat mogelijk een besnijdenis heeft plaatsgevonden. Conform de regionale afspraken over de inzet van Forensisch medische expertise bij kinderen wordt na overleg met de vertrouwensarts van Veilig Thuis de arts benaderd die daarvoor het meest aangewezen is vanwege 'het naar 'één onderzoek zo dicht mogelijk bij huis dat zo min mogelijk belastend is voor het kind'.⁶
 - Veilig Thuis sluit het onderzoek af en geeft schriftelijke feedback aan de ouders. Veilig Thuis informeert schriftelijk en eventueel ook mondeling de huisarts, JGZ en de school van het kind over de conclusie van het onderzoek. Veilig Thuis vraagt hen alert te blijven

⁶ Een onafhankelijk arts met zowel geneeskundige als forensische expertise op dit gebied onderzoekt en documenteert volgens de richtlijnen van de WOKK (Wetenschappelijk Onderwijs over Kindermishandeling voor Kinderartsen) met fotografische vastlegging van het genitale letsel. Zie 8.4.4 van het VNG Model Handelingsprotocol Veilig Thuis.

-
- en signalen die een vermoeden doen rijzen dat het meisje besneden zal worden of is, aan het Veilig Thuis door te geven. Veilig Thuis informeert de ouders hierover.
- Indien bij afsluiten van het Veilig Thuis onderzoek een sterk vermoeden blijft bestaan van een dreigende VGV, dan legt Veilig Thuis de bevindingen van het onderzoek in het lokale overleg met de Raad voor de Kinderbescherming. De naam van dit overleg kan per gemeente verschillen. In dit overleg bespreekt men meldingen waarbij een verzoek tot onderzoek naar een kinderschermingsmaatregel⁷ wordt overwogen met een medewerker van de Raad voor de Kinderbescherming.
 - Het verdient aanbeveling om bij een blijvend vermoeden van een dreigende VGV een veiligheidsplan te maken en de verantwoordelijkheid voor het langdurig monitoren van de veiligheid van het meisje over te dragen aan professionals en het persoonlijke netwerk van het gezin. Dit kan in een vrijwillig of (na het opleggen van een kinderschermingsmaatregel door de kinderrechter) in een gedwongen kader plaatsvinden. Veilig Thuis voert de vervolgstappen uit volgens het advies van het gemeentelijk overleg: overdragen aan professionele hulpverlening voor het monitoren van de veiligheid van het kind en/of verzoek tot onderzoek aan de Raad voor de Kinderbescherming.
 - Indien het vermoeden van een dreigende VGV blijft bestaan, maar weinig concreet is, blijft Veilig Thuis monitoren. Zo nodig herhaaldelijk, bijvoorbeeld driemaandelijks gedurende een jaar of indien nodig langer. Veilig Thuis neemt contact op met de school, JGZ en zo nodig ook de huisarts om te verifiëren of deze instanties alert blijven en of hernieuwde signalen naar voren zijn gekomen. Wanneer het vermoeden van dreigende VGV niet wordt weggenomen, onderneemt Veilig Thuis de noodzakelijke stappen.

3. Ouders verklaren hun dochter(s) in de toekomst wellicht wél te willen laten besnijden

- In het gesprek met de ouders legt Veilig Thuis de ernst van de situatie uit en vertelt dat de ouders strafbaar zullen zijn. Als ouders alleen zeggen dat ze hun dochter wél willen besnijden, is er nog geen strafbaar feit gepleegd. Overleg hierover met de politie⁸ en de Raad van de Kinderbescherming.
- Veilig Thuis geeft de ouders ter informatie de *Verklaring tegen meisjesbesnijdenis* en een *informatiefolder over VGV* mee (zie kader Materialen). Het doel hiervan is om de ouders zoveel mogelijk in te lichten over de wettelijke kaders rondom VGV.
- Veilig Thuis vraagt de ouders of zij erin toestemmen om hun kind lichamelijk te laten onderzoeken als er bijvoorbeeld na terugkeer uit het buitenland signalen bij het kind zijn of andere vermoedens dat mogelijk een besnijdenis heeft plaatsgevonden.
- Veilig Thuis brengt de bevindingen van het onderzoek in bij het lokale overleg met de Raad voor de Kinderbescherming. Hierin bespreekt Veilig Thuis meldingen waarbij een verzoek tot onderzoek naar een kinderschermingsmaatregel wordt overwogen met medewerkers van de Raad voor de Kinderbescherming. Ook kunnen de politie en het OM hier in deze fase al bij betrokken worden.

⁷ Zie bijlage 2

⁸ Zie Model Samenwerkingsafspraken Veilig Thuis, Politie en OM. Ook artikelen 6.3.8 en 7.3.8 van VNG Model Handelingsprotocol Veilig Thuis.

- Als er al bij de melding concrete⁹ aanwijzingen zijn en/of er is sprake van acute dreiging, meldt Veilig Thuis direct bij de Raad voor de Kinderbescherming. De Raad onderzoekt of er bij de kinderrechter een (spoed)kinderbeschermingsmaatregel moet worden gevraagd.
- Indien Veilig Thuis onderzoek heeft verricht wordt op de gebruikelijke wijze volgens protocol afgesloten. Veilig Thuis informeert schriftelijk en eventueel ook mondeling de huisarts, JGZ en de school van het kind over de conclusie van het onderzoek. Veilig Thuis vraagt hen alert te blijven en signalen die een vermoeden doen rijzen dat het meisje besneden zal worden of is, aan Veilig Thuis door te geven. Veilig Thuis informeert de ouders hierover.
- In het kader van Monitoring gaat Veilig Thuis na of de dreiging van VGV is weggenomen en of er een ondertoezichtstelling is. Als de dreiging niet is weggenomen, dient Veilig Thuis de noodzakelijke stappen te nemen.

MATERIALEN

Verklaring tegen meisjesbesnijdenis:

Doel: ouders ondersteunen tegen de druk van de familie in land van herkomst. Het geeft ouders uit risicolanden het bewijs dat VGV in Nederland strafbaar is. De verklaring is beschikbaar in 7 talen: Somali, Amhaars, Arabisch, Tigrinya, Engels, Frans en Nederlands.

Voor meer informatie: zie bijlage 7 voor de werkinstructie van de JGZ.

Intentieverklaring:

Doel: ouders (nog) meer bewust maken van het feit dat VGV strafbaar is in Nederland. Door het ondertekenen van het document verklaren ouders dat zij niet van plan zijn hun dochter te laten besnijden en dat zij op de hoogte zijn van de gevolgen van besnijdenis. Het document is bedoeld als preventief middel en beschikbaar in 5 talen: Somali, Arabisch, Engels, Frans en Nederlands.

⁹ Bijvoorbeeld mogelijke voorbereidende handelingen, zoals een vliegticket naar land van herkomst (in combinatie met het feit dat ouders aangeven hun kind in de toekomst te willen laten besnijden).

5. Vermoeden van een uitgevoerde VGV

Melding bij Veilig Thuis

Als er vermoedens zijn dat een besnijdenis heeft plaatsgevonden, wordt een melding gedaan bij Veilig Thuis. Wanneer in het eerste contact sprake is van een redelijk vermoeden van een uitgevoerde VGV, leidt dat in alle gevallen tot het in ontvangst nemen van de melding door Veilig Thuis. Het in ontvangst nemen van de melding door het Veilig Thuis leidt tot de start van een Veilig Thuis onderzoek of een directe doorgeleiding naar de Raad voor de Kinderbescherming.

Veilig Thuis kan ook besluiten ambtshalve een onderzoek te starten naar VGV als bij de intake blijkt dat (een van) de ouders uit een risicoland afkomstig is en er meisjes in het gezin zijn.

Onderzoek door Veilig Thuis

- Veilig Thuis gaat met de ouders en de betrokken kinderen in gesprek over de inhoud van de melding. Veilig Thuis overlegt tevoren met de politie en de Raad voor de Kinderbescherming¹⁰ en gaat op huisbezoek, al dan niet samen met de politie. Wanneer de ouders de Nederlandse taal niet beheersen wordt er een, bij voorkeur vrouwelijke, professionele tolk ingeschakeld via de tolkencentrale.
- De vertrouwensarts van Veilig Thuis adviseert over het uitvoeren van gecentraliseerd (Forensisch)medisch onderzoek¹¹. Daarbij dient er naar gestreefd te worden om dit onderzoek in één keer te verrichten om zodoende het kind niet onnodig te belasten. Indien de ouders geen toestemming geven voor het doen van medisch onderzoek, verzoekt het Veilig Thuis de Raad voor de Kinderbescherming te onderzoeken of een kinderbeschermingsmaatregel noodzakelijk is om medisch onderzoek mogelijk te maken.
- Als er zusjes zijn in het gezin, wordt hun risico ook meegenomen.

Wel/geen vastgestelde VGV

1. Geen VGV:

Zie hoofdstuk 3 voor een risico-inschatting van een dreigende VGV en eventuele vervolgacties.

2. Wel VGV:

(Onderstaande punten staan niet in chronologische volgorde, of volgorde van prioriteit. Dit moet per casus bekeken worden.)

- Het is van groot belang om te bekijken welk hulpverleningstraject voor de medische en psychosociale zorg voor het meisje kan worden ingezet.

¹⁰ Zie Model Samenwerkingsafspraken Veilig Thuis, Politie en OM. Ook artikelen 6.3.8 en 7.3.8 van VNG Model Handelingsprotocol Veilig Thuis.

¹¹ Een onafhankelijk arts met zowel geneeskundige als forensische expertise op dit gebied onderzoekt en documenteert volgens de richtlijnen van de WOKK (Wetenschappelijk Onderwijs over Kindermishandeling voor Kinderartsen) met fotografische vastlegging van het genitale letsel. Zie ook 8.4.4 van het VNG Model Handelingsprotocol Veilig Thuis.

-
- Als er sprake lijkt te zijn van een vastgestelde VGV meldt Veilig Thuis de zaak conform gebruikelijke samenwerkingsafspraken indien nodig bij de Raad voor de Kinderbescherming.
 - Wanneer Veilig Thuis besluit melding of aangifte te doen bij de politie wordt de werkwijze gevolgd, zoals omschreven in het Model Samenwerkingsafspraken Veilig Thuis, Politie en OM¹². In overleg met het Openbaar Ministerie stelt de politie een nader opsporingsonderzoek in¹³. Het Openbaar Ministerie beslist op basis van het opgemaakte dossier over de verdere strafrechtelijke vervolging en afdoening.

¹² Zie bijlage 5 en 6 voor respectievelijk een deel van het protocol dat de meldingen en het contact met de politie beschrijft en het meldformulier.

¹³ Een onafhankelijk arts met zowel geneeskundige als forensische expertise op dit gebied onderzoekt en documenteert volgens de richtlijnen van de WOKK (Wetenschappelijk Onderwijs over Kindermishandeling voor Kinderartsen) met fotografische vastlegging van het genitale letsel. Zie ook 8.4.4 van het VNG Model Handelingsprotocol Veilig Thuis.

BIJLAGE 1 Risicolanden en prevalentie VGV

Tabel 1 Vrouwen woonachtig in Nederland, afkomstig uit risicolanden						
Land van herkomst	Totaal aantal vrouwen in Nederland (a)	Waarvan meisjes 0-18 jr (a)	Prevalentie in land van herkomst (b)	Type besnijdenis % (c)		
				Besneden, geen weefsel verwijderd	Weefsel verwijderd	Dicht-genaaid/ gesloten
Benin	170	74	9% (2014)	5,6	68,9	12,5
Burkina Faso	271	130	76% (2010)	16,6	76,8	1,2
Centraal-Afrikaanse Republiek	33	8	24% (2010)	19,8	70,3	7,0
Djibouti	127	59	93% (2006)	24,9	6,4	67,2
Egypte	9078	3769	87% (2015)	-	-	-
Eritrea	3124	1255	83% (2010)	46,0	4,1	38,6
Ethiopië	7361	2025	74% (2005)	-	-	6,1
Gambia	526	268	75% (2013)	0,1	89,0	8,9
Ghana	11795	3706	4% (2011)	5,2	73,8	7,9
Guinee	1907	962	97% (2012)	1,7	86,4	9,3
Guinee-Bissau	171	56	45% (2014)	0,2	83,9	11,8
Iraq	25306	8397	8% (2011)	-	-	-
Ivoorkust	836	368	38% (2012)	4,7	71,1	8,7
Jemen	254	167	38% (2013)	-	-	-
Kameroen	1530	630	1% (2004)	3,7	84,8	4,6
Kenia	2308	891	21% (2014)	2,3	82,7	13,4
Liberia	1287	599	50% (2013)	-	-	-
Mali	173	85	89% (2010)	14,3	55,1	2,4
Mauritanië	91	55	69% (2011)	3,5	68,6	-
Niger	119	56	2% (2012)	7,2	78,4	6,3
Nigeria	5770	2596	25% (2013)	8,1	48,1	4,4
Oeganda	1222	405	1% (2011)	-	-	-
Senegal	747	333	25% (2014)	9,9	52,7	13,8
Sierra Leone	2279	1080	90% (2013)	1,1	71,9	16,6
Soedan, noorden	2652	1170	87% (2014)	21,5	1,7	74,1
Somalië	19175	9053	98% (2006)	1,3	15,2	79,3
Tanzania	1122	491	15% (2010)	2,2	90,9	0,7
Togo	785	345	4% (2014)	25,8	64,1	5,2
Tsjaad	60	17	44% (2010)	9,5	80,3	7,2
Totalen	104465	40661				

a. Centraal Bureau voor Statistiek, 1 januari 2016

b. <http://data.unicef.org/child-protection/fgmc.html> - geraadpleegd op 8 september 2016

Achter het prevalentiecijfer staat het jaartal van de meting.

c. Population Reference Bureau, Fgm/c: Data and Trends 2014

Overige landen:

Van Indonesië zijn inmiddels landelijke prevalentiecijfers beschikbaar. Vijftig procent van de meisjes onder de elf jaar blijkt besneden te zijn. Grote regionale spreiding.

Onderbouwd, maar zonder landelijke prevalentiecijfers:

India, Pakistan, Oman, Iran, Maleisië, Verenigde Arabische Emiraten

Op basis van niet-onderbouwde verhalen en geruchten over VGV:

Colombia, Sri Lanka, Peru, Democratische Republiek Congo

Variatie in prevalentie:

Zowel tussen landen als tussen regio's binnen landen, kunnen grote verschillen bestaan in de mate waarin VGV voorkomt. VGV komt bijvoorbeeld vooral in de noordelijke streken van Ghana en in de Koerdische autonome regio van noord-Irak voor.

BIJLAGE 2 Juridische mogelijkheden Raad voor de Kinderbescherming inzake VGV

Kinderbeschermingsmaatregelen:

Om een kindbeschermingsmaatregel bij de kinderrechter te kunnen vragen, zal de Raad moeten aantonen dat voldaan is aan de grond die de wet stelt. Uitgangspunt is dat hulp in het vrijwillig kader gerealiseerd wordt. Daardoor zal soms geen maatregel geïndiceerd zijn omdat kind en ouders vrijwillige hulpverlening toelaten voor het verwerken van de psychische gevolgen van besnijdenis en/of als men instemt met hersteloperaties. Is hier geen sprake van, dan kan het noodzakelijk zijn een kindbeschermingsmaatregel af te wegen.

Welke kindbeschermingsmaatregelen zijn er?

- a) Een **ondertoezichtstelling** (OTS), eventueel met een uithuisplaatsing, is mogelijk indien een minderjarige zodanig opgroeit dat zij in haar ontwikkeling ernstig wordt bedreigd en de zorg die nodig is om die bedreiging weg te nemen door de minderjarige zelf of door de ouders niet of onvoldoende wordt geaccepteerd en de verwachting gerechtvaardigd is dat de ouders binnen een aanvaardbare termijn wel de verantwoordelijkheid voor de verzorging en opvoeding kunnen gaan dragen.
- Als de besnijdenis al heeft plaatsgevonden en er geen andere opvoedingsproblemen zijn, kan toch een OTS worden overwogen wanneer hulpverlening i.v.m. met nazorg nodig is en de ouders daar niet vrijwillig aan mee willen werken.

Het kan van belang zijn om tijdens het raadsonderzoek door middel van medisch onderzoek definitief vast te laten stellen of een besnijdenis heeft plaatsgevonden. De Raad laat het onderzoek doen door een (forensisch) medisch expert t.a.v. kinderen, die kennis en zo mogelijk ervaring heeft met het vaststellen van VGV. In het kader van de implementatie van het 'stroomschema inzet forensische medische expertise bij kinderen' wordt per Veilig Thuis regio een sociale kaart met bijbehorende afspraken gemaakt over welke arts in de regio over welke specifieke forensische medische expertise beschikt. Uitgangspunt is dat het kind zo mogelijk maar één keer een belastend onderzoek hoeft te ondergaan.

De OTS beperkt het gezag van ouders, maar hun toestemming blijft vereist voor een medisch onderzoek of een hersteloperatie indien het meisje nog geen twaalf jaar is. Wanneer het meisje twaalf jaar of ouder is, maar nog geen zestien jaar, is zowel de toestemming van de ouders als van het meisje nodig voor medisch onderzoek. Is het meisje zestien jaar of ouder, dan is geen toestemming van de ouders meer nodig. De toestemming van de ouders kan worden vervangen door die van de kinderrechter. De gezinsvoogd kan dit verzoeken op grond van artikel 1:268 BW.

- b) Een **gezagsbeëindiging** is geïndiceerd indien er sprake is van een ernstige bedreiging van de ontwikkeling en niet aannemelijk is dat binnen een voor het kind aanvaardbare termijn die bedreiging opgeheven kan worden of indien er sprake is van misbruik van het gezag van de ouders.

c) Indien er sprake is van een **crisissituatie**, bijv. een dreigende besnijdenis op zeer korte termijn, dan kan de Raad een **voorlopige ondertoezichtstelling (VOTS)** rekestreren, dan wel een **voorlopige voogdij (VoVo)**.

De gronden voor een VOTS en een VoVo zijn gelijk aan die van een OTS en een gezagsbeëindiging, met als extra dat onmiddellijk ingrijpen noodzakelijk dient te zijn om een (concrete) bedreiging voor het kind direct op te kunnen heffen.

Iedereen kan de Raad in crisissituaties rechtstreeks benaderen met het verzoek een spoedmaatregel te bewerkstelligen.

Tijdens de voorlopige maatregel doet de Raad onderzoek naar de noodzaak van een mogelijk definitieve maatregel, terwijl de (gezins)voogd tegelijkertijd de nodige stappen kan zetten om de onmiddellijke bedreiging van het kind op te heffen.

Aangifte:

Als besnijdenis heeft plaatsgevonden of als daar een concreet vermoeden van is, doet de Raad in beginsel altijd aangifte. Dat kan anders zijn indien de besnijdenis heeft plaatsgevonden voordat betrokkenen in Nederland verblijf hadden, dan wel de besnijdenis lang geleden heeft plaatsgevonden.

Uitgangspunt is dat aangifte wordt gedaan bij kennis van (een vermoeden van) strafbare feiten, tenzij duidelijk sprake is van contra-indicatie in het belang van de minderjarige. Met het oog daarop is overleg met de politie /officier van justitie noodzakelijk om te bezien of een melding of aangifte in de betreffende casus in het belang van het kind is. Willen de politie en het OM iets kunnen met een aangifte dan zal het vermoeden *voldoende concrete feiten* moeten bevatten. Ook daarover kan de officier van justitie adviseren.

Raad voor de Kinderbescherming, januari 2016.

BIJLAGE 3 Juridische informatie over meisjesbesnijdenis

Vrouwelijke genitale verminking is een schending van mensenrechten

Vrouwelijke genitale verminking is een mensenrechtenschending. Dit volgt uit de internationale en regionale mensenrechtenverdragen zoals onder andere het VN-Vrouwenverdrag (CEDAW), het Internationaal Verdrag inzake de Rechten van het Kind (IVRK) en het Europees Verdrag tot bescherming van de Rechten van de Mens en de fundamentele vrijheden (EVRM). Vrouwelijke genitale verminking kan worden gezien als een schending van het recht op leven, het verbod op marteling, het recht op gezondheid en het recht op lichamelijke integriteit.

Vrouwelijke genitale verminking is een schending van vrouwenrechten

Vrouwelijke genitale verminking is een schending van de rechten van de vrouw. Het VN-Vrouwenverdrag roept op tot afschaffing van discriminatie van vrouwen (artikel 2 CEDAW). Ook roept het vrouwenrechtenverdrag op vooroordelen, gewoonten en gebruiken die gebaseerd zijn op de gedachte van minderwaardigheid of meerderwaardigheid van één van beide geslachten of op stereotype rollen van mannen en vrouwen uit te bannen (artikel 5 CEDAW en General Recommendation Nr. 31 CEDAW- comité).

Vrouwelijke genitale verminking is een schending van kinderrechten

Vrouwelijke genitale verminking is een schending van kinderrechten, zo is vastgelegd in het IVRK. Het kinderrechtenverdrag roept op tot afschaffing van traditionele praktijken die schadelijk zijn voor de gezondheid van kinderen (artikel 24 lid 3 IVRK en General Comment 18 VN-Kinderrechtencomité). Hieronder valt ook vrouwelijke genitale verminking.

Vrouwelijke genitale verminking is in Nederland strafbaar

In Nederland zijn alle vormen van vrouwelijke genitale verminking verboden.

Grondwet

De Nederlandse grondwet kent geen specifieke bepalingen die gericht zijn op de bescherming van de fysieke en geestelijke integriteit van kinderen. In algemene zin bepaalt de Nederlandse grondwet in artikel 1 dat allen die zich in Nederland bevinden, in gelijke gevallen gelijk worden behandeld en in artikel 11 dat iedereen recht heeft op onaantastbaarheid van zijn lichaam.

Strafrecht

Vrouwelijke genitale verminking valt in het Nederlandse Wetboek van Strafrecht binnen de algemene delictsoomschrijving 'mishandeling' zoals opgenomen in artikel 300 tot en met 304 Sr. Het is dus niet als apart delict strafbaar gesteld. Vrouwelijke genitale verminking wordt gezien als een opzettelijke benadeling van de gezondheid, dat gelijk gesteld wordt aan mishandeling in artikel 300 lid 4 Sr. Vervolg is mogelijk op grond van de algemene delictsoomschrijving 'mishandeling' zoals vastgelegd in artikel 300 tot en met 304 Sr door toepassing van artikel 300 lid 4 Sr.

De strafmaat varieert van een gevangenisstraf van vier jaar voor een ‘eenvoudige mishandeling’ tot twaalf jaar gevangenisstraf voor zware mishandeling met voorbedachte rade. Als een vrouwelijke genitale verminking door een ouder zelf wordt uitgevoerd op zijn eigen dochter, kan de straf met een derde worden verhoogd (artikel 304 sub 1 Sr). Ook als de ouders opdracht geven, hiervoor betalen, middelen leveren waarmee de besnijdenis wordt uitgevoerd en/of meehelpen tijdens de besnijdenis, zijn zij strafbaar. Deze handelingen worden namelijk volgens de Nederlandse strafwet beschouwd als mededaderschap, uitlokking dan wel medeplichtigheid (artikel 47 Sr en artikel 48 Sr).

Wanneer de vrouwelijke genitale verminking wordt begaan buiten Nederland, kan de dader worden vervolgd als hij of zij de Nederlandse nationaliteit heeft of een vreemdeling is die zijn vaste woon- of verblijfplaats in Nederland heeft en indien de dader na het plegen van het feit de Nederlandse nationaliteit heeft verworven of in Nederland zijn vaste woon- of verblijfplaats heeft verkregen. Ook kan de dader worden vervolgd als de besnijdenis in het buitenland wordt begaan en het slachtoffer de Nederlandse nationaliteit heeft of een vreemdeling is die haar vaste woon- of verblijfplaats in Nederland heeft. In alle gevallen is het niet vereist dat VGV ook strafbaar is in het land waar de VGV is uitgevoerd (artikel 7 lid 2 sub d Sr).

In 2009 is de verjaringstermijn voor vrouwelijke genitale verminking aangepast. In artikel 71 Sr lid 3 is bepaald dat de verjaringstermijn voor zaken omtrent vrouwelijke genitale verminking bij minderjarigen, pas begint te lopen op de dag dat het slachtoffer achttien jaar is geworden, zoals ook reeds eerder voor slachtoffers van zedenmisdrijven was bepaald. Hiermee is tegemoet gekomen aan het feit dat ook voor vrouwelijke genitale verminking vaak pas op latere leeftijd aangifte wordt gedaan.

Vrouwelijke genitale verminking, jeugdzorg en kinderscherming

In de Jeugdwet wordt kindermishandeling omschreven als ‘elke vorm van voor een minderjarige bedreigende of gewelddadige interactie van fysieke, psychische of seksuele aard die ouders, of andere personen ten opzichte van wie de minderjarige in een relatie van afhankelijkheid of van onvrijheid staat, actief of passief opdringen, waardoor ernstige schade wordt berokkend of dreigt te worden berokkend aan de minderjarige in de vorm van fysiek of psychisch letsel’ (artikel 1.1 Jeugdwet). Vrouwelijke genitale verminking valt hier ook onder.

De Nederlandse wet biedt mogelijkheden om voortijdig in te grijpen. Een dreiging van vrouwelijke genitale verminking kan namelijk een overweging zijn voor de kinderrechter het meisje onder toezicht te stellen (artikel 1:255 lid 1 sub aBW). De kinderrechter kan bij een dreiging van vrouwelijke genitale verminking in het uiterste geval ook besluiten tot het opleggen van een zwaardere kinderschermingsmaatregel, zoals een uithuisplaatsing (artikel 1:265b BW). De wet Verplichte meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling geldt voor de sectoren gezondheidszorg, onderwijs, kinderopvang, maatschappelijke ondersteuning, jeugdhulp en justitie. De meldcode biedt professionals handvatten over wat te doen bij (vermoedens van) huiselijk geweld en kindermishandeling. Iedere professional dient bij een vermoeden van een dreigende of uitgevoerde vrouwelijke genitale verminking, te handelen volgens het stappenplan behorende bij de eigen meldcode.

Vrouwelijke genitale verminking en de medische professie

Een arts of een andere beroepskracht met een beroepsgeheim heeft het recht (niet de plicht) om een vermoeden van een op handen zijnde of een reeds uitgevoerde vrouwelijke genitale verminking te melden bij Veilig thuis: het advies- en meldpunt huiselijk geweld en kindermishandeling.

Artsen die een vrouwelijke genitale verminking hebben uitgevoerd of hieraan medewerking hebben verleend kunnen juridisch vervolgd worden op grond van het medisch tuchtrecht. Op grond van de Wet op de Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg (Wet BIG) kan het handelen van geneeskundigen die een besnijdenis hebben uitgevoerd of hieraan medewerking hebben verleend, worden voorgelegd aan een tuchtcollege ter toetsing aan de tuchtnormen. Naast tuchtrechtelijke maatregelen kent de Wet BIG ook strafbepalingen. Het toebrengen van schade aan iemands gezondheid kan leiden tot hechtenis, een geldboete, of ontzetting uit het beroep.

Daarnaast bevat het Wetboek van Strafrecht mogelijkheden om artsen strafrechtelijk te vervolgen indien zij schuldig zijn aan het uitvoeren van een besnijdenis, of hieraan hun medewerking hebben verleend (artikel 436 lid 2 Sr).

Vrouwelijke genitale verminking en immigratiewetgeving

Een meisje dat in haar land van herkomst risico loopt op besnijdenis kan, onder omstandigheden, in aanmerking komen voor een verblijfsvergunning asiel voor bepaalde tijd (op grond van artikel 29 lid 1 onder b van de Vreemdelingenwet 2000). Als een meisje in haar land van herkomst risico loopt op besnijdenis, kan sprake zijn van een reëel risico van schending van artikel 3 van het Europees Verdrag ter bescherming van de Rechten van de Mens en de fundamentele vrijheden (EVRM). Dit geldt ook voor in Nederland geboren meisjes die bij terugkeer naar het land van herkomst van de ouders het risico lopen besneden te worden.

Indien het meisje in aanmerking wil komen voor bovengenoemde verblijfsvergunning zal zij moeten aantonen dat:

- er een risico bestaat op vrouwelijke genitale verminking;
- de autoriteiten van het land van herkomst geen bescherming kunnen of willen bieden aan personen die zich verzetten tegen een dreigende besnijdenis; en
- er geen vestigingsalternatief in het land van herkomst aanwezig wordt geacht.

Er wordt daarbij geen onderscheid gemaakt tussen de verschillende soorten van vrouwelijke genitale verminking.

BIJLAGE 4 Criteria OM voor vervolging inzake VGV

Criteria ten aanzien van de competentie / bevoegdheid

Er is sprake van een der misdrijven omschreven in de artikelen 300 tot en met 303, voor zover het feit oplevert, genitale verminking van een persoon van het vrouwelijke geslacht die de leeftijd van 18 jaren¹⁴ nog niet heeft bereikt, waarbij:

- de VGV is uitgevoerd in het buitenland (het doet er niet toe of in het land waar het feit gepleegd is ook in dat land strafbaar is (geen dubbele strafbaarheidsvereiste)), en waarbij de verdachte(n)
 - 1) de Nederlandse nationaliteit heeft of een vreemdeling is die na het plegen van het feit Nederlander wordt (art. 7 SR) of
 - 2) een vreemdeling is met een vaste woon- of verblijfplaats in Nederland of
- de VGV is uitgevoerd in het buitenland, waarbij het slachtoffer de Nederlandse nationaliteit heeft of een vaste woon- of verblijfplaats in Nederland (ten tijde van het plegen van het delict) (art. 5 SR)
- de VGV is uitgevoerd in Nederland (art. 2 SR)

Criteria ten aanzien van het bewijs

- Er moet sprake zijn van daadwerkelijk uitgevoerde VGV, die (later) door een arts/medische verklaring bevestigd kan worden. Hieronder zijn alle vormen van VGV begrepen: van het rituele 'prikje' tot totale 'infibulatie'.
- Er is een verklaring van het slachtoffer en/of getuigen waaruit voldoende concrete aanwijzingen naar voren komen die leiden naar een verdachte (die voldoet aan de eerste criteria omtrent de competentie/bevoegdheid), dan wel een verdachte(n)spoor welke alsnog uitgerechercheerd kan worden (dus geen anonieme tips of vage vermoedens) en/of
- Er is een verklaring van de verdachte, bijvoorbeeld een ouder, familielid of 'snijd(st)er', die verklaart dat hij/zij inderdaad VGV heeft toegepast (conform de tradities van het thuisland) en/of
- De 'snijd(st)er' is bekend, dan wel er zijn aanwijzingen die kunnen leiden tot de identiteit van de snijd(st)er en/of
- Er zijn aanwijzingen (bijvoorbeeld in de vorm van verklaringen/meldingen van/door getuige(n)) dat de ouders van het slachtoffer
 - 1) betrokken zijn (medeplichtig, uitlokker) dan wel
 - 2) medepleger(s) zijn

Ten slotte is het volgende van belang:

Van het aantal meldingen inzake VGV dat binnenkomt, zal het merendeel meldingen betreffen, waarbij er aanwijzingen zijn dat een (van de) ouder(s) voornemens is om binnenkort of in de nabije toekomst een VGV uit te (laten) voeren bij zijn/haar dochter(s). Er is in dat stadium nog

¹⁴ Ook een VGV die is uitgevoerd (in Nederland) op een persoon die de leeftijd van 18 jaar reeds bereikt heeft, levert het strafbare feit van mishandeling op ex artikelen 300 tot en met 304 SR. Voor de competentie wordt echter aangehaakt bij de bewoordingen uit de wettekst van artikel 5 en 5a SR, omdat dit de plaats is in het Wetboek van Strafrecht, waar genitale verminking met name genoemd wordt en omdat als uitgangspunt geldt, de bescherming van jeugdigen/minderjarigen.

geen sprake van een daadwerkelijk uitgevoerde VGV, waarvoor het strafrecht mogelijk in stelling gebracht zou kunnen worden.

Veelal speelt daarbij wel dat een (of meer) van de overige dochters uit het gezin reeds is besneden, heeft (een van) de ouder(s) de wens tot VGV daadwerkelijk uitgesproken of zijn tickets voor dat doel naar het thuisland reeds gekocht, waardoor het realiteitsgehalte van de aanwijzing aanzienlijk in waarde stijgt.

Echter, het juridisch kader waarbij sprake is van strafbare voorbereidingshandelingen, zoals bedoeld in art. 46 SR, zal in een dergelijke situatie niet gauw aan de orde zijn, waardoor het strafrecht hier geen mogelijkheden heeft. In dergelijke gevallen prevaleert preventie en vanzelfsprekend voorlichting. Het Openbaar Ministerie wil uiteraard wel meedenken in dergelijke lastige cases.

BIJLAGE 5 Uit 'Model voor de Samenwerkingsafspraken tussen Veilig Thuis, Politie en OM' 7 juli 2015

Procesbeschrijving op hoofdlijnen van verschillende terreinen van samenwerking

In dit hoofdstuk wordt eerst een nadere operationalisering van § 6.3.8 uit het model Handelingsprotocol beschreven. In 6.3.8 staat beschreven wanneer VT over een melding overleg voert met de politie. In dit document heeft dat overleg de naam gekregen van "Afstemmingsoverleg Veilig Thuis-Politie", of kortweg: "het Afstemmingsoverleg". De nadere operationalisering houdt een beperking in (ten opzichte van de beschrijving in het model Handelingsprotocol) van het aantal meldingen dat in het Afstemmingsoverleg wordt besproken. Na de nadere operationalisering van het Afstemmingsoverleg wordt in dit hoofdstuk ingegaan op de algemene organisatorische inbedding van het Afstemmingsoverleg. Daarna volgt een nadere uitwerking van afspraken per specifiek onderwerp van samenwerking. Een essentiële kerntaak van Veilig Thuis is de triage. Triage is in de terminologie van het model Handelingsprotocol van Veilig Thuis het nemen van een besluit over de noodzakelijke vervolgstappen naar aanleiding van een melding en over welke instelling of professional de verantwoordelijkheid gaat nemen voor de uitvoering van die vervolgstappen. Om te kunnen bepalen welke vervolgstappen nodig zijn en wie voor de uitvoering daarvan verantwoordelijk wordt, beoordeelt Veilig Thuis zowel de veiligheid van kinderen en/of volwassenen waarover wordt gemeld, als de complexiteit van de melding. Voor die beoordeling gebruikt Veilig Thuis zoveel mogelijk het triage-instrument dat door De Waag en Verwey-Jonker is ontwikkeld, in opdracht van GGD/GHOR Nederland en in overleg met de VNG. Het triage-instrument geeft aan of er in een melding sprake is van acuut gevaar, structurele onveiligheid en/of zeer complexe problematiek. Een belangrijk deel van de input voor het triage-instrument is afkomstig van de politie. In het model Handelingsprotocol is op drie momenten sprake van informatie-uitwisseling over meldingen tussen Veilig Thuis en de politie:

a) De informatiefase (§ 6.3.1)

Voorafgaand aan de triage vraagt Veilig Thuis altijd aanvullende informatie aan de politie over alle personen die direct betrokken zijn bij de melding. Daarbij gaat het om de vraag of deze personen bij de politie bekend zijn, in een context die de politie voor een Veilig Thuis-melding relevant acht. De politie kijkt daarbij in het bijzonder of er in haar registratie informatie voorkomt, die Veilig Thuis nodig heeft als input voor het triage-instrument. Het gaat daarbij in elk geval om:

1 eerdere registraties die betrekking hebben op:

- zeden;
- huiselijk geweld en/of kindermishandeling;
- overig geweld;
- gebruik, of beschikbaarheid van (vuur) wapens.

2 zorgsignalen over een of meerdere personen die bij de melding betrokken zijn.

De politie verstrekt deze informatie aan Veilig Thuis, voor zover die in het politiebestand aanwezig is, binnen de termijnen die in § 3.6.3 van deze afspraken worden genoemd.

b. De triagefase (§ 6.3.8)

In § 6.3.8 is beschreven wanneer Veilig Thuis in de fase van triage over een melding overleg voert met de politie. Dat overleg heeft tot doel om - met behoud van ieders verantwoordelijkheid - te bepalen of, en zo ja hoe, gezamenlijke of op elkaar afgestemde vervolgacties van Veilig Thuis en politie een grotere kans bieden op het creëren van een veilige situatie, zowel op de korte als op de langere termijn.

Daarbij zijn vier situaties beschreven:

- de gegevens uit de melding wijzen op zodanige ernstige vormen van geweld of mishandeling – waaronder ernstige vormen van lichamelijke kindermishandeling, lichamelijke verwaarlozing, seksueel misbruik (inclusief het vervaardigen van beeldmateriaal hiervan), eengerelateerd geweld, vrouwelijke genitale verminking of huwelijksdwang – dat het in verband met de veiligheid van betrokkenen of vanwege de ernst van het feit noodzakelijk is dat de politie bij de melding betrokken wordt;
- een of meerdere personen die bij de melding zijn betrokken, bleken al bekend te zijn bij de politie in een context die de politie voor een Veilig Thuis-melding relevant acht (de groep die positief scoorde toen (6.3.1) aanvullende informatie werd ingewonnen bij de politie);
- meldingen, waarbij de politie zelf de melder is;
- alle andere meldingen waarbij Veilig Thuis een redelijk vermoeden heeft van een strafbaar feit;

Wanneer Veilig Thuis twijfelt of er in de melding sprake is van een redelijk vermoeden van een strafbaar feit, wordt de melding eerst geanonimiseerd aan de politie voorgelegd.

c. De onderzoeksfase (§ 7.3.8)

In § 7.3.8 wordt beschreven dat Veilig Thuis ook in de onderzoeksfase voortdurend afweegt of het - gezien de actuele situatie - in verband met de veiligheid van betrokkenen of vanwege de ernst van het feit, wenselijk is om met de politie af te stemmen over de inhoud van de melding. Daarbij worden deels dezelfde beschrijvingen gebruikt als onder b.

Beperking van het aantal meldingen in het Afstemmingsoverleg Veilig Thuispolitie

Om te voorkomen dat meldingen in met name de triagefase zonder dringende noodzaak worden besproken met de politie (en eventueel OM en andere justitieorganisaties) wordt er in dit model voor de samenwerkingsafspraken tussen Veilig Thuis, politie en OM gekozen voor het hanteren van het triageinstrument om te bepalen welke meldingen zich lenen voor het Afstemmingsoverleg. Voor het Afstemmingsoverleg tussen Veilig Thuis en de politie, zoals bedoeld in § 6.3.8 van het model Handelingsprotocol, geldt het volgende:

Veilig Thuis neemt het initiatief voor overleg met de politie:

- als de gegevens uit de melding wijzen op zodanige ernstige vormen van geweld of mishandeling - waaronder ernstige vormen van lichamelijke kindermishandeling, lichamelijke verwaarlozing, seksueel misbruik (inclusief het vervaardigen van beeldmateriaal hiervan), eengerelateerd geweld, vrouwelijke genitale verminking of huwelijksdwang - dat het in verband met de veiligheid van betrokkenen of vanwege de ernst van het feit noodzakelijk is dat de politie bij de melding betrokken wordt en/of

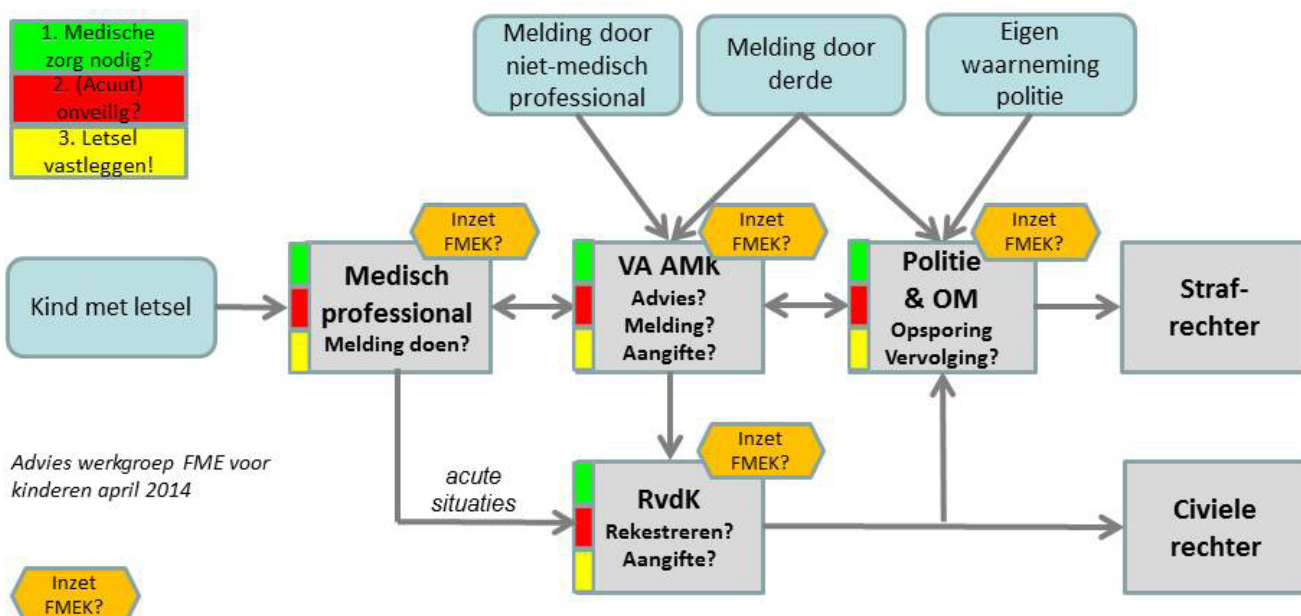
-
- als het triage-instrument aangeeft dat er in een melding sprake is van acuut gevaar of structurele onveiligheid, of
 - als anderszins naar het oordeel van Veilig Thuis gezamenlijke of op elkaar afgestemde vervolgacties van Veilig Thuis en politie een grotere kans bieden op het creëren van een veilige situatie, zowel op de korte als op de langere termijn.

BIJLAGE 6 Inzet Forensisch Medische Expertise bij Kinderen

Procesplaten - Werkgroep Beter benutten forensisch medische expertise voor kinderen - april 2014

Handelen bij vermoeden van kindermishandeling bij onverklaard of mogelijk toegebracht letsel

3 vaste aandachtspunten voor iedere professional in de keten:



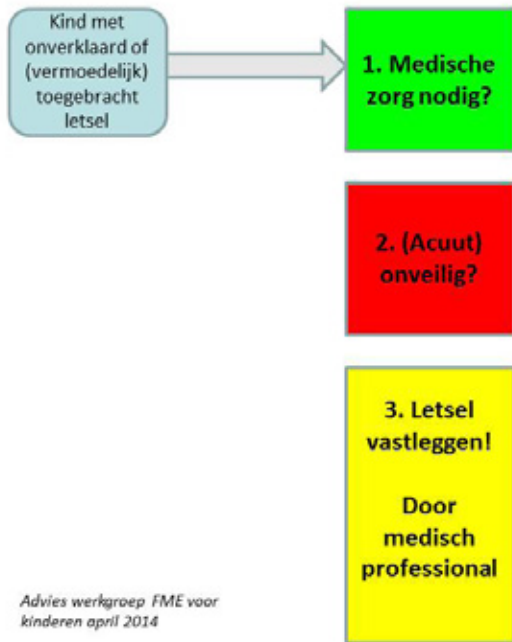
Inzet van **forensisch-medische expertise voor kinderen** (FMEK) is gericht op:

- consultatie (o.a. collegiaal overleg) en/of (dossier) onderzoek; om vast te stellen of er sprake is van toegebracht letsel;
- rapportage (forensische duiding / beschrijven letsel).

Wanneer FMEK wel/niet ingezet wordt en door welke deskundige i.c. organisatie is afhankelijk van de betreffende (vraagstellende) beroepsgroep, casus en lokale situatie.

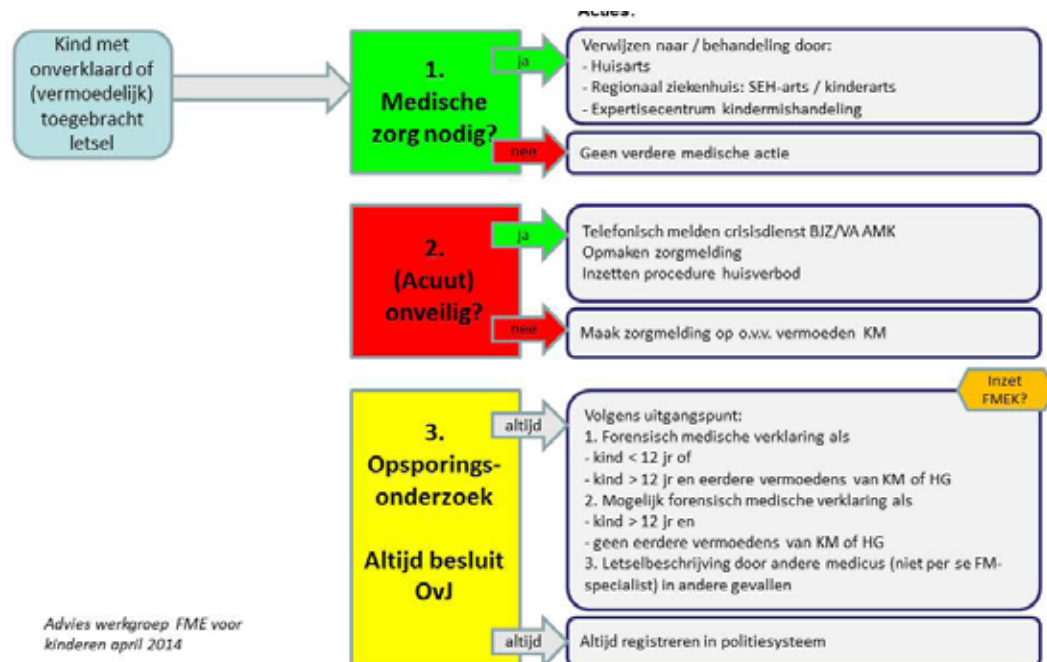
Handelen bij vermoeden van kindermishandeling bij onverklaard of mogelijk toegebracht letsel

3 vaste aandachtspunten voor iedere professional in de keten:



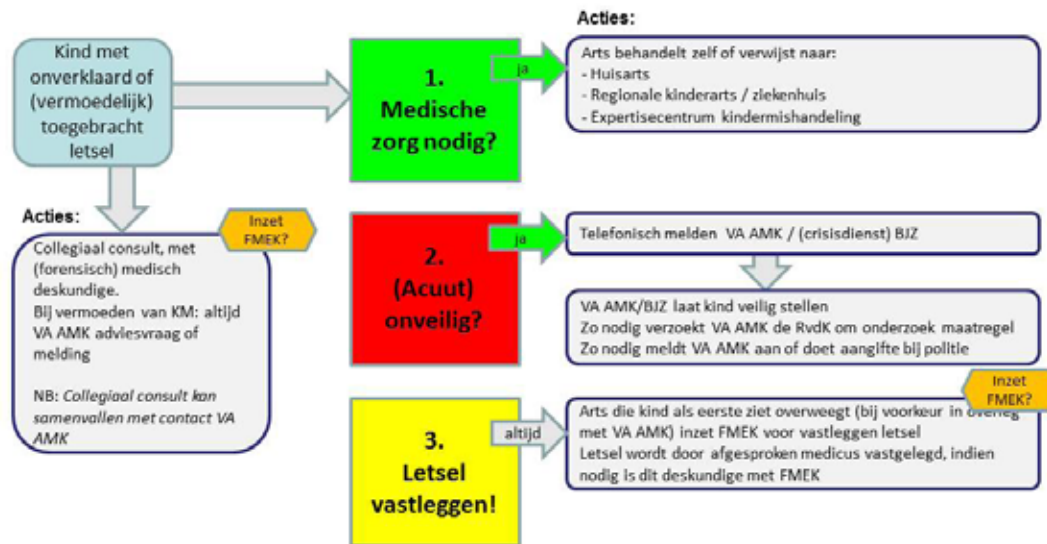
Handelen bij vermoeden van kindermishandeling bij onverklaard of mogelijk toegebracht letsel

Politie en OM



Handelen bij vermoeden van kindermishandeling bij onverklaard of mogelijk toegebracht letsel

Artsen



Advies werkgroep FME voor kinderen april 2014

VA AMK staat voor: vertrouwensarts Advies- en Meldpunt Kindermishandeling

BIJLAGE 7 Werkinstructie JGZ: Verklaring tegen meisjesbesnijdenis



Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

Werkinstructie JGZ Verklaring tegen meisjesbesnijdenis

Aan ouders van meisjes uit de risicolanden biedt de JGZ een verklaring aan tegen meisjesbesnijdenis.

In de verklaring staat dat:

- meisjesbesnijdenis in ons land verboden en strafbaar is;
- meisjesbesnijdenis voor het meisje vaak langdurige en ernstige lichamelijke en geestelijke gevolgen heeft;
- meisjesbesnijdenis een schending is van de rechten van het kind en van de vrouw.

Doel van de verklaring

Doel van de verklaring is meisjes tegen meisjesbesnijdenis te beschermen. De verklaring biedt ouders die hun dochter niet willen laten besnijden een steuntje in de rug. Ouders kunnen de verklaring laten zien als, bijvoorbeeld vanuit de familie, of tijdens verblijf in het buitenland, druk wordt uitgeoefend om de dochter(s) te laten besnijden. Met de verklaring kunnen ouders duidelijk maken dat meisjesbesnijdenis in ons land strafbaar is, dat ze het risico lopen op een gevangenisstraf én dat meisjesbesnijdenis pijnlijk en schadelijk is voor hun kind. Ervaringen in Frankrijk wijzen erop dat een dergelijke verklaring ouders kan helpen bij het bieden van weerstand tegen de druk die door de omgeving wordt uitgeoefend.

De verklaring is ondertekend door de ministers van VWS en Justitie en door nagenoeg alle bij meisjesbesnijdenis betrokken landelijke organisaties.

In deze werkinstructie en in de verklaring die aan de ouders wordt aangeboden, wordt in plaats van vrouwelijke genitale verminking de term meisjesbesnijdenis gebruikt. Dit sluit beter aan bij de belevingswereld van de ouders.

Meisjesbesnijdenis is strafbaar

Alle vormen van meisjesbesnijdenis zijn in ons land strafbaar. Ze worden gezien als een zware vorm van mishandeling. Dit geldt ook voor ouders die in Nederland wonen of verblijven en die:

- hun dochter in het buitenland laten besnijden; of
- de besnijdenis van hun dochter niet zelf uitvoeren maar deze ingreep laten doen.

De maximale gevangenisstraf kan, afhankelijk van het type besnijdenis en de gevolgen daarvan, oplopen tot twaalf jaar. Bovendien lopen ouders die geen Nederlands paspoort hebben het risico om, vanwege hun strafbaar gedrag, ons land uitgezet te worden.

Meisjesbesnijdenis is zeer schadelijk

Meisjesbesnijdenis is een zware en onomkeerbare vorm van mishandeling. De ingreep op zich is risicovol en (als er geen verdoving wordt gebruikt) zeer pijnlijk. Daarnaast kan de ingreep ernstige en langdurige gezondheidsklachten veroorzaken, zoals pijn bij het plassen, menstruatieklachten, urineweginfecties, onvruchtbaarheid, problemen bij de bevalling, depressies en trauma's.

Voor meer informatie over de strafbaarheid van meisjesbesnijdenis en over de gezondheidsrisico's wordt verwezen naar het *Standpunt preventie vrouwelijke genitale verminking* en naar de websites van Pharos www.meisjesbesnijdenis.nl en van de Federatie Somalische Associaties Nederland (FSAN) www.tegenvrouwenbesnijdenis.nl.

Doel van de verklaring is ouders die hun dochter niet willen laten besnijden een steuntje in de rug te bieden.

Inbedding in de taken van de JGZ

Vanwege de preventieve taken van de JGZ, gericht op veiligheid, groei en ontwikkeling van kinderen, ligt het voor de hand dat de JGZ de verklaring tegen meisjesbesnijdenis aan de ouders uitlegt en meegeeft. Het besnijden van meisjes vindt vaak al op zeer jonge leeftijd plaats, doorgaans tussen het vierde en twaalfde jaar, maar soms al veel eerder, in andere gevallen echter veel later. Daarom ligt hier een taak voor de gehele JGZ, 0 - 4 én 4 - 19.

Moment waarop de verklaring aan de orde wordt gesteld

Gelet op het eerder genoemde *Standpunt preventie vrouwelijke genitale verminking* is meisjesbesnijdenis vanaf het eerste contact een regelmatig terugkerend onderwerp van gesprek in de reguliere contacten van de JGZ met de ouders uit de risicolanden. In deze contacten wordt vanuit de JGZ duidelijk en ondubbelzinnig gewezen op de strafbaarheid en op de grote gezondheidsrisico's van meisjesbesnijdenis. De verklaring wordt aan de ouders meegegeven nadat de ouders er blijk van hebben gegeven dat zij niet willen dat hun dochter besneden wordt.

De verklaring is geen middel om ouders af te brengen van de gedachte om hun dochter te laten besnijden, maar om hun wil om dat niet te doen te ondersteunen. Voor aanwijzingen voor het voeren van gesprekken over meisjesbesnijdenis wordt verwezen naar het *Standpunt preventie vrouwelijke genitale verminking*, te vinden op kennisnet onder nummer 55177 of op het intranet van de eigen JGZ-organisatie.

Risicolanden

Op de website www.meisjesbesnijdenis.nl staat een lijst met alle risicolanden. Het gaat o.a. om Somalië, Ghana, Egypte, Eritrea, Ethiopië, Soedan en Sierra Leone. Met ouders uit de risicolanden wordt, vanaf het eerste contact, regelmatig over meisjesbesnijdenis gesproken en wordt de verklaring meegegeven als de ouders duidelijk maken dat ze geen meisjesbesnijdenis wensen.

Verklaring in zes talen beschikbaar

De verklaring is in zeven talen opgesteld: Nederlands, Engels, Frans, Somalisch, Arabisch, Amhaars (Ethiopië) en Tigrina¹ (Eritrea). De verschillende versies zijn als pdf-document te downloaden via kennisnet onder nummer 55178 en op het intranet van de eigen JGZ-organisatie. Op die manier is de verklaring altijd in de juiste taal beschikbaar ook als de papieren verklaring (tijdelijk) niet op de locatie aanwezig is.

Werkinstructie

- 1 Breng het onderwerp meisjesbesnijdenis *vanaf het eerste contact* met ouders uit de risicolanden onder de aandacht. Geef de verklaring mee als de ouders u in deze contacten hebben laten weten dat zij hun dochter niet willen laten besnijden.
- 2 Leg de *inhoud* van de verklaring kort en duidelijk uit en beschrijf het doel van de verklaring.
- 3 Vraag de ouders om een *reactie* nadat u de inhoud van de verklaring hebt beschreven.
- 4 Bied de ouders de verklaring aan als uit hun reactie blijkt dat zij positief staan tegenover de inhoud en het doel ervan. Als de ouders dit willen, kunnen ze de verklaring ook zelf ondertekenen, maar dit is niet noodzakelijk. U hoeft daar zeker niet op aan te dringen want de verklaring kan ook zonder handtekening van de ouders haar werk doen.
- 5a Als de ouders de verklaring willen hebben:
 - adviseer de ouders de verklaring (in hun moedertaal, en indien gewenst ook in het Nederlands) bij hun reispapieren te bewaren zodat ze het document, telkens als ze op reis gaan, mee kunnen nemen. De verklaring kan zo worden gevouwen dat deze goed bij het paspoort past;
 - leg uit dat u een aantekening in het digitale dossier maakt om te voorkomen dat de verklaring telkens opnieuw aan de orde wordt gesteld;

- kom in uw volgende contact terug op de verklaring en onderzoek of de ouders de inhoud en het doel van de verklaring hebben begrepen, of de verklaring met de andere ouder is besproken en hoe zijn of haar reactie was. Maak in dit contact duidelijk dat de ouders altijd opnieuw bij u terecht kunnen om te praten over meisjesbesnijdenis en over mogelijke druk van familie en landgenoten om hun dochter(s) te laten besnijden.

- 5b In geval de ouders de verklaring niet wensen:
 - vraag naar de reden hiervan en spreek met hen af dat u in het volgende contact terug zult komen op de verklaring;
 - noemt de ouder de opstelling van de andere ouder als reden voor het niet willen hebben van de verklaring, nodig de ouders dan zo mogelijk *samen* uit voor een gesprek.
- 6 Teken aan in het digitale dossier of de verklaring is besproken, of de ouders de verklaring wilden hebben en welke eventuele vervolgspraken er zijn gemaakt.

Melden van vermoedens van (dreigende) meisjesbesnijdenis

Bij vermoedens van (dreigende) meisjesbesnijdenis geldt als uitgangspunt dat artsen en verpleegkundigen hun vermoeden melden bij het Advies - en Meldpunt Kindermishandeling (AMK). Bij het doen van de melding wordt het stappenplan gevolgd van de KNMG Meldcode Kindermishandeling.

Het AMK kent een specifiek handelingsprotocol voor het handelen na vermoedens van meisjesbesnijdenis (zie www.meisjesbesnijdenis.nl). Bovendien beschikt ieder AMK over een deskundige op het terrein van meisjesbesnijdenis aan wie, voorafgaand aan de melding, advies kan worden gevraagd, bijvoorbeeld over de interpretatie van de signalen en het wel of niet bespreken van deze signalen met de ouders. Zie voor meer informatie over het melden van (dreigende) meisjesbesnijdenis het *Standpunt preventie vrouwelijke genitale verminking*.

¹ In deze taal wordt de verklaring vooral in de regio Rotterdam verspreid omdat de meeste Eritreërs in ons land in deze regio wonen. Elders in ons land kan deze versie uitgeprint worden via kennisnet.

BIJLAGE 7 Intentieverklaring

Verklaring aan Veilig Thuis tegen meisjesbesnijdenis

Ik, _____ verklaar dat mijn dochter(s),
_____ niet is/zijn besneden.

Ik, _____ verklaar dat ik mijn dochter(s),
_____ niet zal (laten) besnijden.

Ik ben op de hoogte van de mogelijke ernstige gevolgen van meisjesbesnijdenis voor de gezondheid.

Meisjes kunnen direct na de besnijdenis infecties krijgen of zoveel bloed verliezen dat zij er dood aan kunnen gaan. Meisjes kunnen door besnijdenis onvruchtbaar worden. Meisjesbesnijdenis kan psychische gevolgen hebben, zoals depressie.

Ik weet dat meisjesbesnijdenis of vrouwelijke genitale verminking in Nederland strafbaar is als ernstige vorm van kindermishandeling (art. 300-308 van het wetboek van Strafrecht). Het is in Nederland ook strafbaar als de besnijdenis in het buitenland plaatsvindt. Er staat een gevangenisstraf op van maximaal 12 jaar. Als ik zelf de besnijdenis uitvoer kan de straf met een derde worden verhoogd (art. 304 sub 1 van het wetboek van Strafrecht).

Ook als ik opdracht geef voor de besnijdenis, er voor betaal, middelen lever om de besnijdenis uit te voeren, of op enige andere wijze daarbij help ben ik strafbaar. Deze handelingen worden volgens de Nederlandse wet beschouwd als mededaderschap, uitlokking dan wel medeplichtigheid (art. 47 en 48 van het wetboek van Strafrecht).

Plaats _____

Datum _____

Naam _____

6. Bronnen

Baeten, Paul (2014)

VNG-Model Handelingsprotocol voor het Advies- en Meldpunt Huiselijk Geweld en Kindermishandeling 'Veilig Thuis'. VNG-ondersteuningsprogramma Veilig Thuis / AMHK.

Exterkate, Marja (2013)

Female Genital Mutilation in the Netherlands; Prevalence, incidence and determinants. Pharos, Januari 2013.

Nienhuis, G., M. Hendriks en Z. Naleie (2008)

Zware dingen moet je voorzichtig duwen. Achtergronden, gevolgen en aanpak meisjesbesnijdenis. Pharos, 2008

NVOG, AJN, KAMG, KNMG, KNOV, LHV, NHG, NVK, NVPC, NVU, NVVS, VVAK, Pharos (2010).

Modelprotocol medische zorg voor vrouwen en meisjes met vrouwelijke genitale verminking (VGV), 2010. NVOG, AJN, KAMG, KNMG, KNOV, LHV, NHG, NVK, NVPC, NVU, NVVS, VVAK, Pharos. Versie Juni 2010. Dit protocol is in herziening. Een update wordt in 2016 verwacht.

Pattje, W. (2015)

Model voor de Samenwerkingsafspraken tussen Veilig Thuis, Politie en OM. VNG.

Pijpers, F.I.M., M. Exterkate en M. de Jager (2010)

Standpunt Preventie van Vrouwelijke Genitale Verminking (VGV) door de Jeugd-gezondheidszorg. Centrum Jeugdgezondheid (RIVM).

RVZ (2005)

Bestrijding vrouwelijke genitale verminking; beleidsadvies. Advies uitgebracht door de Commissie Bestrijding Vrouwelijke Genitale Verminking aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. Zoetermeer, 2005.

UNICEF (2016)

Female genital mutilation/cutting: a global concern. 2016. Beschikbaar via: http://www.unicef.org/media/files/FGMC_2016_brochure_final_UNICEF_SPREAD.pdf. Geraadpleegd op 2016-04-04.

UNICEF (2016)

Indonesia. Statistical profile on Female Genital Mutilation/Cutting. Beschikbaar via: http://data.unicef.org/corecode/uploads/document6/uploaded_country_profiles/corecode/222/Countries/FGMC_IDN.pdf. Geraadpleegd op 2016-04-04.

Vloeberghs, E., J. Knipscheer, A. van der Kwaak, Z. Naleie, M. van den Muijsenbergh (2010)

Versluierde Pijn: een onderzoek naar psychosociale gevolgen van meisjesbesnijdenis.
Pharos 2010

WADI (2010)

Female genital mutilation in Iraqi-Kurdistan; an empirical study by Wadi, Wadi.2010.

Werkgroep Beter Benutten Forensisch Medische Expertise bij kinderen (2014)

Procesplaten <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/publicaties/2014/04/01/inzet-forensisch-medische-expertise-voor-kinderen>

World Health Organization (2016)

WHO guidelines of health complications from female genital mutilation.
<http://www.who.int/reproductivehealth/topics/fgm/management-health-complications-fgm/en/>