

VROUWENBESNIJDENIS IN EUROPA

Enkele knelpunten in de aanpak van de gezondheidszorg, wetgeving en preventie

Els Leye, Jessika Deblonde & Marleen Temmerman¹

SUMMARY – Female genital mutilation (FGM) is a harmful traditional practice imported in Europe with rising migration of African, FGM-practicing communities. In the West, cutting or removing female genitalia for non-medical reasons is seen as a human rights violation. Many African communities nevertheless perceive it as a tradition to which one has to comply to be a full member of the community. This article describes the practice of FGM and the European response to it at three levels: health care, legislative and preventive level. The paper highlights difficulties encountered by health care professionals in dealing with FGM, obstacles in implementing the law with regard to FGM and describes some of the constraints met by those working towards the prevention of the practice in Europe.

Keywords – Female genital mutilation – European policies – human rights – health care – prevention

Inleiding

Vrouwelijke genitale verminking, vrouwenbesnijdenis of “female genital mutilation” (FGM) zoals de gangbare term luidt, is een traditionele praktijk uit (voornamelijk) Afrika, die met de migrantenstroom vanuit dat continent naar onze contreien is overgewaaid. Het snijden in en/of verwijderen van de vrouwelijke genitaliën voor niet-medische redenen is onverenigbaar met onze huidige Westerse opvattingen over seksualiteit, gelijkheid van man en vrouw en het recht op een goede gezondheid en lichamelijke integriteit. Voor de Afrikaanse gemeenschappen die vrouwenbesnijdenissen uitvoeren, is het een belangrijke traditie welke moet in stand gehouden worden. Het in vraag stellen van deze traditie gebeurt slechts moeizaam en ondanks decennialange inspanningen zijn er weinig redenen om aan te nemen dat vrouwenbesnijdenis op korte termijn tot het verleden zal behoren.

Het omgaan met vrouwenbesnijdenis in Europa vergt niet alleen een inspanning van de individuele Afrikaan en Europeaan wat betreft het overwegen en eventueel bijstellen van waarden en normen op gebied van seksualiteit, gendergelijkheid en universele rechten, zoals het recht op lichamelijke integriteit en gezondheid. Het stelt ook de Europese gezondheidszorg, wetgever en preventiewerkers voor specifieke uitdagingen.

Dit artikel geeft een beschrijvende, algemene toelichting bij de praktijk van vrouwenbesnijdenis, om vervolgens de aanpak in Europa op drie niveaus te belichten: de ge-

¹ Dra. Els Leye en Jessika Deblonde zijn als wetenschappelijk medewerksters verbonden aan het ‘International Centre for Reproductive Health’ (ICRH), Faculteit Geneeskunde en Gezondheidswetenschappen, Universiteit Gent; Prof. Dr. Marleen Temmerman is Directeur van het ICRH.

zondheidszorg, de wetgeving en de preventie- en educatie. Het artikel haalt enkele van de knelpunten aan en besluit met suggesties voor verbetering.

1. Vrouwenbesnijdenis: een algemene introductie

Vrouwenbesnijdenis of genitale verminking bij vrouwen is een traditie die nog altijd wijdverspreid is in grote delen van Afrika. Bevolkingsgroepen die vrouwenbesnijdenis uitvoeren hebben door migratie naar Europa, de Verenigde Staten, Australië, Canada en Nieuw-Zeeland, ook hun tradities meegenomen, waaronder vrouwenbesnijdenis.

Genitale verminking bij vrouwen kan in diverse gradaties gebeuren. De Wereldgezondheidsorganisatie onderscheidt vier verschillende types. Type 1 of *clitoridectomie*, is de excisie van het preputium of kapje van de clitoris, met of zonder het verwijderen van delen van of de gehele clitoris; type 2 of *excisie*, betreft het wegsnijden van de clitoris, met gedeeltelijke of volledige verwijdering van de labia minora. Type 3 of *infibulatie* is de gedeeltelijke of volledige excisie van de uitwendige externe genitaliën waarbij de vaginale opening verkleind wordt door het aanbrengen van hechtingen. Daarnaast is er nog een 4^{de} categorie die alle *niet geclassificeerde types* omvat, zoals het prikken, piercen of de incisie van de clitoris en/of labia; uittrekken van de clitoris en/of labia; dichtschroeven van clitoris en omringende weefsels; wegschrapen van weefsel rond de vaginale opening (angurya cuts) of snijden in de vagina (gishiri cuts); inbrengen van bijtende substanties of kruiden in de vagina om bloedingen te veroorzaken of om de vagina te vernauwen; alsook alle andere vormen van verminking om niet-therapeutische of culturele redenen. (WHO, 2001: 39)

Volgens een ruwe schatting zijn 100 tot 140 miljoen vrouwen en meisjes het slachtoffer van vrouwenbesnijdenis, en zouden nog altijd minstens 2 miljoen meisjes per jaar besneden worden. De meeste slachtoffers leven in Afrika. In minstens 28 Afrikaanse landen wordt deze traditie nog uitgevoerd, maar het komt ook voor in Azië en het Midden-Oosten. (WHO, 2001: 39)

Over de oorsprong van vrouwelijke genitale verminking bestaat geen zekerheid. Diverse publicaties en onderzoekers spreken elkaar tegen. Volgens sommigen zou het zijn oorsprong vinden in het oude Egypte (Lightfoot-Klein, 1989: 27-28), volgens anderen zou het zijn intrede gedaan hebben in sommige delen van Afrika, samen met de opkomst van de Islam. (WHO, 2001: 37) Dorkenoo stelt dat het onafhankelijk ontstaan is binnen bepaalde etnische groepen in Zwart Afrika, als onderdeel van puberteitsrites. (Dorkenoo, 1995: 34)

De morbiditeit en mortaliteit ten gevolge van vrouwenbesnijdenis is moeilijk meetbaar, gezien het overgrote deel van de procedures uitgevoerd wordt buiten de reguliere gezondheidszorgvoorzieningen en er weinig of geen gegevens worden bijgehouden over de diverse vormen van besnijdenissen en hun gevolgen op de reproductieve en seksuele gezondheid van vrouwen en meisjes. Post-operatieve zorg is vaak onbeschikbaar, ontoereikend of er wordt geen beroep op gedaan uit angst voor juridische vervolgingen (Leye, Roelens & Temmerman, 2003: 45). De medische gevolgen van vrouwenbesnijdenis zijn afhankelijk van de aard van de besnijdenis, de expertise van de besnijdstster, de hygiënische omstandigheden waarin de operatie werd uitgevoerd en de medewerking en de algemene gezondheidstoestand van het meisje (Koso-Thomas, 1987: 25). De

gevolgen kunnen onmiddellijk optreden (bijvoorbeeld bloedingen of hevige pijn) of op lange termijn (bijvoorbeeld verloskundige complicaties en fistels²). De psycho-seksuele gevolgen zijn in de medische literatuur veel minder frequent gedocumenteerd, hoewel er onder andere melding wordt gemaakt van frigiditeit, moeilijke coïtus door stenosis³ van de vagina, posttraumatische stressstoornis, depressies en zelfs zelfdoding. (Leye, Roelens & Temmerman, 2003: 47-48)

Vrouwenbesnijdenis is een vrouwenaangelegenheid; mannen zijn zelden aanwezig bij het ritueel en weten er weinig of niets over. Het zijn de vrouwen die de praktijk in stand houden, niet om hun dochters/kleindochters moedwillig te pijnigen, maar om te voldoen aan de traditie van vrouwenbesnijdenis. Grosso modo worden vrouwen besneden omwille van religieuze of gezondheidsfactoren, uit hygiënische overwegingen, omwille van de traditie of etnische belangen, voor socio-economische of gendergebonden redenen. Al naar gelang de streek of etnische groep wordt de nadruk gelegd op verschillende factoren. (De Bruyn, 1998: 71-76)

Religie speelt een belangrijke rol in het voortbestaan van vrouwenbesnijdenis. Onderzoek naar vrouwenbesnijdenis in de Centraal Afrikaanse Republiek, Ivoorkust, Egypte, Eritrea, Mali, Soedan en Jemen, concludeert dat vrouwenbesnijdenis vaker voorkomt bij moslimvrouwen dan bij christelijke vrouwen (Carr, 1997: 5-6). In Ivoorkust zijn 80 % van de Moslimvrouwen besneden, bij de Christenen is dat 16%. Het overgrote deel van de moslims in de wereld, dit is 80%, praktiseren echter geen vrouwenbesnijdenis. (Mohammad, 1999). Hoewel FGM overwegend voorkomt bij moslims, bestaat de praktijk eveneens bij christenen (met name Kopten, Katholieken en Protestanten), animisten en joden (met name de Falashas in Egypte) (De Bruyn, 2003: 72). Bij diverse bevolkingsgroepen in Afrika die vrouwenbesnijdenis uitvoeren, leeft de overtuiging dat deze praktijk voorgeschreven wordt door de Islam. Tot voor kort was er discussie tussen voor- en tegenstanders van vrouwenbesnijdenis, of vrouwenbesnijdenis nu inderdaad in de Koran werd aanbevolen. Tegenwoordig is er een algemene consensus dat er geen enkele Islamitische tekst is die zich uitspreekt vóór vrouwenbesnijdenis. Vrouwenbesnijdenis blijft echter een gangbare praktijk, vooral bij moslimvrouwen, enerzijds omdat veel vrouwen geen toegang hebben tot de teksten van de Koran of analfabeet zijn, anderzijds omdat er nog veel religieuze leiders zijn die zich niet openlijk uitspreken tegen vrouwenbesnijdenis. Omdat die religieuze leiders binnen de Afrikaanse gemeenschap een grote invloed hebben, worden ze door organisaties die werken aan preventie vanuit de basis, benaderd in een poging hen te betrekken in de strijd tegen vrouwenbesnijdenis.

In sommige gemeenschappen worden de vrouwelijke genitaliën in verband gebracht met vruchtbaarheid, de potentie van de man en de gezondheid van baby's. Sommige etnische groepen geloven dat een besneden vrouw een hogere vruchtbaarheid heeft. Vrouwen in Ghana en Nigeria worden besneden om onvruchtbaarheid te genezen. De Mossi in Burkina Faso en de Bambara in Mali geloven dat de clitoris mannen impotent maakt of hen kan doden tijdens seksuele betrekkingen. De Wala in Ghana denken dat een clitoris de erectie van de man tenietdoet, en dus conceptie tegenhoudt. Gedacht wordt ook dat een clitoris de baby kan doden tijdens de geboorte (met name bij Mossi

² Bij een vesico-vaginale fistel is er een opening tussen de blaas en de vagina, bij een recto-vaginale fistel is er een opening tussen rectum en vagina.

³ Vernauwing van de vagina.

in Burkina Faso, Bambara en Dogon in Mali, sommige Nigeriaanse groepen), en in Soedan leeft het idee dat een besnijdenis kinderziekten kan genezen (De Bruyn, 2003: 72). 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. (Dorkenoo, 1995: 40)

In vele gebieden is vrouwenbesnijdenis een absolute voorwaarde om te huwen. In gemeenschappen waar vrouwen economisch volledig afhankelijk zijn van mannen, is het in vraag stellen van vrouwenbesnijdenis niet aan de orde. De economische nadelen van een besnijdenis, zoals de medische kosten of het verlies aan productiviteit door ziekte, worden door de gemeenschap niet erkend als veroorzaakt door de besnijdenis. Daarbij komt nog dat de besnijdsters een aanzienlijk inkomen kunnen verwerven met het uitvoeren van de operaties. In landen waar de economische activiteit van vrouwen een schaars goed is, mag men de impact van deze ‘beroepsactiviteit’ niet onderschatten. Besnijdsters worden niet alleen vergoed voor het uitvoeren van een besnijdenis, maar ook voor het terug openen van geïnfibuleerde vrouwen die pas gehuwd zijn, en waar de man er niet in slaagde zijn vrouw te openen om seksuele betrekkingen met haar te hebben. Besnijdsters verwerven tevens een zekere status als behoedsters van de traditie die de bereidheid om de praktijk op te geven niet ten goede komt (De Bruyn, 2003: 74). Vrouwenbesnijdenis wordt ook gezien als een ritueel dat de banden binnen een gemeenschap versterkt. Het bevordert de identificatie met een cultuur of groep. Vrouwen en meisjes die niet besneden zijn kunnen uitgesloten worden van bepaalde activiteiten binnen hun gemeenschappen, bijvoorbeeld van begrafenisrituelen of het bereiden van voedsel voor mannen en besneden vrouwen. Het al of niet besnijden van dochters kan ook gevolgen hebben voor een hele dorps- of familiegemeenschap. Zo worden in Kenia Samburu-jongens die onbesneden zussen hebben, uitgesloten van de initiatie tot krijger. Een besnijdenis kan ook worden uitgevoerd om zich te onderscheiden van andere etnische groepen. Op die manier kunnen niet besneden vrouwen die huwen met een man van een etnische groep waar vrouwenbesnijdenis wel courant is, gedwongen worden zich te laten besnijden zodat ze volwaardig lid worden van hun nieuwe etnische groep (De Bruyn, 2003: 73).

Normen en opvattingen over vrouwelijke seksualiteit, vrouwelijkheid en rollenpatronen van mannen en vrouwen, spelen een belangrijke rol in het voortbestaan van de praktijk. Vrouwenbesnijdenis is een overgangsritus waarbij het meisje haar vrouwelijke identiteit krijgt en dus huwbaar wordt, of een duidelijke grens kan trekken tussen de mannelijke en de vrouwelijke identiteit. Bij de Dogon en Bambara in Mali gelooft men dat mensen bij de geboorte zowel een mannelijke als een vrouwelijke ziel hebben. De vrouwelijke ziel van een jongen zit in de voorhuid, de mannelijke ziel van het meisje zit in de clitoris. Een kind kan daarom enkel volledig mannelijk of vrouwelijk worden door een besnijdenis. (De Bruyn, 2003: 75) Grote waarde wordt gehecht aan maagdelijkheid en controle over de vrouwelijke seksualiteit, dat tot uiting komt in de maagdelijkheid als absolute voorwaarde voor een huwelijk en/of bruidschat. Door de besnijdenis wordt de eerbaarheid van een meisje beschermd omdat het de seksuele drang vermindert, en zij aldus haar maagdelijkheid bewaart. Een studie uitgevoerd in New York City, toonde aan dat Afrikaanse ouders vóór het besnijden van hun dochters waren, uit vrees voor “promiscuïteit bij hun dochters in een maatschappij die op seksueel vlak geen remmingen kent.” (Eyega & Conneely, 1997)

2. Knelpunten in de aanpak van vrouwenbesnijdenis in Europa: de gezondheidszorg⁴

In Europa zijn er drie niveaus waar vrouwenbesnijdenis wordt aangepakt, met name de gezondheidszorg, het wetgevend niveau en het preventiewerk aan de basis.

Met de migratie van Afrikaanse vrouwen naar Europa in de jaren tachtig, werd de Europese gezondheidszorg geconfronteerd met vrouwenbesnijdenis en de gezondheidsproblemen die er een gevolg van zijn. Vooral landen met een aanzienlijke gemeenschap Somalische vrouwen⁵ (zoals Zweden of Nederland), zagen zich genoodzaakt om in de gezondheidszorg rekening te houden met deze problematiek.

Onderzoek uitgevoerd door het 'International Centre for Reproductive Health (ICRH) naar de kennis, attitudes en praktijken van de gezondheidszorg in Europa (Leye, De Bruyn & Meuwese, 2003: 10-17), wees uit dat de gezondheidszorg op drie manieren een antwoord heeft geformuleerd op de problematiek: 1) door het ontwikkelen van technische richtlijnen voor het klinische management van de effecten van vrouwenbesnijdenis op de gezondheid, zoals in België gebeurd is (Richard, Daniel, Ostyn, Colpaert & Amy, 2000); 2) door het ontwikkelen van gedragscodes over de kwaliteit van de zorg voor besneden vrouwen/meisjes, zoals in Engeland, Frankrijk of Spanje; en 3) door het ontwikkelen van gespecialiseerde gezondheidsdiensten voor medische en psychologische zorg en 'counseling', zoals in Denemarken en Engeland. De voorzieningen die voorhanden zijn betreffen voornamelijk de klinische zorg voor vrouwen die besneden zijn. Meer en meer gezondheidsdeskundigen in Europa zijn bijgevolg op de hoogte van het klinische management van vrouwen na FGM, maar de gezondheidszorg ziet zich door het gebrek aan kennis en duidelijkheid over de draagwijdte van de wetgeving en praktische richtlijnen, geconfronteerd met enkele prangende vragen, vooral met betrekking tot de ethische en juridische kant van vrouwenbesnijdenis (Leye, Powell, Nienhuis, Claeyns & Temmerman, 2004). Het belangrijkste discussiepunt hierbij is de zogenaamde "medicalisering" van vrouwenbesnijdenis⁶. De Wereldgezondheidsorganisatie (WGO) en diverse internationale organisaties en niet-gouvernementele organisaties (NGOs) hebben zich altijd duidelijk uitgesproken tegen elke vorm van vrouwenbesnijdenis uitgevoerd door gezondheidswerkers. Volgens de WGO kan de gezondheidszorg hieraan niet meewerken omdat vrouwenbesnijdenis in strijd is met de Eed van Hippocrates (met name het principe van 'primum nil nocere'). Ondanks deze duidelijke stellingname van de WGO en anderen tegen medicalisering, blijft het thema terugkeren in Europa. Dit wijst op het bestaan van enkele ethische dilemma's waarvoor vroedvrouwen, gynaecologen en andere gezondheidswerkers zich geplaatst zien tijdens verlenen van diensten aan besneden vrouwen. De belangrijkste ethische en juridische vragen waarmee gezondheidswerkers kunnen geconfronteerd worden betreffen de herinfibula-

⁴ Voor een meer uitgebreide bespreking van de aanpak van de gezondheidszorg in Europa verwijzen we naar onze bijdrage Leye E, Powell RA, Nienhuis G, Claeyns P, Temmerman M. "Health care in Europe for women with genital mutilation", *Health Care for Women International* (aanvaard voor publicatie, september 2004).

⁵ In Somalië zijn 98% van de vrouwen geïnfibuleerd. Deze vorm van vrouwenbesnijdenis is het meest ingrijpend en heeft bijgevolg ook de zwaarste gevolgen voor de gezondheid.

⁶ Het uitvoeren van vrouwenbesnijdenis voor niet-medische redenen, onder hygiënische en gecontroleerde omstandigheden, en door medisch geschoold personeel.

ties, de ‘symbolische incisie of prik in de clitoris, en het opkomend fenomeen van de zogenaamde ‘designer vagina’s’ (Leye, Powell, Nienhuis, Claeys, Temmerman, 2004). Herinfibulatie betreft de vraag van (sommige) geïnfibuleerde vrouwen om na de bevalling terug ‘dicht’ gemaakt te worden of hun geïnfibuleerde toestand van voor de bevalling te herstellen. Wanneer een gynaecoloog met deze vraag van een meerderjarige vrouw wordt geconfronteerd en wanneer de wet hierover geen specificaties geeft, ziet hij/zij zich genoodzaakt een antwoord te formuleren op de vraag waar de grens ligt tussen een infibulatie en een gewone hechting na een episiotomie.⁷ Een gynaecoloog kan besluiten om dergelijke herinfibulatie uit te voeren. Deze beslissing kan gebaseerd zijn op respect voor tradities uit andere culturen of omdat hij/zij vermoedt dat een vrouw verstoten zal worden indien ze niet terug wordt ‘dichtgemaakt’. De gynaecoloog in kwestie kan deze beslissing ook rechtvaardigen vanuit het respect voor de beslissing van een meerderjarige vrouw die om een herinfibulatie verzoekt. Hij/zij kan ook beslissen tot een herinfibulatie uit vrees dat de vrouw – indien de ingreep geweigerd wordt – haar toevlucht zal nemen tot een traditionele besnijder die de ingreep in niet-hygiënische omstandigheden kan uitvoeren. Anderzijds kan hij/zij ook een negatieve beslissing nemen omdat hij/zij vrouwenbesnijdenis beschouwt als een grove schending van de mensenrechten of als een ernstige vorm van vrouwendiscriminatie.

Een ander heet hangijzer met betrekking tot het medicaliseren van vrouwenbesnijdenis betreft het uitvoeren van een zogenaamde ‘lichte’ versie van vrouwenbesnijdenis, een strategie die opgang maakt bij gemeenschappen die infibulaties uitvoerden maar overstappen naar minder ingrijpende vormen van besnijdenis. Het betreft hier het aanbrengen van incisies of het prikken in de clitoris, dat de schade voor de gezondheid en de seksualiteit van de vrouwen aanzienlijk beperkt en waarbij toch wordt voldaan aan de traditie.

In een rapport (Bartels & Haaijer, 1992) aan het Nederlandse Ministerie van Volksgezondheid, werd deze strategie in 1992 in Nederland voorgesteld als een stap in de richting van het geheel afzweren van vrouwenbesnijdenis. In dat rapport werd ook een onderscheid gemaakt tussen mutilerende en niet-mutilerende vormen van besnijdenis, waarbij de incisie als een niet-mutilerende vorm werd gezien. Dit voorstel ontketende een storm van protest en resulteerde in de totale verwerping van elke vorm van vrouwenbesnijdenis; ook het onderscheid mutilerend/niet-mutilerend werd van tafel geveegd.

Hetzelfde debat werd gevoerd in Italië in februari 2004, toen een Somalische gynaecoloog van het Carregi ziekenhuis in Firenze voorstelde om een ‘sunna’ versie van besnijdenis uit te voeren in dit ziekenhuis (Turone, 2004). Deze ‘sunna’ versie bestaat uit het uitvoeren van een kleine incisie in de clitoris, na het aanbrengen van een lokale anesthetische crème. Daarna zou een certificaat meegegeven worden aan de familie om aan te tonen dat de besnijdenis werd uitgevoerd. De dokter beoogde hiermee het aantal illegale infibulaties tijdens vakanties naar het thuisland te verhinderen. Dit voorstel lokte hevige reacties uit in Italië en ver daarbuiten. Het protest tegen deze ‘lichte’ vormen van besnijdenis richt zich vooral op het feit dat elke vorm van besnijdenis moet gemeden worden. Het uitvoeren van zelfs maar de lichtste vorm door medisch personeel en in

⁷ Een episiotomie is het insnijden van de vulvaopening op het moment van de bevalling om scheuren van de bilnaad te vermijden en de baby gemakkelijker uit te drijven. De insnijding wordt daarna terug gehecht.

ziekenhuizen zou de boodschap geven dat vrouwenbesnijdenis acceptabel is en zo de praktijk legitimeren. Verder is er ook geen enkele garantie dat het bij een incisie zal blijven: in sommige gemeenschappen worden meisjes opnieuw besneden als blijkt dat er alleen een incisie is gebeurd (Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit, 2002).

Andere argumenten die in het debat naar voor werden gebracht zijn: 1) wanneer een incisie wordt uitgevoerd, vooral als de genitaliën zich nog niet volledig hebben gevormd, is het moeilijk te verhinderen dat er schade zal berokkend worden aan de clitoris; 2) complicaties zoals bloedingen, infecties en shock blijven mogelijk, zelfs bij een incisie en vooral wanneer de ingreep zou worden uitgevoerd onder niet-hygiënische omstandigheden; 3) een incisie blijft een ingreep die om niet-medische redenen wordt uitgevoerd en is dus tegen de medische deontologie; 4) ook een incisie is een inbreuk op het recht op lichamelijke integriteit en is dus een schending van de mensenrechten (Leye, Powell, Nienhuis, Claeys, Temmerman, 2004).

Gezondheidswerkers daarentegen redeneren op een pragmatische manier: wanneer daarmee erger kan voorkomen worden lijkt het geven van een prik of het uitvoeren van een infibulatie onder algehele verdoving en hygiënische omstandigheden een voor de hand liggende keuze. Artsen zonder Grenzen (AZG) kwam enige tijd geleden fel onder vuur te liggen toen in 1999 een krant (Veash, 1999) meldde dat AZG medewerkers op het terrein chirurgisch materiaal hadden voorzien om besnijdenissen uit te voeren. De organisatie haastte zich om te melden dat het hier een beslissing betrof van een individu en dat het voorzien van steriel materiaal voor besnijdenissen niet strookt met het beleid van AZG.

Een andere kwestie die enkele ethische en juridische vragen oproept betreft de cosmetische genitale chirurgie, of de zogenaamde ‘designer vagina’s’. Het betreft hier diverse ingrepen aan de genitaliën (het liften van de labia of het vernauwen van de vagina) om esthetische redenen, een opkomend fenomeen in Amerika en Europa. Zowel in het geval van vrouwenbesnijdenis als in het geval van cosmetische chirurgie gaat het om wijzigingen aan de genitaliën om niet-medische redenen. De vraag is hier of een gynaecoloog dezelfde criteria zal hanteren om zijn beslissing te staven wanneer een blanke vrouw vraagt om een cosmetische genitale chirurgische ingreep uit te voeren, of wanneer een Afrikaanse vrouw vraagt om opnieuw ‘dicht’ gemaakt te worden. Onderzoek wees uit dat de specifieke wetgeving in Europa ter bestrijding van vrouwenbesnijdenis, hieromtrent niet duidelijk is. De gynaecoloog in kwestie kan zich de vraag stellen of een “designer vagina” verboden is voor alle vrouwen omdat het als vrouwenbesnijdenis wordt beschouwd, of dat de wet enkel van toepassing is op Afrikaanse vrouwen? (Leye, Deblonde & Temmerman, 2004: 50). Bij gebrek aan kennis over de wetgeving, of wanneer er geen duidelijkheid is, zal de gezondheidswerker een beslissing treffen die gebaseerd is op zijn eigen referentiekader, zijn eigen waarden ten aanzien van lichamelijke integriteit, seksualiteit en gendergelijkheid.

3. Knelpunten in de aanpak van vrouwenbesnijdenis in Europa: het wettelijk kader

In Europa zijn de laatste jaren diverse wetgevende initiatieven genomen om FGM specifiek strafbaar te stellen. De oudste specifieke wetten bestaan in Zweden (1982) en Engeland (1985). Oostenrijk (2002), België (2001), Denemarken (2003) en Spanje (2003) hebben pas recent dergelijke wetten ontwikkeld. In de andere Europese lidstaten is FGM ook strafbaar maar dan krachtens algemene bepalingen uit het Strafwetboek zoals slagen en verwondingen. Opvallend hierbij is dat in geen enkel land met een specifieke wet een zaak in verband met FGM de rechtszaal heeft bereikt. Het enige land met een stevige reputatie op dat vlak is Frankrijk (vrouwenbesnijdenis is er strafbaar onder de algemene strafwet) waar tot nu toe 33 rechtszaken zijn geweest (Leye, Deblonde & Temmerman, 2004). Vertrekkend vanuit deze vaststelling heeft het ICRH een onderzoek uitgevoerd, dat de wettelijke voorzieningen met betrekking tot vrouwenbesnijdenis in de 15 Europese Lidstaten (vóór de toetreding van de 10 nieuwe Lidstaten) in kaart bracht en de moeilijkheden bij het implementeren van de wet in 5 landen (België, Frankrijk, Spanje, Zweden en Engeland) aan een diepgaande analyse onderwierp.

Een eerste belangrijke hinderpaal voor het effectief toepassen van de wet is het signaleren van gevallen van vrouwenbesnijdenis. De hamvraag hierbij is hoe gevallen van FGM – of de vrees voor een toekomstige besnijdenis – gedetecteerd kunnen worden. Het is hierbij van kapitaal belang dat deskundigen over voldoende kennis beschikken over FGM, de risicopopulatie, de wetgeving terzake en de procedures die moeten gevolgd worden wanneer er een risico op besnijdenis is. Om de wet te implementeren en het detecteren van gevallen te vergemakkelijken, wordt vaak met het idee gespeeld om meisjes gynaecologisch te screenen. De praktische uitvoering van dit idee loopt echter niet van een leien dakje. Getuige hiervan is de discussie die begin 2004 oplaaide in Nederland. Vrouwenbesnijdenis is in Nederland strafbaar onder de algemene strafwet (art 300-304 Strafwet). Grote commotie ontstond toen VVD kamerlid Ayaan Hirsi Ali voorstelde om alle minderjarige meisjes uit de risicogroepen, verplicht een jaarlijkse gynaecologische controle op te leggen. Voor haar is rechtshandhaving van primair belang, vóór preventie en voorlichting en ze beschouwt het totale gebrek aan controle voor dit zware delict als een vorm van gedoogbeleid van de Nederlandse regering. (Hirsi Ali, 2004). Haar voorstel stuitte echter op massaal protest. De voornaamste punten van kritiek hadden betrekking op het verplichten van een gynaecologisch onderzoek (op minderjarige meisjes) en op het feit dat men deze onderzoeken enkel verplicht zou stellen voor meisjes uit risicolanden. Het basisrecht op gezondheid en lichamelijke integriteit wordt door vrouwenbesnijdenis geschonden, maar het verplichten van een gynaecologisch onderzoek ter controle van besnijdenissen werkt stigmatiserend ten aanzien van een bepaalde bevolkingsgroep en lijkt een te rigoureuze maatregel om dit recht te vrijwaren. Parallel met dit voorstel, zou men bijvoorbeeld slachtoffers van incest en verkrachtingen kunnen opsporen door systematische gynaecologische controles uit te voeren op de gehele bevolking, maar dit wordt echter niet overwogen. Bovendien blijft het de vraag of dergelijke controles stroken met de grondwet en diverse internationale mensenrechtenverdragen.

Een tweede moeilijkheid bij het implementeren van de wet is het vinden van afdoende bewijsmateriaal om een rechtszaak aan te spannen. Zowel in Frankrijk, Zweden, Spanje

en Engeland werden gevallen gesignaleerd, maar enkel in Frankrijk werd voldoende bewijsmateriaal gevonden (Leye, Deblonde & Temmerman, 2004). De voornaamste problemen hierbij hebben betrekking op het vaststellen van FGM. Zo zijn de lichtste vormen bijvoorbeeld moeilijk te detecteren, zeker wanneer de genitaliën nog niet vol-groeid zijn en artsen/gynaecologen weinig kennis hebben over de verschillende typen FGM. Het is van belang het tijdstip waarop de besnijdenis werd uitgevoerd te kennen, aangezien het jaar waarin het werd uitgevoerd cruciaal kan zijn voor het vaststellen of er inderdaad een illegale daad werd gesteld of niet. In het geval het principe van dubbele incriminatie⁸ van toepassing is, dient men ook het land te kennen waar FGM werd uit-gevoerd, wat zeker niet altijd evident is. Het vinden van bewijsstukken over de uitvoer-der van de ingreep en de eventuele medeplichtigheid van de ouders wordt nog bemoei-lijkt doordat vrouwenbesnijdenis in obscuriteit wordt uitgevoerd, binnen een allochtone gemeenschap die vaak de rangen sluit wanneer FGM ter sprake wordt gebracht.

De implementatie van een wet is bijgevolg een complexe aangelegenheid, die geenszins automatisch of vanzelfsprekend gebeurt. Bij de implementatie van een wet zijn diverse actoren betrokken op verschillende niveaus (zoals medici, kinderbescherming, sociale werkers, politie, procureurs), en er zijn meerdere determinanten die het proces van im-plementatie beïnvloeden, zoals onder meer de kennis die elk van die actoren heeft over vrouwenbesnijdenis en over de vigerende wetgeving; hun houding tegenover vrouwen-besnijdenis en de allochtone gemeenschappen die het beoefenen; en het al of niet bestaan van overleg tussen deze actoren (Leye, Deblonde & Temmerman, 2004).

4. Knelpunten in de aanpak van vrouwenbesnijdenis in Europa: preventie en voorlichting

Preventie en voorlichting naar de gemeenschappen toe, heeft zich de afgelopen 20 jaar toegespitst op het wijzen op de negatieve gevolgen van vrouwenbesnijdenis voor de gezondheid, de zogenaamde ‘gezondheidsrisicobenadering’. Hoewel deze benadering erin slaagde het taboe rond vrouwenbesnijdenis te doorbreken, slaagde het er niet in om individuen, families en gemeenschappen te overtuigen vrouwenbesnijdenis af te zweren (Toubia & Sharief, 2003: 255). Een andere benadering die tegenwoordig opgang maakt is de zogenaamde ‘geïntegreerde benadering’, waarbij vrouwenbesnijdenis benaderd wordt als onderdeel van een breder project waarin ook basiseducatie, gezondheid in het algemeen, zelfredzaamheid van vrouwen, en dergelijke meer aan bod komen. Een succesvol voorbeeld van deze benadering is de Senegalese organisatie TOSTAN die basi-seducatieprogramma’s uitvoert in rurale gebieden van Senegal, met als doel het fysieke en psychische welzijn van landelijke vrouwen en kinderen te verbeteren. Het program-ma behandelt onderwerpen zoals hygiëne, overdraagbare ziekten, gezondheid van vrou-wen en kinderen, mensenrechten, planning en uitvoering van projecten en boekhoud-kundige technieken. Vrouwen worden er ook getraind in het ontwikkelen van problee-moplossende vaardigheden, zelfbewustzijn en assertiviteit. Via het begrip mensenrechten en gezondheid wordt vrouwenbesnijdenis zeer geleidelijk aangekaart. Het project

⁸ Het principe van dubbele incriminatie stelt dat FGM strafbaar is in het land van residentie, op voorwaarde dat het ook strafbaar is in het land waar het werd uitgevoerd.

wordt uitgevoerd door TOSTAN in samenwerking met dorpelingen dat van kapitaal belang is voor het succes van het project. Deze aanpak bleek succesvol in het mobiliseren van gemeenschappen tegen vrouwenbesnijdenis: nadat enkele vrouwen uit Malicounda Bambara in Senegal hadden deelgenomen aan een educatief programma, besloten ze in september 1996 af te zien van verdere besnijdenissen. De vrouwen slaagden erin ook de andere dorpelingen rond het thema vrouwenbesnijdenis te mobiliseren. Dorpsleiders, vrouwen, religieuze leiders en mannen die aanvankelijk gekant waren tegen het opgeven van deze traditie, werden in de discussies betrokken. Ze schaarden zich achter de beslissing en gaandeweg heeft deze beslissing andere dorpen in de omgeving ertoe aangezet om hetzelfde te doen (Leye, 2001: 133-134).

Naar aanleiding van een evaluatie van verschillende programma's en projecten in Afrika ter bestrijding van vrouwenbesnijdenis, uitgevoerd door de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO, 1999), werd geadviseerd om de doelstellingen van programma's en activiteiten te verschuiven van sensibilisering naar gedragsveranderinginterventies. Dergelijke interventies in Afrika die gericht zijn op gedragsveranderingen zijn nog relatief jong. Om écht te kunnen spreken van een succes dient men af te wachten of het aantal besneden vrouwen in de betrokken regio ook daadwerkelijk daalt en of die dalende trend zich op lange termijn kan handhaven.⁹

In Europa werden aanvankelijk diverse initiatieven die plaats vinden in Afrika ontwikkeld en/of ondersteund, uit solidariteit met activisten in Afrika. Sinds de jaren '80 werden ook initiatieven genomen in Europa zelf, met en door Afrikaanse vrouwen. In Europa concentreren de activiteiten van niet-gouvernementele organisaties die werken aan de preventie van vrouwenbesnijdenis zich voornamelijk op de zogenaamde 'IEC-activiteiten' (informatie, educatie en communicatie). Het verspreiden van informatie en het verstrekken van trainingen over vrouwenbesnijdenis aan diverse doelgroepen die beroepshalve in aanraking komen met vrouwenbesnijdenis vormt de hoofdmoot van hun activiteiten. Eén van de belangrijkste doelgroepen waar informatie en educatie zich op toespitsen zijn de (para)medici die geïnformeerd moeten worden over de socioculturele achtergrond en de gevolgen van vrouwenbesnijdenis, en getraind moeten worden in – onder andere – een aantal medische aspecten in verband met vrouwenbesnijdenis en het klinische management ervan. Een andere doelgroep is de politie die geïnformeerd moet worden over vrouwenbesnijdenis in het algemeen en over de te volgen procedures indien er een melding binnenkomt van een meisje dat het risico loopt om besneden te worden (Powell, Leye, Jayakody, Mwangi-Powell, Morison, 2004). Leraren hebben vaak onvoldoende kennis over vrouwenbesnijdenis en over de te ondernemen acties indien ze vernemen dat een meisje in de klas met dit risico geconfronteerd wordt. Een andere belangrijke NGO-activiteit is het opzetten van sensibiliseringscampagnes om de publieke opinie en de overheid bewust te maken van de problematiek rond vrouwenbesnijdenis. Maar de preventieactiviteiten binnen de betrokken Afrikaanse gemeenschappen zelf vormen de hoofdmoot van de activiteiten van vele organisaties in Europa. Hierbij doet men vooral aan "outreach" waarbij met de leden van de gemeenschap in dis-

⁹ Een lopend project dat door de WGO wordt uitgevoerd in samenwerking met het ICRH, zal een vernieuwende interventie tot gedragsverandering ontwikkelen en implementeren in verschillende Afrikaanse landen, waarbij de determinanten van succes en mislukking van bestaande interventies zullen worden geïnventariseerd en richtlijnen zullen worden ontwikkeld om succesvolle interventies over te brengen naar andere gemeenschappen.

cussie wordt gegaan over FGM teneinde hen te overtuigen hun dochters niet te besnijden. Het spreekt voor zich dat het probleem bij de wortels moet worden aangepakt, vandaar dat het ontwikkelen van activiteiten ter preventie van vrouwenbesnijdenis door leden van de Afrikaanse gemeenschap zelf van het allergrootste belang is.

Tijdens twee bijeenkomsten die het ICRH in 2000 organiseerde in samenwerking met de Immigratiedienst van de stad Göteborg in Zweden, wisselden zogenaamde ‘veldwerkers’ uit 11 Europese landen ervaringen en informatie uit over hun aanpak van de preventie van vrouwenbesnijdenis in hun immigratieland. De discussies betroffen de volgende topics: gebruik van correcte terminologie tijdens het preventiewerk; communicatie met diverse doelgroepen; omgaan met de media; samenwerkingsverbanden met Afrika, op nationaal en Europees vlak; het gebruik van educatief materiaal; training van veldwerkers; betrekken van religieuze leiders in het preventiewerk; werken naar gedragsveranderingen. Enkele knelpunten in het preventiewerk die tijdens deze workshops werden bloot gelegd situeren zich rond de nood aan behoefteonderzoek vooraleer activiteiten worden gestart; het gebrek aan kennis van preventiewerkers over het omgaan met de media; het gebrek aan samenwerking op nationaal en Europees vlak; het gebrek aan evaluaties van het gebruikte educatief materiaal en de noodzaak om samen te werken met religieuze leiders, jongeren en mannen (Leye, 2000: 29-30).

In sommige Europese landen zijn nationale coördinerende en/of adviserende organen opgericht, bijvoorbeeld in Nederland en Zweden. Die coördinerende commissies kenmerken zich door een multidisciplinaire aanpak op nationaal vlak, en concentreren zich op het coördineren, sturen en opvolgen van alle activiteiten in een land. In deze nationale groepen zitten zowel vertegenwoordigers van de politie, de gezondheidszorg, de Afrikaanse gemeenschap, het onderwijs, als sociale werkers. Van een gecoördineerde aanpak in de gezondheidszorg, op wetgevend vlak en van het preventiewerk op Europees niveau is vooralsnog geen sprake. Op 20 september 2001 aanvaardde het Europees Parlement een Europese Resolutie over vrouwenbesnijdenis (Europees Parlement, 2001), die een aantal zinvolle suggesties doet ten aanzien van het ontwikkelen van een Europees beleid rond deze problematiek. Deze resolutie is niet wettelijk bindend, en het zijn de Lidstaten van de Europese Unie die ze in de praktijk dienen om te zetten. Op Europees vlak is er sedert maart 2002 een ‘Europees Netwerk ter Preventie van Vrouwenbesnijdenis’ dat vooral niet-gouvernementele organisaties en basiseducatieprojecten samenbrengt maar ook enkele academici die hun onderzoek toespitsen op vrouwenbesnijdenis in Europa. De noodzaak van een netwerk drong zich op toen vastgesteld werd dat vele organisaties geïsoleerd van elkaar werken, en dat een uitwisseling van ervaringen en ‘goede praktijken een stuk efficiënter kon zijn’ (Leye, 2000: 29). Bijkomend voordeel van ‘netwerken’ is een besparing van middelen en tijd. Dit netwerk is nog jong en heeft door gebrek aan fondsen nog maar weinig slagkracht, maar heeft wel het potentieel om uit te groeien tot een orgaan dat verschillende initiatieven in alle Europese landen kan coördineren.

5. Conclusie

Hoewel er op Europees vlak heel wat beweegt in de strijd tegen vrouwenbesnijdenis, zijn er nog een aantal knelpunten die aandacht verdienen. Om duidelijkheid te verschaffen over de ethische en juridische kwesties waarmee de gezondheidszorg zich geconfronteerd ziet in de dienstverlening aan besneden vrouwen, is er een discussie nodig met alle actoren, inclusief de betrokken allochtone gemeenschap, de beroepsverenigingen van onder andere gynaecologen en vroedvrouwen, en juridische experts. Een effectieve implementatie van de wet met betrekking tot vrouwenbesnijdenis vergt tijd, middelen en een zeker engagement, zowel van de overheid als van alle andere betrokkenen. Belangrijke aandachtspunten hierbij moeten zijn: overleg met de betrokken gemeenschappen (gedurende het hele proces van ontwerp van een wet tot implementatie), het ontwikkelen van informatiecampagnes en het opzetten van trainingen voor de betrokken actoren, en het ontwerpen van richtlijnen met betrekking tot de te volgen procedures wanneer er een verdenking van of een risico op vrouwenbesnijdenis wordt gesignaleerd. Het uitwisselen van informatie aan de basis, en het ontwikkelen van hulpmiddelen om het veldwerk te vergemakkelijken (zoals bijvoorbeeld een trainingshandboek voor diverse doelgroepen), zou enkele van de knelpunten die door de basisorganisaties werden gesignaleerd kunnen oplossen. Met de Europese Resolutie als basis en het 'Europees Netwerk ter Preventie van Vrouwenbesnijdenis' als uitvoerend orgaan zijn er reeds instrumenten aanwezig om een gedeelde Europese aanpak op het niveau van de gezondheidszorg, de wetgeving en preventie/educatie uit te bouwen.

Literatuur

- BARTELS K. & HAAIJER I. (1992), *'s Lands wijs 's lands eer? Vrouwenbesnijdenis en Somalische vrouwen in Nederland*, Centrum Gezondheidszorg Vluchtelingen, Rijswijk
- CARR D. (1997), *Female Genital Cutting. Findings from the Demographic Health Surveys Program*, Macro International Inc., Calverton
- DE BRUYN M. (2003), 'Discussion paper: socio-cultural aspects of female genital cutting' in LEYE E., DE BRUYN M. & MEUWESE S., *Proceedings of the Expert Meeting on Female Genital Mutilation. Ghent - Belgium November 5-7, 1998, International Centre for Reproductive Health, Gent*, ICRH Publications N° 2, The Consultory, Lokeren
- DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR TECHNISCHE ZUSAMMENARBEIT (GTZ) (2002), *Stellungnahme zum Leitfaden der neuen Strategie gegen die weibliche Genitalverstümmelung: Incisio Praeputii (IP)*, Verfasser Dr. Arnold Groh.
- DORKENOO E. (1995), *Cutting the rose. Female genital mutilation. The practice and its prevention*, Minority Rights Group, London
- EUROPEAN PARLIAMENT (2001). 'Female genital mutilation'. A5-0285/2001. *European Parliament Resolution on female genital mutilation (2001/2035 (INI))*

- EYEGA Z. & CONNEELY E. (1997), 'Facts and fiction regarding female circumcision/ female genital mutilation. A pilot study in New York City', *Journal of the American Medical Women Association*, 52, 174-187
- Foundation for Women's Health, Research and Development (FORWARD) (1999), *Moving Forward. Report of the conference on female genital mutilation, 23 February 1999, London*, FORWARD, London
- HIRSI ALI A. (2004), Besnijdenis mag niet worden gedoogd, (http://www.vvd.nl/teksten/p_ni_li.asp?ItemID=80&ID=5173), 15 maart 2004
- KOSO-THOMAS O. (1987), *The circumcision of women. A strategy for eradication*, Zed Books Ltd, London & New Jersey
- LEYE E., DEBLONDE J. & TEMMERMAN M. (2004), *A comparative analysis of the different legal approaches in the 15 EU Member States, and the respective judicial outcomes in Belgium, France, Spain, Sweden and the United Kingdom*, ICRH Publications N° 5. The Consultory, Lokeren
- LEYE E., POWELL R., NIENHUIS G., CLAEYS P. & TEMMERMAN M. (in druk/ 2004), 'Health care in Europe for women with genital mutilation', *Health Care for Women International*
- LEYE E., DE BRUYN M. & MEUWESE S. (2003), *Proceedings of the Expert Meeting on Female Genital Mutilation. Ghent - Belgium November 5-7, 1998, International Centre for Reproductive Health, Gent*. ICRH Publications N° 2, The Consultory, Lokeren
- LEYE E., ROELENS K. & TEMMERMAN M. (2003), 'Discussion paper: medical aspects of FGM', in: LEYE E. DE BRUYN M. & MEUWESE S. (2003), *Proceedings of the Expert Meeting on Female Genital Mutilation. Ghent - Belgium November 5-7, 1998, International Centre for Reproductive Health, Gent*. ICRH Publications N° 2, The Consultory, Lokeren, 43-57
- LEYE E. (2001), 'Vrouwenbesnijdenis in het Westen. Martelpraktijk versus Traditie', in CGSO TREFFPUNT (2001), *Jaarboek 2001. Seksualiteit, relaties, geboorteregeling*, CGSO, Gent, 125-140
- LEYE E. (2000), *Report of the Gothenburg workshops: Exchanging experiences and information at community level - Gothenburg April 26-28, 2000 & September 28-30, 2000*, International Center for Reproductive Health, Gent
- LIGHTFOOT-KLEIN H. (1989), *Prisoners of Ritual. An Odyssey into Female Genital Circumcision in Africa*, Harrington Park Press, New York & London
- MOHAMMAD R. (1999), 'Cultural and Social Dimensions of FGM', in FORWARD. (1999), *Moving Forward. Report of the conference on female genital mutilation, 23 February 1999, London*, FORWARD, London
- RICHARD F., DANIEL D., OSTYN B., COLPAERT E., & AMY, J.J. (2000), *Technisch advies voor gezondheidspersoneel in België. Vrouwelijke genitale verminking (vrouwenbesnijdenis) - Handleiding bij de bevalling*

- TURONE F. (2004), 'Controversy surrounds proposed Italian alternative to female genital mutilation', *British Medical Journal*, 328, 247
- VEASH N. (1999), 'Aid staff caught up in mutilation rites. 'Pragmatic' Western surgeons lend skills to prevent death in tribal ceremonies', *Guardian Unlimited* <http://www.guardianunlimited.co.uk/Archive/Article>, accessed 29/08/2000
- WHO (1999), *Female genital mutilation. Programmes to date: what works and what doesn't. A review*, WHO, Geneva
- WHO (2001), *Female Genital Mutilation / A teacher's guide*, WHO, Geneva