

MASTER'S THESIS

Vrouwelijke genitale verminking: "De strafrechtelijke bestrijding vs. het medisch beroepsgeheim - een conflict?"

Kanhai, Geeta

Award date:

2024

Awarding institution:

Department of Public Law

[Link to publication](#)

General rights

Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.

- Users may download and print one copy of any publication from the public portal for the purpose of private study or research.
- You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain.
- You may freely distribute the URL identifying the publication in the public portal.

Take down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us at:

pure-support@ou.nl

providing details and we will investigate your claim.

Downloaded from <https://research.ou.nl/> on date: 06. Dec. 2024

Open Universiteit
www.ou.nl



Vrouwelijke genitale verminking:

“De strafrechtelijke bestrijding vs. het medisch beroepsgeheim - een conflict?”

Naam student: Geeta Kanhai
Voorletter(s): G.
Studentnummer: 852430761
Cursuscode: Scriptie RM9906-232411M
Begeleider: mw. Prof. dr. J.H.L.J. Janssen
Examinator: mw. Prof. mr. dr. W.H.B. Dreissen
Aantal woorden: 13.589
Inleverdatum: 3 juli 2024

Inhoudsopgave

1. Inleiding	- 4 -
1.1. Inleiding.....	- 4 -
1.2. Probleemanalyse.....	- 5 -
1.3. Relevantie.....	- 6 -
1.4. Centrale onderzoeksvraag en deelvragen.....	- 7 -
1.5. Methode(n) van onderzoek.....	- 8 -
1.5.1. Onderzoeksmethode(n) per deelvraag.....	- 9 -
2. Vrouwelijke genitale verminking (VGV).....	- 11 -
2.1. Inleiding.....	- 11 -
2.2. Definitie en vormen van VGV.....	- 11 -
2.2.1. Historische en culturele context.....	- 13 -
2.2.2. Prevalentie.....	- 14 -
2.3. Gezondheidsrisico's en gevolgen van VGV.....	- 15 -
2.4. Bestrijdingsmaatregelen en preventieprogramma's ten aanzien van VGV.....	- 15 -
2.5. De strafrechtelijke bestrijding van VGV in Nederland.....	- 18 -
2.5.1. Juridische grondslagen van VGV.....	- 18 -
2.5.2. Het Nederlandse beleid ten opzichte van VGV.....	- 19 -
3. Het medisch beroepsgeheim.....	- 21 -
3.1. Inleiding.....	- 21 -
3.2. Definitie en belang van het medisch beroepsgeheim.....	- 22 -
3.2.1. Juridische grondslagen van het medisch beroepsgeheim.....	- 22 -
3.2.2. De componenten van het medisch beroepsgeheim.....	- 23 -
3.3. Conflicten die het medisch beroepsgeheim kan opleveren bij constatering van VGV.....	- 25 -
3.4. Gronden om het medisch beroepsgeheim te doorbreken.....	- 26 -
3.4.1. Conflict van plichten.....	- 26 -
3.5. Het doorbreken van het medisch beroepsgeheim in gevallen van VGV.....	- 27 -
3.5.1. De meldcode Huiselijk geweld en kindermishandeling.....	- 28 -
3.5.2. De KNMG-meldcode Kindermishandeling en huiselijk geweld.....	- 30 -
3.5.3. Het Handelingsprotocol Vrouwelijke Genitale Verminking bij minderjarigen en de rol van Veilig Thuis.....	- 31 -
3.5.4. Het doorbreken van het medisch beroepsgeheim en de tuchtrechter.....	- 33 -
4. Artikel 16 lid 3 van de EU-Richtlijn ter bestrijding van geweld tegen vrouwen en huiselijk geweld (COM/2022/105).....	- 35 -
4.1. Inleiding.....	- 35 -
4.2. Europese initiatieven en wetgeving gericht op VGV.....	- 35 -
4.2.1. Het Verdrag van Istanbul.....	- 35 -
4.3. Artikel 16 lid 3 van de EU-Richtlijn ter bestrijding van geweld tegen vrouwen en huiselijk geweld (COM/2022/105).....	- 36 -
4.4. Rol van de lidstaten in de uitvoering van artikel 16 lid 3 van de EU-Richtlijn.....	- 37 -

5. Samenvattende conclusie	- 39 -
5.1. Inleiding.....	- 39 -
5.2. Slotconclusie en aanbeveling(en)	- 39 -
Aangehaalde literatuur	- 42 -
Aangehaalde jurisprudentie	- 44 -
Aangehaalde Kamerstukken	- 44 -
Bijlagen	- 45 -
Bijlage 1 Interview Landelijk Expertisecentrum Eergerelateerd Geweld (LEC EEG).....	- 45 -
Bijlage 2 Pharos.....	- 50 -
Bijlage 3 Interview vertrouwensarts Veilig Thuis Flevoland	- 55 -
Bijlage 4 Interview verpleegkundige en netwerkcoördinator VGV GGD Amsterdam	- 57 -
Bijlage 5 Interview tropenarts en PhD-kandidaat Amsterdam UMC	- 61 -
Bijlage 6 Interview gynaecoloog OLVG ziekenhuis Amsterdam.....	- 63 -
Bijlage 7 Interview gynaecoloog Amsterdam UMC.....	- 66 -
Bijlage 8 Interview gynaecoloog Amsterdam UMC.....	- 68 -
Bijlage 9 Interview consultant/onderzoeker en gepromoveerd op VGV	- 70 -

1. Inleiding

1.1. Inleiding

“FGM, in my mind, is a crime.”¹ Vrouwelijke genitale verminking (hierna: VGV) is de praktijk waarin meisjes en vrouwen worden besneden.² Bij VGV worden de uitwendige vrouwelijke geslachtsorganen gedeeltelijk of geheel verwijderd zonder dat er daarvoor een medische noodzaak bestaat.³ Daarom is VGV verboden in Nederland en strafbaar gesteld als zware mishandeling op grond van artikel 303 van het Wetboek van Strafrecht (Sr). VGV is niet alleen een probleem in Nederland, maar ook in Europa. In Europa zijn er ongeveer 600.000 meisjes en vrouwen besneden en naar schatting dreigen nog eens 18.000 meisjes en vrouwen in 13 Europese landen in de komende jaren besneden te worden.⁴ In 2022 werd de (voorstel) EU-Richtlijn ter bestrijding van geweld tegen vrouwen en huiselijk geweld (COM/2022/105) voorgesteld om VGV op internationaal niveau te bestrijden.⁵ Tijdens het schrijven van deze masterscriptie is de EU-Richtlijn op 24 april 2024 door het Europees Parlement en op 7 mei 2024 door de Raad van de Europese Unie aangenomen.⁶ Dat betekent dat Nederland vanaf de inwerkingtreding van de EU-Richtlijn drie jaar de tijd heeft om de richtlijn te implementeren. Deze EU-Richtlijn heeft als taak om geweld tegen vrouwen en huiselijk geweld te bestrijden en te voorkomen. Daarnaast moet deze EU-Richtlijn ook ervoor zorgen dat bestaande richtlijnen en verordeningen ten aanzien van geweld tegen vrouwen en huiselijk geweld effectiever werken.⁷ In deze EU-Richtlijn is VGV in het bijzonder opgenomen als een vorm van geweld tegen vrouwen en in de EU-Richtlijn staat ook dat voor het strafbaar stellen van VGV maatregelen genomen moeten worden door lidstaten.⁸ Om VGV strafrechtelijk te kunnen bestrijden, moet dit fenomeen in beeld komen bij

¹ Zie het interview dat als bijlage 9 is gevoegd bij deze masterscriptie, p. 70 en voor meer context bij deze zin zie vraag 6 van het interview, p. 72. FGM is de Engelse term voor VGV en betekent Female Genital Mutilation.

² Janssen 2017, p. 116.

³ Janssen, 2017, p. 116.

⁴ ‘Vrouwelijke genitale verminking: Waar? Waarom? Wat zijn de gevolgen?’, europarl.europa.eu, 11 februari 2020.

⁵ ‘Voorstel voor een Richtlijn van het Europees Parlement en de Raad ter bestrijding van geweld tegen vrouwen en huiselijk geweld’, eur-lex.europa.eu, 8 maart 2022. Hierna zal voor de leesbaarheid worden verwezen naar de ‘EU-Richtlijn’.

⁶ ‘Mededeling van de Commissie aan het Europees Parlement en de Raad over het zevende voortgangsverslag over de uitvoering van de EU-strategie voor de veiligheidsunie’, H:/Downloads/1_NL_annexe_autre_acte_part1_v2.pdf, 15 mei 2024, p. 9.

⁷ ‘Voorstel voor een Richtlijn van het Europees Parlement en de Raad ter bestrijding van geweld tegen vrouwen en huiselijk geweld’, eur-lex.europa.eu, 8 maart 2022, p. 3.

⁸ ‘Voorstel voor een Richtlijn van het Europees Parlement en de Raad ter bestrijding van geweld tegen vrouwen en huiselijk geweld’, eur-lex.europa.eu, 8 maart 2022, p. 4.

de bevoegde autoriteiten. VGV wordt in de praktijk geconstateerd door medische zorgprofessionals, zoals (kinder-)artsen en gynaecologen, maar medische zorgprofessionals hebben de verplichting om de informatie die een patiënt met ze deelt geheim te houden op grond van het medisch beroepsgeheim. In de EU-Richtlijn is ten aanzien van het beroepsgeheim ex artikel 16 lid 3 van de EU-Richtlijn opgenomen dat lidstaten ervoor moeten zorgen dat de regels omtrent het medisch beroepsgeheim op grond van het nationale recht niet in de weg staan voor relevante beroepsoefenaars om aangifte te doen van een strafbaar feit.⁹ Dit onderzoek ziet op de vraag hoe het medisch beroepsgeheim alsmede de gronden waarop dat in Nederland doorbroken kan worden ten aanzien van vrouwelijke genitale verminking zich verhoudt tot artikel 16 lid 3 van de EU-Richtlijn ter bestrijding van geweld tegen vrouwen en huiselijk geweld (COM/2022/105). Meer specifiek zal in deze masterscriptie worden onderzocht of het medisch beroepsgeheim in overeenstemming is met artikel 16 lid 3 van de EU-Richtlijn of dat de EU-Richtlijn tot wijziging van wet- en regelgeving moet leiden op het gebied van het medisch beroepsgeheim.

1.2. Probleemanalyse

Artikel 16 lid 3 van de EU-Richtlijn roept specifieke vragen op. In Nederland wordt VGV gezien als een ernstige en onherstelbare vorm van mishandeling en daarmee als een fundamentele schending van de lichamelijke integriteit en van de mensenrechten.¹⁰ VGV kent geen aparte strafbaarstelling in het Nederlandse strafrecht, maar wordt strafbaar gesteld als zware mishandeling op grond van artikel 303 Sr.¹¹ Het probleem van VGV is, is dat slachtoffers van VGV vaak kleine kinderen zijn die zelf geen aangifte kunnen doen. Daarnaast vertrouwen slachtoffers de kring waarin de VGV plaatsvindt, omdat het vaak binnen een familiekring plaatsvindt.¹² Om VGV strafrechtelijk te bestrijden is de politie derhalve afhankelijk van anderen die melding zullen maken van VGV.¹³ VGV kan opgemerkt worden

⁹ 'Voorstel voor een Richtlijn van het Europees Parlement en de Raad ter bestrijding van geweld tegen vrouwen en huiselijk geweld', eur-lex.europa.eu, 8 maart 2022, p. 47.

¹⁰ 'Voorstel voor een Richtlijn van het Europees Parlement en de Raad ter bestrijding van geweld tegen vrouwen en huiselijk geweld', eur-lex.europa.eu, 8 maart 2022.

¹¹ Janssen, Timmer & Janmaat 2020, p. 6.

¹² Janssen, Timmer & Janmaat 2020, p. 6.

¹³ Janssen, Timmer & Janmaat 2020, p. 6.

door medische zorgprofessionals, maar daarbij dient er rekening gehouden te worden met het medisch beroepsgeheim.¹⁴

Indien artikel 16 lid 3 van de EU-Richtlijn in werking gaat treden, moet het medisch beroepsgeheim onder een vergrootglas worden bekeken. In deze masterscriptie zal worden onderzocht in welke gevallen en op welke gronden medische zorgprofessionals het medisch beroepsgeheim mogen doorbreken.

1.3. Relevantie

Op grond van het internationaal recht wordt VGV onwenselijk gevonden en maatschappelijk veroordeeld. De vraag is hoe deze praktijk bestreden kan worden. VGV heeft een maatschappelijke impact en door de EU-Richtlijn te implementeren committeren lidstaten zich ertoe om VGV te bestrijden. Uit artikel 16 lid 3 van de EU-Richtlijn vloeit een positieve verplichting voor lidstaten voort, namelijk dat beroepsgroepen die in aanmerking komen met zaken waarin er sprake is van (een vermoeden van) geweld tegen vrouwen, daarvan aangifte moeten kunnen doen zonder daarin belemmerd te worden door het beroepsgeheim.¹⁵ Het nationale recht van lidstaten moet overeenkomstig zijn met de doelstellingen van de Europese Unie. Voor dit onderzoek is het derhalve belangrijk om te toetsen of de nationale regels omtrent het medisch beroepsgeheim en op welke gronden dat in Nederland doorbroken mag worden in gevallen van VGV overeenkomstig zijn met artikel 16 lid 3 van de EU-Richtlijn. Het dient de rechtszekerheid als daar duidelijkheid over is en het heeft impact op het nationale recht als het bovengenoemde moet leiden tot wijziging in wet- en regelgeving op het gebied van het medisch beroepsgeheim in gevallen van VGV.

¹⁴ Zie voor de volledige wettekst art. 88 Wet Big.

¹⁵ 'Voorstel voor een Richtlijn van het Europees Parlement en de Raad ter bestrijding van geweld tegen vrouwen en huiselijk geweld', eur-lex.europa.eu, 8 maart 2022, p. 47.

1.4. Centrale onderzoeksvraag en deelvragen

Dit onderzoek ziet op de volgende centrale onderzoeksvraag:

Hoe verhoudt het medisch beroepsgeheim alsmede de gronden waarop dat in Nederland doorbroken kan worden ten aanzien van vrouwelijke genitale verminking zich tot artikel 16 lid 3 van de EU-Richtlijn ter bestrijding van geweld tegen vrouwen en huiselijk geweld (COM/2022/105)?

Om de centrale hoofdvraag te beantwoorden, worden de volgende deelvragen onderzocht die in drie inhoudelijke hoofdstukken uiteengezet worden.

In hoofdstuk 2 staat de deelvraag centraal wat VGV is en daarbij zal het onderwerp VGV uitvoerig worden besproken door middel van de definitie en vormen van VGV, de gezondheidsrisico's en gevolgen van VGV, de bestrijdingsmaatregelen en preventieprogramma's ten aanzien van VGV en de strafrechtelijke bestrijding van VGV.

In hoofdstuk 3 staat de deelvraag centraal wat het medisch beroepsgeheim inhoudt, welke uitzonderingen er gemaakt kunnen worden op het medisch beroepsgeheim en of VGV onder één van die uitzonderingen valt. Deze deelvraag zal beantwoord worden door middel van de definitie en het belang van het medisch beroepsgeheim, de conflicten die het medisch beroepsgeheim kan opleveren bij constatering van VGV, het doorbreken van het medisch beroepsgeheim en het doorbreken van het medisch beroepsgeheim in gevallen van VGV.

In hoofdstuk 4 staat de deelvraag centraal wat de EU-Richtlijn inhoudt en hoe de EU-Richtlijn zich verhoudt met de rol van medische zorgprofessionals en de lidstaten betreffende het medisch beroepsgeheim en de gronden waarop het medisch beroepsgeheim doorbroken kan worden ten aanzien van VGV. Deze deelvraag zal worden beantwoord door middel van het bespreken van Europese initiatieven en wetgeving gericht op VGV, artikel 16 lid 3 van de EU-Richtlijn en de rol van de lidstaten in de uitvoering van artikel 16 lid 3 van de EU-Richtlijn. Artikel 16 lid 3 van de EU-Richtlijn is namelijk geformuleerd als een positieve verplichting naar de lidstaten toe en is niet rechtstreeks gericht op de medische zorgprofessionals.

1.5. Methode(n) van onderzoek

De onderzoeksmethode die gehanteerd wordt in deze masterscriptie is een literatuur- en jurisprudentieonderzoek. Bij het uitvoeren van het literatuuronderzoek wordt er gebruik gemaakt van meerdere auteurs die veel over VGV hebben geschreven. Deze auteurs zullen derhalve meerdere malen als bron dienen in deze masterscriptie.¹⁶ Om het literatuuronderzoek te verrichten, is er ook gebruik gemaakt van de juridische databanken. In de juridische databanken zijn juridische artikelen, jurisprudentie en documenten opgezocht over VGV, het medisch beroepsgeheim, de EU-Richtlijn en artikel 16 lid 3 van de EU-Richtlijn. Daarnaast is er ook gebruik gemaakt van online bronnen, zoals de website van de artsenfederatie Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG) en de website van Pharos, een organisatie die zich veel inzet tegen VGV. Voor dit onderzoek zijn ook parlementaire documenten onderzocht. Ook is er gebruik gemaakt van jurisprudentie voor dit onderzoek: uitspraken van de Hoge Raad, het EHRM en van het Tuchtcollege. Tot slot zijn er in het kader van deze masterscriptie negen interviews afgenomen die te raadplegen zijn vanaf pagina 45 van deze masterscriptie. Deze interviews zijn afgenomen met het Landelijk Expertisecentrum Eergerelateerd Geweld (hierna: LEC EEG), Pharos, een vertrouwensarts die werkzaam is bij Veilig Thuis Flevoland, een verpleegkundige en netwerkcoördinator VGV die werkzaam is voor GGD Amsterdam, een tropenarts die tevens promovendus is en werkzaam is voor het Amsterdam UMC, drie gynaecologen, waarvan één werkzaam is voor het OLVG ziekenhuis in Amsterdam en de overige twee werkzaam zijn voor het UMC in Amsterdam en een consultant/onderzoeker die ook gepromoveerd is op het gebied van vrouwenrechten, waaronder specifiek VGV. Het doel van deze interviews was om te achterhalen of er in Nederland voldoende wordt gedaan vanuit wet- en regelgeving om VGV strafrechtelijk te bestrijden en of medische zorgprofessionals van mening zijn of het medisch beroepsgeheim voor belemmeringen kan zorgen in het maken van een melding in gevallen van VGV. De topics die ik in mijn interviews gehanteerd heb zijn de onderwerpen VGV en het medisch beroepsgeheim. Meer specifiek de vragen of er op dit

¹⁶ Dat zijn de volgende auteurs: Drost, Hoefnagels & Van Esch, Pijpers, Exterkate & De Jager, Esser, Ten Voorde & Van Nieuwenhuizen & Sombroek-van Doorn.

moment voldoende wordt gedaan vanuit wet- en regelgeving om VGV strafrechtelijk te bestrijden en of het medisch beroepsgeheim voor belemmeringen kan zorgen in het maken van een melding van VGV en tot slot welke afwegingen belangrijk zijn voor medische zorgprofessionals bij het nemen van een beslissing om het medisch beroepsgeheim te doorbreken.

1.5.1. Onderzoeksmethode(n) per deelvraag

In paragraaf 1.4 zijn de deelvragen en onderwerpen beschreven die per hoofdstuk zullen worden onderzocht. Hierna zal per deelvraag de onderzoeksmethode(n) worden behandeld.

- Toelichting deelvraag 1: om de deelvraag van hoofdstuk 2 te beantwoorden, zal uitvoerig worden stilgestaan bij het onderwerp VGV en de strafrechtelijke bestrijding daarvan in Nederland. Hierbij zal een literatuuronderzoek worden gehanteerd. Ook zullen online bronnen, zoals de website van Pharos, geraadpleegd worden. Om meer informatie te krijgen over VGV heb ik een interview afgenomen met het LEC EEG (p. 45) en Pharos (p. 50).
- Toelichting deelvraag 2: om de deelvraag van hoofdstuk 3 te beantwoorden, zal een literatuur- en jurisprudentieonderzoek als onderzoeksmethode gehanteerd worden. Hierbij zal het gaan om literatuur en jurisprudentie over het medisch beroepsgeheim. Ook zullen online internetbronnen gebruikt worden om toe te spitsen op het medisch beroepsgeheim, zoals bijvoorbeeld de website van de artsenfederatie KNMG. Verder zullen ook parlementaire stukken waarin het medisch beroepsgeheim voorkomt besproken worden. Vervolgens zullen uitspraken van de tuchtrechter worden besproken. Hierbij zal het gaan om jurisprudentie waarin het medisch beroepsgeheim doorbroken mocht worden. Verder zal het medisch beroepsgeheim onderzocht worden om een vergelijking te maken met de wijze waarop thans gebruik wordt gemaakt van de Meldcode Huiselijk geweld en kindermishandeling en de KNMG-meldcode Kindermishandeling en huiselijk geweld. Met deze vergelijking wordt er een antwoord geformuleerd om deelvraag 2 te beantwoorden, namelijk in welke gevallen het medisch beroepsgeheim mag worden doorbroken.

Om meer informatie te krijgen over het medisch beroepsgeheim heb ik een aantal interviews afgenomen met de volgende medische zorgprofessionals: een vertrouwensarts (p. 55), een verpleegkundige (p. 57), een tropenarts (p. 61) en drie gynaecologen (p. 63-69).

- Toelichting deelvraag 3: om de deelvraag van hoofdstuk 3 te beantwoorden, zal een literatuuronderzoek worden verricht. Hierbij zal het gaan om literatuur over de EU-Richtlijn en meer specifiek om artikel 16 lid 3 van deze EU-Richtlijn. Eerst wordt de EU-Richtlijn besproken en vervolgens zal artikel 16 lid 3 van de EU-Richtlijn aan de orde komen.

2. Vrouwelijke genitale verminking (VGV)

2.1. Inleiding

In dit hoofdstuk staat het onderwerp VGV centraal. Het fenomeen VGV is sinds de jaren '90 bekend in Nederland door de komst van vrouwen uit landen waar VGV traditioneel wordt uitgevoerd.¹⁷ In Nederland wonen er sinds 1 januari 2018 41.000 vrouwen die slachtoffer zijn van VGV.¹⁸ Pharos schat dat 4.200 meisjes slachtoffer kunnen worden van VGV vanaf nu en de komende 20 jaar.¹⁹ Het streng aanpakken van VGV is derhalve nodig, omdat VGV geen medische noodzaak heeft en schadelijke gevolgen voor de gezondheid kent.²⁰

In dit hoofdstuk wordt eerst de definitie van VGV uitgelegd en daarna zullen de verschillende vormen van VGV worden toegelicht (§2.2). Vervolgens zullen de gezondheidsrisico's en gevolgen van VGV worden besproken (§2.3). Daarna zal er worden ingezoomd op de bestrijdingsmaatregelen en preventieprogramma's ten aanzien van VGV (§2.4). Tot slot zal de strafrechtelijke bestrijding van VGV worden onderzocht (§2.5).

2.2. Definitie en vormen van VGV

Vrouwelijke genitale verminking (VGV) wordt door de World Health Organization (WHO) omschreven als: *“de gedeeltelijke of totale verwijdering van uitwendige vrouwelijke geslachtsorganen of ander letsel aan vrouwelijke geslachtsorganen om niet-medische redenen.”*²¹ Er zijn verschillende termen voor VGV, waaronder meisjesbesnijdenis de meest gebruikte term is naast VGV.

Meisjesbesnijdenis is een veel voorkomende term, omdat de besnijdenis van meisjes vaak op een jonge leeftijd plaatsvindt.²² In de interviews die ik heb afgenomen is mij opgevallen dat de term VGV of meisjes- en/of vrouwenbesnijdenis de term is die vaak wordt gebruikt. Binnen het LEC EEG is een bewuste keuze gemaakt om de term VGV te gebruiken, omdat VGV vaak op een jonge leeftijd

¹⁷ 'Meisjesbesnijdenis / vgv', pharos.nl, geraadpleegd op 20 mei 2024.

¹⁸ 'Meisjesbesnijdenis / vgv', pharos.nl, geraadpleegd op 20 mei 2024.

¹⁹ 'Meisjesbesnijdenis / vgv', pharos.nl, geraadpleegd op 20 mei 2024.

²⁰ Duvetkot, Vos, Bergwerff, Lagro-Janssen, Vije, Özer, Bouman, Jaartsveld, Geraci, Naleii & Van Rijn 2019, p. 20.

²¹ FGM wordt door de WHO als volgt omschreven: *“A traditional harmful practice that involves the partial or total removal of external female genitalia or other injury to female genital organs for non-medical reason”*; 'Female genital mutilation', who.int, geraadpleegd op 5 mei 2024.

²² "Meisjesbesnijdenis – algemene informatie en terminologie", pharos.nl, september 2018.

gebeurt, maar soms ook op een latere leeftijd. Vrouwen beseffen zich pas op latere leeftijd wat hen is overkomen. Het LEC EEG kiest er bewust voor om de term meisjes- en/of vrouwenbesnijdenis niet te gebruiken, omdat dat lijkt op jongensbesnijdenis en het juist belangrijk is om de nadruk te leggen op de verminking.²³ Dat sluit goed aan op het feit dat in Nederland gebruik wordt gemaakt van de term vrouwelijke genitale verminking (VGV), omdat het woord ‘verminking’ benadrukt dat VGV in Nederland wordt afgekeurd.²⁴ Het is voor professionals wel belangrijk dat zij opletten welke terminologie zij gebruiken, bijvoorbeeld als er een gesprek wordt aangegaan met slachtoffers van VGV of personen die uit landen komen waar VGV gangbaar is.²⁵ Als het doel is om bij deze personen bewustwording te creëren over de schadelijke praktijk waar VGV een vorm van is, is het belangrijk dat zij zich niet aangevallen voelen.²⁶ Het gebruik maken van een term waarin ‘verminking’ voorkomt, kan dat wel veroorzaken en dan is het beter om de term ‘vrouwen- en of meisjesbesnijdenis’ te hanteren.²⁷ In het interview dat ik heb afgenomen met Pharos komt dat ook duidelijk naar voren. Pharos hanteert de term meisjesbesnijdenis in gesprekken met vrouwen die slachtoffer zijn van VGV om een band te creëren en het vertrouwen niet te verliezen van deze vrouwen.²⁸

De WHO beschrijft vier vormen van VGV:

- Type 1: “*Gedeeltelijke of totale verwijdering van het zichtbare deel van de clitoris of alleen de huidplooi rond clitoris (clitoridectomie)*”;²⁹
 - Type 1a: “*Excisie van het preputium (clitoridectomie)*”³⁰
 - Type 1b: “*excisie van de clitoris en het preputium*”³¹
- Type 2: “*Gedeeltelijke of totale verwijdering van het zichtbare deel van het clitoris en de kleine schaamlippen, met of zonder verwijdering van de grote schaamlippen (excisie)*”;³²
 - Type 2a: “*Excisie van enkel de labia minora (kleine schaamlippen)*”³³

²³ Zie voor het volledige antwoord vraag 2 van het interview met het LEC EEG dat als bijlage 1 is gevoegd bij deze masterscriptie, p. 45-46.

²⁴ Janssen, Timmer & Janmaat 2020, p. 111.

²⁵ Janssen, Timmer & Janmaat 2020, p. 112.

²⁶ Janssen, Timmer & Janmaat 2020, p. 112.

²⁷ Janssen, Timmer & Janmaat 2020, p. 112.

²⁸ Zie het interview met Pharos dat als bijlage 2 is gevoegd bij deze masterscriptie, p. 50.

²⁹ “Meisjesbesnijdenis – algemene informatie en terminologie”, pharos.nl, september 2018.

³⁰ Vercoutere, Temmerman & Leye 2011, p. 237.

³¹ Vercoutere, Temmerman & Leye 2011, p. 237.

³² “Meisjesbesnijdenis – algemene informatie en terminologie”, pharos.nl, september 2018.

³³ Vercoutere, Temmerman & Leye 2011, p. 237.

- Type 2b: *“De gedeeltelijke of gehele verwijdering van de clitoris en de labia minora”*³⁴
- Type 2c: *“De gedeeltelijke en totale verwijdering van de clitoris, de labia minora en de labia majora (buitenste schaamlippen)”*³⁵
- Type 3: *“Vernauwen van de vaginale opening door het wegsnijden en aan elkaar maken van de kleine en/of grote schaamlippen met of zonder verwijdering van het zichtbare deel van de clitoris (infibulatie)”*;³⁶
 - Type 3a: *“Het verwijderen van de labia minora en het repositioneren van het resterende weefsel, zodat de vaginale opening vernauwd is, met of zonder bijkomende clitoridectomie”*³⁷
 - Type 3b: *Het verwijderen van de labia majora en het repositioneren van het resterende weefsel, zodat de vaginale opening vernauwd is, met of zonder bijkomende clitoridectomie”*³⁸
- Type 4: *“Alle andere schadelijke handelingen aan de vrouwelijke geslachtsorganen zonder medische noodzaak, zoals prikken, piercen, kerven, schrapen en dichtschroeien.”*³⁹

Type 1, 2 en 4 zijn de meest voorkomende vormen van VGV.⁴⁰ De reden waarom er voor een bepaalde vorm van VGV wordt gekozen, heeft te maken met het land waar de VGV zal worden uitgevoerd en daarbij gaat het om de traditionele aspecten.⁴¹

2.2.1. Historische en culturele context

Volgens een schatting van de WHO zijn er 100 tot 140 miljoen meisjes en vrouwen besneden over de hele wereld.⁴² VGV komt vooral voor in Afrikaanse landen, namelijk in 26 Afrikaanse landen, zoals Eritrea, Ethiopië, Egypte, Ghana, Soedan en Somalië.⁴³ Daarnaast komt VGV ook voor in Azië en het Nabije Oosten.⁴⁴ Wat de oorsprong van VGV is, is onduidelijk, wel is duidelijk dat VGV

³⁴ Vercoutere, Temmerman & Leye 2011, p. 237.

³⁵ Vercoutere, Temmerman & Leye 2011, p. 237.

³⁶ “Meisjesbesnijdenis – algemene informatie en terminologie”, pharos.nl, september 2018.

³⁷ Vercoutere, Temmerman & Leye 2011, p. 237.

³⁸ Vercoutere, Temmerman & Leye 2011, p. 237.

³⁹ “Meisjesbesnijdenis – algemene informatie en terminologie”, pharos.nl, september 2018.

⁴⁰ Vercoutere, Temmerman & Leye 2011, p. 237.

⁴¹ Vercoutere, Temmerman & Leye 2011, p. 237.

⁴² Pijpers, Exterkate & De Jager 2010, p. 15.

⁴³ Kramer, Dijkema, Joris, Tichelman & Verhoeff 2005, p. 12.

⁴⁴ Kramer, Dijkema, Joris, Tichelman & Verhoeff 2005, p. 12.

waarschijnlijk een pre-christelijke en pre-islamitische traditie is.⁴⁵ Maar VGV staat niet beschreven in een religieus voorschrift, zoals de Bijbel of Koran.⁴⁶ In Nederland is VGV sinds 1980 bekend door de komst van Somaliërs.⁴⁷ VGV wordt uitgevoerd bij meisjes tussen de 0 en 15 jaar oud.⁴⁸ In sommige gevallen wordt VGV zelfs een paar dagen na de geboorte uitgevoerd of een paar dagen voor het huwelijk.⁴⁹ De reden om VGV te laten uitvoeren heeft vaak te maken met de sociale status van de familie.⁵⁰ Daarnaast is de gedachte van de familie van het meisje vaak dat een besneden meisje sneller een huwelijkspartner zal vinden.⁵¹ VGV wordt gezien als een culturele traditie en het uitvoeren van VGV toont dan ook aan dat de ouders het meisje goed opvoeden.⁵² VGV wordt voortgezet, omdat het als een sociale norm wordt gezien.⁵³ Ouders laten hun dochter besnijden en andere ouders die dat zien, laten hun dochters ook weer besnijden en zo blijft deze traditie in stand gehouden.⁵⁴ De woorden 'schoonheid', 'vrouwelijkheid' en 'rein' zijn verbonden aan VGV.⁵⁵ Alleen besneden meisjes worden geassocieerd met deze woorden.

2.2.2. Prevalentie

In 2005 is onderzocht dat er per jaar ongeveer 50 meisjes in Nederland het risico liepen om slachtoffer te worden van VGV.⁵⁶ Uit een onderzoek van Pharos blijkt dat er in 2018 ongeveer 95.000 vrouwen in Nederland wonen die uit landen komen waar VGV gangbaar is.⁵⁷ Er wordt geschat dat 43% van deze vrouwen, ongeveer 41.000 vrouwen, ook daadwerkelijk besneden zullen zijn.⁵⁸ De meeste van deze vrouwen komen uit Egypte, Eritrea, Ethiopië, Irak, Soedan en Somalië en in deze landen is VGV een traditioneel gebruik.⁵⁹ Het risico op VGV blijkt ook uit het volgende: *"In Nederland wonen 38.000 meisjes van de leeftijd tussen 0-19 met tenminste 1 ouder uit een land waar vrouwenbesnijdenis*

⁴⁵ Kramer, Dijkema, Joris, Tichelman & Verhoeff 2005, p. 13.

⁴⁶ "Meisjesbesnijdenis – algemene informatie en terminologie", pharos.nl, september 2018.

⁴⁷ Kramer, Dijkema, Joris, Tichelman & Verhoeff 2005, p. 12.

⁴⁸ "Meisjesbesnijdenis – algemene informatie en terminologie", pharos.nl, september 2018.

⁴⁹ "Meisjesbesnijdenis – algemene informatie en terminologie", pharos.nl, september 2018.

⁵⁰ "Meisjesbesnijdenis – algemene informatie en terminologie", pharos.nl, september 2018.

⁵¹ Janssen 2017, p. 116.

⁵² "Meisjesbesnijdenis – algemene informatie en terminologie", pharos.nl, september 2018.

⁵³ Bakker & Storms 2020, p. 5.

⁵⁴ Bakker & Storms 2020, p. 5.

⁵⁵ Bakker & Storms 2020, p. 5.

⁵⁶ Janssen, Timmer & Janmaat 2020, p. 112.

⁵⁷ Janssen, Timmer & Janmaat 2020, p. 112.

⁵⁸ Janssen, Timmer & Janmaat 2020, p. 112.

⁵⁹ Janssen, Timmer & Janmaat 2020, p. 112.

voortkomt. Van deze 38.000 meisjes lopen 4200 meisjes het risico besneden te worden in de komende 20 jaar.”⁶⁰

2.3. Gezondheidsrisico's en gevolgen van VGV

Behalve het feit dat VGV een traumatische ervaring kan zijn, kan VGV ook lichamelijke, psychische en seksuele problemen veroorzaken.⁶¹ Type 3 van VGV levert vaak de meeste klachten op, maar komt ook het minste voor.⁶² De gezondheidsklachten die kunnen voorkomen na het plaatsvinden van VGV zijn onder andere, het hebben van pijnlijke seksuele gemeenschap, (het verergeren van) menstratieklachten, het hebben van pijn of moeite bij het plassen, urineweginfecties, persisterende pijn in de onderbuik, het mogelijk verliezen van seksuele functies en gevoel, onvruchtbaarheid, een hoger risico op sterfgevallen van pasgeborenen, psychosomatische en psychosociale problemen.⁶³ Na het plaatsvinden van VGV kunnen gezondheidsklachten en psychische klachten ontstaan, maar tijdens het plaatsvinden van VGV bestaat er ook risico op het overlijden van het meisje dat besneden wordt.⁶⁴

2.4. Bestrijdingsmaatregelen en preventieprogramma's ten aanzien van VGV

Sinds 2010 geldt er landelijk een aanpak om VGV te bestrijden.⁶⁵ De aanpak van VGV in Nederland wordt door verschillende organisaties gedaan die zich samen inzetten voor “preventie”, “wetshandhaving” en “goede zorg” voor vrouwen die slachtoffer zijn van VGV.⁶⁶ Deze aanpak staat bekend als de “Dutch Chain Approach”.⁶⁷ De “Dutch Chain Approach” bestaat uit drie stappen, namelijk het bieden van goede zorg aan vrouwen die slachtoffer zijn van VGV, preventie van VGV en het handhaven van de wet ten aanzien van VGV.⁶⁸

De eerste stap is bedoeld om goede zorg te bieden aan vrouwen die slachtoffer zijn van VGV. Deze vrouwen kunnen contact opnemen met de huisarts als er sprake is van fysieke, mentale of seksuele

⁶⁰ Janssen, Timmer & Janmaat 2020, p. 112.

⁶¹ Duvekot, Vos, Bergwerff, Lagro-Janssen, Vije, Özer, Bouman, Jaartsveld, Geraci, Naleii & Van Rijn 2019, p. 20.

⁶² Pijpers, Exterkate & De Jager 2010, p. 17 en zie §2.2.

⁶³ Pijpers, Exterkate & De Jager 2010, p. 17.

⁶⁴ Pijpers, Exterkate & De Jager 2010, p. 17.

⁶⁵ Janssen 2017, p. 116..

⁶⁶ ‘Meisjesbesnijdenis in Nederland – beleid, ketenaanpak en protocollen’, pharos.nl, oktober 2023.

⁶⁷ ‘Meisjesbesnijdenis in Nederland – beleid, ketenaanpak en protocollen’, pharos.nl, oktober 2023.

⁶⁸ ‘Meisjesbesnijdenis in Nederland – beleid, ketenaanpak en protocollen’, pharos.nl, oktober 2023.

gezondheidsklachten.⁶⁹ De huisarts kan dan zelf zorg bieden of de vrouw doorverwijzen naar een specialist en er zijn ook spreekuren van de GGD.⁷⁰

De tweede stap is bedoeld ter preventie van VGV. Hierbij is het geven van voorlichting belangrijk, het op tijd signaleren van VGV en het inschatten van risico's van aanstaande VGV.⁷¹ Om ketenpartners hierbij te helpen, zijn er een aantal protocollen ontwikkeld, namelijk de Meldcode kindermishandeling en huiselijk geweld, de KNMG-meldcode Kindermishandeling en huiselijk geweld, het Handelingsprotocol Vrouwelijke Genitale Verminking bij minderjarigen en de Leidraad Medische zorg voor vrouwen en meisjes met vrouwelijke genitale verminking.⁷² Ook is het Standpunt Preventie vrouwelijke genitale verminking (VGV) door de JGZ ontwikkeld.⁷³ En de KNOV heeft het KNOV- Standpunt VGV voor verloskundigen opgesteld om hen een leidraad te bieden.⁷⁴ Deze protocollen zijn opgesteld voor professionals als zij te maken krijgen met kindermishandeling en huiselijk geweld. In de Meldcode kindermishandeling en huiselijk geweld is een afwegingskader opgenomen om professionals te helpen bij het maken van een afweging om een melding te maken.⁷⁵ Dit afwegingskader is specifiek gericht op beroepsgroepen die te maken hebben met kindermishandeling en huiselijk geweld en op grond van het afwegingskader kunnen beroepsgroepen de afweging maken of het maken van een melding in gevallen van kindermishandeling of huiselijk geweld noodzakelijk is.⁷⁶

De derde en laatste stap is het handhaven van de wet ten aanzien van VGV. Als er sprake is van VGV of de kans dat VGV zal plaatsvinden, komt Veilig Thuis in beeld.⁷⁷ Veilig Thuis is de instantie die meldingen over VGV ontvangt, deze meldingen onderzoekt en ook beoordeelt of er maatregelen

⁶⁹ 'Meisjesbesnijdenis in Nederland – beleid, ketenaanpak en protocollen', pharos.nl, oktober 2023.

⁷⁰ 'Meisjesbesnijdenis in Nederland – beleid, ketenaanpak en protocollen', pharos.nl, oktober 2023.

⁷¹ 'Meisjesbesnijdenis in Nederland – beleid, ketenaanpak en protocollen', pharos.nl, oktober 2023.

⁷² 'Meisjesbesnijdenis in Nederland – beleid, ketenaanpak en protocollen', pharos.nl, oktober 2023.

⁷³ 'Meisjesbesnijdenis in Nederland – beleid, ketenaanpak en protocollen', pharos.nl, oktober 2023. JGZ staat voor de jeugdgezondheidszorg. Het Standpunt Preventie vrouwelijke genitale verminking (VGV) is te raadplegen via pharos.nl/wp-content/uploads/2018/10/Standpunt_Preventie_van_Vrouwelijke_Genitale_Verminking_door_de_Jeugdgezondheidszorg_Pharos.pdf.

⁷⁴ 'Meisjesbesnijdenis in Nederland – beleid, ketenaanpak en protocollen', pharos.nl, oktober 2023. KNOV staat voor Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen. Het KNOV-Standpunt VGV is te raadplegen via assets.knov.nl/p/557056/none/PDF%20Vakkennis/KNOV-standpunt_VGV.pdf.

⁷⁵ 'Meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling', rijksoverheid.nl/onderwerpen/huiselijk-geweld/meldcode, geraadpleegd op 13 juni 2024.

⁷⁶ 'Het afwegingskader in de meldcode', nji.nl/kindermishandeling/afwegingskader-meldcode, geraadpleegd op 13 juni 2024.

⁷⁷ 'Meisjesbesnijdenis in Nederland – beleid, ketenaanpak en protocollen', pharos.nl, oktober 2023.

genomen moeten worden om het kind te beschermen.⁷⁸ Veilig Thuis speelt derhalve een belangrijke rol in de strafrechtelijke bestrijding van VGV, omdat zij bepalen of zij melding of aangifte bij de politie doen van gevallen van VGV. Voor uitleg en handvatten voor de aanpak van VGV is het Handelingsprotocol Vrouwelijke Genitale Verminking bij minderjarigen opgesteld voor Veilig Thuis, de Raad voor de Kinderbescherming en de politie.⁷⁹ Over Veilig Thuis en het Handelingsprotocol Vrouwelijke Genitale Verminking bij minderjarigen zal in §3.5.3 verder worden ingegaan.

Een organisatie die ook actief is op het gebied van VGV is het LEC EEG. Het LEC EEG houdt zich bezig met vragen over eengerelateerd geweld en voert onderzoeken en analyses uit op het gebied van eengerelateerd geweld.⁸⁰ Het Openbaar Ministerie (OM), de Immigratie- en Naturalisatiedienst (IND) en de vrouwenopvang winnen ook adviezen van het LEC EEG in.⁸¹ Het LEC EEG geeft ook advies aan de politie over eengerelateerd geweld, zoals VGV.⁸² In het interview dat ik met het LEC EEG heb afgenomen heb ik de vraag gesteld of het LEC EEG een taak heeft in de aanpak van VGV en daarop kreeg ik als antwoord dat het LEC EEG, in gevallen waar vermoedens zijn van VGV, de taak heeft om grondig onderzoek te doen naar de mogelijke risico's van VGV. Als blijkt dat er inderdaad sprake is van aanstaande VGV, dan zal de politie of hulpverlening het met de familie bespreken. Daarbij is het struikelblok dat er vaak onvoldoende bewijs is om een strafrechtelijk onderzoek te rechtvaardigen. Het LEC EEG heeft dan de taak om advies, analyses of rapporten aan te leveren die de mogelijke risico's verduidelijken, hoe deze risico's bespreekbaar kunnen worden gemaakt en tot slot hoe ze gemeld kunnen worden.⁸³ Tot slot is Pharos een bekende organisatie die zich inzet in de strijd tegen VGV in Nederland. In het interview dat ik met Pharos heb afgenomen kreeg ik op de vraag of Pharos een taak heeft in de aanpak van VGV, het volgende antwoord: "*De rol van Pharos is kennis vergaren, kennis verrijken en dat weer teruggeven of doorgeven op een zo breed mogelijke manier. En wij hebben in Nederland een medische richtlijn voor de artsen, het Standpunt voor de jeugdgezondheidszorg, protocollen voor Veilig Thuis en voor de politie. Zo denken wij graag mee op alle lagen op het gebied*

⁷⁸ 'Meisjesbesnijdenis in Nederland – beleid, ketenaanpak en protocollen', pharos.nl, oktober 2023.

⁷⁹ *Handelingsprotocol Vrouwelijke Genitale Verminking bij minderjarigen* 2016.

⁸⁰ 'Landelijk Expertise Centrum Eengerelateerd Geweld (LEC EEG)', rijksoverheid.nl, geraadpleegd om 26 mei 2024.

⁸¹ 'Landelijk Expertise Centrum Eengerelateerd Geweld (LEC EEG)', rijksoverheid.nl, geraadpleegd om 26 mei 2024.

⁸² 'Landelijk Expertise Centrum Eengerelateerd Geweld (LEC EEG)', rijksoverheid.nl, geraadpleegd om 26 mei 2024.

⁸³ Zie voor het antwoord van het LEC EEG vraag 4 van het interview dat als bijlage 1 is gevoegd bij deze masterscriptie, p. 46-47.

van meisjesbesnijdenis en pakken wij de rol. In opdracht van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (hierna: VWS) krijgen wij ook de rol om dat te doen. Dat is wel het doel van Pharos, preventie van meisjesbesnijdenis en goede zorg voor vrouwen die besneden zijn.”⁸⁴

2.5. De strafrechtelijke bestrijding van VGV in Nederland

VGV wordt gecategoriseerd als een ernstige vorm van kindermishandeling, maar dit is juridisch onjuist. In het Nederlandse rechtssysteem wordt de term kindermishandeling namelijk niet direct gebruikt in het strafrecht. De term kindermishandeling is afkomstig uit de Jeugdwet.⁸⁵ Hoewel VGV niet expliciet als kindermishandeling is opgenomen in het Nederlandse strafrecht, wordt het wel gezien als een bijzondere vorm van kindermishandeling, omdat VGV vaak op een jonge leeftijd wordt uitgevoerd en ernstige gevolgen kan hebben voor het slachtoffer.⁸⁶ VGV wordt dus gekwalificeerd als kindermishandeling, omdat VGV vaak op een jonge leeftijd plaatsvindt, maar dat kan wel voor verwarring zorgen, omdat VGV soms ook bij vrouwen op een latere leeftijd wordt uitgevoerd.⁸⁷

2.5.1. Juridische grondslagen van VGV

In Nederland is kindermishandeling niet opgenomen in het Wetboek van Strafrecht (Sr) als een apart misdrijf, maar wordt gekwalificeerd als mishandeling. VGV wordt in Nederland dus strafbaar gesteld onder het misdrijf eenvoudige mishandeling ex artikel 300 Sr en/of onder het misdrijf zware mishandeling ex artikel 302 Sr.⁸⁸ Bij aanwezigheid van voorbedachte raad ex artikel 301 en 303 Sr, zal dat als strafverzwarend worden beschouwd.⁸⁹ Het onderscheid tussen eenvoudige en zware mishandeling hangt af van de aanwezigheid van ernstig lichamelijk letsel.⁹⁰ Of VGV dus onder eenvoudige mishandeling of zware mishandeling valt, moet worden beoordeeld aan de hand van de ernst van het letsel dat aanwezig is. Aangezien er in Nederland tot op heden nog geen rechtszaken zijn

⁸⁴ Zie voor het volledige antwoord van Pharos vraag 4 van het interview dat als bijlage 2 is gevoegd bij deze masterscriptie, p. 51.

⁸⁵ Van Vianen, De Boer, De Jong & Van Amersfoort 2010, p. 15.

⁸⁶ Pijpers, Exterkate & De Jager 2010, p. 12.

⁸⁷ Duvekot, Vos, Bergwerff, Lagro-Janssen, Vije, Özer, Bouman, Jaartsveld, Geraci, Naleii & Van Rijn 2019, p. 17.

⁸⁸ Duvekot, Vos, Bergwerff, Lagro-Janssen, Vije, Özer, Bouman, Jaartsveld, Geraci, Naleii & Van Rijn 2019, p. 47.

⁸⁹ Janssen, Timmer & Janmaat 2020, p. 6. Zie voor de volledige wetteksten artikelen 300-303 Sr.

⁹⁰ Uit artikel 302 Sr volgt: “*Hij die aan een ander opzettelijk zwaar lichamelijk letsel toebrengt, wordt, als schuldig aan zware mishandeling, gestraft met gevangenisstraf van ten hoogste acht jaren of geldboete van de vijfde categorie.*” De nadruk ligt op het toebrengen van “*zwaar lichamelijk letsel*”.

geweest met een veroordeling voor het uitvoeren van VGV, is het niet duidelijk onder welke vorm van mishandeling VGV geassocieerd kan worden. In 2010 heeft het Gerechtshof Amsterdam zich gebogen over de vraag of een Marokkaanse vader zich schuldig had gemaakt aan het genitaal verminken van zijn dochter van 5 jaar.⁹¹ Deze zaak is tot op heden de enige zaak in Nederland waarin een persoon is beschuldigd van VGV. Het ging om een meisje van 5 jaar dat zei dat haar vader met een schaar had geknipt bij haar "plasser". Een kindergynaecoloog had vastgesteld dat de kleine schaamlip aan de linkerkant en de voorhuid van de clitoris van het meisje waren verwijderd.⁹² De kindergynaecoloog verklaarde dat er sprake was van een verminking en niet van een besnijdenis en dat de verminking asymmetrisch was.⁹³ Daarnaast was ook vastgesteld dat het gebeurd was met een "scherp voorwerp" en dat het meisje dat niet zelf zou kunnen hebben gedaan.⁹⁴ Maar de vader werd vrijgesproken wegens gebrek aan bewijs, omdat niet vastgesteld kon worden of de vader zich schuldig had gemaakt aan het genitaal verminken van zijn dochter. Wat wel opvalt in deze zaak, is dat het Openbaar Ministerie in de tenlastelegging de genitale verminking als het toebrengen van zwaar lichamelijk letsel had opgenomen en dat het hof dat niet heeft tegengesproken en zelf ook spreekt over zware mishandeling. Dat zou kunnen wijzen op het feit dat VGV in de toekomst zal worden geschaard onder het toebrengen van zwaar lichamelijk letsel op grond van artikel 302 Sr.

2.5.2. Het Nederlandse beleid ten opzichte van VGV

In Nederland geldt er een "zerotolerancebeleid" ten opzichte van VGV.⁹⁵ Dat betekent dat geen enkele vorm van VGV wordt getolereerd in Nederland.⁹⁶ In 2005 gaf het kabinet aan dat het doel was om VGV helemaal uit te roeien binnen Nederland.⁹⁷ In het regeerakkoord van 2024-2028 is er over VGV maar liefst één zin opgenomen: "*Schadelijke praktijken zoals huwelijksdwang en vrouwelijke genitale verminking worden aangepakt.*"⁹⁸ Hoe het kabinet dat wenst te bereiken en welke maatregelen

⁹¹ Hof Amsterdam 23 december 2010, ECLI:NL:GHAMS:2010:BO8531.

⁹² Hof Amsterdam 23 december 2010, ECLI:NL:GHAMS:2010:BO8531.

⁹³ Hof Amsterdam 23 december 2010, ECLI:NL:GHAMS:2010:BO8531.

⁹⁴ Hof Amsterdam 23 december 2010, ECLI:NL:GHAMS:2010:BO8531.

⁹⁵ Janssen, Timmer & Janmaat 2020, p. 110.

⁹⁶ Pijpers, Exterkate & De Jager 2010, p. 24.

⁹⁷ Kramer, Dijkema, Joris, Tichelman & Verhoeff 2005, p. 13.

⁹⁸ 'HOOP, LEF EN TROTS – Hoofdlijnenakkoord 2024 -2028 van PVV, VVD, NSC en BBB', 16 mei 2024, H:/Downloads/20240515+Hoofdlijnenakkoord+PVV+VVD+NSC+BBB.pdf, p. 6-7.

daarvoor worden genomen is onduidelijk. In de interviews die ik heb afgenomen merk ik ook dat er huiverig wordt gedaan over het aanpakken van VGV door het kabinet. In het interview met Pharos kreeg ik op mijn vraag of er vanuit wet- en regelgeving en de overheid voldoende wordt gedaan om VGV aan te pakken het antwoord dat het belangrijk is op welke manier dit onderwerp wordt aangepakt. Het is belangrijk om als gesprekspartner op te treden en niet met een vingertje te wijzen. Met het nieuwe kabinet vreest Pharos daar wel voor. De zin: *“Dit is zo een groot onderwerp, maar binnen de overheid is het een klein onderwerp”*, spreekt mijns inziens boekdelen.⁹⁹ In het interview dat ik met een consultant/onderzoeker, tevens gepromoveerd op VGV, heb afgenomen stelde ik dezelfde vraag en kreeg ik als antwoord dat het niet uitmaakt of VGV een eigen wet krijgt binnen het Nederlandse strafrecht, maar dat vooral de implementatie belangrijk is. Het belangrijkste is dat de plannen in de praktijk worden uitgevoerd en niet alleen bij plannen blijven.¹⁰⁰

Voor de strafrechtelijke bestrijding van VGV is het belangrijk dat daar melding van wordt gemaakt bij de politie. De politie kan op 2 manieren een strafbare feit opmerken, namelijk als de politie zelf een zaak opmerkt of als er aangifte wordt gedaan.¹⁰¹ Slachtoffers van VGV zijn vaak hele kleine kinderen en die zullen niet zelf aangifte doen bij de politie. Daarnaast vindt VGV in de familiekring plaats en zullen de familieleden ook geen aangifte doen, omdat het voor hen een culturele traditie is en geen strafbaar feit.¹⁰² De politie is derhalve afhankelijk van anderen die melding zullen maken als zij VGV constateren.¹⁰³ Deze ‘anderen’ zijn met name medische specialisten die van belang kunnen zijn in de strafrechtelijke aanpak van VGV. VGV wordt in de praktijk namelijk vaak geconstateerd door medische specialisten, zoals (kinder-)artsen en gynaecologen. Om te zorgen dat VGV streng wordt aangepakt met als doel om VGV uit te bannen in Nederland, is dus steun nodig van de zorgsector.¹⁰⁴ Daarbij speelt het medisch beroepsgeheim een sleutelrol. Op het medisch beroepsgeheim ten aanzien van VGV zal er nader worden ingegaan in hoofdstuk 3.

⁹⁹ Zie voor het volledige antwoord van Pharos vraag 5 van het interview dat gevoegd is als bijlage 2 bij deze masterscriptie, p. 51-53.

¹⁰⁰ Zie voor het volledige antwoord van de consultant/onderzoeker vraag 5 van het interview dat gevoegd is als bijlage 9 bij deze masterscriptie, p. 71.

¹⁰¹ Janssen, Timmer & Janmaat 2020, p. 6.

¹⁰² Janssen, Timmer & Janmaat 2020, p. 6.

¹⁰³ Janssen, Timmer & Janmaat 2020, p. 6.

¹⁰⁴ Kramer, Dijkema, Joris, Tichelman & Verhoeff 2005, p. 13.

3. Het medisch beroepsgeheim

3.1. Inleiding

Het medisch beroepsgeheim houdt in dat hulpverleners verplicht zijn om alle informatie die zij over patiënten krijgen vertrouwelijk moeten behandelen. Hierbij gaat het niet alleen om medische gegevens, maar ook om andere informatie die patiënten delen tijdens een consult, bijvoorbeeld als een patiënt aangeeft dat zijn dochter spijbelt en dat dit spanningen binnen het gezin veroorzaakt.¹⁰⁵ Deze uitleg over het medisch beroepsgeheim past bij de artikelen 88 van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet BIG) en 7:457 van het Burgerlijk Wetboek (BW) waarin het medisch beroepsgeheim is vastgelegd.¹⁰⁶ Het medisch beroepsgeheim moet ervoor zorgen dat een patiënt zich vrij voelt om naar een arts te gaan en dat betekent een vrije toegang tot de zorg.¹⁰⁷ Ook hebben artsen op grond van het medisch beroepsgeheim de taak om de privacy van een patiënt te waarborgen.¹⁰⁸ Nu wordt VGV vaak geconstateerd door medische zorgprofessionals, omdat vrouwen die slachtoffer zijn van VGV jaren na de genitale verminking fysieke en psychische klachten kunnen ervaren en op zoek gaan naar medische zorg.¹⁰⁹ Maar medische specialisten mogen niet zomaar informatie over de patiënt delen met derden.¹¹⁰ Het medisch beroepsgeheim kan derhalve voor obstakels zorgen in de strafrechtelijke bestrijding van VGV.

In dit hoofdstuk wordt eerst het medisch beroepsgeheim uitgelegd, namelijk de definitie en het belang van het medisch beroepsgeheim (§3.2). Vervolgens zullen de conflicten tussen het medisch beroepsgeheim en VGV uit elkaar gezet worden (§3.3). Daarna zal de doorbreking van het medisch beroepsgeheim systematisch in kaart worden gebracht (§3.4) en tot slot zal de doorbreking van het medisch beroepsgeheim in gevallen van VGV stapsgewijs worden besproken (§3.5).

¹⁰⁵ Heida 2016, par. 1.

¹⁰⁶ *Kamerstukken II* 1985/86, 19522, nr. 3, p. 145 & Art. 88 Wet Big & art. 7:457 BW.

¹⁰⁷ Duijst 2005, par. 2.

¹⁰⁸ Duijst 2005, par. 2.

¹⁰⁹ Lagro-Janssen, Van Son & Teunissen 2020, p. 34.

¹¹⁰ Sombroek-van Doorm 2019, par. 2.

3.2. Definitie en belang van het medisch beroepsgeheim

Het medisch beroepsgeheim is vastgelegd in artikel 88 van de Wet BIG.¹¹¹ Op grond van artikel 88 van de Wet BIG moeten medische zorgprofessionals geheim houden wat aan hen is toevertrouwd op basis van het beroep dat zij uitoefenen. Het medisch beroepsgeheim staat ook vermeld in artikel 7:457 BW.¹¹² Op grond van deze wetsartikelen wordt het medisch beroepsgeheim gewaarborgd. Het medisch beroepsgeheim moet ervoor zorgen dat medische zorgprofessionals de privacy van de patiënt waarborgen.¹¹³ Daarnaast dient het medisch beroepsgeheim ook het zwaarwegende belang om de privacy van burgers in de maatschappij te beschermen, namelijk dat burgers zonder angst dat informatie over hen voor iedereen beschikbaar zal zijn, de weg naar de medische zorg kunnen vinden.¹¹⁴ Het medisch beroepsgeheim ligt derhalve stevig verankerd in de wet, maar het medisch beroepsgeheim kan soms voor maatschappelijke conflicten zorgen. Het medisch beroepsgeheim dient soms doorbroken te worden als er sprake is van zwaarwegende belangen, zoals individuele of maatschappelijke belangen die zwaarder wegen dan het waarborgen van het medisch beroepsgeheim.¹¹⁵ Kindermishandeling wordt als een zwaarwegend belang gezien om het medisch beroepsgeheim te doorbreken.¹¹⁶ En omdat VGV als een bijzondere vorm van kindermishandeling wordt erkend, houdt dat in dat VGV een zwaarwegend belang kan zijn om het medisch beroepsgeheim te doorbreken, zoals eerder besproken in §2.5.¹¹⁷

3.2.1. Juridische grondslagen van het medisch beroepsgeheim

Het medisch beroepsgeheim is ook verankerd in het strafrecht, namelijk in de artikelen 272 Sr en 218 van het Wetboek van Strafvordering (Sv).¹¹⁸ Op grond van dit artikel hebben beroepsgroepen die te maken hebben met een beroepsgeheim de plicht om te zwijgen over informatie die hen bekend is geworden uit hoofde van de functie die zij vervullen. Daarnaast volgt uit art. 218 Sv dat aan

¹¹¹ Zie voor de volledige wettekst art. 88 Wet BIG.

¹¹² Zie voor de volledige wettekst art. 7:457 BW.

¹¹³ Sombroek-van Doorn 2019, p. 274.

¹¹⁴ Sombroek-van Doorn 2019, p. 274.

¹¹⁵ Sombroek-van Doorn 2019, p. 274.

¹¹⁶ Sombroek-van Doorn 2019, p. 274.

¹¹⁷ Duvekot, Vos, Bergwerff, Lagro-Janssen, Vije, Özer, Bouman, Jaartsveld, Geraci, Naleii & Van Rijn 2019, p. 16.

¹¹⁸ Zie voor de volledige wettekst art. 272 Sr & art. 218 Sv.

professionals met een beroepsgeheim het verschoningsrecht toekomt en dat zij derhalve niet verplicht zijn om een verklaring af te leggen over hetgeen hen is verteld op grond van hun beroep. Het medisch beroepsgeheim wordt derhalve stevig beschermd door de wet. Het medisch beroepsgeheim wordt ook op internationaal niveau beschermd.¹¹⁹ Hendriks zegt dat het Europese Hof voor de Rechten van de Mens (EHRM) heeft geoordeeld dat de bescherming van medische gegevens behoort tot de essentiële verplichtingen zoals vastgelegd in artikel 8 lid 1 EVRM. Maar Knigge legt over artikel 8 EVRM uit dat het EHRM ook heeft geoordeeld dat artikel 8 EVRM niet inhoudt dat het medisch beroepsgeheim absoluut is.¹²⁰

3.2.2. De componenten van het medisch beroepsgeheim

De zwijgplicht en het verschoningsrecht vormen de twee kanten van de medaille van het medisch beroepsgeheim.¹²¹ De zwijgplicht geldt voor de medische zorgprofessionals, namelijk de plicht om hetgeen hem/haar is toevertrouwd in de uitoefening van zijn/haar beroep geheim te houden. En het verschoningsrecht is gericht aan de autoriteiten, omdat op bepaalde informatie het verschoningsrecht rust en de medische professionals in beginsel bepalen of specifieke informatie onder het verschoningsrecht valt.

Medische zorgprofessionals mogen op grond van hun zwijgplicht geen informatie met derden delen die aan het is toevertrouwd in verband met hun functie.¹²² De zwijgplicht is derhalve om te verzekeren dat patiënten zich zonder angst kunnen wenden tot medische zorgprofessionals. Een patiënt deelt informatie over zijn/haar privéleven met medische zorgprofessionals met een doel, namelijk ter advies of voor het ondergaan van een behandeling.¹²³ Als deze informatie, zónder toestemming van de patiënt, met een derde wordt gedeeld, wordt er inbreuk gemaakt op de privacy van de patiënt.¹²⁴ Hiermee is er dan ook sprake van schending van de zwijgplicht.¹²⁵

¹¹⁹ Hendriks 2001, p. 526.

¹²⁰ EHRM 25 februari 1997, ECLI:NL:XX::1997:AD4448, m.nt. G. Knigge (*Z t. Finland*).

¹²¹ Hendriks 2001, p. 527.

¹²² Hendriks 2001, p. 527.

¹²³ Hendriks 2001, p. 527.

¹²⁴ Hendriks 2001, p. 527.

¹²⁵ Hendriks 2001, p. 527.

De zwijgplicht dient echter niet alleen het individuele belang van de patiënt, het dient ook het algemeen belang dat een ieder de weg naar de gezondheidszorg zorgeloos kan bewandelen.¹²⁶

Het medisch beroepsgeheim kent ook het verschoningsrecht op grond van de artikelen 218 Sv, 191 lid 2 sub v van het Wetboek van Burgerlijke Rechtsvordering (Rv), 8:33 lid 3 Algemene wet bestuursrecht (Awb) en 68 lid 5 Wet BIG.¹²⁷ Het verschoningsrecht voor medische professionals houdt in dat zij niet verplicht zijn om een verklaring of getuigenis af te leggen als deze verklaring of getuigenis in strijd is met het medisch beroepsgeheim.¹²⁸ In een arrest uit 1985 heeft de Hoge Raad het criterium gesteld dat beroepsgroepen zich op het verschoningsrecht kunnen beroepen op vragen van de rechter en dat dat recht de beroepsgroepen alleen mag worden ontzegd door de rechter, indien er sprake is van een redelijke twijfel dat het beantwoorden van de vragen zal leiden tot het schenden van het beroepsgeheim.¹²⁹ Dat betekent dat de rechter degene die zich op zijn/haar verschoningsrecht beroept, niet mag dwingen om te verklaren, tenzij er gerede twijfel bestaat over het standpunt van de verschoningsgerechtigde om zich op zijn/haar verschoningsrecht te beroepen.¹³⁰ De Hoge Raad leeft dit criterium sinds 1991 na en oordeelt dat de politie en justitie het moeten respecteren als medische zorgprofessionals zich beroepen op het verschoningsrecht, tenzij er een redelijke twijfel bestaat dat dat standpunt niet juist is.¹³¹ Het verschoningsrecht dient, zoals de zwijgplicht, het algemeen belang dat alle personen zich kunnen wenden tot medische zorgprofessionals.¹³² Het verschoningsrecht dient ook te waarborgen dat beroepsgroepen die te maken hebben met het medisch beroepsgeheim het werk kunnen uitvoeren.¹³³ Hendriks schrijft het volgende over het verschoningsrecht: "*Gelet hierop ware het wellicht beter te spreken over een verschoningsplicht, waarvan alleen gemotiveerd kan worden afgeweken.*"¹³⁴ Dat is een interessante gedachte, omdat het verschoningsrecht een beroepsmatig privilege is, waarmee de beroepsgroepen zeer zorgvuldig om dienen te gaan.

¹²⁶ Hendriks 2001, p. 528.

¹²⁷ Artt. 218 Sv, 191 lid 2 sub v Rv, 8:33 lid 3 Awb & 68 lid 5 Wet BIG.

¹²⁸ Hendriks 2001, p. 528.

¹²⁹ HR 1 maart 1985, ECLI:NL:PHR:1985:AC9066, r.o. 3.5, NJ 1986/173 (*Maas II*).

¹³⁰ Hendriks 2001, p. 528.

¹³¹ HR 22 november 1991, ECLI:NL:HR:1991:ZC0422, r.o. 3.3, NJ 1992/315, m.nt. E.A. Alkema & Th.W. van Veen.

¹³² Hendriks 2001, p. 529.

¹³³ Hendriks 2001, p. 529.

¹³⁴ Hendriks 2001, p. 529.

Het verschoningsrecht toont ook aan dat medische zorgprofessionals steeds een belangenafweging moeten maken en die afweging blijft in beginsel ook bij de medische zorgprofessionals.

3.3. Conflicten die het medisch beroepsgeheim kan opleveren bij constatering van VGV

Ieder persoon die een strafbaar feit heeft waargenomen heeft het recht om daarvan aangifte te doen.¹³⁵ Dat geldt ook voor iedereen die niet alleen een strafbaar feit heeft waargenomen, maar ook het vermoeden heeft dat een strafbaar feit is gepleegd.¹³⁶ Volgens de wetgever en het kabinet zijn medische zorgspecialisten dé professionals om kindermishandeling te constateren en te bestrijden.¹³⁷ Het doen van aangifte inzake VGV is niet verplicht ex artikel 160 Sv jo. 161 Sv.¹³⁸ Maar voor zorgprofessionals ligt dat ingewikkelder. Op grond van de artikelen 160 Sv jo. 161 Sv bestaat er geen verplichting tot het doen van aangifte als VGV wordt geconstateerd, maar volgens het Besluit verplichte meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling dienen ernstige vormen van geweld gerapporteerd te worden.¹³⁹ De meldcode Huiselijk geweld en kindermishandeling is opgesteld op grond van verschillende wetten die professionals een handvat bieden bij de vraag of zij vormen van huiselijk geweld, kindermishandeling en vrouwelijke genitale verminking dienen te rapporteren.¹⁴⁰ De procedure die beschreven staat in de meldcode Huiselijk geweld en kindermishandeling is belangrijk, omdat professionals, zoals medische zorgprofessionals, op grond van hun beroepsgeheim geen verplichting hebben om vormen van huiselijk geweld, kindermishandeling en vrouwelijke genitale verminking te melden.¹⁴¹ Medische professionals hebben geen meldplicht, maar wel een "meldrecht" in deze gevallen.¹⁴² De tuchtrechter heeft hierover geoordeeld dat er sprake is van een meldrecht en niet van een meldplicht en dat het aan de arts is om te bepalen of hij daarvan gebruik maakt.¹⁴³ Daarbij geldt mijns inziens wel dat het voorgaande geen bepaalde vrijblijvendheid en willekeurigheid impliceert, omdat de arts een zeer ingewikkelde belangenafweging dient te maken om te komen tot de

¹³⁵ Dit volgt uit art. 161 Sv.

¹³⁶ Esser, Ten Voorde & Van Nieuwenhuizen 2020, p. 121.

¹³⁷ *Kamerstukken II* 2011/12, 33062, nr. 3, p. 9 (MvT).

¹³⁸ Esser, Ten Voorde & Van Nieuwenhuizen 2020, p. 121.

¹³⁹ Esser, Ten Voorde & Van Nieuwenhuizen 2020, p. 122.

¹⁴⁰ Esser, Ten Voorde & Van Nieuwenhuizen 2020, p. 122.

¹⁴¹ Esser, Ten Voorde & Van Nieuwenhuizen 2020, p. 122.

¹⁴² Bol & Dute 2014, p. 14.

¹⁴³ CTG 15 februari 2018, ECLI:NL:TGZCTG:2018:55, r.o. 5.1.

beslissing of hij/zij het medisch beroepsgeheim zal doorbreken. Die afweging is dan ook steeds afhankelijk van de specifieke omstandigheden van het geval.

3.4. Gronden om het medisch beroepsgeheim te doorbreken

Het medisch beroepsgeheim is geen absoluut recht.¹⁴⁴ Het medisch beroepsgeheim is stevig verankerd in de wet, maar er bestaan uitzonderingen om het medisch beroepsgeheim te doorbreken.¹⁴⁵ In bepaalde gevallen staan medische zorgprofessionals voor een dilemma, namelijk het behartigen van zwaarwegende belangen of het waarborgen van het medisch beroepsgeheim. Op grond van de literatuur, rechtspraak en wet kent het medisch beroepsgeheim vijf uitzonderingen om het medisch beroepsgeheim te doorbreken, namelijk *“toestemming van de patiënt”*, *“wettelijke meldplicht”*, *“conflict van plichten”*, *“zwaarwegend belang”* en tot slot *“zeer uitzonderlijke omstandigheden”*.¹⁴⁶ In het geval van VGV zal er sprake zijn van *“conflict van plichten”* om het medisch beroepsgeheim te doorbreken.¹⁴⁷ Medische zorgprofessionals hebben geen wettelijke verplichting om kindermishandeling te melden en in gevallen van VGV zullen slachtoffers geen of niet snel toestemming geven om de informatie te delen met derden.¹⁴⁸ In gevallen van kindermishandeling dient de arts toestemming te hebben van de ouders van het kind om een melding te maken.¹⁴⁹ Nu het waarschijnlijk is dat ouders niet snel toestemming zullen geven in gevallen van kindermishandeling, is het leerstuk van het conflict van plichten waarop artsen kunnen terugvallen om melding te maken van VGV.¹⁵⁰

3.4.1. Conflict van plichten

Het leerstuk van het conflict van plichten is een grond om het medisch beroepsgeheim te doorbreken.¹⁵¹ In het kader van VGV vloeit dit leerstuk voort uit art. 7.1.4.1 sub l Jeugdwet.¹⁵² Als er sprake is van een conflict van plichten, mogen medische zorgprofessionals het medisch

¹⁴⁴ Zie par. 3.2.1.

¹⁴⁵ Oei & Groenhuijsen 2009, par. 4.2.2.2.

¹⁴⁶ Sombroek-van Doorm 2019, p. 274.

¹⁴⁷ Sombroek-van Doorm 2019, p. 274-275.

¹⁴⁸ Sombroek-van Doorm 2019, p. 275.

¹⁴⁹ Bol & Dute 2014, p. 14.

¹⁵⁰ Bol & Dute 2014, p. 14.

¹⁵¹ Sombroek-van Doorm 2019, p. 274.

¹⁵² Zie voor de volledige wettekst art. 7.1.4.1 sub l Jeugdwet.

beroepsgeheim doorbreken. Om het medisch beroepsgeheim te doorbreken op grond van het conflict van plichten, moet er voldaan zijn aan een aantal voorwaarden, namelijk het proberen om toestemming van de patiënt te krijgen, geen ernstige schade veroorzaken voor een ander met het doorbreken van het medisch beroepsgeheim, dar er op grond van het subsidiariteitsbeginsel geen andere manier is om het probleem aan te pakken, dat de hulpverlener in gewetensnood verkeert, dat er met het doorbreken van het medisch beroepsgeheim schade voor een ander wordt beperkt of voorkomen en dat er getracht wordt om het medisch beroepsgeheim op grond van het proportionaliteitsbeginsel zo weinig mogelijk te schaden.¹⁵³

Het Centraal Medisch Tuchtcollege (CMT) heeft geoordeeld dat kindermishandeling een conflict van plichten oplevert.¹⁵⁴ Uit deze uitspraak van het CMT blijkt dat medische zorgprofessionals het medisch beroepsgeheim mogen doorbreken als het noodzakelijk is om het belang van minderjarigen te beschermen tegen het belang van de ouders.¹⁵⁵ Ook is uit deze uitspraak af te leiden dat er bij de overweging om het medisch beroepsgeheim te doorbreken een redelijke afweging moet worden gemaakt tussen de belangen die haaks tegenover elkaar staan. Het leerstuk van het conflict van plichten ziet dus op de verschillende belangen van de patiënt, hoogstwaarschijnlijk het minderjarig kind, en de belangen van de ouders.

3.5. Het doorbreken van het medisch beroepsgeheim in gevallen van VGV

Voor dit onderzoek is het leerstuk van het conflict van plichten zeer interessant, omdat medische zorgprofessionals waarschijnlijk deze grond zullen gebruiken in de overweging om het medisch beroepsgeheim te doorbreken ten aanzien van VGV.¹⁵⁶ In de interviews die ik heb afgenomen is mij opgevallen dat het medisch beroepsgeheim geen belemmering vormt om melding te maken van VGV. De vertrouwensarts van Veilig Thuis Flevoland gaf aan dat de functie van vertrouwensarts haar binnen de wetgeving een unieke positie geeft, omdat artsen op grond van de Meldcode Huiselijk geweld en kindermishandeling een melding mogen maken van VGV en de vertrouwensarts van Veilig Thuis kan

¹⁵³ Oei & Groenhuijsen 2009, par. 4.2.2.2.

¹⁵⁴ CMT 28 september 1972, ECLI:NL:TCMT:1972:AE300, NJ 1973/270.

¹⁵⁵ CMT 28 september 1972, ECLI:NL:TCMT:1972:AE300, NJ 1973/270.

¹⁵⁶ Sombroek-van Doorm 2019, p. 274-275 en zie ook §3.3.

dan overgaan tot het doen van een melding of aangifte bij de politie.¹⁵⁷ In de overige interviews die ik heb afgenomen met de tropenarts en gynaecologen, is mij opgevallen dat de rode draad in de afweging om het medisch beroepsgeheim te doorbreken, is wanneer er sprake is van acuut gevaar door aanstaande VGV en wanneer de veiligheid van een patiënt in gevaar dreigt te komen.¹⁵⁸

3.5.1. De meldcode Huiselijk geweld en kindermishandeling

Op 1 juli 2013 is de Wet verplichte meldcode Huiselijk geweld en kindermishandeling van kracht gegaan. Op grond van deze wet moeten organisaties en zelfstandige professionals een meldcode opstellen om huiselijk geweld en kindermishandeling tijdig te constateren.¹⁵⁹ Op grond van art. 2 lid 2 van het Besluit verplichte meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling moet een meldcode een verplicht stappenplan bevatten.¹⁶⁰

De meldcode Huiselijk geweld en kindermishandeling is het basismodel van de meldcode die in het leven is geroepen voor alle professionals die uit hoofde van de functie die zij bekleden in contact komen met kinderen. De overheid heeft de meldcode Huiselijk geweld en kindermishandeling opgesteld en deze meldcode bevat een stappenplan dat voldoet aan art. 2 lid 2 van het Besluit verplichte meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling. Dit stappenplan bevat de volgende vijf stappen, namelijk het identificeren van signalen met behulp van de signalenkaart, het overleggen met een collega of indien nodig met Veilig Thuis, in gesprek gaan met de betrokkenen om de zorgen te bespreken, de ernst van de situatie beoordelen waarbij er bij twijfel contact opgenomen kan worden met Veilig Thuis en het nemen van een beslissing over het wel of niet maken van een melding.

De medische zorgprofessional brengt dus als eerste signalen in beeld van kindermishandeling. Hierbij wordt er door de medische zorgprofessional een onderzoek uitgevoerd en legt de medische zorgprofessional de bevindingen van dit onderzoek vast in het medisch dossier van de patiënt.¹⁶¹

¹⁵⁷ Zie voor het volledige antwoord van de vertrouwensarts vraag 6 van het interview dat als bijlage 3 is gevoegd bij deze masterscriptie, p. 55.

¹⁵⁸ Zie voor de volledige antwoorden van de tropenarts en de gynaecoloog vraag 8 van de interviews die als bijlagen 5 en 6 gevoegd zijn bij deze masterscriptie, p. 62 en 65.

¹⁵⁹ Wet van 14 maart 2013 tot wijziging van diverse wetten in verband met de invoering van de verplichting voor bepaalde instanties waar professionals werken en voor bepaalde zelfstandige professionals om te beschikken over een meldcode voor huiselijk geweld en kindermishandeling en de kennis en het gebruik daarvan te bevorderen, onderscheidenlijk die meldcode te hanteren (verplichte meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling), *Stb.* 2013, 142, p. 2.

¹⁶⁰ Zie voor dit stappenplan art. 2 lid 2 van het Besluit verplichte meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling.

¹⁶¹ Sombroek-van Doorm 2019, p. 276.

De volgende stap is het vragen van advies aan een collega die deskundiger is op het gebied waar de signalen over gaan en neemt de medische zorgprofessional contact op met Veilig Thuis ter consult.¹⁶²

De derde stap is het voeren van een gesprek met de patiënt als dat mogelijk is over de zorgen die de medische zorgprofessional heeft.¹⁶³ Bij de vierde stap moet de medische zorgprofessional de ernst van de situatie inschatten door de stappen één tot en met drie na te gaan. Als de medische zorgprofessional twijfels heeft of zijn/haar zorgen terecht zijn, kan de medische zorgprofessional contact opnemen met Veilig Thuis om deze twijfels te bespreken. De vijfde en tevens laatste stap voor de medische zorgprofessional is het nemen van een beslissing over het wel of niet maken van een melding op grond van de signalen die hij waargenomen heeft en of er noodzakelijke hulp ingezet dient te worden.¹⁶⁴ Het maken van een melding bij Veilig Thuis is cruciaal, omdat Veilig Thuis samen met andere deskundigen, oplossingen kan bedenken om het risico op een dreiging te beperken en de afweging maken of daarvoor de strafrechtelijke weg bewandeld dient te worden.¹⁶⁵

Het medisch beroepsgeheim kan worden doorbroken als het belang dat daarmee wordt behartigd, zwaarder weegt dan het belang van de geheimhoudingsplicht.¹⁶⁶ De afweging om het medisch beroepsgeheim te doorbreken, ligt ten allen tijde bij de arts.¹⁶⁷ Interessant is dat in het interview dat ik met Pharos heb afgenomen juist wordt gesteld dat de arts niet alleen de beslissing neemt om het medisch beroepsgeheim te doorbreken. Pharos geeft aan dat medische zorgprofessionals namelijk gesprekken voeren met collega's en dat zij samen met de zorgprofessionals de afweging maken. De vrouw waarmee ik het interview heb gehouden gaf uit eigen ervaring aan dat zij zelf ook vaak door artsen wordt gebeld om te sparren en dat zij zelf ook één keer haar medisch beroepsgeheim heeft doorbroken. Hierbij heeft zij veel steun gehad van haar collega's en haar collega's hebben haar ook geholpen bij de afweging om het medisch beroepsgeheim te doorbreken.¹⁶⁸

¹⁶² Sombroek-van Doorm 2019, p. 276.

¹⁶³ Sombroek-van Doorm 2019, p. 276.

¹⁶⁴ Sombroek-van Doorm 2019, p. 276.

¹⁶⁵ Esser, Ten Voorde & Van Nieuwenhuizen 2020, p. 124.

¹⁶⁶ *Kamerstukken II* 2000/01, 27 842, nr. 3, p. 25 (MvT).

¹⁶⁷ *Kamerstukken II* 2000/01, 27 842, nr. 3, p. 26 (MvT).

¹⁶⁸ Zie voor het volledige antwoord van Pharos vraag 8 van het interview dat als bijlage 2 is gevoegd bij deze masterscriptie, p. 54.

3.5.2. De KNMG-meldcode Kindermishandeling en huiselijk geweld

De meldcode Huiselijk geweld en kindermishandeling is een basismodel dat geldt voor alle professionals die werken met kinderen. De KNMG-meldcode Kindermishandeling en huiselijk geweld is de meldcode die speciaal is opgesteld voor medische zorgprofessionals ten aanzien van kindermishandeling en huiselijk geweld, zoals artsen.

De eerste stap van deze meldcode is dat de arts onderzoek dient te doen en informatie moet verzamelen over het vermoeden van kindermishandeling en vervolgens gaat de arts (anoniem) in gesprek met collega's die deskundiger zijn op het gebied waar het vermoeden over gaat en met Veilig Thuis.¹⁶⁹ De derde stap is dat de arts een gesprek voert met de patiënt of de ouders en als vierde stap gaat de arts in gesprek met andere professionals, zoals de Verwijsindex Risicjongeren (VIR).¹⁷⁰ De laatste stap is het maken van de afweging over het doen van een melding aan de hand van het afwegingskader dat de KNMG-meldcode biedt.¹⁷¹

Voor het doorbreken van het medisch beroepsgeheim voor medische zorgprofessionals bestaan er dus duidelijke stappen, maar Sombroek-van Doorm noemt in haar proefschrift dat er voor gevallen waarin de arts wordt bevraagd over dossiers betreffende kindermishandeling geen toetsingskader bestaat.¹⁷² Sombroek-van Doorm stelt ook dat het medisch beroepsgeheim op grond van de zorgplicht doorbroken dient te worden en niet op grond van het leerstuk het conflict van plichten.¹⁷³ De Roode, adviseur gezondheidsrecht bij de KNMG, is het daar niet helemaal mee eens. De KNMG-meldcode Kindermishandeling en huiselijk geweld biedt volgens De Roode een duidelijk toetsingskader voor gevallen waarin medische zorgprofessionals overgaan tot het doorbreken van het medisch beroepsgeheim.¹⁷⁴ Mijns inziens heeft De Roode gelijk. De KNMG-meldcode Kindermishandeling en huiselijk geweld bevat namelijk een tweestappenplan. De KNMG-meldcode Kindermishandeling en huiselijk geweld dient voor de tuchtrechter als een uitgangspunt voor het toetsen van

¹⁶⁹ *KNMG- meldcode Kindermishandeling en huiselijk geweld* 2023, p. 20-21.

¹⁷⁰ *KNMG- meldcode Kindermishandeling en huiselijk geweld* 2023, p. 24-25.

¹⁷¹ *KNMG- meldcode Kindermishandeling en huiselijk geweld* 2023, p. 27.

¹⁷² Sombroek-van Doorm 2019, p. 277. Zie ook het proefschrift van Sombroek-van Doorm, te raadplegen via scholarlypublications.universiteitleiden.nl/handle/1887/68879.

¹⁷³ Sombroek-van Doorm 2019, p. 277-278.

¹⁷⁴ 'Kindermishandeling: zorg-, meld- en zijgplicht afwegen', medischcontact.nl, 4 maart 2019.

kindermishandeling.¹⁷⁵ De KNMG-meldcode Kindermishandeling en huiselijk geweld biedt namelijk ook een handvat voor gevallen waarin medische zorgprofessionals niet zelf melding hebben gemaakt van kindermishandeling, maar juist om informatie worden gevraagd door Veilig Thuis, de Raad voor de Kinderbescherming of de Gecertificeerde Instelling, in gevallen van kindermishandeling en huiselijk geweld.¹⁷⁶

3.5.3. Het Handelingsprotocol Vrouwelijke Genitale Verminking bij minderjarigen en de rol van Veilig Thuis

Wat opvalt in zowel de Meldcode Huiselijk geweld en kindermishandeling als in de KNMG-meldcode Kindermishandeling en huiselijk geweld, is dat in beide meldcodes Veilig Thuis de belangrijkste rol speelt om te handelen als er sprake is van VGV. Als een arts het vermoeden van VGV heeft, zal hij/zij de afweging maken om het medisch beroepsgeheim te doorbreken en melding te maken bij Veilig Thuis.¹⁷⁷ Veilig Thuis zal dan volgens het Handelingsprotocol Vrouwelijke Genitale Verminking bij minderjarigen een onderzoek starten en als er inderdaad sprake is van VGV, zal Veilig Thuis nagaan of een hulpverleningstraject ingezet moet worden voor het slachtoffer.¹⁷⁸ De volgende stap is dat Veilig Thuis de zaak “*indien nodig*” meldt bij de Raad voor de Kinderbescherming en “*wanneer Veilig Thuis besluit melding of aangifte te doen bij de politie*”, zal de politie in overleg met het Openbaar Ministerie een onderzoek starten.¹⁷⁹ Vervolgens zal het Openbaar Ministerie besluiten of er overgegaan wordt tot vervolging. Mijns inziens krijgt Veilig Thuis door de woorden ‘kan’ en ‘wanneer’ te veel ruimte om te besluiten of zij overgaan tot het doen van een melding of aangifte als er sprake is van VGV. In het interview dat ik met de consultant/onderzoeker heb afgenomen, stelt zij dat Veilig Thuis te veel beoordelingsvrijheid heeft om te besluiten om al dan niet een onderzoek te starten en uiteindelijk aangifte te doen bij de politie. Het is dus mogelijk dat er een melding is gemaakt en serieus wordt genomen, dat er onderzoek plaatsvindt, maar dat Veilig Thuis toch besluit om geen aangifte te doen bij de politie.¹⁸⁰ Dat zou moeten veranderen en daar sluit ik mij compleet bij aan.

¹⁷⁵ RTG 's-Gravenhage 4 april 2017, ECLI:NL:TGZRSGR2017:57, r.o. 5.1 en 5.2.

¹⁷⁶ KNMG-meldcode Kindermishandeling en huiselijk geweld 2023, p. 14.

¹⁷⁷ Handelingsprotocol Vrouwelijke Genitale Verminking bij minderjarigen 2016, p. 18.

¹⁷⁸ Handelingsprotocol Vrouwelijke Genitale Verminking bij minderjarigen 2016, p. 18.

¹⁷⁹ Handelingsprotocol Vrouwelijke Genitale Verminking bij minderjarigen 2016, p. 19.

¹⁸⁰ Zie voor het volledige antwoord van de consultant/onderzoeker vraag 6 van het interview dat als bijlage 9 is gevoegd bij deze masterscriptie, p. 72.

Als VGV wordt gezien als een schending van de mensenrechten en Nederland streng wil optreden tegen VGV, dan moet het stappenplannen van Veilig Thuis in gevallen van VGV, wat mij betreft, aangepast worden. Mijn aanbeveling zou zijn om een onderzoek in te stellen naar de werkwijze van Veilig Thuis en deze organisatie streng onder toezicht te houden. Ook moeten de woorden 'kan' en 'wanneer' veranderd worden naar dat Veilig Thuis de zaak verplicht moet melden bij de Raad voor de Kinderbescherming en verplicht melding moet maken of aangifte moet doen bij de politie als bevestigd wordt dat er inderdaad sprake is van VGV. Het stappenplan van Veilig Thuis moet mijns inziens veranderd worden. Om mijn aanbeveling duidelijke kaders te bieden, heb ik de volgende stappen bedacht: stap 1 is het samenstellen van een commissie die bestaat uit bijvoorbeeld juridische experts, de Raad voor de Kinderbescherming, de politie en medische zorgprofessionals, stap 2 is het instellen van een onafhankelijke instantie die optreedt als toezichthouder die toezicht houdt op Veilig Thuis en stap 3 is het ontwikkelen van een stappenplan/protocol waarin een stappenplan is opgenomen dat duidelijk aangeeft dat Veilig Thuis verplicht melding moet maken bij de Raad voor de Kinderbescherming en de politie in bevestigde gevallen van VGV. Bij stap 1 kan er concreet gedacht worden aan het verzamelen van informatie over de huidige werkwijze van Veilig Thuis in gevallen van VGV en daarvoor kunnen er bijvoorbeeld gesprekken worden gevoerd met medewerkers van Veilig Thuis. Deze informatie kan worden omgezet in een rapport dat geleverd kan worden bij de toezichthouder en bij stap 2 kan de toezichthouder dan onderzoeken of medewerkers van Veilig Thuis bijgeschoold moeten worden op het gebied van VGV. Bij stap 3 dient er concreet gekeken te worden naar de samenwerking tussen Veilig Thuis, de Raad voor de Kinderbescherming en de politie in gevallen van bevestigde VGV. Het duidelijk opnemen van een stappenplan in gevallen van bevestigde VGV op grond waarvan Veilig Thuis verplicht melding moet maken bij de Raad voor de Kinderbescherming en de politie, is cruciaal voor het strafrechtelijk bestrijden van VGV.

Als Veilig Thuis zoveel beoordelingsvrijheid blijft behouden, is het maar de vraag of er melding of aangifte van VGV bij de politie zal worden gedaan en of deze praktijk dan ook strafrechtelijk kan worden bestreden. Dan is het doorbreken van het medisch beroepsgeheim niet het grootste probleem met betrekking tot deze schadelijke praktijk.

3.5.4. Het doorbreken van het medisch beroepsgeheim en de tuchtrechter

Uit uitspraken van de tuchtrechter valt af te leiden dat voor het doorbreken van het medisch beroepsgeheim door medische zorgprofessionals het leerstuk van toestemming van de patiënt als uitgangspunt geldt.¹⁸¹ De tuchtrechter heeft geoordeeld dat de basisregel is dat een arts verplicht is om de geheimhoudingsplicht te waarborgen. De geheimhoudingsplicht wordt geschonden als er bepaalde informatie wordt gedeeld met derden. Het schenden van de geheimhoudingsplicht mag alleen onder specifieke omstandigheden, namelijk als de arts daarvoor toestemming heeft gekregen van de patiënt of de wettelijke vertegenwoordiger van de patiënt. Daarnaast mag een arts de geheimhoudingsplicht doorbreken als het schenden van de geheimhoudingsplicht noodzakelijk is om een groter belang te dienen.¹⁸² Eerder in dit onderzoek was te lezen dat het medisch beroepsgeheim niet alleen doorbroken kan worden op grond van toestemming van de patiënt, maar ook op grond van andere voorwaarden.¹⁸³ Artsen mogen namelijk informatie met derden delen, zoals Veilig Thuis, als dit nodig is om kindermishandeling te stoppen of om een vermoeden van kindermishandeling te onderzoeken. Hierbij is er sprake van het delen van informatie met derden zónder toestemming van de patiënt en de tuchtrechter heeft geoordeeld dat dat mag ex artikel 5.2.6. WMO 2015 (Wet maatschappelijke ondersteuning).¹⁸⁴ Als medische zorgprofessionals het medisch beroepsgeheim doorbreken en daarbij de toestemming van de patiënt ontbreekt, komt de tuchtrechter weer terug op het stappenplan dat volgt uit de KNMG-meldcode Kindermishandeling en huiselijk geweld.¹⁸⁵ De tuchtrechter toetst de zorgvuldigheid van een arts aan de KNMG-meldcode en de tuchtrechter benadrukt daarbij ook het belang van het inschakelen van collega's.¹⁸⁶ Volgens de tuchtrechter geldt de KNMG-meldcode Kindermishandeling en huiselijk geweld als een "*professionele norm*" in gevallen van kindermishandeling als een arts overgaat tot het doorbreken van het medisch beroepsgeheim.¹⁸⁷

¹⁸¹ RTG Amsterdam 19 december 2017, ECLI:NL:TGZRAMS:2017:146, r.o. 5.2-5.4. Zie ook CTG 4 september 2014, ECLI:NL:TGZCTG:2014:322, r.o. 4.4.

¹⁸² RTG Groningen 9 juni 2015, ECLI:NL:TGZRGRO:2015:40, r.o. 5.3.

¹⁸³ Zie §3.3. & §3.4.

¹⁸⁴ CTG 15 februari 2018, ECLI:NL:TGZCTG:2018:55, r.o. 5.1.

¹⁸⁵ CTG 2 november 2017, ECLI:NL:TGZCTG:2017:297, r.o. 5.3. Zie ook RTG Amsterdam 26 januari 2016, ECLI:NL:TGZRAMS:2016:16, r.o. 5.4-5.8.

¹⁸⁶ RTG Amsterdam 16 juni 2015, ECLI:NL:TGZRAMS:2015:71, r.o. 5.3-5.4.

¹⁸⁷ RTG 's-Gravenhage 4 april 2017, ECLI:NL:TGZRSGR:2017:57, r.o. 5.1.

Als een arts overgaat tot het doorbreken van het medisch beroepsgeheim en daarbij het stappenplan van de Meldcode Huiselijk geweld en kindermishandeling en de KNMG-meldcode Kindermishandeling en huiselijk geweld heeft gevolgd, zullen er hoogstwaarschijnlijk geen juridische consequenties volgen.¹⁸⁸ De tuchtrechter beoordeelt een zaak namelijk op grond van de omstandigheden per zaak en komt dan tot de conclusie of de arts de regels heeft gevolgd of niet. Dat de Meldcode Huiselijk geweld en kindermishandeling en de KNMG-meldcode Kindermishandeling en huiselijk geweld belangrijk zijn, blijkt ook uit de interviews die ik heb afgenomen. Op de vraag of deze twee meldcodes voldoende grond bieden om het medisch beroepsgeheim te doorbreken, kreeg ik vijf keer het antwoord 'ja', twee onzekere antwoorden en één keer het antwoord 'nee'.¹⁸⁹ Wat mij opviel was dat dit laatste antwoord van een gynaecoloog was en weer een andere gynaecoloog vond dat deze meldcodes wel voldoende zijn voor het doorbreken voor het medisch beroepsgeheim. Onder medische zorgprofessionals zijn de meningen over de meldcodes dus verdeeld.

¹⁸⁸ Sombroek-van Doorn 2019, p. 276.

¹⁸⁹ Zie voor de volledige antwoorden vraag 9 van de interviews die als bijlagen 1-9 zijn opgenomen bij deze masterscriptie, vanaf p. 45.

4. Artikel 16 lid 3 van de EU-Richtlijn ter bestrijding van geweld tegen vrouwen en huiselijk geweld (COM/2022/105)

4.1. Inleiding

In dit hoofdstuk staat de EU-Richtlijn centraal. Meer specifiek zal in dit hoofdstuk artikel 16 lid 3 van de EU-Richtlijn besproken worden en tevens zal worden onderzocht hoe dit artikel zich verhoudt met het medisch beroepsgeheim en de gronden waarop het medisch beroepsgeheim doorbroken mag worden, zoals dat nu wettelijk staat vastgelegd in Nederland ten aanzien van VGV.

In dit hoofdstuk zullen eerst de Europese initiatieven en wetgeving gericht op VGV worden behandeld (§4.2) en daarna zal artikel 16 lid 3 van de EU-Richtlijn worden besproken (§4.3). Tot slot zal de rol van de lidstaten in de uitvoering van artikel 16 lid 3 van de EU-Richtlijn worden onderzocht (§4.4).

4.2. Europese initiatieven en wetgeving gericht op VGV

Ten aanzien van geweld tegen vrouwen en huiselijk geweld, waaronder VGV, bestaan er een aantal Europese richtlijnen en verordeningen, zoals het Verdrag inzake de Rechten van het kind, het VN-Vrouwenverdrag, Europese Richtlijn 2012/29/EU, EU Strategie voor Gendergelijkheid 2020-2025 en het Verdrag van Istanbul.¹⁹⁰ In de Convention on Preventing and Combating Violence against Woman and Domestic Violence, ook wel bekend als het Verdrag van Istanbul, is er voor het eerst een stap gezet in de richting van wet- en regelgeving ten aanzien van geweld tegen vrouwen en dus ook ten aanzien van VGV.¹⁹¹ Daarom zal dit Verdrag in §4.2.1 worden uitgelicht.

4.2.1. Het Verdrag van Istanbul

Het Verdrag van Istanbul is op 8 november 2015 geratificeerd en op 1 maart 2016 is het Verdrag in Nederland in werking getreden.¹⁹² Dat betekent dat Nederland verplicht is om te voldoen aan de bepalingen die in dit Verdrag zijn opgenomen.¹⁹³ Het Verdrag van Istanbul is leidend op het gebied van VGV. Dat blijkt ook uit het volgende: *“It is the first treaty to recognise that FGM exists in Europe*

¹⁹⁰ Avontuur 2022, p. 3128.

¹⁹¹ ‘Meisjesbesnijdenis – beleid en wetgeving in Europa’, pharos.nl, oktober 2018. Zie ook het Verdrag van Istanbul.

¹⁹² ‘Meisjesbesnijdenis – beleid en wetgeving in Europa’, pharos.nl, oktober 2018.

¹⁹³ ‘Het Verdrag van Istanbul’, vng.nl, geraadpleegd op 25 mei 2024.

*and that it needs to be systematically addressed. It requires states parties to step up preventive measures by addressing affected communities as well as the general public and relevant professionals. It entails obligations to offer protection and support when women and girls at risk need it most – and makes sure that their needs and their safety always come first.*¹⁹⁴ In het interview dat ik met de consultant/onderzoeker heb afgenomen, heb ik de vraag gesteld hoe zij aankijkt tegen de EU-Richtlijn. Daarop kreeg ik het antwoord dat deze EU-Richtlijn erg belangrijk is, net als het Verdrag van Istanbul. Het Verdrag van Istanbul en de EU-Richtlijn zorgen ervoor dat *“de Nederlandse staat zich moet verantwoorden en dat Nederlandse burgers zich erop kunnen beroepen. Dat is vanuit juridisch oogpunt ontzettend belangrijk”*.¹⁹⁵ Op grond van artikel 38 van het Verdrag van Istanbul wordt aan de lidstaten opgelegd om maatregelen te nemen om VGV strafbaar te stellen.¹⁹⁶ De EU-Richtlijn sluit aan bij het Verdrag van Istanbul, nu deze EU-Richtlijn ook bedoeld is om de effectiviteit van de EU-rechtsinstrumenten voor het bestrijden van geweld tegen vrouwen en huiselijk geweld te verbeteren.¹⁹⁷

4.3. Artikel 16 lid 3 van de EU-Richtlijn ter bestrijding van geweld tegen vrouwen en huiselijk geweld (COM/2022/105)

Op 8 maart 2022 is de (voorstel) EU-Richtlijn ter bestrijding van geweld tegen vrouwen en huiselijk geweld gepresenteerd door de Europese Commissie.¹⁹⁸ De EU-Richtlijn zou niet als een aparte richtlijn worden gepresenteerd. Het verzoek aan het Europees Parlement was om gendergerelateerd geweld toe te voegen als een nieuw Euromisdrijf in artikel 83 lid 1 VWEU.¹⁹⁹ De Europese Commissie heeft uiteindelijk besloten om dit verzoek om te zetten in een EU-Richtlijn.²⁰⁰ Zoals eerder in deze masterscriptie te lezen is, is de EU-Richtlijn dus inmiddels aangenomen.²⁰¹ Eén van de belangrijkste onderwerpen die in deze EU-Richtlijn zijn vastgelegd, is het strafbaar stellen van

¹⁹⁴ ‘The Council of Europe Convention on Preventing and Combating Violence against Women and Domestic Violence – A tool to end female genital mutilation (2014)’, pharos.nl, online geraadpleegd op 25 mei 2024, p. 62.

¹⁹⁵ Zie voor het volledige antwoord van de consultant/onderzoeker vraag 5 van het interview dat als bijlage 9 is gevoegd bij deze masterscriptie, p. 70-71.

¹⁹⁶ Zie voor de volledige tekst art. 38 van het Verdrag van Istanbul.

¹⁹⁷ Avontuur 2022, p. 3128 en zie ook ‘Voorstel voor een Richtlijn van het Europees Parlement en de Raad ter bestrijding van geweld tegen vrouwen en huiselijk geweld’, eur-lex.europa.eu, 8 maart 2022, p. 3.

¹⁹⁸ *Kamerstukken II* 2023/24, 21 501-02, nr. 2888, p. 7.

¹⁹⁹ Noorloos, Ouwerkerk & Verrest 2023, p. 2920. VWEU staat voor Verdrag betreffende de werking van de Europese Unie.

²⁰⁰ Noorloos, Ouwerkerk & Verrest 2023, p. 2920.

²⁰¹ Zie §1.1.

bepaalde vormen van geweld, zoals VGV.²⁰² Deze EU-Richtlijn is gericht op het voorkomen en bestrijden van geweld tegen vrouwen en huiselijk geweld, met als doel om de grondrechten binnen de Europese Unie te beschermen.²⁰³ De strafrechtelijke bestrijding van VGV is één van de elementen die specifiek is vastgelegd in deze EU-Richtlijn.²⁰⁴ Om VGV strafrechtelijk te bestrijden, is de hulp van relevante beroepsgroepen, zoals medische zorgprofessionals, cruciaal.²⁰⁵ Dit volgt ook uit artikel 16 lid 3 van de EU-Richtlijn.²⁰⁶

4.4. Rol van de lidstaten in de uitvoering van artikel 16 lid 3 van de EU-Richtlijn

Op grond van de EU-Richtlijn zijn lidstaten verplicht om ervoor te zorgen dat beroepsbeoefenaars die geconfronteerd worden met geweld tegen vrouwen en huiselijk geweld, aangifte moeten kunnen doen bij de bevoegde instanties, als zij redelijke gronden hebben om aan te nemen dat er een risico is op ernstige en fysieke schade voor een persoon.²⁰⁷ Op grond van de EU-Richtlijn vloeien namelijk positieve verplichtingen voort voor de lidstaten op het moment dat de EU-Richtlijn wordt geïmplementeerd. In het geval van kinderen moeten beroepsbeoefenaars aangifte kunnen doen als zij redelijke vermoedens hebben dat er sprake is van een ernstig geweldsmisdrijf of wanneer ernstige geweldsmisdrijven aanneembaar zijn op grond van deze EU-Richtlijn.²⁰⁸ Met deze zin wordt verduidelijkt dat VGV een ernstige daad van geweld is die valt onder deze EU-Richtlijn. De beroepsbeoefenaars die interessant zijn voor de uitvoering van artikel 16 lid 3 van de EU-Richtlijn zijn medische zorgprofessionals. Volgens artikel 16 lid 3 van de EU-Richtlijn mag het medisch beroepsgeheim geen belemmering vormen in het doen van aangifte als medische zorgprofessionals VGV constateren.

²⁰² ‘Voorstel voor een Richtlijn van het Europees Parlement en de Raad ter bestrijding van geweld tegen vrouwen en huiselijk geweld’, eur-lex.europa.eu, 8 maart 2022, p. 1.

²⁰³ ‘Voorstel voor een Richtlijn van het Europees Parlement en de Raad ter bestrijding van geweld tegen vrouwen en huiselijk geweld’, eur-lex.europa.eu, 8 maart 2022, p. 2.

²⁰⁴ ‘Voorstel voor een Richtlijn van het Europees Parlement en de Raad ter bestrijding van geweld tegen vrouwen en huiselijk geweld’, eur-lex.europa.eu, 8 maart 2022, p. 26.

²⁰⁵ Zie §2.5.

²⁰⁶ ‘Voorstel voor een Richtlijn van het Europees Parlement en de Raad ter bestrijding van geweld tegen vrouwen en huiselijk geweld’, eur-lex.europa.eu, 8 maart 2022, p. 47.

²⁰⁷ ‘Voorstel voor een Richtlijn van het Europees Parlement en de Raad ter bestrijding van geweld tegen vrouwen en huiselijk geweld’, eur-lex.europa.eu, 8 maart 2022, p. 47.

²⁰⁸ ‘Voorstel voor een Richtlijn van het Europees Parlement en de Raad ter bestrijding van geweld tegen vrouwen en huiselijk geweld’, eur-lex.europa.eu, 8 maart 2022, p. 47.

Deze masterscriptie ziet op de onderzoeksvraag hoe het medisch beroepsgeheim alsmede de gronden waarop dat in Nederland doorbroken kan worden ten aanzien van vrouwelijke genitale verminking zich verhoudt tot artikel 16 lid 3 van de EU-Richtlijn ter bestrijding van geweld tegen vrouwen en huiselijk geweld (COM/2022/105). Het antwoord op deze vraag is dat het medisch beroepsgeheim niet voor belemmeringen zorgt op grond van artikel 16 lid 3 van de EU-Richtlijn in gevallen van kindermishandeling, dus ook in gevallen van VGV niet, als medische zorgprofessionals overwegen om melding te maken bij de bevoegde autoriteiten, zoals Veilig Thuis.²⁰⁹ Wél merk ik hierbij op dat Veilig Thuis te veel beoordelingsvrijheid heeft in het doen van een melding of aangifte van VGV bij de politie. Bij de afweging om het medisch beroepsgeheim te doorbreken, geldt het uitgangspunt “*zwijgen-tenzij*” er sprake is van noodzakelijke belangen ten aanzien van het kind. Als het beschermen van het kind prevaleert boven het intact houden van het medisch beroepsgeheim, dan kan het medisch beroepsgeheim worden doorbroken. Als een arts kindermishandeling constateert, dienen eerst de stappen nagelopen te worden die staan in de meldcode Huiselijk geweld en kindermishandeling en de KNMG-meldcode Kindermishandeling en huiselijk geweld. Daarbij is het belangrijk dat de arts het risico op dreiging onderzoekt en daarbij bescherming biedt aan het kind. Zolang medische zorgprofessionals handelen volgens de protocollen uit de meldcode Huiselijk geweld en kindermishandeling en de KNMG-meldcode Kindermishandeling en huiselijk geweld, zullen zij hoogstwaarschijnlijk voldoen aan de eisen waaraan tuchtrechtelijk wordt getoetst.

²⁰⁹ KNMG- meldcode Kindermishandeling en huiselijk geweld 2023, p. 28.

5. Samenvattende conclusie

5.1. Inleiding

Het medisch beroepsgeheim is een veel besproken onderwerp. Het medisch beroepsgeheim in gevallen van VGV en op welke gronden het medisch beroepsgeheim doorbroken mag worden, is een interessant onderwerp dat meer onderzoek vereist. In deze masterscriptie stond de hoofdvraag centraal hoe het medisch beroepsgeheim alsmede de gronden waarop dat in Nederland doorbroken kan worden ten aanzien van vrouwelijke genitale verminking zich verhoudt tot artikel 16 lid 3 van de EU-Richtlijn ter bestrijding van geweld tegen vrouwen en huiselijk geweld (COM/2022/105).

Uit onderzoek blijkt dat het medisch beroepsgeheim alsmede de gronden waarop dat in Nederland doorbroken kan worden ten aanzien van VGV in overeenstemming is met het voorgestelde artikel 16 lid 3 van de EU-Richtlijn en dat de inwerkingtreding van deze EU-Richtlijn derhalve niet moet leiden tot wijziging van wet- en regelgeving op het gebied van het medisch beroepsgeheim.

5.2. Slotconclusie en aanbeveling(en)

De aanpak van vrouwelijke genitale verminking (VGV) is complex en vereist op zowel nationaal als internationaal niveau aandacht. In Nederland zijn er duizenden meisjes en vrouwen die het risico lopen om slachtoffer te worden van deze schadelijke praktijk. VGV zorgt voor ernstige fysieke klachten, zoals infecties, chronische pijn en complicaties bij de bevalling. Daarnaast kunnen er ook psychische en seksuele gezondheidsrisico's ontstaan door VGV. De definitie van VGV, zoals vastgesteld door de WHO, benadrukt dat het een traditionele schadelijke praktijk is zonder medische noodzaak, die voornamelijk voorkomt in delen van Afrika, Azië en het Nabije Oosten.

De Nederlandse aanpak van VGV, bekend als de "Dutch Chain Approach", omvat drie belangrijke stappen: goede zorg, preventie en wetshandhaving. Hierbij is de samenwerking tussen verschillende instanties, zoals medische zorgprofessionals, maatschappelijke organisaties en de politie, erg belangrijk. De focus voor de aanpak van VGV ligt op voorlichting, het volgen van protocollen en het signaleren en melden van mogelijke gevallen van VGV. Eén van de kernpunten van deze aanpak is de rol van medische zorgprofessionals. Medische zorgprofessionals spelen een sleutelrol in het

constateren en melden van VGV. Maar medische zorgprofessionals kunnen niet zomaar overgaan tot het doen van een melding van VGV wegens het medisch beroepsgeheim. Hoewel het medisch beroepsgeheim een fundamenteel recht is dat de privacy van patiënten beschermt, zijn er uitzonderingen om het medisch beroepsgeheim te doorbreken. Medische zorgprofessionals mogen overgaan tot het doorbreken van het medisch beroepsgeheim als er sprake is van kindermishandeling. VGV wordt in Nederland erkend als een bijzondere vorm van kindermishandeling. Dit betekent dat medische zorgprofessionals in gevallen van VGV het medisch beroepsgeheim mogen doorbreken, omdat het onder kindermishandeling valt. Het medisch beroepsgeheim mag worden doorbroken om het welzijn van het kind te waarborgen. De Meldcode Huiselijk geweld en kindermishandeling en de KNMG-meldcode Kindermishandeling en huiselijk geweld zijn voor het doorbreken van het medisch beroepsgeheim belangrijk. Het volgen van het stappenplan van de KNMG-meldcode Kindermishandeling en huiselijk geweld geeft artsen een handvat in de afweging om te besluiten of zij overgaan tot het doorbreken van het medisch beroepsgeheim. Op het moment dat medische zorgprofessionals overgaan tot het doorbreken van het medisch beroepsgeheim en overgaan tot het maken van een melding van VGV, komt Veilig Thuis in beeld. Veilig Thuis is de instantie die een onderzoek start als er een vermoeden is van VGV en de overweging maakt om een melding of aangifte te doen bij de politie. Mijns inziens heeft Veilig Thuis te veel beoordelingsvrijheid in de overweging of zij overgaan tot het doen van een melding of aangifte bij de politie. Veilig Thuis vervult een kritieke rol in de strafrechtelijke bestrijding van VGV. Als VGV wordt gezien als een schending van de mensenrechten en Nederland streng wil optreden tegen VGV, dan moet het stappenplan van Veilig Thuis in zaken van VGV, wat mij betreft, aangepast worden. Mijn aanbeveling zou zijn om een onderzoek in te stellen naar de werkwijze van Veilig Thuis en deze organisatie streng onder toezicht te houden. Veilig Thuis moet zaken waarin er na onderzoek bevestigd wordt dat er sprake is van VGV verplicht melden bij de Raad voor de Kinderbescherming en daarvan verplicht melding of aangifte doen bij de politie. Mijn aanbeveling ziet op het instellen van een commissie met juridische experts, de Raad voor de Kinderbescherming, de politie en medische zorgprofessionals, het oprichten van een toezichthouder die Veilig Thuis controleert en het ontwikkelen van een stappenplan/protocol waarin staat dat Veilig Thuis in gevallen van bevestigde VGV verplicht melding moet doen bij de Raad voor

de Kinderbescherming en de politie. Bij stap 1 wordt door bijvoorbeeld het voeren van gesprekken met medewerkers van Veilig Thuis de huidige werkwijze van Veilig Thuis in gevallen van VGV onderzocht. Bij stap 2 oordeelt de toezichthouder of medewerkers van Veilig Thuis bijgeschoold moeten worden in zaken van VGV en bij stap 3 wordt de samenwerking tussen Veilig Thuis, de Raad voor de Kinderbescherming en de politie in gevallen van bevestigde VGV beoordeeld. Om VGV strafrechtelijk te bestrijden is het van essentieel belang dat het stappenplan van Veilig Thuis onder de loep wordt genomen en aangepast wordt in gevallen van bevestigde VGV.

De EU-Richtlijn ter bestrijding van geweld tegen vrouwen en huiselijk geweld (COM/2022/205) benadrukt de rol van medische professionals bij het melden van VGV, waarbij het medisch beroepsgeheim niet als belemmering mag dienen voor het waarborgen van de veiligheid van het slachtoffer. Dit onderstreept het belang van een goede samenwerking tussen de ketenpartners en de noodzaak om nationale en internationale richtlijnen te volgen om streng op te treden tegen VGV. Zolang medische professionals handelen volgens de protocollen van de Meldcode Huiselijk geweld en kindermishandeling en de KNMG-meldcode Kindermishandeling en huiselijk geweld en het stappenplan volgen dat in deze protocollen is vastgelegd, vervullen zij, zonder belemmering, hun rol als medische professionals in de uitvoering van artikel 16 lid 3 van de EU-Richtlijn ter bestrijding van geweld tegen vrouwen en huiselijk geweld (COM/2022/205). De Nederlandse wet- en regelgeving op het gebied van het medisch beroepsgeheim ten aanzien van VGV voldoet derhalve wettelijk gezien aan artikel 16 lid 3 van de EU-Richtlijn en dit artikel zal niet leiden tot wijziging van wet- en regelgeving op het gebied van het medisch beroepsgeheim.

Aangehaalde literatuur

Avontuur 2022

I. Avontuur, 'Het negeren van huiselijk geweld is een systeemfout bij de aanpak van 'complexe' scheidingen', *NJB* 2022/2696, p. 3128-3135.

Bakker & Storms 2020

H. Bakker & O. Storms, 'Factsheet De Meldcode bij (vermoedens van) eerge relateerd geweld', *Movisie* 2020.

Bol & Dute 2014

C.A. Bol & J.C.J. Dute, 'Melding van kindermishandeling: afscheid van het conflict van plichten?', *Tijdschrift voor Gezondheidsrecht* 2014/38, p. 13-23.

Drost, Hoefnagels & Van Esch 2018

L. Drost, C. Hoefnagels & S. van Esch, *Het Jeugdgezondheidszorgbeleid ter preventie van vrouwelijke genitale verminking. Een quickscan naar de vraag hoe de JGZ-praktijk het beleid ter preventie van VGV uitvoert*, Utrecht: Verwey-Jonker Instituut 2018.

Duijst 2005

W. Duijst, 'Nog één keer het beroepsgeheim van de vertrouwensarts kindermishandeling', *FJR* 2005/102, par. 2.

Duvekot, Vos, Bergwerff, Lagro-Janssen, Vije, Özer, Bouman, Jaartsveld, Geraci, Naleii & Van Rijn 2019

J.J. Duvekot, M.C. Vos, A.F.J. Bergwerff, A.L.M. Lagro-Janssen, G.T. Vije, M. Özer, M. Bouman, C.T.M. Jaartsveld, D. Geraci, Z.S. Naleie & C.A.L. van Rijn, *Leidraad Medische zorg voor vrouwen en meisjes met vrouwelijke genitale verminking (VGV)*, Utrecht: Nederlandse Vereniging voor Obstetrie & Gynaecologie (NVOG) 2019.

Esser, Ten Voorde & Van Nieuwenhuizen 2020

L.B. Esser, J.M. ten Voorde & N.M.J. van Nieuwenhuizen, *De aanpak van schadelijke praktijken: een juridisch perspectief*, Leiden: Universiteit Leiden 2020.

Handelingsprotocol Vrouwelijke Genitale Verminking bij minderjarigen 2016

Handelingsprotocol Vrouwelijke Genitale Verminking bij minderjarigen, Utrecht: Pharos 2016.

Heida 2016

R.A. Heida, 'Het medisch beroepsgeheim – vervolg', *ArbeidsRecht* 2017/6, par. 2.

Hendriks 2001

A.Hendriks, 'Het medisch beroepsgeheim. Enige actuele dilemma's.', *NJCM-Bulletin* 2001/26, nr.5, p. 525-538.

Janssen 2017

J. Janssen, *Focus op eer*. Den Haag: Boom juridisch 2017.

Janssen, Timmer & Janmaat 2020

J. Janssen, W. Timmer & W. Janmaat, 'Problemen bij de aanpak van vrouwenbesnijdenis vanuit politieel perspectief', *Tijdschrift voor Seksuologie* 2020, p. 110-116.

KNMG-meldcode Kindermishandeling en huiselijk geweld 2023

KNMG-meldcode Kindermishandeling en huiselijk geweld, KNMG 2023.

Kramer, Dijkema, Joris, Tichelman & Verhoeff 2005

M. Kramer, P. Dijkema, I. Joris, P. Tichelman & A. Verhoeff, *Vrouwelijke Genitale Verminking nader bekeken. Een onderzoek naar de aard, omvang en attitude onder professionals en risicogroep in Amsterdam en Tilburg*, Amsterdam/Tilburg: GG&GD Amsterdam & GGD Hart voor Brabant 2005.

Lagro-Janssen, Van Son & Teunissen 2020

T. Lagro-Janssen, L. van Son & D. Teunissen, 'Een besneden vrouw met buikpijn', *Huisarts en Wetenschap* 63/2020, p. 34-37.

Noorloos, Ouwerkerk & Verreste 2023

M. van Noorloos, J. Ouwerkerk & P. Verrest, 'Kroniek van het Europees strafrecht', *NJB* 2023/2450, p. 2817-2931.

Oei & Groenhuijsen 2009

T.I. Oei & M.S. Groenhuijsen, 'Doorbreken van het beroepsgeheim', in: T.I. Oei & M.S. Groenhuijsen (red.), *Forensische psychiatrie en haar grensgebieden*, Deventer: Wolters Kluwer 2009, par. 4.2.2.2.

Pijpers, Exterkate & De Jager 2010

F.I.M. Pijpers, M. Exterkate & M. de Jager, *Standpunt Preventie van Vrouwelijke Genitale Verminking (VGV) door de Jeugdgezondheidszorg*, Bilthoven: RIVM 2010.

Sombroek-van Doorm 2019

M.P. Sombroek-van Doorm, 'Medisch beroepsgeheim en kindermishandeling – van 'conflict van plichten' naar zorgplicht', *FJR* 2019/59, p. 274-279.

Sombroek-van Doorm 2019

M.P. Sombroek-van Doorm, *Medisch beroepsgeheim en de zorgplicht van de arts bij kindermishandeling in de rechtsverhouding tussen arts, kind en ouders* (proefschrift Leiden), 2019, scholarlypublications.universiteitleiden.nl/handle/1887/68879.

Van Vianen, De Boer, De Jong & Van Amersfoort 2010

R. van Vianen, R. de Boer, B. de Jong & P. van Amersfoort, *De inzet van het strafrecht bij kindermishandeling*, Woerden: WODC 2010.

Vercoutere, Temmerman & Leye 2011

A. Vercoutere, M. Temmerman & E. Leye, 'Vrouwelijke genitale verminking, een ver-van-mijn-bedshow?', *Tijdschrift voor Geneeskunde* 2011/67, nr. 5, p. 237-241.

Aangehaalde jurisprudentie

Europees Hof voor de Rechten van de Mens:

EHRM 25 februari 1997, ECLI:NL:XX::1997:AD4448, m.nt. G. Knigge (*Z t. Finland*)

Hoge Raad:

HR 1 maart 1985, ECLI:NL:PHR:1985:AC9066, r.o. 3.5, *NJ* 1986/173 (*Maas II*)

HR 22 november 1991, ECLI:NL:HR:1991:ZC0422, r.o. 3.3, *NJ* 1992/315, m.nt. E.A. Alkema & Th.W. van Veen

Hof Amsterdam:

Hof Amsterdam 23 december 2010, ECLI:NL:GHAMS:2010:BO8531

Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg Den Haag:

CMT 28 september 1972, ECLI:NL:TCMT:1972:AE300, *NJ* 1973/270

CTG 4 september 2014, ECLI:NL:TGZCTG:2014:322

CTG 2 november 2017, ECLI:NL:TGZCTG:2017:297

CTG 15 februari 2018, ECLI:NL:TGZCTG:2018:55

Regionaal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg:

RTG Groningen 9 juni 2015, ECLI:NL:TGZRGRO:2015:40

RTG Amsterdam 16 juni 2015, ECLI:NL:TGZRAMS:2015:71

RTG Amsterdam 26 januari 2016, ECLI:NL:TGZRAMS:2016:16

RTG 's-Gravenhage 4 april 2017, ECLI:NL:TGZRSGR2017:57

RTG Amsterdam 19 december 2017, ECLI:NL:TGZRAMS:2017:146

Aangehaalde Kamerstukken

Kamerstukken II 1985/86, 19522, nr. 3

Kamerstukken II 2000/01, 27 842, nr. 3

Kamerstukken II 2011/12, 33062, nr. 3

Kamerstukken II 2023/24, 21 501-02, nr. 2888

Bijlagen

Bijlage 1 Interview Landelijk Expertisecentrum Eergerelateerd Geweld (LEC EEG)

Vraag 1:

Kunt u zichzelf kort voorstellen? Aan welke organisatie bent u verbonden en wat is uw functie? Hoe lang vervult u deze functie al?

Ik ben 64 jaar. Ik heb altijd gewerkt bij de politie. Ik ben in 1979 bij de politie begonnen. Ik heb bij de surveillancedienst gewerkt, bij de recherche en lang bij de zedenpolitie. Uiteindelijk ben ik vanuit de zedenpolitie hier naartoe gegaan. Sinds 2006 werk ik bij het Landelijk Expertise Centrum Eergerelateerd Geweld (LEC EEG). Ik werk hier als 1 van de 2 coördinatoren.

Hoe komt het dat u vanuit de zedenpolitie hier terecht bent gekomen?

Ik heb bij de recherche en als zedenrechercheur gewerkt voor het politiebureau Laak. Ik werkte in de wijken Spoorwijk, Molenwijk en Laakkwartier. Het is een wijk met een multiculturele samenleving. Een zedenzaak opnemen is altijd lastig. Voor een slachtoffer en ook voor de verdachte is het moeilijk om er open over te praten. Als je dan ook nog eens uit een gemeenschap komt waarbij seksualiteit een taboe is en waarbij seksueel contact buiten een geldig huwelijk om, je zelfs het leven kan kosten, is het nog eens vele malen moeilijk erover te praten.

Uiteindelijk liep ik tegen een zaak aan waarbij een minderjarig Hindoestaans meisje van 11 zich had verhangen. De afscheidsbrief van het meisje deed vermoeden dat er sprake was van seksueel misbruik binnen haar familie en daar ben ik een onderzoek naar gestart. Ik had het vermoeden dat er sprake was van seksueel misbruik door de vader, maar het was heel erg lastig om in contact te komen met de familie. Zodoende heb ik mijn collega [...] gevraagd om mij te ondersteunen. [...] had veel ervaring met culturele en eergerelateerde aspecten binnen de vele verschillende etniciteiten. Hij heeft ervoor gezorgd dat ik advies kon krijgen, zodat ik beter onderbouwd te werk kon gaan binnen die familie en ik de juiste vragen kon gaan stellen. Dat heeft uiteindelijk veel geholpen en mede tot de oplossing van de zaak geleid.

Ik werkte 10 jaar bij de Zedenpolitie en wilde wat anders. [...] had de opdracht gekregen van de Korpsleiding een team samen te stellen voor ondersteuning van zaken waarbij culturele en eergerelateerde aspecten binnen de verschillende etniciteit een rol konden spelen. Ik heb bij hem gesolliciteerd en ben bij het LEC EGG gaan werken. Bij veel zaken die te maken hebben met (zedelijke) familie-eer, kan een zedenincident (mede) een rol spelen. Ik ben bij het LEC EGG begonnen, heb er inmiddels veel bijgeleerd en werk hier nog steeds.

Vraag 2:

Zoals ik u kort heb uitgelegd gaat mijn scriptie over vrouwelijke genitale verminking (VGV). Wordt binnen uw organisatie de term VGV of vrouwenbesnijdenis gebruikt? Is er een bewuste keuze voor een bepaalde term gemaakt?

Binnen het LEC EEG wordt gebruik gemaakt van de term 'VGV'. Daar is een bewuste keuze voor gemaakt. Een besnijdenis gebeurt meestal op erg jonge leeftijd. Maar er zijn ook slachtoffers die met VGV in aanraking komen op oudere leeftijd of op oudere leeftijd er pas achter komen wat hen als jong meisje is overkomen. Jonge vrouwen kunnen voor hun leven worden verminkt, met alle vreselijke gevolgen van dien. We noemen het daarom liever geen besnijdenis, zoals we ook het besnijden van een jongetje kennen. Vandaar dat wij het geen vrouwenbesnijdenis noemen, maar uiteindelijk ook in onze rapporten over VGV spreken.

Ik heb een stuk gelezen van Janine Janssen en in dat stuk werd vermeld dat het LEC EEG voor de term VGV kiest om het subtiel te houden voor het geval dat het LEC EEG in contact komt met slachtoffers en/of familieleden ter voorlichting. Omdat het kan zijn dat familieleden zich aangevallen voelen als de term 'vrouwenbesnijdenis' wordt gebruikt.

Ja, de zaken liggen sowieso gevoelig. Als mijn collega's en ik hier zelf met een mogelijk slachtoffer over spreken of met ouders in gesprek gaan om te vragen of het voorkomt in de familie, dan zouden wij de term meisjesbesnijdenis of VGV niet benoemen. Waar we vroeger vanuit het LEC EGG geregeld zelf ook in gesprek gingen of een bemiddeling startten, kunnen we dat inmiddels minder vaak doen en leren we het de collega's zelf te doen.

En hoe doet u dat, als u tot het onderwerp VGV wil komen, maar de term VGV zelf niet gebruikt?

Wij stellen liever vragen over bekende normen en waarden. In een gesprek maken we degene met wie we in gesprek gaan de deskundige van hun eigen cultuur. Wij leggen uit dat wij de cultuur onvoldoende kennen en proberen dat het onderwerp zelf door hen ter sprake wordt gebracht. Een manier die goed werkt.

Vraag 3:

Heeft u in uw functie te maken gehad met zaken die betrekking hebben op VGV? Zo ja, hoe vaak krijgt u ermee te maken?

Vanaf 2006 tot heden zijn er bij het LEC EGG nog geen zaken aangedragen waarbij een meisje of vrouw in Nederland zou zijn besneden. We hebben ook nog geen zaken aangeboden gekregen waarbij een familie, die in Nederland inmiddels verblijf had, hun dochter in het land van herkomst zou hebben besneden. Waarbij ik niet zeg dat het nooit kan zijn voorgevallen.

Ik heb wel een aantal zaken gehad waarbij het vermoeden was dat de ouders op vakantie zouden gaan om hun kind in het land van herkomst te laten besnijden. In die zaken werd of wordt door ons geadviseerd hoe soms de politie, maar meestal de hulpverlening het onderwerp ter sprake kan brengen. Verder wordt in dergelijke zaken getracht een risicoschatting te maken, bijvoorbeeld door te (laten) onderzoeken of besnijdenis in de betrokken familie in het verleden is voorgekomen.

Bij het LEC EGG komen we dus wel in aanraking met zaken waarbij een vermoeden van een mogelijk aankomende besnijdenis kan spelen. Soms zien we in aangedragen zaken zelf een risico voor een mogelijke besnijdenis, hetzij in het verleden plaatsgevonden of mogelijk in de toekomst. Dan is het uiteindelijk zaak om daar wel rekening mee te houden en door middel van adviezen proberen om collega's of netwerkpartners op het juiste spoor te zetten. Verder hebben we wel zaken voorbij zien komen waarbij vrouwen uiteindelijk verblijf in Nederland hebben gekregen en die, voor die tijd, in het land van herkomst slachtoffer van VGV zijn geworden.

Dus als ik het goed begrijp heeft u zelf geen strafzaak gehad dat over VGV ging?

Nee, tot nu toe hebben wij geen zaken aangemeld gekregen waarbij er sprake zou zijn van VGV uitgevoerd in Nederland of dat VGV in het land van herkomst uitgevoerd is, terwijl men al verblijf in Nederland had. Van 2006 tot heden is een dergelijke zaak nog niet bij het LEC EGG aangedragen. In de registratie die het LEC EGG bijhoudt wordt hier nadrukkelijk op gelet. Dergelijke zaken is het LEC EGG nog niet in de strafrechtketen tegengekomen.

Vraag 4:

Heeft uw organisatie een taak in de aanpak van VGV?

Zeker wel. Als er sprake is van een verdenking van VGV, dan is het uiteindelijk onze taak om zo goed mogelijk onderzoek te doen of er daadwerkelijk een mogelijk risico is van aankomende VGV en zo ja, hoe de politie of meestal de hulpverlening de zaak dan verder bespreekbaar kan maken binnen de familie. Het probleem is dat in al deze zaken er onvoldoende aanwijzingen zijn om een strafrechtelijk onderzoek te starten. Het is dan de taak van het LEC EGG om in de vorm van een advies, rapport of analyse uitleg te geven over welke mogelijke risico's wij zien, hoe dat uiteindelijk bespreekbaar gemaakt kan worden en hoe dat gemeld kan worden. Het mag duidelijk zijn, de meeste kans om een

zaak te melden als er sprake is van VGV, dan zal dat vanuit hulpverlening of de medische ondersteuning komen.

Zo ja, wat betekent dat voor uw rol?

Het direct vragen aan een minderjarig meisje of zij besneden is zal de zaak niet openbreken. Zelfs meisjes die bang zijn om besneden te worden kunnen of durven dat meestal niet ter sprake te brengen. De loyaliteit naar de familie is zo groot.

Wat wij wel kunnen doen, is goede achtergrondinformatie verzamelen over de familie en daarbij onderzoek doen, waarom, wanneer en op welke wijze de familie naar Nederland is gekomen. Welke contacten de familie heeft met familie in het land van herkomst en/of binnen de eigen gemeenschap in Europa. We maken in de meeste gevallen zo uitgebreid mogelijk een familieschema op generatie niveau. We letten op of VGV binnen de betreffende cultuur voorkomt. We zoek naar mogelijke eerdere signalen van een mogelijke dreigende of in het verleden uitgevoerde besnijdenis binnen de familie.

Ik kan mij een zaak herinneren waarbij er vanuit de hulpverlening de vraag kwam: "Wij zijn erg bang. Er is een meisje en zij gaat op vakantie naar haar familie in Somalië. Ze zal zeker terugkomen, maar wij zijn bang dat dit meisje besneden gaat worden tijdens de vakantie in het land van herkomst." Ik heb toen onderzoek gedaan en informatie opgevraagd. Uit die informatie bleek dat er over besnijdenis gesproken werd bij de immigratiedienst en dat de moeder daar een duidelijke mening over had. Zo kun je de hulpverlening of de politie wat handvaten geven om met de moeder in gesprek te gaan om te kijken wat er aan de hand is. In dit geval begreep de moeder het helemaal. Ze zei: "Het laatste wat ik wil is dat mijn dochter meemaakt wat ik heb meegemaakt". Het meisje is op vakantie gegaan en teruggekomen. De hulpverlening had de moeder uitgelegd dat besnijden is verboden, ook als dat buiten Nederland zal gebeuren en dat er bij terugkomst daar ook controle op is. De hulpverlening heeft moeder ook uitgelegd dat zij, als zij op een gegeven moment zelf onder druk gezet zou worden door de familie om het meisje te laten besnijden, dit moest aangeven.

Wij hebben de mogelijkheid om aan de moeder een folder uit te reiken waarin staat dat VGV verboden is en dat er in Nederland controle op is. Er blijft natuurlijk altijd een risico. Als er ernstige redenen zijn om aan te nemen dat besnijdenis in het land van herkomst plaats zal vinden, dan kan Jeugdzorg middels een onderzoek door de Raad voor de Kinderbescherming om een maatregel vragen. Bijvoorbeeld een ondertoezichtstelling van het kind en een verbod om naar het land van herkomst te reizen. Maar dan zul je met sterke aanwijzingen moeten komen en dat zul je terdege moeten kunnen onderbouwen

In dit geval is het meisje gezond teruggekeerd?

Ja.

Vraag 5:

Vindt u dat er voldoende aandacht is voor VGV in de maatschappij?

Als ik kijk naar de politie, hulpverlening en de medische wereld, dan denk ik het wel. In elk geval voor wat betreft de politie en de hulpverlening. Ik merk in mijn contacten met mijn collega's en de hulpverlening dat er veel aandacht voor is en ook wel de nodige kennis.

Ik schat zelf in dat politiemensen niet voldoende inzicht hebben over wat er nou precies speelt in de medische wereld. Misschien dat de zedenrechercheurs een net wat betere kijk hebben op wat er speelt binnen de medische wereld. Als zedenrechercheur doe je heel veel zaken met ziekenhuizen en met de artsen. Ik weet uit eigen ervaring als zedenrechercheur dat er de nodige aandacht voor VGV is binnen de afdeling gynaecologie en bij kinderartsen. Dus ik denk niet dat het gebrek aan onvoldoende aandacht voor VGV een probleem is. VGV vindt nog steeds plaats in verschillende landen, maar ik denk niet dat wij veel zaken kunnen voorkomen door nog meer aan kennisuitbreiding te doen binnen de politie, Veilig Thuis en de medische wereld. Ik denk dat dat wel goed uitgelopen is. Er moet wel voldoende aandacht voor blijven.

Waar wel een taak ligt voor de politie, hulpverlening en artsen, zijn de nieuwkomers die naar Nederland komen. Daarmee bedoel ik families die naar Nederland komen uit landen waarvan wij weten dat VGV veel voorkomt. Het is belangrijk dat ouders en of andere familieleden heel goed moeten weten hoe er met VGV in Nederland wordt omgegaan. Veel aandacht voor VGV en ook voor vrouwen die naar Nederland zijn gekomen en in het verleden slachtoffer zijn geweest van VGV, blijft nodig in de toekomst en zou misschien wel kunnen worden uitgebreid middels meer en betere proactieve voorlichting.

Voorlichting dus?

Ja. Dus niet binnen beroepsgroepen, maar groepen waarbinnen besnijdenis voorkomt. Je vroeg net aan mij hoeveel VGV-zaken ik heb gehad binnen de strafrechtketen. Nou, sinds 2006 geen enkele. Betekent dat dat er in Nederland nooit een vrouwenbesnijdenis is uitgevoerd of dat dat in al die jaren nooit voorgekomen is? Daar durf ik zeker geen 'ja' op te zeggen. Ik sluit zeker niet uit dat het gebeurt en dan zeker de minder drastische vormen van VGV. En wat we niet weten, kunnen we niet onderzoeken. Hetzelfde geldt voor zedenzaken of 'normale zedenzaken'. Ik denk dat de zaken die de zedenpolitie onder ogen krijgt het topje van een ijsberg is.

En wordt er naar uw mening voldoende gedaan door wet- en regelgeving en de overheid om VGV aan te pakken? Zo ja, kunt u toelichten waarom u dat vindt? Zo nee, wat vindt u dat er beter kan?

Ja. Wet- en regelgeving biedt voldoende mogelijkheden in Nederland om strafrechtelijk op te treden als dat nodig is. Het is zaak dat collega's binnen de politie wel weet hebben van de verschillende mogelijkheden. Als ik kijk naar het medisch beroepsgeheim, dan is daar volgens mij (ik ben immers geen arts) ook voldoende aandacht aan besteedt. In het verleden was het niet mogelijk om een zaak betreffende VGV te vervolgen als een familie, die verblijf in Nederland had, hun dochter tijdens de vakantie in het land van herkomst liet besnijden en besnijdenis in dat land zelf niet strafbaar was.

Dat is inmiddels gelukkig verholpen. De strafbaarheid van VGV is nu mede vastgelegd in artikel 5 en 7 van het Wetboek van Strafrecht. Deze artikelen bepalen dat bepaalde strafbare feiten, zoals vrouwelijke genitale verminking, ook vervolgd kan worden als ze in het buitenland zijn gepleegd door een Nederlander of iemand met een vaste woon- of verblijfplaats in Nederland. Daarnaast wordt vrouwenbesnijdenis beschouwd als een vorm van mishandeling en kan het worden vervolgd onder de algemene bepalingen van mishandeling en kindermishandeling in het Wetboek van Strafrecht. Denk aan de artikelen 300 t/m 304, 307 en 308 van het Wetboek van Strafrecht.

Vraag 6:

In mijn scriptie speelt het medisch beroepsgeheim een sleutelrol. Heeft u ervaring met situaties waarin het medisch beroepsgeheim een rol speelde bij VGV-gerelateerde zaken? Zo ja, kunt u dat toelichten?

Bij het LEC EGG worden zaken niet alleen aangedragen door collega's binnen de politie. Ook de hulpverlening, scholen, zorg-coördinatoren en soms huisartsen of medici leggen soms een zaak voor bij het LEC EGG. Het gaat dan meestal om een vermoeden van VGV in het verleden gepleegd of een mogelijk risico op VGV, bijvoorbeeld tijdens een aankomende vakantie van de familie. Ik leg dan uit dat hulpverleners of artsen verschillende mogelijkheden en verplichtingen hebben om in te grijpen. De Meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling wordt dan door mij ter sprake gebracht. Ik heb de ervaring dat artsen die ik heb gesproken deze Meldcode inmiddels goed kennen.

In zaken waarin medische zorgprofessionals te maken hebben met VGV is het belangrijk dat zij de stappen van de Meldcode volgen en dan mogen zij het medisch beroepsgeheim dus doorbreken? Ik adviseer altijd om het stappenplan van de Meldcode te volgen. Als de dreiging aanwezig blijft en dat is natuurlijk niet aan mij, maar ter beoordeling van de arts, zal de arts moeten overwegen hoe verder te handelen: "Heb ik een zaak waarbij ik mijn beroepscode opzij zet of toch (nog) niet?" De mogelijkheden zijn er in de wet, ook in de wet voor wat betreft de medici. Het enige wat ik kan doen, is handvaten geven om zo goed mogelijk te kunnen beoordelen of er een risico is.

Vraag 7:

Denkt u dat het medisch beroepsgeheim belemmerend kan werken bij het aangeven van VGV bij de politie? Zo ja, op welke manier?

Dat weet ik niet. Dat zou je aan de arts moeten vragen. Dat heb ik uit eigen ervaring niet meegemaakt. In normale zedenzaken die ik gehad heb, zie je dat artsen best meewerkend zijn en dat artsen snel informatie willen geven. Mijn ervaring is dat artsen zelfs bereid willen zijn om risico te lopen. Maar elk arts is een mens. In hoeverre zijn er artsen die zeggen: "Hier ga ik mijn vingers aan branden"... Het is makkelijk om te zeggen: "Beroepsgeheim, ik doe er niets mee." Een arts zal zelf een afweging moeten maken. Je moet het ook vanuit het oogpunt van de arts moeten bekijken. De hulpverlening of politie kan van mening zijn dat een arts gelijk een melding moet maken als er sprake is van een vermoeden van VGV en dat er onderzoek moet worden gedaan. De arts zal ook het belang van de patiënt afwegen. Het moet niet zo zijn dat een groep patiënten niet meer naar een arts zou durven gaan. Een arts zal ook willen voorkomen dat patiënten met medische klachten niet naar artsen in Nederland gaan uit angst dat artsen daar melding van maken bij de politie en dat zij daardoor in de problemen komen binnen de familie.

Vraag 8:

Zou u tot slot nog iets willen toevoegen bij dit interview?

Er is bij de politie flink aandacht voor VGV. Als je aan mij vraagt of elke politiemans in Nederland exact weet wat VGV is, dan is dat zeker niet zo. Maar collega's maken registraties op waarin VGV uiteindelijk zou kunnen voorkomen en die registraties worden gelezen. Wij hebben als LEC EGG daar ook een taak in. Wij geven voorlichtingen over eengerelateerd geweld en VGV is een vorm van eengerelateerd geweld, tijdens onze voorlichtingen brengen wij dat steeds weer onder de aandacht. Wij maken bij de politie gebruik van query's. Als politiemensen ergens naartoe gaan, of dat een bankoverval is, een winkeldiefstal of een zaak van mogelijk huiselijk of eengerelateerd geweld, dan maken ze een registratie op. Die registraties worden uiteindelijk opgenomen in een centrale computer. Wij hebben verschillende query's en één daarvan is huiselijk geweld en eengerelateerd geweld. Alle registraties worden bekeken op specifieke woorden. Zo worden mogelijke eengerelateerde zaken, waaronder ook VGV, onder de aandacht gebracht van taakaccenthouders die meer dan gemiddeld kennis hebben van het specifieke onderwerp. Zo proberen we alle mogelijke eengerelateerde-zaken, waaronder VGV, op tijd extra onder de aandacht te brengen van een collega met kennis over het onderwerp.

Bijlage 2 Pharos

Vraag 1:

Kunt u zichzelf kort voorstellen? Aan welke organisatie bent u verbonden en wat is uw functie? Hoe lang vervult u deze functie al?

Ik werk als projectleider en adviseur voor Pharos en ik werk voor het Focal Point Preventie meisjesbesnijdenis en zorg voor vrouwen en meisjes die besneden zijn. Ik geef scholing aan professionals over hoe je taboegevoelige onderwerpen bespreekt, zoals meisjesbesnijdenis. En ik werk samen met allerlei professionals, maar ik werk ook heel veel samen met ervaringsdeskundigen en sleutelpersonen die samen de scholingen invullen, hun eigen ervaringen delen en gespreksvoering oefenen. Die professionals zijn jeugdgezondheidszorg, verpleegkundigen, artsen, aandachtfunctionarissen kindermishandeling en huiselijk geweld. Maar de scholingen gaan breder dan alleen jeugdgezondheidszorg, zoals Veilig Thuis, gynaecologen, verloskundigen, kraamzorg en het sociale domein.

Dit jaar heeft Pharos de focus op het onderwijs. Dat komt omdat Pharos samen met GGD GHOR een vakantieactie ontwikkeld heeft, namelijk een brief die wij sturen naar scholen met een signaalwijzer met de vraag: "Help ons om die signalen in kaart te brengen" of "Help ons als je hoort dat een meisje op vakantie gaat naar Somalië". Eigenlijk willen wij dan weten of zij al een gesprek heeft gehad met jeugdgezondheidszorg of dat haar ouders het beleid kennen ten aanzien van meisjesbesnijdenis en of er nog een gesprek nodig is, voordat het gezin afreist.

Ik werk 3 dagen voor Pharos en ik werk 2 dagen voor de GGD. Ik ben dus tegelijkertijd ook werkzaam als professional bij de GGD. Daar ben ik projectleider Schadelijke Praktijken. Vanuit die functie ben ik ook spreekuurhouder voor vrouwen die besneden zijn en school ik professionals binnen de GGD in het bespreekbaar maken van taboegevoelige onderwerpen, waaronder meisjesbesnijdenis. Maar dat kan eigenlijk schadelijke praktijken breed zijn, dus eengerelateerd geweld, huwelijksdwang en achterlating en meisjesbesnijdenis, maar ook huwelijksgevangenschap. Sinds 2008 geef ik deze trainingen voor Pharos, als consulent en trainer in Cultuur Sensitieve Communicatie. Toen werkte ik 4 dagen voor de GGD. Nu werk ik al meer dan 1,5 jaar 3 dagen voor Pharos en 2 dagen voor de GGD.

Vraag 2:

Zoals ik u kort heb uitgelegd gaat mijn scriptie over vrouwelijke genitale verminking (VGV). Wordt binnen uw organisatie de term VGV of vrouwen- of meisjesbesnijdenis gebruikt? Is er een bewuste keuze voor een bepaalde term gemaakt?

Er is echt een reeds van afkortingen die we wel of niet gebruiken. Binnen de politiek gebruiken wij VGV. Dus in de officiële stukken of op de website zul je de term VGV zien. Maar in gesprek met de doelgroepen en ook in de scholingen voor professionals, adviseren wij eigenlijk om de term meisjesbesnijdenis te gebruiken of female genital cutting in plaats van female genital mutilation. Het is een soort van een moral breakdown voor een vrouw die besneden is uit liefde door haar ouders. Dat klinkt voor ons gek, maar dat is het wel. Die vrouwen associëren dat niet met verminking, maar juist met het zijn van een goede vrouw. En het zijn van een goede vrouw wordt in 1 klap weggemaaid door de term verminking die wij in Nederland gebruiken. Om de band niet te verliezen, want dat is het eerste, het opbouwen van vertrouwen met deze mensen, gebruiken wij de term meisjesbesnijdenis. Binnen de GGD is dat breed. Ik denk dat er weinig mensen binnen de GGD werkzaam zijn die de term VGV gebruiken. Maar in de officiële stukken en ook in de verklaring waarin het beleid over VGV in Nederland staat uitgeschreven, staat de term VGV.

Vraag 3:

Heeft u in uw functie te maken gehad met zaken die betrekking hebben op VGV? Zo ja, hoe vaak krijgt u ermee te maken?

Alleen maar. Ik heb 7 jaar in Afrika gewerkt, waaronder in Sierra Leone en Sudan en daar heb ik kennis gemaakt met deze traditie. In ben ik 1999 teruggekomen naar Nederland en toen was er een

onderzoek vanuit Volksgezondheid over de prevalentie in Nederland. Nadat die studie was afgerond, zijn er mensen gevraagd om mee te schrijven aan een gespreksprotocol. Daar ben ik voor gevraagd en heb ik aan meegedaan. Dat gespreksprotocol is een Standpunt geworden en dat zijn we nu aan het omzetten in een richtlijn voor de jeugdgezondheidszorg. Dat Standpunt is van 2016 en dat gespreksprotocol is in 2005 een plicht geworden binnen de jeugdgezondheidszorg. Dat is niet iets dat per persoon gekozen kan worden om te bespreken. Het is echt een belangrijke taak binnen de jeugdgezondheidszorg. Als je binnen de GGD werkzaam bent, krijg je te maken met de Meldcode en daarop word je geschoold. Als je nieuw bent bij de GGD, moet je de e-learning volgen die Pharos heeft gemaakt over meisjesbesnijdenis en dat staat op je inwerkprogramma.

U gebruikt de term Meldcode. Bedoelt u hiermee de Meldcode Huiselijk geweld en kindermishandeling of de KNMG-meldcode?

Ik bedoel de Meldcode Huiselijk geweld en kindermishandeling. Als arts heb je met de KNMG-meldcode te maken, maar dat verschilt niet zo heel erg veel met de Meldcode Huiselijk geweld en kindermishandeling. De 5 stappen van die Meldcodes wegen is erg belangrijk, dat die zorgvuldig worden gedaan. Alle GGD'en werken op een andere manier en dat is best jammer. Maar het is belangrijk dat er lokaal wordt afgesproken wie welk gesprek doet.

Vraag 4:

Heeft uw organisatie een taak in de aanpak van VGV? Zo ja, wat betekent dat voor uw rol? Zo nee, gelooft u dat uw organisatie een rol kan spelen in het aanpakken van de problematiek rond VGV?

Ja, zeker. Ik ben projectleider van een aantal projecten. Ik wil graag in alle basisopleidingen van de beroepsgroepen komen en we zijn best al een aardig eindje op weg. Er zitten veel verloskundigen in de opleiding en 4 universiteiten binnen de Geneeskunde. De rol van Pharos is kennis vergaren, kennis verrijken en dat weer teruggeven of doorgeven op een zo breed mogelijke manier. En wij hebben in Nederland een medische richtlijn voor de artsen, het Standpunt voor de jeugdgezondheidszorg, protocollen voor Veilig Thuis en voor de politie. Zo denken wij graag mee op alle lagen op het gebied van meisjesbesnijdenis en pakken wij de rol. In opdracht van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (hierna: VWS) krijgen wij ook de rol om dat te doen. Dat is wel het doel van Pharos, preventie van meisjesbesnijdenis en goede zorg voor vrouwen die besneden zijn. Het Herstelzorgproject is verdeeld in spreekuren en 9 GGD'en in Nederland doen daaraan mee op verschillende locaties. Op die spreekuren worden vrouwen doorverwezen naar een gynaecoloog en sinds kort is er ook herstelzorg bij Amsterdam UMC. Herstelzorg is eigenlijk de beste preventie, omdat niet alle vrouwen begrijpen dat hun klachten afkomstig zijn van de besnijdenis die zij hebben ondergaan. Zij denken dat het vrouwenklachten zijn. Als je anatomie hebt gekregen in de voorlichtingen en gaat bespreken over wat de klachten zijn van een vrouw die niet besneden is en wat de klachten zijn van een vrouw ten gevolge van meisjesbesnijdenis, dan realiseer je je als vrouw opeens dat dit jou aangedaan is door besnijdenis en dat je je dochter dit niet moet aandoen. Daarom is de connectie tussen preventie en herstelzorg zo belangrijk, want het is een tertiaire zorg.

Vraag 5:

Vindt u dat er voldoende aandacht is voor VGV in de maatschappij?

Er wordt eigenlijk best wel breed aandacht aan besteedt. Ieder jaar, omdat 6 februari de internationale dag is tegen meisjesbesnijdenis. Nu dreigt het verbod tegen meisjesbesnijdenis in Gambia opgeheven te worden. Het komt af en toe voorbij in vlagen, maar het verbaast mij echt hoeveel mensen er helemaal niets van af weten. Ik zit er natuurlijk tot over mijn oren in. Ik denk dat wij alert moeten zijn op signalen wat humaan is en wat niet, door de samenleving waarin wij leven. Wat is het beleid in ons land daarvoor?

Dus dat zou in uw ogen wel meer mogen?

Zeker. En wat ik zei: ik wil het liefst in alle opleidingen zijn. Dat degenen die een gerelateerde studie hebben, dat die weten wat meisjesbesnijdenis is. Dus dat zij weten dat het onze taak is. Veel mensen zeggen: "Het is niet mijn cultuur en ik voel mij echt zo bezwaard om dat te bespreken." In het ketenpartneroverleg zeg ik dan ook: Ja, maar dat is jouw taak. Als 1 schakeltje uit die ketting weg is,

dan zijn we verloren. Ieder schakeltje moet eraan meedoen. Het is je taak, dus het is je plicht om dat te doen.

U zegt dat alle relevantie opleidingen moeten weten wat meisjesbesnijdenis is. Welke opleidingen bedoelt u daarmee, naast de medische opleidingen? Bedoelt u docenten?

Ja, ik geef ook les het HBO, de opleiding Social Work. Binnen de HBO-V geven wij les. Binnen de docentenopleidingen nog niet, dat zou wel leuk zijn. Wij sturen die brieven naar scholen en binnen de regio bieden wij scholing aan. Dan kunnen de aandachtfunctionarissen of de maatschappelijk werker van de school aansluiten. Dat is eigenlijk een nascholing, dus niet zozeer in de basisopleidingen. Huisartsen. Wij willen het liefst in de huisartsenopleiding betrokken worden.

En juridische opleidingen?

Ja, graag. Dat is een goede, want daar heb ik nog nooit over nagedacht. Het is niet zozeer medisch, maar binnen het sociale domein. Juridisch heb ik nog niet aan gedacht, maar het is wel een hele goede. Als je daarvoor tips kunt geven of mij uitnodigt via jouw studie. Ik kom graag! De universiteiten die ik net noemde, heb ik op precies zo een manier bereikt zoals ik nu met jou in gesprek ben. Een studievereniging nodigde mij uit gedurende Corona. Ze vroegen of ik in 1 week lang iedere avond een uurtje over VGV wilde spreken, maar ze hadden geen budget. Ik zei dat ik dat goed vond, maar dat ik wel wisselgeld wilde. Wisselgeld betekende in deze dat ze met hun professor in gesprek moesten gaan of ik op de universiteit les mocht geven. Dat hebben ze gedaan en zo zitten wij dus op de Erasmus, VU en UvA. Zo moet het.

En wordt er naar uw mening voldoende gedaan door wet- en regelgeving en de overheid om VGV aan te pakken? Zo ja, kunt u toelichten waarom u dat vindt? Zo nee, wat vindt u dat er beter kan?

We gaan het zien hè. In het regeerakkoord van nu staat namelijk maar 1 regel, namelijk dat schadelijke praktijken moeten stoppen en meisjesbesnijdenis. Ik houd nu mijn hart een beetje vast. Wat wij vanuit Pharos en ik denk dat iedere hulpverlener dat beaamt, het gaat om de manier waarop. De manier waarop is heel belangrijk. Je kunt iets verbieden en daar heel strikt in zijn, maar als je dat op een verkeerde manier bespreekt, dan gaat het stiekem en dan wordt het veel gevaarlijker. Dus dat open zijn en oprecht nieuwsgierig zijn naar elkaar en elkaar echt zien en vanuit dat perspectief deze onderwerpen aankaarten als steun, als gesprekspartner, in plaats van tegenover met het vingertje en daar vrees ik wel een beetje voor met deze regering. Dat dat verandert of dat je korte tijd krijgt om daarin actie te ondernemen. Dit is zo een groot onderwerp, maar binnen de overheid is het een klein onderwerp. Het verschil maken is altijd belangrijk. Wat wel fijn is, is dat wij altijd gevraagd worden door VWS om informatie te leveren en mee te denken in campagnes.

In mijn werk voor de GGD spreek ik ook met mensen die al 5 jaar in Nederland zijn, dus niet meer in het AZC wonen. Daaronder zijn best vaak mensen die nog nooit over meisjesbesnijdenis hebben gesproken, terwijl ze uit een land komen waar meisjesbesnijdenis een traditie is of zelf besneden zijn. En dan denk ik: er zitten wel wat gaten in het net. Dus het is goed om het alsnog te bespreken en dan merk je dat mensen al kennis hebben gemaakt met de Nederlandse maatschappij. Eén van de redenen van de besnijdenis is, het behouden van de maagdelijkheid of dat de ouders denken dat de meisjes niet achter jongens aangaan. Het geven van kennis is fantastisch, maar dat heeft alles te maken met de subsidie die ik vanuit de gemeente krijg voor de GGD. Als de overheid besluit om dat te korten en te zeggen: "Ja, maar je hebt 1 of 2 gesprekken. En ze moeten gewoon weten dat het niet mag." Dan is het gedaan met het mooie plan en dat is echt jammer.

Ik vind de wet- en regelgeving duidelijk. De Meldcode is ook heel duidelijk. Iedere professional heeft te maken met de Meldcode en krijgt scholing over de stappen. En als het goed is, hebben ze dat stroomdiagram in hun hoofd en weten ze wat ze moeten doen na iedere stap. Ze kunnen overleggen met aandachtfunctionarissen, met collega's en ze mogen anoniem advies aanvragen bij Veilig Thuis. Veilig Thuis heeft korte lijntjes met de Raad voor de Kinderbescherming. Ik denk dat het goed in elkaar zit. Maar het onbekend zijn met de traditie is vaak een risico. Doorvragen lijkt altijd zo moeilijk, maar heel belangrijk en ook het werk.

Ik merk dat voorlichting eigenlijk de rode draad is.

Eens. Kennis delen, maar ook kennis halen. Ervaringsdeskundigen zijn de mensen die aan de groep kunnen vragen hoe het bij hen werkt. Stereotypes, het generaliseren en het plaatsen in hokjes moeten we loslaten.

Vraag 6:

In mijn scriptie speelt het medisch beroepsgeheim een sleutelrol. Heeft u ervaring met situaties waarin het medisch beroepsgeheim een rol speelde bij VGV-gerelateerde zaken? Zo ja, kunt u dat toelichten?

Een paar. Voordat ik bij Pharos werkte, werd mij weleens gevraagd of een casus met mij besproken kon worden. Dit was een casus van Veilig Thuis. Een vertrouwensarts had samen met de GGD besloten dat Veilig Thuis de casuïstiek moest overnemen. Toen heeft de GGD het beroepsgeheim verbroken, omdat ze zich zorgen maakte. Het ging om een man die op vakantie ging en 2 bleken bleef met 2 zoontjes en de moeder bleef 6 weken met haar 3 dochters. Toen gingen de alarmbellen af bij de GGD-verpleegkundige en die heeft de vertrouwensarts ingeschakeld. De Raad heeft toen onderzoek gedaan en dat werd bestempeld als dreigende meisjesbesnijdenis. Toen is besloten dat dat gezin niet mocht uitreizen en de paspoorten waren voor 3 maanden ingenomen. In die 3 maanden volgden dan de gesprekken met Veilig Thuis en de Raad. De intrinsieke motivatie van de ouders is erg belangrijk.

Hoe is het afgelopen in deze casus?

Het gezin is toen niet op vakantie gegaan, maar daarna wel. Ze hebben de verklaring ondertekend en zeiden: "We zijn in Nederland en het beleid in Nederland is belangrijk." Ze zouden die verklaring meenemen en vertellen aan de familie dat ze de gevangenis zouden ingaan of een grote boete zouden krijgen, als ze zich niet zouden houden aan de verklaring. Ze zeiden ook dat ze dan niet kunnen werken en ook geen geld zouden kunnen sturen naar de familie in het land van herkomst. Dus het heeft zeker heel veel zin om goed op te letten wat er nodig is. Het is vaker zo dat het medisch beroepsgeheim is doorbroken door zorgen.

Dat betekent dus dat medische professionals genoeg handvatten hebben om het medisch beroepsgeheim te doorbreken? Zij maken zelf de afweging, maar is de Meldcode voldoende om op basis van het stappenplan het medisch beroepsgeheim te doorbreken?

De Meldcode geeft eerst aan om te overleggen met collega's, dan in gesprek te gaan met een aandachtfunctionaris, dan anoniem advies in te winnen van Veilig Thuis en misschien een melding te maken bij Veilig Thuis. Dus het is niet 1 beslissing, maar het zijn die 5 weegstappen die er wel echt toe doen. Ik vind de Meldcode zelf heel helder, maar ik geef scholing aan mensen voor wie dit een nieuw onderwerp is. Ik denk dat de mensen rondom de Meldcode veel belangrijker zijn dan de Meldcode zelf.

Vraag 7:

Denkt u dat het medisch beroepsgeheim belemmerend kan werken bij het aangeven van VGV bij de politie? Zo ja, op welke manier?

Wij komen nooit in aanraking met de politie. De taak om aangifte te doen bij de politie is van Veilig Thuis. Daarin werkt de politie samen met Veilig Thuis. Die weging wordt niet alleen gedaan met een jeugdverpleegkundige of een arts. Dat is soms in samenwerking met 1,2 of 3 mensen als de aandachtfunctionaris erbij is. De arts doet dan de melding en dan besluit Veilig Thuis wat er verder gedaan moet worden, vaak zonder de medewerking van de GGD, maar dat er wel tegen de ouders wordt gezegd dat de casus van de GGD is overgenomen en dat ze in gesprek willen met de ouders. En als het zo acuut is, dat de politie erbij betrokken moet worden, dan is Veilig Thuis de instantie die de politie inschakelt. De Raad en Veilig Thuis zijn degenen die contact hebben met de politie, maar niet de preventie medewerkers.

Vraag 8:

Vindt u dat de Nederlandse wet- en regelgeving, alsmede het Besluit verplichte meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling en de KNMG-meldcode Kindermishandeling en huiselijk geweld, voldoende gronden biedt om het medisch beroepsgeheim te doorbreken in gevallen waarin dat nodig is voor medische professionals?

Ik denk het wel hoor. Ik denk dat je als professional niet wakker hoeft te liggen als je je beroepsgeheim hebt doorbroken. Die weegstappen in de Meldcode zijn zo belangrijk, voor jouw gemoed, en de afwegingen zijn zo zorgvuldig gemaakt. Je gaat niet over 1 nacht ijs en dat is ook goed terug te lezen. Wat heel fijn is, is dat de nadruk op alle mensen rondom de Meldcode ligt die met jou in gesprek gaan en met jou die weging maken.

U zegt nu eigenlijk dat je als medische zorgprofessional niet zelf de afweging maakt om het medisch beroepsgeheim te doorbreken. In alle stukken die ik tot nu toe heb gelezen staat wel steeds dat je als arts zelf de afweging maakt om het medisch beroepsgeheim te doorbreken, maar dat is dus niet helemaal waar?

Nee, want misschien heeft de verpleegkundige met het gezin gesproken en daarna met een collega. Ik ben aandachtfunctionaris kindermishandeling en huiselijk geweld. Ik word heel vaak gebeld door een arts om te sparren. Heel vaak is de inzet van een sleutelpersoon dan een stap. Dus dat kan soms de inzet van Veilig Thuis voorkomen.

Als er vermoedens of signalen zijn of als de alarmbellen afgaan, dan wordt de Meldcode gestart. Dan wordt er advies gevraagd bij Veilig Thuis. Geen arts kan zien wat meisjesbesnijdenis is. Alleen als er sprake is van type 3. Type 1 en type 2 is heel ingewikkeld om te zien. Daar zijn in Nederland forensische artsen voor opgeleid die in direct contact staan met Veilig Thuis. Veilig Thuis is dan de opdrachtgever, dus niet de school of de GGD. Het is allemaal wel duidelijk.

Ik heb zelf 1 keer mijn beroepsgeheim doorbroken. Ik was toen werkzaam als jeugdverpleegkundige. Ik heb er de eerste 4 nachten wakker van gelegen. Het is niet zomaar iets wat je doet. Dit meisje werd uit huis geplaatst na mijn melding. Zij heeft er echt voor gezorgd dat ik aandachtfunctionaris kindermishandeling en huiselijk geweld ben geworden. Het is lang geleden en ik werkte op de AZC. Het meisje is geplaatst binnen een pleeggezin en haar moeder keerde terug naar Rusland. Dus dat is ook nog wat. Het meisje is in Nederland gebleven. Ik stond een keer op het station Deventer en toen trok dat meisje aan mijn jas. Ik wist echt niet meer wie ze was, want er zat 4 jaar tussen. En toen zei ze dat ik de enige was die iets heeft gedaan. Dus eigenlijk had ik ook schaamte naar de beroepsgroep toe, maar ik vond het verschrikkelijk om een melding te maken. Want haar moeder deed ontzettend haar best, maar ze was alcoholverslaafd. Het meisje had maanden geen eten. De moeder beloofde elke keer beterschap, maar het lukte gewoon niet. Het is niet zomaar iets wat je doet, je beroepsgeheim doorbreken. Maar wat ik zei: die mensen om je heen zijn heel belangrijk.

Was u zelf bang voor de juridische consequenties?

Nee. Het is zo belangrijk dat die stappen gevolgd worden en dat je dus spreekt met je collega, de aandachtfunctionaris en met Veilig Thuis. Ik heb wel 4 keer gecheckt of ik gek was en ik heb een collega gevraagd: kom eens hier om te ruiken of deze mevrouw naar alcohol ruikt? Ik heb wel alles gedaan wat ik had moeten doen. Ik verwacht dat mensen in onze beroepsgroepen zo hun beroepsgeheim doorbreken. Wij hebben dat gezworen, hè. Dus dat neem je serieus.

Vraag 9:

Zou u tot slot nog iets willen toevoegen bij dit interview?

Dat iedereen kennis moet kunnen halen. Vooral de Meldcode goed snappen. Ik heb niet zo heel veel te maken gehad met eergelateerd geweld en nu toevallig in de afgelopen 8 jaar twee keer en daar heb ik ook sleutelpersonen op ingezet. Het netwerk is belangrijk en het is heel belangrijk dat die lijntjes kort zijn. Dus drink met iedereen koffie!

Bijlage 3 Interview vertrouwensarts Veilig Thuis Flevoland

Vraag 1:

Kunt u zichzelf kort voorstellen? Aan welke organisatie bent u verbonden en wat is uw functie? Hoe lang vervult u deze functie al?

Mijn naam is [...]. Ik werk als vertrouwensarts bij Veilig Thuis Flevoland (BIG geregistreerd).

Vraag 2:

Zoals ik u kort heb uitgelegd gaat mijn scriptie over vrouwelijke genitale verminking (VGV). Wordt binnen uw organisatie de term VGV of vrouwenbesnijdenis gebruikt? Is er een bewuste keuze voor een bepaalde term gemaakt?

Wij gebruiken de term VGV. Vroeger gebruikten wij de term meisjesbesnijdenis, maar de literatuur en ketenpartners gebruiken de term VGV en het treft niet alleen 'meisje' maar ook vrouwen die (her)besneden worden.

Vraag 3:

Heeft u in uw functie te maken gehad met zaken die betrekking hebben op VGV? Zo ja, hoe vaak krijgt u ermee te maken?

Ik ben voor onze organisatie de aandachtsfunctionaris VGV en binnen mijn landelijke beroepsvereniging de portefeuillehouder (landelijk beleid en protocollen en richtlijnen). Ik krijg bij Veilig Thuis Flevoland gemiddeld 3 landelijke vragen, 5 adviesvragen en 2 meldingen per jaar ten aanzien van VGV.

Vraag 4:

Heeft uw organisatie een taak in de aanpak van VGV? Zo ja, wat betekent dat voor uw rol? Zo nee, gelooft u dat uw organisatie een rol kan spelen in het aanpakken van de problematiek rond VGV?

Wij hebben meerdere taken rond VGV. Bij stap 2 van de meldcode kunnen professionals advies vragen aan mij als aandachtsfunctionaris. Indien er een melding binnen komt met vermoeden van (uitgevoerde) VGV, dan kan Veilig Thuis kiezen voor een actieve dienst (Voorwaarden & Veiligheid, crisisinterventie of onderzoek). Indien de gecertificeerde instelling reeds betrokken is (Gezinsvoogd, onder toezicht maatregel), dan dragen wij de melding over met begeleidend advies vanuit de vertrouwensarts. Indien er sprake is van een strafbaar feit zal de vertrouwensarts het contact met het Openbaar Ministerie leggen.

Vraag 5:

Vindt u dat er voldoende aandacht is voor VGV in de maatschappij? En wordt er naar uw mening voldoende gedaan door wet- en regelgeving en de overheid om VGV aan te pakken? Zo ja, kunt u toelichten waarom u dat vindt? Zo nee, wat vindt u dat er beter kan?

Ik denk dat we genoeg tools hebben om met signalen van VGV om te gaan en daarnaar te handelen. Mijns inziens ligt het probleem in het signaleren: er is te weinig kennis over dit onderwerp, waardoor het ook niet gezien wordt. Hier ligt nog een belangrijke taak.

Vraag 6:

In mijn scriptie speelt het medisch beroepsgeheim een sleutelrol. Heeft u ervaring met situaties waarin het medisch beroepsgeheim een rol speelde bij VGV-gerelateerde zaken? Zo ja, kunt u dat toelichten? Nee, want het werken als vertrouwensarts binnen de wetgeving geeft mij een unieke positie: artsen mogen het beroepsgeheim doorbreken onder de wet meldcode door (anoniem) advies te vragen en zo nodig bij ons een melding te doen. Hierdoor is het voor de vertrouwensarts geen belemmerende factor.

Vraag 7:

Zenkt u dat het medisch beroepsgeheim belemmerend kan werken bij het maken van een melding van VGV? Zo ja, op welke manier?

Nee, want het maken van een melding bij Veilig Thuis valt onder de wet meldcode die tools geeft aan de meldende arts om een melding te mogen maken bij Veilig Thuis. Hiervoor zijn heldere regels en afspraken vastgelegd (zie de KNMG-meldcode Kindermishandeling en huiselijk geweld). De vertrouwensarts neemt hier een unieke positie in. Dit zegt dus niets over een meldplicht, die bestaat niet en is ook niet wenselijk. Artsen zijn verplicht de meldcode te volgen, dat is afdoende.

Vraag 8:

Zou u kunnen toelichten welke afwegingen u heeft gemaakt om uw geheimhoudingsplicht te doorbreken in zaken waarin er sprake was of had kunnen zijn van het doorbreken van het medisch beroepsgeheim?

Ik doorbreek mijn beroepsgeheim indien ik een melding maak bij het Openbaar Ministerie. Ook hier zijn wettelijke afspraken over waardoor ik die bevoegdheid heb. We gebruiken hiervoor de handreiking strafbare kindermishandeling waarin de afspraken zijn opgenomen die hierover zijn gemaakt.

Vraag 9:

Vindt u dat de Nederlandse wet- en regelgeving voldoende, alsmede het Besluit verplichte meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling en de KNMG-meldcode Kindermishandeling en huiselijk geweld, voldoende gronden biedt om het medisch beroepsgeheim te doorbreken in gevallen waarin dat nodig is voor medische professionals?

Ja, dat vind ik. Het verplicht volgen van de meldcode is voldoende. Ten aanzien van VGV is naar mijn idee vooral stap 1: herkennen van VGV het probleem. Hierover is te weinig kennis.

Vraag 10:

Zou u tot slot nog iets willen toevoegen bij dit interview?

Nee.

Bijlage 4 Interview verpleegkundige en netwerkcoördinator VGV GGD Amsterdam

Vraag 1:

Kunt u zichzelf kort voorstellen? Aan welke organisatie bent u verbonden en wat is uw functie? Hoe lang vervult u deze functie al?

Mijn naam is [...]. Ik ben verpleegkundige van achtergrond, wijkverpleegkundige, met een Master in Public Health. Ik heb veel in het buitenland gewerkt in de internationale humanitaire Hulp of zorg en dat heb ik ongeveer 18 jaar gedaan. Ik ben in 2015 terug naar Nederland gekomen en 8 jaar bij Dokters van de Wereld gewerkt.

Sinds september 2023 ben ik aangenomen als netwerkcoördinator VGV bij de GGD in Amsterdam. Vanaf september 2023 ben ik parttime begonnen bij de GGD en sinds december ben ik fulltime aan het werk. Dus dat is voor mijn gevoel ook een beetje het moment waarop ik er echt vol voor kon gaan. Nu ben ik dus ruim een half jaar, 32 uur per week bezig met meisjesbesnijdenis. Dat gaat onder je huid zitten kan ik wel bekennen. In deze functie houd ik mij bezig met preventie van meisjesbesnijdenis in Nederland. In Nederland zijn er 4200 meisjes die het risico lopen om besneden te worden. In die preventie probeer ik dat netwerk aan te jagen, het netwerk van organisaties en afdelingen binnen de GGD, zoals jeugdgezondheidszorg en de reizigerspoli, waar zij in contact komen met die meisjes of de ouders. Bijvoorbeeld ook de Infectie ziektebestrijding of de afdeling seksuele gezondheid, die voorlichting geven. Dus ik probeer bij alle deuren aan te kloppen om VGV op de agenda te krijgen en het bij iedereen in het vizier te krijgen.

Aan de andere kant doe ik ook het spreekuur voor vrouwen die besneden zijn, dus om zorg te geven aan vrouwen die besneden zijn. Dat doe ik door middel van het spreekuur in het ziekenhuis in Amsterdam. Dat doe ik dan als zijnde verpleegkundige. Daar doe ik een intake met vrouwen die klachten hebben. Ik breng de klachten in beeld/kaart. Dit zijn lichamelijke, psychische en seksuele klachten. Ook een stuk voorlichting geven hoe je lichaam in elkaar zit en ook het mogelijke traject van doorverwijzing. Ik heb korte lijnen met de gynaecoloog. Maar ik geef bijvoorbeeld ook uitleg over de bekkenbodemfysio of over seksuologen. Ik leg uit wat al die mensen doen. Mensen moeten een stukje informatie krijgen om een goede keuze te kunnen maken. De andere tak is dat er uit onderzoek is gebleken dat er weinig kennis van VGV bekend is bij professionals. Ook daarin organiseer ik kennisbijeenkomsten voor verschillende groepen, zoals huisartsen, verloskundigen, kraamzorg en jeugdgezondheidszorg om VGV in hun vizier te hebben. En het vierde balletje is eigenlijk onderzoek. En daar komt onder andere Janine Janssen ook in beeld. Wij zijn op dit moment in gesprek met Janine Janssen over de rol van sleutelpersonen. Sleutelpersonen hebben in die preventie een belangrijke rol om het bespreekbaar te maken in hun eigen community. Dat valt onder de kant van preventie. Die cultuurverandering moet van binnenuit komen. Daar hebben de sleutelpersonen een belangrijke rol in. Dat is soms ook spannend, om in je eigen cultuur een heel belangrijk issue ter sprake te brengen en daar een punt in te brengen. Hoe garanderen we tijdens de bijeenkomsten met de eigen gemeenschap de veiligheid? Dat is het onderwerp waar we samen met Janine naar willen kijken, hoe we dat gaan doen. Maar dat staat nog helemaal in de kinderschoenen. Dus ik heb een leuke en veelzijdige functie.

Vraag 2:

Zoals ik u kort heb uitgelegd gaat mijn scriptie over vrouwelijke genitale verminking (VGV). Wordt binnen uw organisatie de term VGV of vrouwen- en of meisjesbesnijdenis gebruikt?

Op een gegeven moment heb je uitgelegd wat meisjes- en of vrouwenbesnijdenis is en dan ga je gauw over op VGV. Dan vind ik vrouwelijke genitale verminking toch een lange term, dus dan heb je het snel over de term VGV. In de Engelse term heb je het over FGM (Female Genital Mutilation) en cutting. Daar sta ik zelf nog wel meer achter, omdat ik in de term verminking het perspectief van de Westerse Wereld zo in verweven vind. Wij vinden het verminking, maar elke keer als ik dat woord gebruik, dan moet ik toch denken aan de vrouwen die vol overgave zeggen dat dit uit liefde gebeurt en dat het een bewuste keuze is: van ik vind het vreselijk, maar anders hoor je er niet bij. In welke spagaat word je getrokken als moeders of ouders? De term besnijdenis, dat is wat het is. En verminking vind ik een oordeel in zitten.

Is er een bewuste keuze voor een bepaalde term gemaakt?

Ik ben netwerkcoördinator VGV, maar als ik vrouwelijke genitale verminking of de afkorting VGV gebruik, dan leg ik dat uit. Dat vinden wij, dat het verminking is. Als ik de term vrouwenbesnijdenis gebruik, dan heeft dat niet zoveel uitleg nodig. Iedereen weet wat meisjesbesnijdenis is, maar wat VGV is weet niet iedereen. Binnen de organisatie wordt de term VGV gebruikt. In alle documenten en projectaanvragen naar de gemeenten wordt de term VGV gebruikt. In die documenten en projectaanvragen wordt de afkorting VGV één keer uitgelegd en dan weet iedereen waarover het gaat.

Wordt de term VGV gebruikt, omdat het een politieke term is?

Goh, daar moet ik even over nadenken. Als wij het niet als verminking zien, dan kun je het niet als kindermishandeling zien. Dat is nationaal beleid, omdat wij in Nederland ons committeren aan de internationale verdragen, zoals het Verdrag van Istanbul. Het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (hierna: het ministerie van VWS) gebruikt de term VGV en dat is de letterlijke vertaling van Female Genital Mutilation. FGM is een schending van de mensenrechten. Ja, dat klopt dus inderdaad. Ik weet het wel, maar in de dagelijkse spreektaal ben ik mij niet elke keer van bewust dat het politiek is. Dan zit ik denk ik meer aan de perceptie van de vrouwenkant.

Vraag 3:

Heeft u in uw functie te maken gehad met zaken die betrekking hebben op VGV? Zo ja, hoe vaak krijgt u ermee te maken?

Ik moet zeggen dat dat pas vanaf maart 2024 een beetje op gang is gekomen, nadat ik een half jaar hier en daar heb gesproken en overall presentaties heb gegeven. Ik heb vanaf maart 2024 tot nu 8 vrouwen gehad die op spreekuur zijn geweest. Af en toe krijg ik casuïstiek voorgelegd ter advisering van een andere afdeling over vrouwen die ik niet heb gezien. Dat zijn twee of drie casussen. Ik heb nog geen casuïstiek gehad die over preventie gaat. Die krijg ik via de telefoon van collega's binnen. De gesprekken doen mijn collega's. Ik ben degene die de andere professionals moet versterken, zodat zij het gesprek aan kunnen gaan. Voor de nazorg doe ik wel zelf de casuïstiek. Dan spreek ik de mensen zelf, al dan niet met een sleutelpersoon. Dan gaat het altijd over vrouwen die al besneden zijn, die lichamelijke, psychische of seksuele klachten hebben. Het valt me op dat mensen al jarenlang lopen met deze klachten en niet wisten van enige nazorg.

Hoe komen die vrouwen dan uiteindelijk bij u terecht?

Doorverwezen via collega's. En één keer via een sleutelpersoon en een andere cliënte die het doorvertelt aan anderen. En een keer via een huisarts. Eigenlijk via verschillende kanalen dus.

Vraag 4:

Heeft uw organisatie een taak in de aanpak van VGV? Zo ja, wat betekent dat voor uw rol? Zo nee, gelooft u dat uw organisatie een rol kan spelen in het aanpakken van de problematiek rond VGV?

Ja. Ik werk bij de GGD. Het is een publieke gezondheidszorg issue. Het gaat over het bieden van bescherming en veiligheid aan bewoners in Amsterdam en omstreken, deelgemeentes. Wij hebben een rol in het beschermen van jonge meisjes en het bieden van preventieve zorg. Voor de vrouwen die klachten hebben en niet de weg naar de reguliere zorg vinden, heeft de GGD ook een belangrijke rol in. Uiteindelijk zijn de vrouwen die geholpen zijn, de beste ambassadeurs om in de preventie mee te werken. Het is dus indirecte preventie. De organisatie heeft een taak daarin. Er is financiering voor nodig, dus die aanvraag is ingediend bij de gemeente. Als de gemeente vindt dat de GGD daar een taak in heeft, moeten zij ook met een stukje financiering over de brug komen. De gemeente Amsterdam heeft structurele financiering toegekend. Daardoor kan ik mij fulltime hiervoor inzetten. Mijn rol is preventie, nazorg, netwerken en onderzoek initiëren.

Vraag 5:

Vindt u dat er voldoende aandacht is voor VGV in de maatschappij?

Nee, dat vind ik niet. Het is een probleem. Vrouwen die uit landen komen waar besnijdenis voorkomt, daar is het een probleem. Maar het is geen gedeeld probleem. Dat voel ik helemaal niet. Maar ik merk wel dat mensen het allemaal verschrikkelijk vinden als je erover spreekt. En dat iedereen zegt: "O, dit

kan gewoon niet. Dit moet stoppen." En dat er ook een sterk oordeel ligt, wat niet altijd helpt om het gesprek aan te gaan. Daar hebben we een belangrijke rol in, om overal te praten over dit onderwerp en dat mensen er met nuancering over kunnen praten. Ik heb dat ook moeten leren in de afgelopen 6 maanden, om van dat oordeel af te stappen. Dat is namelijk heel kwetsend. Je moet je dat even voorstellen: dat je in een ander land komt en dat mensen zeggen: "Hé, bij jou? Nou, belachelijk! Dat je oma dat doet." Dat doet iets met je identiteit. Ik ben mij er veel meer van bewust hoe moeilijk en pijnlijk zoiets kan zijn, ook wat voor barrière het kan zijn als mensen er zo op reageren.

Ik ben heel blij met het standpunt in Amsterdam, om er structurele financiering aan te geven. Maar er zijn 25 GGD'en in Nederland. VGV wordt bij de GGD belegd, maar er zijn maar drie of vier GGD'en die ondersteund worden vanuit de gemeente voor de financiering. Voor de rest komt het vanuit de GGD zelf en wordt het onder de afdeling seksuele gezondheid geschaard of bij jeugdgezondheidszorg. Ik ben blij dat dat in Amsterdam anders is, maar ook daarin is iets te winnen.

En wordt er naar uw mening voldoende gedaan door wet- en regelgeving en de overheid om VGV aan te pakken? Zo ja, kunt u toelichten waarom u dat vindt? Zo nee, wat vindt u dat er beter kan?

Ik denk dat het heel duidelijk is dat het niet mag en dat er een straf op staat van 12 tot 16 jaar. Er worden tools aangereikt voor de mensen om daar hun achterban ook van op de hoogte te brengen. Volgens mij is die wet- en regelgeving wel sluitend. De overheid en het ministerie van VWS, die staan erachter. Er is een Standpunt ter preventie van VGV en dat Standpunt wordt nu omgezet in een Richtlijn voor jeugdgezondheidszorg. Vanuit de medische kant is er een goede richtlijn, de Medische Leidraad. Dat zijn wel goede handvatten. Pharos en voor de KNOV, de verloskundigen, dat zit ook goed. Ik denk toch dat het stukje financiering om dat uit te voeren landelijk niet gedekt is. Door de decentralisatie ligt dat bij de gemeente zelf en als je een gemeente hebt die minder prominent zijn beleid heeft op middelen voor migrantengemeenschappen, dan gebeurt dat niet.

Dan heb ik nog een ander punt dat ik hier wil noemen: sleutelpersonen worden opgeleid door de Federatie Somalische Association in Nederland (hierna: FSAN). Een Somalische vrouw heeft deze organisatie opgezet en zij zijn echt de strijd tegen VGV aangegaan in Nederland. Zij worden door Pharos en VWS ook betrokken. Pharos heeft daar ook een belangrijke rol in, zij geven namelijk een basistraining voor Sleutelpersonen. Maar FSAN traint die sleutelpersonen specifiek op VGV. Deze sleutelpersonen worden geplaatst bij de GGD om samen met een persoon zoals ik samen te werken om uiteindelijk voorlichting te geven aan de doelgroep. Als er iemand is die klachten heeft, dan moet die persoon doorgestuurd worden naar het spreekuur. Maar ook om bewustwording te creëren binnen de doelgroep. De sleutelpersonen vinden wij allemaal fantastisch en in woorden krijgen zij de erkenning. Ze zijn essentieel in het brengen van verbinding, maar ze blijven wel vrijwilligers. Dus ze krijgen een maximale vrijwilligersvergoeding. Toevallig zit ik bij een GGD die daar ook budget voor heeft, om deze sleutelpersonen een maximale vrijwilligersvergoeding te geven. Maar er zijn ook GGD'en die minder krijgen. In de grote steden is dat aardig gecoverd, maar op andere plekken waar het wat kleiner is, is daar geen budget voor. Een sleutelpersoon is ook een soort vertrouwenspersoon voor een vrouw die besneden is. Dat is allemaal niet zo belegd en daar is ook geen overheidsbeleid op: hoe kunnen we die sleutelpersonen verder professionaliseren en hen opnemen als een medewerker van de GGD als betaalde baan? En misschien moeten er dan niet 20 sleutelpersonen zijn, maar één of twee betaalde sleutelpersonen die dat werk kunnen doen. Maar dan moet je het op een andere manier gaan beleggen. En dat is niet alleen rond VGV zo. Ik werk al 10 jaar met sleutelpersonen. Iedereen vindt ze essentieel, maar niemand heeft er budget voor. Dat gaat mij echt aan het hart. Zij krijgen de verhalen dus ook in hun eigen taal, met die emotie. Dat is anders dan als het vertaald wordt. Een tolk vertaalt letterlijk, maar een sleutelpersoon maakt meer de verbinding en voelt de pijn van een vrouw veel meer, ook omdat sleutelpersonen zelf vaak besneden zijn. Dus daar heb ik ook nog een strijd in te gaan.

Vraag 6:

In mijn scriptie speelt het medisch beroepsgeheim een sleutelrol. Heeft u ervaring met situaties waarin het medisch beroepsgeheim een rol speelde bij VGV-gerelateerde zaken? Zo ja, kunt u dat toelichten?
Ik heb daar geen ervaring mee. Ik ken de Meldcode Huiselijk geweld en kindermishandeling en daar praten wij ook over, over de stappen in de Meldcode. Als artsen zich echt zorgen maken, dan nemen zij echt wel contact op met Veilig Thuis.

Vraag 7:

Denkt u dat het medisch beroepsgeheim belemmerend kan werken bij het maken van een melding van VGV? Zo ja, op welke manier?
Ik zou geen antwoord op deze vraag kunnen geven.

Vraag 8:

Vindt u dat de Nederlandse wet- en regelgeving voldoende, alsmede het Besluit verplichte meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling en de KNMG-meldcode Kindermishandeling en huiselijk geweld, voldoende gronden biedt om het medisch beroepsgeheim te doorbreken in gevallen waarin dat nodig is voor medische professionals?
Ook op deze vraag zou ik geen antwoord kunnen geven.

Vraag 9:

Zou u tot slot nog iets willen toevoegen bij dit interview?

Nee, volgens mij heb ik alles wel besproken. Wij komen als landelijke GGD'en bij elkaar. Er is een landelijke aanpak, maar er is geen landelijk actieplan. Wij houden ons allemaal bezig met preventie en met nazorg. Wij proberen lokaal allemaal samen te werken, maar wat wij allemaal bereikt hebben, daar is geen monitoring op. Ook als wij iets bereikt hebben, waar meten we het aan? Wij hebben geen baselijn. En wat is de doelstelling? Er is geen doelstelling en dat heb ik ook niet. Ik krijg die structurele financiering niet op basis van de hoeveelheid mensen die ik moet zien. Ik krijg die structurele financiering en dat is geweldig, maar er zit geen key performance in die aanpak. Het is niet meetbaar. Het kan motiverend werken om iets te kunnen meten wat je bereikt hebt.

Bijlage 5 Interview tropenarts en PhD-kandidaat Amsterdam UMC

Vraag 1:

Kunt u zichzelf kort voorstellen? Aan welke organisatie bent u verbonden en wat is uw functie? Hoe lang vervult u deze functie al?

Mijn naam is [...]. Ik ben tropenarts en werk nu als PhD-kandidaat in Amsterdam UMC waar ik onderzoek doe naar clitorale reconstructie bij vrouwenbesnijdenis. Wij behandelen en begeleiden hier vrouwen die besneden zijn als zij medische hulp willen daarvoor. Deze functie vervul ik nu 8 maanden.

Vraag 2:

Zoals ik u kort heb uitgelegd gaat mijn scriptie over vrouwelijke genitale verminking (VGV). Wordt binnen uw organisatie de term VGV of vrouwenbesnijdenis gebruikt? Is er een bewuste keuze voor een bepaalde term gemaakt?

Wij gebruiken als professionals onder elkaar de term VGV en ook bewust de term genitale verminking om duidelijk te maken hoe naar en verminkend dit gebruik is. Dit doen we ook als we onderwijs geven aan coassistenten, studenten of sleutelpersonen.

Echter, als we met een patiënte praten en, ook in onze informatie folders die we aan patiënten geven, noemen we het vrouwenbesnijdenis. Dit is omdat wij het naar vinden een vrouw verminkt te noemen in haar bijzijn. Dat wil niet zeggen dat wij in gesprekken met patiënten bagatelliseren wat ze is aangedaan. Als ik een gesprek met een patiënte heb, gebruik ik de woorden die de patiënte zelf ook gebruikt. Soms is dat de term Female Genital Mutilation (FGM). Mij gaat het er met name om dat er respect is naar de patiënte toe en dat ik de patiënte niet wil afschrikken door heftige woorden te gebruiken.

Vraag 3:

Heeft u in uw functie te maken gehad met zaken die betrekking hebben op VGV? Zo ja, hoe vaak krijgt u ermee te maken?

Dagelijks, ik ben namelijk dagelijks bezig met VGV. Tijdens mijn werkzaamheden in de zorg, of interviews die ik afneem voor mijn onderzoek. Of ik ben aan het lezen en schrijven over VGV.

Vraag 4:

Heeft uw organisatie een taak in de aanpak van VGV? Zo ja, wat betekent dat voor uw rol? Zo nee, gelooft u dat uw organisatie een rol kan spelen in het aanpakken van de problematiek rond VGV?

Ja, onze rol is met name medisch. Wij bieden hersteloperaties, seksuologische of psychologische hulp. Ik denk wel dat wij ook wat meer kunnen doen aan de preventie kant, maar dit is een nieuwe afdeling. Dat moet dus eerst goed in elkaar gezet worden.

Vraag 5:

Vindt u dat er voldoende aandacht is voor VGV in de maatschappij?

En wordt er naar uw mening voldoende gedaan door wet- en regelgeving en de overheid om VGV aan te pakken? Zo ja, kunt u toelichten waarom u dat vindt? Zo nee, wat vindt u dat er beter kan?

Ik denk niet dat er voldoende wordt gedaan. Voor mijn gevoel is het soms gericht op sensatie. Ik denk wel dat er voldoende wetgeving is en denk niet dat daar nog winst te behalen is. Ik denk dat de soms stugge wetgeving mensen ook wel in isolatie duwt. Een klein meisje zal zich nooit makkelijk melden voor hulp bij haar besnijdenis in verband met angst dat haar ouders strafrechtelijk vervolgd kunnen worden. Dat wil niet zeggen dat ik denk dat de wetgeving vervallen moet worden. Maar ik denk wel dat we deze meisjes anoniem of op andere manieren moeten gaan helpen.

Vraag 6:

In mijn scriptie speelt het medisch beroepsgeheim een sleutelrol. Heeft u ervaring met situaties waarin het medisch beroepsgeheim een rol speelde bij VGV-gerelateerde zaken? Zo ja, kunt u dat toelichten?

Wij hebben in het onderzoek veel geworsteld met het medisch beroepsgeheim, omdat je aan één kant de nodige hulp wil geven aan een jong meisje en aan de andere kant hebben wij te maken met het medisch beroepsgeheim. Als een jong meisje door haar ouders op vakantie is meegenomen en daar is besneden, heb je de plicht om je beroepsgeheim te schenden en een melding te maken bij Veilig Thuis. Wij hebben echter besloten onze beroepsgeheim meer prioriteit te geven dan het maken van een melding bij Veilig Thuis als er geen direct/acuut gevaar dreigt op dat moment. Dat doen wij, zodat wij in staat zijn om de nodige zorg te geven zonder dat onze relatie met onze patiënte in het geding komt.

Vraag 7:

Denkt u dat het medisch beroepsgeheim belemmerend kan werken bij het maken van een melding van VGV? Zo ja, op welke manier?

Nee, ik denk dat, gezien de duidelijke regelgeving, mijn beroepsgeheim geen belemmeringen oplevert als er acute zorgen zijn over een besnijdenis. Wij mogen als artsen onze beroepsgeheim schenden en een melding maken bij Veilig Thuis. Ook kunnen wij laagdrempelig overleggen met Veilig Thuis over een casus waarbij wij de afweging maken of het schenden van het beroepsgeheim nodig is.

Vraag 8:

Zou u kunnen toelichten welke afwegingen u heeft gemaakt om uw geheimhoudingsplicht te doorbreken in zaken waarin er sprake was of had kunnen zijn van het doorbreken van het medisch beroepsgeheim?

Ik denk dat ik nooit in een situatie heb gezeten waarin ik voor een geval van VGV mijn beroepsgeheim wilde schenden. Maar ik denk dat ik wel helder voor ogen heb wanneer ik dat zou doen. Dat is met name als er sprake is van een jong meisje dat besneden is en als er andere jonge meisjes in hetzelfde huishouden het risico lopen om besneden te worden. Ook weet ik dat ik als medicus anoniem kan overleggen met collega's en/of Veilig Thuis om te bespreken of het bij een specifieke casus nodig is om mijn beroepsgeheim te doorbreken. Het ziekenhuis waar ik werk heeft ook een medisch ethisch comité waarvan wij ook gebruik maken als dat nodig is.

Vraag 9:

Vindt u dat de Nederlandse wet- en regelgeving voldoende, alsmede De meldcode Huiselijk geweld en kindermishandeling en de KNMG-meldcode Kindermishandeling en huiselijk geweld, voldoende gronden biedt om het medisch beroepsgeheim te doorbreken in gevallen waarin dat nodig is voor medische professionals?

Ja, dat denk ik wel.

Vraag 10:

Zou u tot slot nog iets willen toevoegen bij dit interview?

Nee, ik ben erg benieuwd naar jouw resultaten!

Bijlage 6 Interview gynaecoloog OLVG ziekenhuis Amsterdam

Vraag 1:

Kunt u zichzelf kort voorstellen? Aan welke organisatie bent u verbonden en wat is uw functie? Hoe lang vervult u deze functie al?

Mijn naam is [...] en ik ben gynaecoloog in het OLVG ziekenhuis. Daar doe ik de algemene gynaecologie en ben ik ook verbonden aan het spreekuur dat gericht is op vrouwelijke genitale verminking van de GGD, eens in de zoveel tijd in het OLVG. Als zij daar patiënten hebben, dan verwijzen ze die naar mij of naar een collega die daar ook aan verbonden is. Deze functie vervul ik sinds 2019/2020. Ik ben daar net voor of tijdens Covid bij gekomen.

Vraag 2:

Zoals ik u kort heb uitgelegd gaat mijn scriptie over vrouwelijke genitale verminking (VGV). Wordt binnen uw organisatie de term VGV of vrouwenbesnijdenis gebruikt? Is er een bewuste keuze voor een bepaalde term gemaakt?

Wij gebruiken de term VGV en daar hebben wij geen bewuste keuze in gemaakt.

Vraag 3:

Heeft u in uw functie te maken gehad met zaken die betrekking hebben op VGV? Zo ja, hoe vaak krijgt u ermee te maken?

Ja, ik zie patiënten en dat wisselt nu heel erg. Wij zien nu weer een piek in de hoeveelheid patiënten. Ik denk dat we gemiddeld 8 patiënten per jaar zien. Ik denk dat we dit jaar wel op meer patiënten uit gaan komen. Patiënten komen via het spreekuur bij ons terecht. Maar wij zien ook patiënten die daar niet initieel mee komen, maar waar we VGV constateren, bijvoorbeeld vrouwen die bij ons bevallen of vrouwen die om andere reden met een hulpvraag bij ons komen waar VGV ons opvalt en wij het ter sprake brengen.

U gaf net aan dat u denkt dat er dit jaar meer patiënten die slachtoffer zijn van VGV bij u zullen komen. Kunt u toelichten waar dat aan ligt en waarom u dat denkt?

Dat weet ik niet zo goed. Er heeft net een wijziging plaatsgevonden. Eerst zat [...] bij ons. Zij was verpleegkundige vanuit de GGD en zij hield het spreekuur. Inmiddels is dat gewisseld en is [...] nu de verpleegkundige vanuit de GGD die het spreekuur houdt. Er is ook nog een andere collega bij gekomen. Ik weet niet of dat ermee te maken heeft of dat de sleutelpersonen actief zijn. Dat weet ik niet zo goed en dat maakt mij ook niet zoveel uit. Als de vrouwen ons maar weten te vinden. Dat is het belangrijkste.

Vraag 4:

Heeft uw organisatie een taak in de aanpak van VGV? Zo ja, wat betekent dat voor uw rol? Zo nee, gelooft u dat uw organisatie een rol kan spelen in het aanpakken van de problematiek rond VGV?

Ja, ik zie dat wel echt als een duidelijke taak voor ons. Sowieso om die vrouwen erbij te helpen. En dat de vrouwen die in hun omgeving zelf ook vrouwen hebben rondlopen die besneden zijn, soms ook heel dichtbij, zoals dochters of moeders, ook de weg naar ons vinden en zorgen dat het niet nog een keer gaat gebeuren. Wij geven bij de vrouwen die bij ons bevallen en zeker vrouwen die bevallen van een meisje, direct aan dat VGV niet mag en dat het strafbaar is. Dus daar echt voor awareness zorgen. En wij spelen ook in de keten een rol. Soms zijn we het begin, namelijk als de vrouwen bij ons bevallen en daarna gaan de kraamzorg, de verloskundige, de huisarts, het consultatiebureau en de schoolarts ermee door. Wij zijn soms het begin en moeten dus ervoor zorgen dat in die keten bekend is als een vrouw slachtoffer is van VGV en haar kind mogelijk het risico loopt om slachtoffer te worden van VGV. Wij moeten dat dus doorgeven in de keten, bijvoorbeeld in een ontslagbrief aan de huisarts, verloskundige of kraamzorg.

Vraag 5:

Vindt u dat er voldoende aandacht is voor VGV in de maatschappij?

Nee. Ik denk dat er echt wel meer aandacht voor VGV in de maatschappij zou kunnen zijn. Maar dan weet ik niet zo goed of het bij de juiste doelgroep terecht komt als VGV meer bekendheid krijgt. Het is echt een specifieke groep en als je het algemeen in de maatschappij bekendheid geeft, dan weet ik niet of het bij die specifieke groep terecht komt.

En hoe zou u dat aanpakken als u vanuit uw rol als gynaecoloog nadenkt, om VGV de bekendheid te geven bij die specifieke groep?

Ik denk dat die sleutelpersonen een enorm belangrijke rol spelen. Dan is er een andere groep, de medische groep of paramedische groep. En daar zijn we ook heel hard mee bezig, ook in de eigen regio, om die groep te bereiken. Dan heb ik het over de huisartsen, verloskundigen en het consultatiebureau. Wij zijn heel hard bezig om deze groep te bereiken om daar awareness te brengen. Er zijn dus eigenlijk twee groepen, de slachtoffers en de medische professionals.

En wordt er naar uw mening voldoende gedaan door wet- en regelgeving en de overheid om VGV aan te pakken? Zo ja, kunt u toelichten waarom u dat vindt? Zo nee, wat vindt u dat er beter kan?

Ja, dat denk ik wel, maar dat is een beetje gokken. De slachtoffers die ik tegenkom, zijn in het buitenland besneden. Daar heeft de Nederlandse maatschappij geen invloed op. Dat zeg ik, omdat dat is wat ik tegenkom in mijn praktijk. Dat zijn slachtoffers die in het buitenland zijn besneden. En dat zijn niet de meisjes die bijvoorbeeld in de zomervakantie naar het buitenland op vakantie gaan en daar besneden worden. Ik bedoel echt de vrouwen die in het buitenland zijn geboren, daar slachtoffer zijn geworden van VGV en daarna zijn gevlucht of vertrokken naar Nederland.

Daarvoor is er in Nederland geen wetgeving. Ik vind dat zelf wel interessant, omdat ik het Landelijk Expertisecentrum Eergeralateerd Geweld (LEC EEG) heb gesproken. Toen heb ik ook de vraag gesteld of zij van mening zijn dat er in Nederland wetgeving moet komen voor vrouwen die geboren zijn in het buitenland, daar besneden zijn en daarna naar Nederland komen.

Het LEC EEG is van mening dat daar geen Nederlandse wetgeving voor moet komen. Het is een beetje gek om te zeggen dat dat moet voor vrouwen die geboren en besneden zijn in het buitenland en daarna naar Nederland komen. Het is een traditie en dan is het achteraf strafbaar stellen van zulke gevallen niet gewenst. Hoe kijkt u daar tegenaan?

Ik vind het een achterlijke traditie, maar ik zie het wel echt als een traditie. Het zit soms zo diepgeworteld. Ik vergelijk het met de traditie van Sinterklaas die wij vieren en voor hun is het traditie om vrouwen te besnijden. En dat maakt het zo ontzettend lastig om VGV uit te roeien en ervoor te zorgen dat het niet meer gaat gebeuren. Ik vind het echt bijzonder dat vrouwen zoveel last hebben van VGV en toch hun dochters, nichtjes of dorpsgenoten dit aan doen. Het is echt onbegrijpelijk. Ik had heel veel vooroordelen, voordat ik hier begon. Ik dacht dat het met religie te maken had of dat het mannen waren die hun vrouw en dochters lieten besnijden. Mannen zijn het vaakst erop tegen en VGV heeft helemaal niets met religie te maken. Mijn gedachte daarin is heel erg veranderd.

Vraag 6:

In mijn scriptie speelt het medisch beroepsgeheim een sleutelrol. Heeft u ervaring met situaties waarin het medisch beroepsgeheim een rol speelde bij VGV-gerelateerde zaken? Zo ja, kunt u dat toelichten?

Niet zo heel erg vaak. Toevallig moest ik gisteren een brief herschrijven voor een huisarts. Daar werd ik heel boos over. Ik vraag altijd aan mijn patiënte of ik de huisarts op de hoogte mag stellen van VGV. In dit geval mocht dat en in de brief had ik opgeschreven dat er een infibulatie had plaatsgevonden, maar ik had geen type genoemd. Toen werd mij gevraagd of ik de brief kon herschrijven, omdat de vrouw dat nodig had om de kans op het krijgen van een verblijfsstatus in Nederland te vergroten. Om die kans te vergroten had zij meer aan een type 3 dan aan een type 2. Ik vond dat echt heel erg. Dat voelde voor mij ook als een schending van mijn beroepsgeheim, want wat heeft de IND daarmee te maken? Ik heb het wel gedaan om de vrouw te helpen.

Vraag 7:

Denkt u dat het medisch beroepsgeheim belemmerend kan werken bij het maken van een melding van VGV? Zo ja, op welke manier?

In mijn eigen praktijk heb ik daar geen voorbeeld van. Maar ik weet wel van [...], de voorganger van [...], dat zij er wel problemen mee heeft gehad. Dat ging om een situatie waarin een dochter besneden was en er nagedacht werd om een melding te maken ten aanzien van de moeder, omdat zij haar dochter dat had aangedaan. Maar de moeder was zelf ook besneden. Er was sprake van een belangenconflict en het potentieel schenden van het beroepsgeheim.

Kunt u toelichten hoe u tegen een zaak van VGV zou aankijken als u zou overwegen om daar een melding van te maken, als u vanuit uw eigen rol als gynaecoloog kijkt?

Ik denk dat het heel erg casusafhankelijk is. Soms moet je wel een melding maken en als je op andere momenten een belangenconflict hebt, dan moet je dat heel goed afwegen.

Vraag 8:

Heeft u zaken gehad waarin u de afweging heeft gemaakt om uw medisch beroepsgeheim te doorbreken?

Nee.

Zo nee, zou u kunnen toelichten welke afwegingen u zou hebben gemaakt om uw geheimhoudingsplicht te doorbreken in zaken waarin er sprake zou of had kunnen zijn van het doorbreken van het medisch beroepsgeheim?

Als de veiligheid van de patiënt in het gedrang komt. Bijvoorbeeld als ik het vermoeden heb dat VGV gaat plaatsvinden. Zo een situatie kan ik mij wel indenken.

Vraag 9:

Vindt u dat de Nederlandse wet- en regelgeving voldoende, alsmede de meldcode Huiselijk geweld en kindermishandeling en de KNMG-meldcode Kindermishandeling en huiselijk geweld, voldoende gronden biedt om het medisch beroepsgeheim te doorbreken in gevallen waarin dat nodig is voor medische professionals?

Ik weet dat niet zo goed. Ik zit daar onvoldoende goed in. Wij hebben een functionaris Kindveiligheid in het OLVG. Wij hebben namelijk ook andere situaties waarin er sprake kan zijn van mishandeling. Dan schakelen wij haar in en zij helpt ons daarbij. Of wij nemen anoniem contact op met Veilig Thuis of eventueel met iemand van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG). Wij kunnen ook onze eigen ziekenhuisjurist inschakelen. Ik probeer daar heel secuur mee om te gaan en ook om mijn eigen positie daarin te beschermen.

U gaf net aan dat u anoniem contact kunt opnemen met Veilig Thuis. Biedt dat voldoende houvast voor u of mist u daarin een belangrijke stap?

Nee, meestal lukt dat wel.

Vraag 10:

Zou u tot slot nog iets willen toevoegen bij dit interview?

Nee, ik vond het een heel mooi interview.

Ik denk dat alle beetjes helpen en dat hoe meer invalshoeken wij hebben waarin wij vrouwen kunnen bereiken die slachtoffer zijn van VGV of potentieel slachtoffer kunnen worden van VGV, en hoe meer professionals wij kunnen bereiken, hoe beter het is om in ieder geval te zorgen dat de zorg in Nederland zo optimaal mogelijk is. Het buitenland hebben wij niet in de hand. Als mensen hier zijn of komen, dat we in ieder geval zorgen dat zij geen kans lopen om besneden te worden of de juiste zorg krijgen.

Bijlage 7 Interview gynaecoloog Amsterdam UMC

Vraag 1:

Kunt u zichzelf kort voorstellen? Aan welke organisatie bent u verbonden en wat is uw functie? Hoe lang vervult u deze functie al?

Mijn naam is [...] en ik ben sedert 23 jaar werkzaam als gynaecoloog voor het Academisch Medisch Centrum ziekenhuis in Amsterdam.

Vraag 2:

Zoals ik u kort heb uitgelegd gaat mijn scriptie over vrouwelijke genitale verminking (VGV). Wordt binnen uw organisatie de term VGV of vrouwenbesnijdenis gebruikt? Is er een bewuste keuze voor een bepaalde term gemaakt?

Beide termen worden gebruikt, maar wij gebruiken merendeels de term VGV, omdat dat korter en Nederlands is. Als je het aan de vrouwen vraagt, dan spreken zij zelf vaak over cutting. Het woord mutilatie wordt bij voorkeur niet gebruikt.

Vraag 3:

Heeft u in uw functie te maken gehad met zaken die betrekking hebben op VGV? Zo ja, hoe vaak krijgt u ermee te maken?

Ik doe al meer dan 10 jaar de zorg. Dr. [...], plastisch chirurg, is in 2010 gestart met hersteloperaties en ik ben daar als gynaecoloog (niet vanuit het Academisch Centrum overigens, maar vanuit persoonlijke betrokkenheid) bij betrokken geraakt.

Vraag 4:

Heeft uw organisatie een taak in de aanpak van VGV? Zo ja, wat betekent dat voor uw rol? Zo nee, gelooft u dat uw organisatie een rol kan spelen in het aanpakken van de problematiek rond VGV?

Inmiddels is er in het Academisch ziekenhuis een onderzoek gestart om vrouwen te helpen en te evalueren die een verzoek doen voor een hersteloperatie. Ook voor wat betreft de zorg voor die vrouwen hopen we beter inzicht te krijgen in VGV. Namelijk om de zorg voor deze groep te verbeteren, mogelijk op meerdere fronten.

Vraag 5:

Vindt u dat er voldoende aandacht is voor VGV in de maatschappij? En wordt er naar uw mening voldoende gedaan door wet- en regelgeving en de overheid om VGV aan te pakken? Zo ja, kunt u toelichten waarom u dat vindt? Zo nee, wat vindt u dat er beter kan?

Ik denk dat er vanuit de overheid wel goed aan preventie wordt gewerkt, ook vanuit de GGD en de vrouwenorganisaties. Maar het kan altijd beter, qua zorg voor vrouwen die herstel willen is dat zeer matig. Ik heb het gevoel dat de meerderheid van de mensen, ook de zorgverleners niet goed begrijpen wat de zorgvraag van deze vrouwen precies is en dat zij er met een westerse blik naar kijken en dus ook westers oordelen. Het is dus niet op de vraag van de vrouwen zelf gericht.

Vraag 6:

In mijn scriptie speelt het medisch beroepsgeheim een sleutelrol. Heeft u ervaring met situaties waarin het medisch beroepsgeheim een rol speelde bij VGV-gerelateerde zaken? Zo ja, kunt u dat toelichten? Nee.

Vraag 7:

Denkt u dat het medisch beroepsgeheim belemmerend kan werken bij het maken van een melding van VGV? Zo ja, op welke manier?

Als het de eis gaat worden dat alles gemeld moet worden, dan kan dat inderdaad wel een rol spelen. Vrouwen kunnen in hele nare situaties worden gebracht als er een verplichting voor medici komt om VGV te melden.

Vraag 8:

Heeft u zaken gehad waarin u de afweging heeft gemaakt om uw medisch beroepsgeheim te doorbreken?

Zo ja, zou u kunnen toelichten welke afwegingen u heeft gemaakt om uw geheimhoudingsplicht te doorbreken in zaken waarin er sprake was van het doorbreken van het medisch beroepsgeheim?

Nee. Ik heb nooit een melding gemaakt of hoeven maken. De vrouwen die ik gezien heb waren sterk en namen zelf een beslissing over hun eigen lichaam.

Zo nee, zou u kunnen toelichten welke afwegingen u zou hebben gemaakt om uw geheimhoudingsplicht te doorbreken in zaken waarin er sprake zou of had kunnen zijn van het doorbreken van het medisch beroepsgeheim?

Daartoe heb ik geen noodzaak gehad. Er is namelijk geen gevaar voor de vrouwen geweest om te melden. En vrouwen verzoeken juist om het herstel met niemand te bespreken.

Vraag 9:

Vindt u dat de Nederlandse wet- en regelgeving voldoende, alsmede de meldcode Huiselijk geweld en kindermishandeling en de KNMG-meldcode Kindermishandeling en huiselijk geweld, voldoende gronden biedt om het medisch beroepsgeheim te doorbreken in gevallen waarin dat nodig is voor medische professionals?

Nee. Wel zouden misschien dochters van besneden vrouwen extra aandacht kunnen krijgen, maar daarbij is het dan vraag hoe ver we gaan. Moet je dan een oog houden op alle gezinnen waar er geen sprake is van gevaar? Dat is een behoorlijke inbreuk op privacy. Ik denk dat we beter de ideeën in Nederland kunnen aanpakken. De brieven die bijvoorbeeld worden uitgegeven door de overheid naar families (ook in het buitenland) waarin staat dat VGV strafbaar is, vind ik een goed seintje.

Vraag 10:

Zou u tot slot nog iets willen toevoegen bij dit interview?

Op dit moment niet.

Bijlage 8 Interview gynaecoloog Amsterdam UMC

Vraag 1:

Kunt u zichzelf kort voorstellen? Aan welke organisatie bent u verbonden en wat is uw functie? Hoe lang vervult u deze functie al?

Mijn naam is [...] en ik ben sinds 6 jaar werkzaam als gynaecoloog in het Amsterdam UMC.

Vraag 2:

Zoals ik u kort heb uitgelegd gaat mijn scriptie over vrouwelijke genitale verminking (VGV). Wordt binnen uw organisatie de term VGV of vrouwenbesnijdenis gebruikt? Is er een bewuste keuze voor een bepaalde term gemaakt?

Organisatorisch wordt de term VGV gebruikt. Met patiënten gebruiken wij vaak de term vrouwenbesnijdenis. Patiëntvertegenwoordigers geven zelf aan dat dit laatste vaak ook de voorkeur heeft.

Vraag 3:

Heeft u in uw functie te maken gehad met zaken die betrekking hebben op VGV? Zo ja, hoe vaak krijgt u ermee te maken?

Amsterdam UMC is het expertisecentrum voor herstellzorg na VGV. Ik houd samen met collega's het spreekuur herstellzorg en daarnaast ben ik ook projectleider voor het onderzoek VGV Herstellzorg.

Vraag 4:

Heeft uw organisatie een taak in de aanpak van VGV? Zo ja, wat betekent dat voor uw rol?

Zo nee, gelooft u dat uw organisatie een rol kan spelen in het aanpakken van de problematiek rond VGV?

Ja, Amsterdam UMC is het expertisecentrum herstellzorg en het centrum in Nederland waar vrouwen de operatie vergoed krijgen.

Vraag 5:

Vindt u dat er voldoende aandacht is voor VGV in de maatschappij?

En wordt er naar uw mening voldoende gedaan door wet- en regelgeving en de overheid om VGV aan te pakken? Zo ja, kunt u toelichten waarom u dat vindt? Zo nee, wat vindt u dat er beter kan?

Ik vind dat er onvoldoende aandacht voor VGV is. Binnen de GGD en onder de jeugdartsen is er nog vaak de aarzeling om VGV te benoemen. Ik vind dat de GGD nazorgsprekuren beter zouden kunnen worden benut.

Vraag 6:

In mijn scriptie speelt het medisch beroepsgeheim een sleutelrol. Heeft u ervaring met situaties waarin het medisch beroepsgeheim een rol speelde bij VGV-gerelateerde zaken? Zo ja, kunt u dat toelichten?

Nee, de vrouwen die komen voor herstellzorg willen hun dochters absoluut niet laten besnijden.

Vraag 7:

Denkt u dat het medisch beroepsgeheim belemmerend kan werken bij het maken van een melding van VGV? Zo ja, op welke manier?

Nee.

Vraag 8:

Heeft u zaken gehad waarin u de afweging heeft gemaakt om uw medisch beroepsgeheim te doorbreken?

Nee.

Vraag 9:

Vindt u dat de Nederlandse wet- en regelgeving voldoende, alsmede de meldcode Huiselijk geweld en kindermishandeling en de KNMG-meldcode Kindermishandeling en huiselijk geweld, voldoende gronden biedt om het medisch beroepsgeheim te doorbreken in gevallen waarin dat nodig is voor medische professionals?

Ja.

Vraag 10:

Zou u tot slot nog iets willen toevoegen bij dit interview?

Nee.

Bijlage 9 Interview consultant/onderzoeker en gepromoveerd op VGV

Vraag 1:

Kunt u zichzelf kort voorstellen? Aan welke organisatie bent u verbonden en wat is uw functie? Hoe lang vervult u deze functie al?

Mijn naam is [...] en ik werk voor mijzelf als consultant en onderzoeker op het gebied van vrouwenrechten en specifiek vrouwelijke genitale verminking. Ik ben hier ook op gepromoveerd. Ik doe veel verschillende opdrachten, zoals onderzoeken voor de VN en NGO's (Niet-gouvernementele organisaties), het evalueren van projecten en het geven van onderwijs. Ik doceer aan de Universiteit van Amsterdam en begeleid ook studenten met hun thesis. Ik vind het belangrijk om te werken in het veld. Ik ben onder andere naar 25 Afrikaanse landen geweest om onderzoek te doen, programma's te evalueren en om strategieën te schrijven, ook voor de VN. Dus ik vind het leuk om eigenlijk alles te combineren. Mijn organisatie heet Right to Rise. Dat is mijn eigen organisatie. Soms heb ik mensen in dienst, maar voor het grootste gedeelte doe ik het alleen.

Vraag 2:

Zoals ik u kort heb uitgelegd gaat mijn scriptie over vrouwelijke genitale verminking (VGV). Wordt binnen uw organisatie de term VGV of vrouwenbesnijdenis gebruikt?

Ik schrijf bijna alles in het Engels. Ik gebruik voornamelijk de term Female Genital Mutilation/Cutting (FGM/C) in mijn eigen publicaties. Maar voor de rest ligt het er heel erg aan voor wie ik de opdrachten doe. Er zijn bepaalde NGO's uit Londen die de term FGC (Female Genital Cutting) gebruiken. Als ik voor de VN werk, gebruik ik altijd de term FGM in overeenstemming met hun beleid. En als ik mensen interview uit de gemeenschap, dan gebruik ik de lokale term. Dus het is heel erg afhankelijk van de opdrachtgever en het type werk dat ik moet doen.

Dan maakt u dus een bewuste keuze in het kiezen van de term die u gebruikt.

Ja.

Vraag 3:

Heeft u in uw functie te maken gehad met zaken die betrekking hebben op VGV? Zo ja, hoe vaak krijgt u ermee te maken?

Niet in de zin dat mensen bij mij komen. Ik ben geen spreekuurhouder. Ik ben geen arts of verloskundige, dus ik heb er niet letterlijk mee te maken. Maar ik sta wel in heel direct contact met de gemeenschappen, met name de Somalische, Eritrese en Soedanese gemeenschap in Nederland. En dan hoor je altijd dingen, dus in die zin heb ik er wel mee te maken. Ik geef ook veel trainingen aan sleutelpersonen. Dat zijn mensen die uit de gemeenschap komen en een belangrijke rol vervullen. Zij zijn mijn oren en ogen in de gemeenschap en van hen hoor ik heel veel.

Vraag 4:

Heeft uw organisatie een taak in de aanpak van VGV? Zo ja, wat betekent dat voor uw rol?

Zo nee, gelooft u dat uw organisatie een rol kan spelen in het aanpakken van de problematiek rond VGV?

Ik werk als consultant en alle organisaties vragen mij om advies, voor een training, voor het uitvoeren van een onderzoek. Iedereen kan mij inhuren. Soms doe ik ook dingen vrijwillig om hen verder te helpen. Ik werk ook veel voor Pharos. Ik heb bijvoorbeeld een e-learning ontwikkeld voor Pharos en ik ben nu bezig met een evaluatie voor de Federation Somalische Association in Nederland (FSAN). En ik ben betrokken als kernteamlid bij een onderzoek naar de hersteloperatie aan het Amsterdam UMC. In de ketenaanpak zoals we die in Nederland hebben, ben ik in de verschillende ketens betrokken en ken ik bijna iedereen.

Vraag 5:

Vindt u dat er voldoende aandacht is voor VGV in de maatschappij?

Nee. Heel veel mensen weten niet wat VGV is. Het ergste is eigenlijk dat veel mensen die het wel zouden moeten weten, zoals artsen, huisartsen en verloskundigen, niet weten waar VGV voorkomt,

welke typen er zijn, wat ze moeten doen en hoe ze het gesprek moeten voeren. Daar is zoveel winst te behalen. Daarom hebben wij ook die e-learnings ontwikkeld, omdat wij merkten dat er handelingsverlegenheid is. Mensen durven vaak niet het gesprek hierover te beginnen of door te vragen, professionals ook niet en hebben vaak de skills ook niet. Ze zijn bang om mensen te kwetsen of hebben heel weinig tijd tijdens hun consult. Terwijl ze wel een hele belangrijke, ook signalerende functie hebben. Dat staat los van de gemiddelde Nederlander. Ik denk dat er veel onwetendheid is over wat meisjesbesnijdenis nou precies is, hoe ernstig het is en hoe vaak het voorkomt. Ik vrees ook een beetje voor de aankomende regeerperiode, namelijk dat VGV ook niet echt een prioriteit zal zijn. Daar zou echt veel meer op ingezet moeten worden, ook omdat het om veel meisjes en vrouwen in Nederland gaat die het risico lopen. En dat wordt niet minder, maar dat wordt alleen maar meer.

En wordt er naar uw mening voldoende gedaan door wet- en regelgeving en de overheid om VGV aan te pakken? Zo ja, kunt u toelichten waarom u dat vindt? Zo nee, wat vindt u dat er beter kan?

Ik ben zelf jurist, maar de wet heeft maar een beperkte invloed. We hebben in Nederland geen specifieke wet voor VGV. Er is heel lang over gediscussieerd of we dat zouden moeten willen, zoals in Engeland en in andere omringende landen. Ik denk dat het niet heel veel uitmaakt of het valt onder mishandeling in onze strafwet of als er een VGV-wet zou zijn. Ik denk dat als er een specifieke VGV-wet zou komen er wel meer aandacht voor het onderwerp komt, dus dat zou een politieke reden zijn om het wel te willen. Maar VGV is strafbaar en we hebben allerlei beleidsdocumenten, richtlijnen en actieplannen. Het probleem is de implementatie. In mijn PhD deed ik onderzoek naar Senegal en hoe de overheid zich daar aan mensenrechtenverdragen hield. Wat ik daar vond was dat het er allemaal heel leuk uitziet op papier, maar in de praktijk gebeurt er gewoon heel weinig. In Nederland is dat voor een deel ook het geval. Dus je kunt wel perfecte wet- en regelgeving hebben en mooie beleidsstukken en plannen, maar als je vervolgens niet doorgaat tot en met de implementatie en echt zorgt voor verandering, dan heeft dat niet heel veel toegevoegde waarde.

Hoe kijkt u tegen de EU-Richtlijn ter bestrijding van geweld tegen vrouwen en huiselijk geweld (COM/2022/105) aan die inmiddels dus is aangenomen?

Dat is heel erg belangrijk. Ik heb zelf ook mee gelobbyd om dat voor elkaar te krijgen. Ook het Verdrag van Istanbul is echt heel belangrijk en ik ben heel blij dat dat er is. Dat zorgt ervoor dat de Nederlandse staat zich moet verantwoorden en dat Nederlandse burgers zich erop kunnen beroepen. Dat is vanuit juridisch oogpunt ontzettend belangrijk. Nederland houdt zich ook niet aan alles wat in het Verdrag van Istanbul staat. Er worden nog steeds heel veel vrouwen gediscrimineerd en achtergesteld. Het is niet zo dat alles ineens beter is nu die richtlijn is aangenomen. Het is heel belangrijk, maar dat is niet het einde. Dat is pas het begin.

De EU-Richtlijn is nu aangenomen en Nederland heeft drie jaar om de EU-Richtlijn te implementeren. Maar u geeft zelf aan dat het aannemen van een richtlijn niet het einde, maar het begin is. Hoe kijkt u tegen deze EU-Richtlijn aan?

In de richtlijn staat dat daders strenger moeten worden gestraft en slachtoffers meer steun moeten krijgen. Maar het is bijvoorbeeld dan niet zo dat femicide ineens de wereld uit is, dat er geen liquidaties meer worden uitgevoerd of gewelddadige aanvallen. Je moet kijken naar wat de oorzaken zijn en wie de daders zijn en hoe je die bereikt. Vrouwen worden in een relatie vaak gezien als onderdeel of het bezit van een man. Daar zit geen gelijkwaardigheid in. Uiteindelijk moeten die normen veranderen en de vraag is hoe je dat doet. En ik denk dat wetgeving, net als in het beëindigen van VGV, uiteindelijk één klein tandwiel is in een veel groter geheel is om die veranderingen in de hoofden en harten van mensen teweeg te brengen. Maar zo een EU-Richtlijn is een begin, net als het Verdrag van Istanbul. Dat zijn hele belangrijke vrouwenrechten verdragen, bindend op internationaal niveau. Maar uiteindelijk gaat het erom wat het voor een vrouw betekent in dat specifieke land die in een bepaalde situatie zit en dan maakt het niet uit of zij slachtoffer is van VGV of eer-gerelateerd geweld, in een gewelddadige relatie zit, gestalked wordt of dat ze weg wil bij haar man, maar niet durft etc..

Vraag 6:

In mijn scriptie speelt het medisch beroepsgeheim een sleutelrol. Heeft u ervaring met situaties waarin het medisch beroepsgeheim een rol speelde bij VGV-gerelateerde zaken? Zo ja, kunt u dat toelichten?

Ik vind het echt heel erg lastig. Ik heb het zelf ook onderzocht, omdat ik ook jurist ben en de overheid soms ook vraagt hoe het kan dat er zo weinig rechtszaken zijn van VGV in Nederland. Ik heb lang geworsteld met de vraag hoe streng we de wetgeving moeten handhaven. Ik was in Burkina Faso voor een opdracht van de VN en ik was mensen aan het interviewen die gevangen zaten, omdat ze betrokken waren bij een besnijdenis. Er zat een man in de gevangenis, omdat hij de besnijdster had vervoerd op zijn brommer. Hij zat een gevangenisstraf van één maand uit, omdat hij was veroordeeld als medepleger. Toen vroeg ik op een gegeven moment aan de directeur van de gevangenis: "Is it in the best interest of the child?" Dus van het meisje, om zowel haar moeder als vader als tante, gevangen te zetten, omdat VGV niet mag. Dan straf je dat kind eigenlijk toch twee keer? En toen zei die directeur: "Zou je diezelfde vraag stellen als die vader, moeder of tante van het kindje een meisje had verkracht?" En ik vond dat zo een goed antwoord. Toen zei hij: "FGM, in my mind, is a crime." En toen dacht ik: ja, dat is ook gewoon zo. Wij willen te cultureel sensitief zijn. Maar als wij afspreken dat FGM een mensenrechtenschending of een vorm van mishandeling is. Het haalt het seksueel genot weg bij een vrouw, dat is het doel. Het is zo een overduidelijk voorbeeld van genderongelijkheid, dus waarom zouden we wetgeving niet implementeren en naleven? Als je dat idee doortrekt, zijn health professionals vaak de eerste en enige die FGM tegenkomen en die ervan weten. Vanuit dat oogpunt denk ik dat als je als land zegt dat er ten aanzien van FGM een zero tolerance-beleid geldt en dat het een schending van de mensenrechten is, dan moet je er alles al doen om te zorgen dat het stopt. Dat moet je de wetgeving dus handhaven en dan moet iedereen eraan meewerken. Dus dan moet er een melding gemaakt worden op het moment dat een health professional erachter komt dat er sprake is van FGM. Aan de andere kant is het zo dat als het is gebeurd tegen de zin van een meisje en dat meisje medische zorg nodig heeft, en dat is wat je nu in Engeland ziet, mensen gaan de zorg ontwijken, omdat ze bang zijn dat ze aangegeven worden bij de politie. En dan zeggen health professionals: "Ik vind het mijn taak om te allen tijde er te zijn voor mijn patiënten, dus ik ga VGV niet rapporteren aan de politie. En dat zeg ik ook tegen mijn patiënten, zodat ik zeker weet dat ze terugkomen en dat ze de zorg krijgen die ze nodig hebben." En zeker bij zwangere vrouwen. Dan vind ik het echt wel heel ingewikkeld worden.

Wat ik wel vind dat in Nederland moet veranderen, is dat Veilig Thuis een te grote bevoegdheid heeft om geen onderzoek te doen of geen melding te maken bij de politie. Als je de beleidsstukken, zoals de Meldcode Huiselijk geweld en kindermishandeling, er echt goed op naleest, dan is het uiteindelijk aan Veilig Thuis om iets te doen en dat vind ik niet goed. Daar moet echt verandering in komen, daar zit te veel ruimte. Veilig Thuis als organisatie moet heel anders ingericht en verbeterd worden en ook het stappenplan in de Meldcode. Als je dat stappenplan volgt, dan is er te veel discretionaire bevoegdheid bij Veilig Thuis om te besluiten wat de volgende stap wordt, namelijk of ze überhaupt een onderzoek gaan doen en of ze uiteindelijk aangifte gaan doen bij de politie. Dus het kan zo zijn dat er een melding is gemaakt, dat ze die melding serieus nemen en dat er een onderzoek komt, maar dat ze vervolgens toch besluiten om geen aangifte te doen bij de politie. Ik kan daar echt niet bij. Die stap zou echt wel anders moeten.

In Engeland is het zo dat health professionals aangifte bij de politie moeten doen als er sprake is van VGV. Zou u adviseren om die wet- en regelgeving ook in Nederland door te voeren?

Dat is dus het dilemma. Als je mij direct zou vragen wat ik de Nederlandse overheid zou adviseren, zou ik dat heel moeilijk vinden. Aan de ene kant zeg ik 'ja'. Als je zegt dat FGM een schending van de mensenrechten is, dan moet je ook doorpakken en dan moet je ook alles doen om te zorgen dat het niet meer gebeurt. En de wet heeft echt een ontzettend afschrikwekkend effect, dus dat is heel goed. Maar tegelijkertijd denk ik aan de zwangere vrouwen die dan geen hulp zoeken met alle gevolgen van dien en dat moet je in Nederland ook niet willen. Het is heel lastig en daarom ook een heel goed scriptieonderwerp. Hoeveel kennis ik ook heb, ik zou echt niet weten waar je goed aan doet.

Vraag 7:

Denkt u dat het medisch beroepsgeheim belemmerend kan werken bij het maken van een melding van VGV? Zo ja, op welke manier?

Ja, natuurlijk. Om de redenen die ik eerder heb verteld. Professionals vinden het sowieso lastig om dit onderwerp bespreekbaar te maken. Maar ik denk dat dat ook is als een kind geslagen wordt of als er sprake is van seksueel geweld. Dus het is niet alleen VGV specifiek, maar dat maakt het nog wel extra ingewikkeld, omdat het een praktijk is die niet in onze eigen cultuur voorkomt. Het kan zijn dat mensen dan nog iets terughoudender en het iets enger vinden om daarover te beginnen. Maar ik denk dat het beroepsgeheim een belemmering is in alle gevallen waarin je een melding zou moeten maken. Ik denk dat daar ook best wel veel onderzoek naar gedaan is. In hoeverre gaat het beroepsgeheim, dat is de vraag. Ik vind het wel echt een verschil of het al is gebeurd of dat het gaat gebeuren. Als je weet dat het vooraanstaand is, moet je echt alles doen om het te voorkomen. Maar dat kan er ook toe leiden dat een vrouw vervolgens geen zorg meer zoekt, omdat zij weet dat die professional melding heeft gemaakt.

Vraag 8:

U bent geen arts, maar zou u kunnen vertellen welke afwegingen u zou hebben gemaakt om de geheimhoudingsplicht te doorbreken in zaken waarin er sprake zou of had kunnen zijn van het doorbreken van het medisch beroepsgeheim?

Ik zou een verschil maken tussen een situatie of het meisje al besneden is of dat het meisje het risico loopt om besneden te worden. Als je vindt dat VGV strafbaar is en het een schending van de mensenrechten is, dan vind ik dat je dat ook moet uitdragen. Iedereen heeft daarin een taak en in het bijzonder de health professionals. Tegelijkertijd is het ook van belang dat vrouwen de zorg krijgen die zij nodig hebben. Als je zo streng gaat handhaven en het beroepsgeheim snel aan de kant zet, dan kan ik mij voorstellen dat dat weer gevolgen kan hebben voor de gezondheid van die vrouwen. Dan bescherm je één meisje en dat gaat dan weer ten koste van andere vrouwen. Dat is ook niet de bedoeling.

Vraag 9:

Vindt u dat de Nederlandse wet- en regelgeving voldoende, alsmede de meldcode Huiselijk geweld en kindermishandeling en de KNMG-meldcode Kindermishandeling en huiselijk geweld, voldoende gronden biedt om het medisch beroepsgeheim te doorbreken in gevallen waarin dat nodig is voor medische professionals?

Ja, maar er is altijd ruimte voor interpretatie en elke casus is uniek. Uiteindelijk is het aan de professional zelf om te bepalen wat hij/zij doet. En dan heb je nog het medisch tuchtrecht, maar dat is volgens mij nog nooit aan de orde geweest in een FGM-zaak in Nederland. Het klinkt allemaal goed en leuk en juristen denken dat zij het allemaal goed hebben dichtgetimmerd, maar het gaat uiteindelijk om de dagelijkse praktijk, wat er gebeurt, welke casus en wie beslist wat op welk moment. De echte werkelijkheid is heel anders dan de juridische werkelijkheid. Dat heb ik wel geleerd in de afgelopen jaren.

Vraag 10:

Zou u tot slot nog iets willen toevoegen bij dit interview?

Nee hoor, ik heb alles wel gezegd.